

## FORÚNCULOS DE LA CARA Y CONSIDERACIONES SOBRE TRES CASOS QUE EVOLUCIONARON FATALMENTE

*Armando - M. LOUBEJAC*

*Relator : Prof. D. PRAT*

*Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Profesor Domingo Prat*

La práctica hospitalaria diaria permite ver y tratar con enorme frecuencia forúnculos localizados en distintas partes del cuerpo que ceden más o menos rápidamente a la terapéutica clásica de la vacunación y del calor local. La oportunidad de haber tratado en corto lapso de tiempo 3 casos de forúnculos de la cara, 1 del labio superior, 1 del ala de la nariz y 1 de la mejilla, que evolucionaron los dos primeros hacia la trombo - flebitis séptica obliterante aguda del seno cavernoso y el tercero hacia la septicemia a estafilococo dorado, nos llevan a presentar a la consideración de la Sociedad de Cirugía, la terapéutica seguida en los tres casos y las consideraciones que nos merece el tratamiento de la localización del forúnculo en la cara, haciendo desde ya el reparo de que ninguno de nuestros enfermos era diabético manifestado u oculto.

He aquí las historias clínicas de nuestros casos:

### CASO N° 1. — Trombo - flebitis infecciosa aguda del seno cavernoso.

Herman S., de 16 años, polaco, ingresa a la Sala Maciel en la noche del 24 de julio de 1935 por un forúnculo del labio superior, edema del lado derecho de la cara y  $39^{\circ} \frac{2}{3}$  de temperatura (fig. 1). Los familiares manifiestan que el enfermo es portador de un forúnculo del labio desde varios días atrás que comenzó a molestarlo el día 21 con temperatura que alcanzó  $38^{\circ} \frac{1}{2}$ .

Presenta un forúnculo antracoide del lado derecho del labio superior,

a tendencia invasora, y edema duro del lado derecho de la cara hasta los párpados del mismo lado. La extracción de la costra fibrinosa que recubre la lesión muestra varios orificios por los que sale pus en abundancia.

*Examen de orinas:* sólo indicios de albúmina.

*Glucemia de urgencia:* 0 gr.95. Se indica: vacuna antipiógena  $\frac{1}{2}$  c.c.; sueros fisiológico y glucosado; tonicardíacos. Localmente: compresas calientes con Carrel.

Al día siguiente Propidón 2 c.c. Un nuevo *examen de orinas* muestra



Figura 1

Forúnculo antracoide del labio superior.  
Trombo - Flebitis del seno cavernoso.

ya una nefritis aguda: albúmina 0 gr.15, cilindros hialinos y granulosos, escasos leucocitos.

El día 27 persiste la gravedad y la temperatura alta. Durante la noche se le constata exoftalmia derecha, quemosis y parálisis de los músculos oculares de ese lado. Se le inyectan 4 c.c. de sulfato de cobre amoniacal intravenosos y a las dos horas 2 c.c. de bacteriófago antiestafilocócico, también intravenosos. Todo el lado derecho de la cara está sembrado de un puntillado negruzco correspondiendo a pequeñas costras cuya extracción muestra el infiltrado purulento que ha transformado su forúnculo en una celulitis de la cara.

Al día siguiente persiste la agravación. Delirio intenso. Hay franca exoftalmia bilateral y tensión de los globos oculares. Se le hacen incisiones de drenaje al termocauterio sobre el labio y la mejilla.

El enfermo falleció a las 14 horas.

CONSIDERACIONES DEL CASO. — Muchacho sin antecedentes, obeso, sin taras. Su forúnculo antracoide es ya una celulitis de la cara el día del ingreso. Se instala la nefritis aguda al día siguiente y hace su trombo - flebitis del seno cavernoso a los 2 días, verosímilmente a los 6 días de la agravación de su forúnculo.

La alta gravedad del estado general y el ataque rápido del emuntorio renal solo permitían terapéutica estimulante general, leucocitaria y vaccinal.

Evolución total de la enfermedad: 10 días.

CASO N° 2. — **Trombo - flebitis infecciosa aguda del seno cavernoso.**

Salomón S., de 36 años, polaco, de profesión sastre, nos llama el 4 de agosto de 1936 por un fuerte estado gripal. Presenta al mismo tiempo un pequeño forúnculo del ala derecha de la nariz.

*Examen de orinas:* normal. Poción antigripal.

Vuelven a llamarnos el 9 de agosto, a los 4 días. Ha pasado todo el estado gripal pero persiste el forúnculo. Se trata de un forúnculo del ala derecha de la nariz, originado en el bulbo de una vibrisa, circunscrito, sin edema de las partes vecinas, pero con fiebre: 38°. Indicamos: vacuna antiptiógena 1/4 de c.c.; régimen lácteo; embrocaciones de alcohol yodado.

*Nuevo examen de orinas:* Indicios de albúmina.

*Glucemia:* 1 gr. 05. Por vía de precaución, ya que se trata de clientes de psicología muy particular, advertimos a los familiares de la gravedad que pueden tener, a veces, los forúnculos de la cara, pero íntimamente convencidos de que exagerábamos singularmente el pronóstico. Los hechos nos desmentirían rudamente pocas horas después.

El día 11 lo vemos de mañana; el forúnculo sigue localizado; no hay edema de la mejilla; temperatura 38° 1/2. Asoma un punto blanco en la cara interna del ala de la nariz, lo que nos lleva a recomendar nuevamente que no lo vayan a apretar. Vacuna antiptiógena 1/2 c.c.; insulina X unidades mañana y tarde. A la tarde el cuadro ha cambiado radicalmente: el estafilococo ha saltado barreras; chucho violento y edema de la mejilla que a la noche ha alcanzado los párpados. Enfermo agitado. Pulso rápido. Indicamos Electrargol intravenoso.

Agosto 12. Enorme edema de todo el lado derecho de la cara.

*Examen de orinas.* Nefritis aguda: albúmina 0 gr. 10; cilindros hialinos y granulados; glóbulos rojos. Gran agitación del enfermo. Temperatura 40°. En la tarde constatamos exoftalmia derecha, quemosis y fijeza del globo ocular.

Bacteriófago antiestafilocócico intravenoso.

Agosto 13. La trombo - flebitis sigue su marcha. En medio de agitación y delirio el enfermo falleció a las 23 horas.

CONSIDERACIONES DEL CASO. — Enfermo sin antecedentes, sin taras. Particularidad interesante: hemos seguido su forúnculo desde su aparición, constatando únicamente fiebre alta siempre. Nada hacía prever su evolución ulterior. Exámenes anteriores de orinas, normales. Instalada bruscamente su trombo-flebitis, nada quedó por hacer. La terapéutica corriente no modificó para nada la evolución del forúnculo ni evitó la gravísima complicación. El estado gripal del comienzo y la presión lateral sospechada pueden haberse asociado para determinar la progresión venosa de la infección que se llevó el enfermo en 48 horas.

Evolución total de la enfermedad: 9 días.

### CASO N° 3. — Septicemia a estafilococo dorado.

El 16 de agosto de 1936 encontramos en la cama 19 de la Sala Artigas del Hospital Maciel al enfermo ery B., de 20 años de edad, quien había ingresado la noche anterior con un forúnculo de la mejilla izquierda, edema marcado de ese lado de la cara y temperatura alta.

Hace una semana notó un pequeño forúnculo en su mejilla y lo sometió al tratamiento clásico de las presiones laterales.

Estamos frente a un muchacho que es presa de viva agitación, con subdelirio y ligera obnubilación. Temperatura axilar:  $40\frac{1}{2}$ . Pulso 120. Lengua húmeda. Sobre la mejilla izquierda (fig. 2), fuertemente tomada por un edema duro que infiltra los párpados del mismo lado, hay un forúnculo por cuyo orificio asoma un pequeño esfacelo blancuzco. No hay ganglios en el cuello ni modificaciones oculares. Examen general negativo.

La gravedad del cuadro y el antecedente del caso anteriormente descrito nos llevan a instituir una terapéutica que suponíamos enérgica: vacuna antiptiógena  $\frac{1}{4}$  de c.c.; suero glucosado isotónico 2 litros en el día, seguidos cada uno de X unidades de insulina; Electrargol intravenoso 10 c.c. de mañana y 10 c.c. de tarde; ouabaina intramuscular; aceite alcanforado. Localmente embrocaciones de alcohol yodado. Pedimos *glucemia de urgencia*: 1 gr. 40. *Examen de orinas*: reacción intensa de acetona y ácido diacético. *Hemocultivo*.

A la mañana siguiente el enfermo sigue grave. Se repite la terapéutica anterior agregándole  $\frac{1}{2}$  c.c. de anatoxina estafilocócica. Falleció a las 21 horas en medio de gran agitación. El informe del hemocultivo dice: *Desarrollo precoz y abundante de estafilococos dorados en todos los tubos*.

CONSIDERACIONES DEL CASO. — Muchacho sin antecedentes, sin taras. Glucemia un poco elevada. Orina con reacción intensa de acetona y ácido diacético, testigos de la acidosis en el 8° día de la evolución de su forúnculo, muy traumatizado. No hay nefri-

tis aguda ni presencia de glucosa en la orina; su discreta hiperglucemia y su intensa acetonuria no autorizan a pensar en diabetes oculta anterior porque, como lo dice Fredet (1), podrían explicarse por el hecho de que los procesos infecciosos agudos



Figura 2

Forúnculo de la mejilla izquierda.  
Septicemia a estafilococos dorados.

como la apendicitis y el antrax provocan empujes de acetonuria e hiperglicemia.

Evolución total de la enfermedad: 9 días.

**Consideraciones generales.** — Los forúnculos de la cara, especialmente los del “área mariposa” del rostro como lo señala

(1) P. FREDET: “La cirugía en los diabéticos”. Rapport al XLV Congreso de la Asociación Francesa de Cirugía. París, 1936.

Graham <sup>(2)</sup>, gozan en todos los medios quirúrgicos de una siniestra reputación. Sobre 112 casos, de los cuales 56 fueron del labio superior, Dittrich <sup>(3)</sup>, de Breslau, tuvo 8.8 % de mortalidad. Lenhartz <sup>(4)</sup> sobre 8 casos, 100 % de mortalidad y en otras series el 5 %. Sobre 92 casos, Bier y Hoffman <sup>(5)</sup> tienen el 5.4 por ciento de muertes. Roedelius <sup>(6)</sup> tiene 30 % de mortalidad sobre 80 casos. Sobre 17 casos tratados por nosotros, la mortalidad alcanzó el 17.6 %. Se trata, evidentemente, de una serie poco feliz.

Nuestros casos 1 y 2 realizaron el cuadro de la *tromboflebitis séptica obliterante aguda del seno cavernoso* por extensión de la infección a las venas angular y oftálmica, diagnóstico sin dificultades puesto que la exoftalmía y quemosis del ojo del lado afectado primero y del lado opuesto después (como sucedió en el Caso 1 en su fase terminal), junto a la temperatura elevada, no dejaron dudas. En ellos se hizo la infección del seno cavernoso por la *vía anterior (Oftálmica)* que es la vía habitual de las infecciones estafilocócicas del labio, del párpado, de las fosas nasales, de los dientes o de la parte anterior de la boca, desarrollándose una trombo - flebitis retrógrada por los plexos angular o facial, que alcanza las venas oftálmicas y de allí el seno cavernoso. Del seno cavernoso la infección sigue su camino retrógrado e invade las meninges.

La distribución de las venas de la cara favorece singularmente esta propagación.

La *vena facial* (fig. 3) nace en la región frontal con el nombre de *vena preparada* y desciende por el surco que separa la mejilla del ala de la nariz con el nombre de *vena angular*, recibiendo en su parte superior la *vena oftálmica superior*. Cruza luego oblicuamente la cara y el borde inferior del maxilar para desaguar en la yugular interna y más raramente en la externa. En el curso de su trayecto facial la vena recibe los siguientes afluentes: las *venas nasales externas* que proceden de la nariz y de la parte anterior de las fosas nasales; las *venas labiales* que proceden de los labios; las *venas bucales* que provienen de las paredes laterales de la boca; las *venas maseterinas anteriores*;

(2) GRAHAM: "Surgical diagnosis". 1930.

(3), (4), (5), (6). *Zentralbl. f. Chir.* Años 1923 - 1924.

la *vena alveolar*, por lo común muy voluminosa, que toma su origen en el plexo alveolar.

La *vena oftálmica superior* ocupa el plano superior de la órbita y nace en el ángulo mayor del ojo por la confluencia de

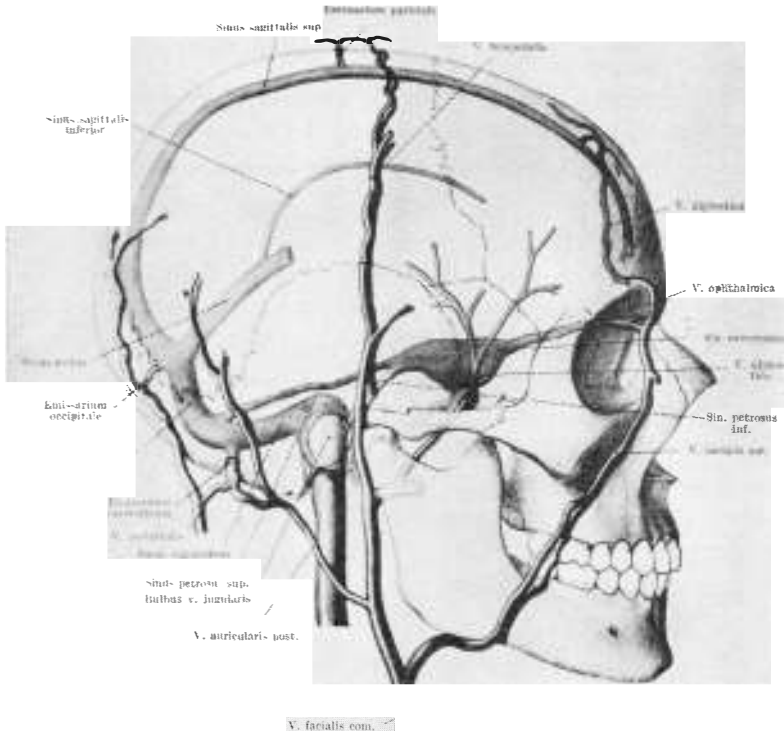


Figura 3  
Sistema venoso - cráneo - facial.

venillas procedentes de los párpados, de la nariz y de la frente. En muchos casos la vena oftálmica es *prolongación directa* de la vena angular. Corre por la cara interna de la órbita, cruza el nervio óptico por su parte superior y atraviesa la parte más alta de la hendidura esfenoidal para desembocar en el seno cavernoso.

La *vena oftálmica inferior*, menos importante desde el punto de vista que nos ocupa, nace en el suelo de la órbita por la concurrencia de venillas provenientes del párpado inferior, del saco lagrimal, del conducto nasal y de las fosas nasales. En la mayoría de los casos desagua en la oftálmica superior. Otras veces desemboca directamente en el seno cavernoso a través de la hendidura esfenooidal.

Como se vé, las venas oftálmicas comunican extensamente con las venas superficiales de la cara. Hecho curioso, parece demostrado por Festal (1) que en los confines de estos dos sistemas venosos, facial y oftálmico, existen válvulas dispuestas de tal modo que, *en condiciones normales*, la sangre del sistema orbitario puede verterse en el sistema facial pero que impiden el trayecto inverso.

Como lo expresa muy bien Eagleton (2), la tumefacción de la cara es debida a la trombo - flebitis de las venas faciales y en un primer estadio la infección estafilocócica toma las pequeñas venas de la cara cuya trombo - flebitis explica la celulitis observada y alcanza después — si hay agresión manual o instrumental — las venas facial y angular. Para este autor la causa habitual de la muerte en la trombo - flebitis del seno cavernoso reside en la *septicemia y en la meningitis*. De nuestros tres casos, en uno solamente, el último, se hizo hemocultivo. Todo hace suponer que en los otros dos, si la predominancia y ruidosidad de los signos locales no nos hubiera llevado a descuidar la práctica del hemocultivo, seguramente hubiera sido positivo si se piensa en la terrible agitación de un grueso trombus batido constantemente por la carótida interna en el confluente que rodea la silla turca.

Desde setiembre de 1932 hasta 1935, Lemierre (3) había observado 7 casos de “estafilococcias malignas de la cara” en su Servicio del Hospital Claude Bernard. En algunos de los casos la *punción lumbar* mostró líquido purulento y presencia de estafilococos. Practicó la autopsia a todos sus enfermos encontrando

(1) FESTAL: “Investigaciones anatómicas sobre las venas de la órbita...”. Tesis de París. 1887.

(2) WELLS P. EAGLETON: “Trombo - flebitis infecciosa de los senos cavernosos”. Masson y Cia. Editores, 1926.

(3) LEMIERRE: “Enfermedades infecciosas”. Masson y Cia. París, 1935.



solo en uno el trombus obliterante del seno cavernoso y piensa, por consiguiente, que la protusión del ojo puede ser producida por la infiltración edematosa del tejido celular retro-orbitario. Constata, además, lesiones constantes en la cortical pulmonar, bajo forma de núcleos supurados a estafilococos, verdaderos forúnculos del pulmón, testigos de la septicemia sobreaguda que complica rápidamente estos cuadros. Al lado de la forma de "*dermitis estafilocócica*" caracterizada por la tumefacción rojo-vinosa del lado afectado de la cara, Lemierre describe la "*forma erisipelatoide de Giroide*" en la que el mecanismo de la trombosis de las venas superficiales explica la celulitis que se desarrolla enseguida.

En los casos de infección sobreaguda, como parecen ser nuestro caso 3 y los que cita Lemierre en los que no encontró trombus en el seno cavernoso, el estafilococo pasa rápidamente a la sangre determinando la muerte antes de la formación del trombus.

El *delirio* ocupó un sitio importante en nuestros tres casos lo que indicaría, junto con la *excitación*, una invasión meníngea que la gravedad de los mismos nos hizo no tener en cuenta. *Trombo-flebitis, meningitis, septicemia* parecen haberse sucedido dada la alta gravedad de las manifestaciones clínicas.

En los 3 casos la *fiebre alta* acompañó toda la evolución del forúnculo como índice de la virulencia del proceso. Todos los cirujanos hemos tratado numerosos forúnculos de distintas localizaciones y muchos de la cara en los que la fiebre alta no era habitual. Algunos de ellos fueron hospitalizados de inmediato para su precoz y adecuado tratamiento porque quien haya tenido ocasión de asistir desde su iniciación un forúnculo a evolución inexorablemente fatal *cuando nada hacía prever* que sería distinto de los demás, como sucedió en el Caso 2, conservará durante largo tiempo la desagradable impresión de la impotencia del médico frente a la terrible complicación venosa.

*La nefritis aguda*, índice también de la gravedad de la infección y de las descargas microbianas y tóxicas, estaba presente en dos de los casos en el momento de la agravación de los mismos.

*La edad* de nuestros enfermos, los tres varones, constituían elementos de pronóstico favorable: 16, 36 y 20 años, respectivamente. La mayor parte de las observaciones que hemos encontrado pertenecen también a sujetos jóvenes. De los 4 casos que cita Ro-

dríguez Villegas (1) de trombo-flebitis del seno cavernoso en pacientes no diabéticos, uno tiene 26 años y otro 14. En los 7 casos de Lemierre la edad osciló entre 15 y 37 años en los seis del sexo masculino. El otro caso era una mujer de 47 años.

*El traumatismo local* está presente en dos de los casos y sospechado en el otro. Su influencia en la agravación de los síntomas está demostrada por todos los autores.

*El tiempo de evolución de la enfermedad* fué de 10, 9 y 9 días respectivamente sobreviniendo la complicación mortal a los 7 días de iniciación del proceso. De los casos citados por Rodríguez Villegas, uno terminó a los 15 días y el otro a los 9 días del comienzo de la enfermedad.

#### CONSIDERACIONES SOBRE LA TERAPÉUTICA EMPLEADA

**Del forúnculo antes de la complicación.** — La terapéutica clásica del forúnculo nada hizo para detener la progresión venosa de la infección.

VACUNACIÓN. — Si bien los casos 1 y 3 llegaron a nuestras manos a los 6 y 7 días de evolución de su afección, la *vacunación antiptiógena*, comenzada precozmente en el caso 3, fué aplicada en buen momento en el caso 2 e intensamente seguida en los tres casos. Es de hacer notar que la corta evolución de la enfermedad y la precocidad de la aparición de la trombo-flebitis hacen del forúnculo de la cara una entidad clínica que desde el punto de vista terapéutico no permite esperar grandes resultados de la vacunación activa con sus correspondientes períodos negativos. Si en el forúnculo localizado en cualquier otro sitio del cuerpo poco importa que su evolución se cumpla en 15 o en 20 días, en el forúnculo de la cara los hechos demuestran lo contrario porque la complicación aparece en nuestros casos en el 7º día. Que se emplee el *Propidón de Delbet*, que lleva todos nuestros votos en materia de vacunación, el *Caldo antiptiógeno* del Instituto de Higiene o cualquier otra vacuna antiptiógena, cuando nos toque en desgracia tratar uno de estos casos a evolución complicada tendremos necesariamente que recurrir a otros agentes más ac-

---

(1) R. RODRÍGUEZ VILLEGAS: "La Cirugía en el Diabético". Rapport al Vº Congreso Argentino de Cirugía. 1933.

tivos. Pero quedará siempre la vacunación como *tratamiento de fondo*, aun mismo contra la flebitis declarada en la que únicamente los métodos proteínoterápicos deben aconsejarse. Adam Gruca (1) expresa categóricamente que la mortalidad es la misma con o sin tratamiento. En los últimos tres años ha tratado con Propidón 150 casos de forúnculos de los cuales 12 eran de la cara, con fiebre alta y mal estado general y que curaron entre 5 y 12 días. Emplea el Propidón a altas dosis, 4 c. c. intramusculares, observando a las 6 horas chuco y gancho febril; pasada esta recrudescencia el enfermo nota una acalmia de su dolor y duerme. Recalca la notable acción narcótica. La calma del dolor es un fenómeno que hemos observado frecuentemente, aún en otros procesos (flemones peri-amigdalinos, adenc-flemón del cuello). No ha tenido ningún accidente empleando el Propidón en esta forma. Proscribe formalmente el tratamiento quirúrgico.

*La anatoxina estafilocócica* está en el mismo planõ que la vacunación antiptiógena.

El uso de *vacunas sensibilizadas*, asociación de suero y vacuna, serobacterinas de los americanos, no parecen haber dado mayores resultados en la forunculosis y en nuestro medio no hemos encontrado observaciones sobre su eficacia.

*Las auto-vacunas* exigen mucho tiempo y son inaplicables en esta localización. Lo mismo podemos decir del *antivirus estafilocócico local* que solo es eficaz cuando se prepara con estafilococos del mismo enfermo.

BACTERIÓFAGO. — Hemos empleado el Bacteriófago antiestafilocócico que prepara un laboratorio de la plaza, a grandes dosis y por vía intravenosa, sin resultados. Sin embargo, Sauvé y Pacetto (2) lo han empleado con éxito en vario ca o de antrax de localización extrafacial. Lemierre no ha constatado positivos, aunque confiesa que el único caso de "estafilococcus ligna" salvado lo fué después de recibir una inyección intravenosa de bacteriófago.

(1) *Zentralbl. f. Chir.* Loco citato.

(2) Citados por RODRÍGUEZ VILLEGAS.

QUIMIOTERAPIA. — El *Electrargol* y el *Electrocuprol*, empleados como agentes leucocitógenos, cuentan con éxitos en muchos procesos estafilocóccicos. En el forúnculo de la cara no han hecho la prueba en un número suficiente de casos.

ESTIMULACIÓN GENERAL. — Hicimos la estimulación corriente con el agregado de la *Insulina* que mejora el metabolismo de los H. de C. y permite la acumulación del glicógeno en el hígado.

TRATAMIENTO LOCAL. — Fieles a los conceptos modernos sobre este punto, los forúnculos no fueron sometidos a ninguna agresión instrumental. Se les hizo embrocación de alcohol yodado, calor seco y en el caso 1, ya en estado de celulitis de la cara, curaciones húmedas con Carrel. Nuestra experiencia, la ajena y la de los enfermos que someten sus forúnculos a presiones laterales, demuestran que el estafilococo sólo espera una intervención de ese orden para saltar la barrera leucocitaria que lo acanтона. En los forúnculos y antrax de localización extra-facial, la intervención quirúrgica tiene su indicación oportuna en el momento en que el pus se ha colectado. En los forúnculos de la cara la intervención debe limitarse a la extracción del "bourbillon" en el momento favorable.

En el Barnes Hospital, de Londres, disminuyeron las complicaciones cuando se decretó la prohibición de actuar directamente sobre el forúnculo.

Götze (1), de Frankfurt, ha llegado a la misma conclusión: no tocar el forúnculo.

Dittrich coincide con el criterio de Götze y dice que el Bier, las aplicaciones de nieve carbónica, los toques de ácido fénico y la autohemoterapia local de Loben dan el mismo resultado que la incisión.

Este concepto del "*noli me tangere*" está profundamente arraigado en nuestro medio y solo se practican intervenciones mínimas.

Sin embargo, algunos autores preconizan todavía la *intervención* de Durante que tiende a extirpar todo el tumor inflamatorio cuando el forúnculo está localizado en el labio. Trabajando

---

(1) *Zentralbl. f. Chir.* Loco citato.

con bisturí eléctrico este cirujano hace una incisión sobre la mucosa del labio y extirpa la masa forunculosa separando de un lado la piel y del otro la mucosa. En nuestro caso 1, la celulitis invasora obligó a hacer incisiones de drenaje al termocauterío en el lado mucoso y en el lado cutáneo de la zona inflamada. Eran oportunas y necesarias.

*La Electro-coagulación*, sobre la que no tenemos experiencia personal, parece haber dado magníficos resultados en forúnculos y antrax localizados fuera de la cara (casos del Dr. Rodríguez Estevan).

*La ligadura preventiva de la vena angular* preconizada por Hamilton Bailey (1) no fué hecha en ninguno de nuestros casos: en el caso 1 porque la celulitis ya invadía la mejilla; en el caso 3 por la misma razón y en el caso 2 porque la rapidez de la progresión de la infección no permitió ninguna terapéutica activa. En líneas generales creemos que quien haya visto la rapidez con que se hace la complicación venosa estará de acuerdo en que la *operación de Hamilton Bailey* solo es aplicable a procesos subagudos y ligando al mismo tiempo la vena angular del lado opuesto por donde puede, también, progresar la infección. En su último libro citado, Hamilton Bailey sostiene que la intervención sobre el forúnculo de la cara ha llegado a considerarse un contrasentido terapéutico, pero encuentra aceptable la indicación de Loben de hacer la inyección peri-focal de sangre. *Practica su ligadura de la vena angular cuando hay edema de los párpados y fiebre alta*. Como medicación anti-infecciosa general hace *mercurio-cromo* intravenoso.

*El tratamiento por la congestión pasiva tipo Bier por el empleo de la ventosa* nos parece brutal y con los mismos inconvenientes que las agresiones manuales.

Hoffman aconseja hacer la congestión pasiva con la aplicación de un lazo apretado en el cuello. Al mismo tiempo pone en reposo absoluto los músculos de la cara y hace caminar a sus enfermos.

Loben describe 3 casos de forúnculo maligno del labio superior en los que la muerte fué la terminación a pesar de la ligadura de la carótida interna y de la vena angular. Es el autor del

---

(1) HAMILTON BAILEY: "Emergency Surgery". Londres. 1936.

procedimiento de la *auto-hemoterapia local* al que le atribuye un rol bactericida y antitóxico: inyecta 40 - 50 c. c. de sangre en los alrededores del forúnculo.

**De la complicación venosa y de la septicemia.** — Frente a la trombo-flebitis infecciosa aguda del seno cavernoso, como complicación de un forúnculo de la cara, el médico no puede hacer otra cosa que cruzarse de brazos. No hay actualmente recurso terapéutico alguno que llegue a tiempo y la *ligadura de la carótida interna o primitiva*, sugerida para colocar en reposo el seno cavernoso inflamado, la creemos absolutamente ineficaz. Y lo mismo podemos decir de la septicemia que, casi siempre, complica la trombo-flebitis.

Hamilton Bailey recomienda, como recurso supremo cuando la exoftalmía es unilateral, hacer la *operación* de Eagleton: ligadura de la carótida interna y enucleación del ojo, aunque la visión esté conservada todavía. Si la vena oftálmica está trombosada, drenaje del seno cavernoso a través de la hendedura esfenoideal. Como él mismo lo dice, el cirujano “debe armarse de coraje” para practicar tal intervención.

El mismo autor cita un caso de trombo-flebitis curado sin intervención que quedó con ceguera bilateral.

---

Con motivo de la preparación de esta contribución al estudio de los forúnculos de la cara, hemos consultado a numerosos colegas en procura de casos similares a los nuestros. Como no estaban bien documentados en su historia clínica hemos preferido no traerlos. Pero podemos asegurar que los casos de trombo-flebitis infecciosa aguda del seno cavernoso como complicación de los forúnculos de la cara son, desgraciadamente, más numerosos de lo que se supone y que todos los cirujanos de alguna experiencia cuentan en su práctica con casos de este tipo.

En estos últimos años han sido ensayados nuevos recursos terapéuticos que parecen tener una acción muy enérgica sobre las *infecciones piógenas circunscritas*. Nos referimos a los *métodos fisioterápicos* a los que vamos a pasar rápidamente en revista.

**Rayos X.** — Para Gaston Daniel <sup>(1)</sup>, J. Belot <sup>(2)</sup> y Olindo Alberti <sup>(3)</sup>, la radioterapia en los forúnculos y antrax es muy eficaz por que disminuye la duración y los peligros de la infección a estafilococos. Después de una aplicación de Rayos X, un forúnculo tomado en su principio cura enteramente en dos o tres días. “En los *forúnculos de la cara* — dice textualmente Daniel, — que con los tratamientos quirúrgicos clásicos da todavía una mortalidad del 10 %, se debe aplicar la roentgenterapia que no da, según las estadísticas de Heiderhain y de Baensch, más de 2 a 3 por ciento de mortalidad. Estos resultados deben, sin duda, hacer pasar los forúnculos de la cara al cuadro de las indicaciones de la fisioterapia”.

Con respecto al antrax, que generalmente llega al cirujano en período supurativo, las aplicaciones de Rayos X favorecen la franca supuración y eliminación de tejidos necrosados y limitan la intervención quirúrgica a una sesión de limpieza del foco, lo que no deja de tener real importancia en los diabéticos. La opinión de Lemierre es coincidente: preconiza el *tratamiento radioterápico precoz* en los forúnculos de la cara.

**Corrientes de alta frecuencia** <sup>(4)</sup>. — Las corrientes de alta frecuencia parecen ser en el momento actual un elemento terapéutico de alto valor, excepción hecha de la *diatermia* a ondas largas cuya ineficacia en las supuraciones está demostrada porque agrava los fenómenos inflamatorios. No sucede lo mismo con las *ondas cortas* y *ultra cortas* que Esau (de Jena) y Schliephake emplearon primero en plantas, bacterias y animales y luego Schliephake en sí mismo en un forúnculo de la nariz, doloroso y febril, que curó en dos días después de una aplicación de un electrodo de 5 cm. de diámetro a 5 mm. de la piel, durante 5 minutos. Se emplean las mismas *ondas hertzianas*, denominadas cortas

(1) G. DANIEL: “Indicac. de la Fisioterap. en Cirug. y Ginecolog. Maloine, 1935.

(2) J. BELOT: “Tratado General de Radiología”. Manuel Marin, Barcelona. 1930.

(3) O. ALBERTI: “Roentgen y Curieterapia”. p. Perusia y Pugno Vanoni - Frat. Treves, Milán. 1935.

(4) J. SAIDMAN y J. MEYER: “Las Ondas Cortas en Therapeut.” G. Doin. París. 1936.

por ser menos largas que las empleadas en radiotelegrafía; la Conferencia de La Haya de 1929 designó como *ondas cortas* las de 10 a 100 metros de largo y como *ultra cortas* las de menos de 10 metros, empleándose en terapéutica ondas de 15 a 3 metros.

Según Grawitz (1), *este método terapéutico encuentra su indicación principal en todos los procesos agudos y sub-agudos localizados y originados por gérmenes piógenos corrientes.*

Su feliz auto-experiencia llevó a Schliephake a profundizar la aplicación de las *ondas cortas* en más de 100 casos de forúnculos de distinta localización, sin un fracaso. Para evitar la irradiación de los órganos profundos coloca el electrodo activo sobre la lesión y el electrodo indiferente tangencialmente, haciendo sesiones de 10 a 15 minutos.

Las experiencias de Haase, Izar y Liebesny no hacen más que confirmar los brillantes resultados obtenidos por Schliephake. la estadística de Liebesny es, quizás, la más interesante de todas con respecto al punto que tratamos: sobre 86 casos de forúnculos de los cuales 30 del labio superior, 24 de la nariz y 14 de la mejilla, no tiene ninguna complicación. su 100 % de curaciones es, por cierto, un índice importante a meditar frente a la triste experiencia de los 3 casos que sometemos a esta Sociedad. ◀

Para el antrax la técnica es la misma pero hay que duplicar el tiempo de exposición que Schliephake aconseja llevar a 30 minutos.

---

La práctica personal de Saidman y Meyer les hace afirmar que no existe contra-indicación a las *ondas cortas*; la evolución de los forúnculos y de los antrax se acelera, se abren espontáneamente o por simple punción y se produce una rápida calma del dolor. Los más rebeldes para el dolor son los forúnculos del conducto auditivo externo que exigen varias aplicaciones antes de que el paciente sienta alivio.

No entramos en la técnica de la aplicación de las ondas cortas porque ella es del resorte del especialista, ni en los datos experimentales tan interesantes como copiosos que citan Schliephake, Liebesny, Izar y Moretti, etc., sobre la acción de las ondas cortas sobre culturas microbianas diversas porque sería prolon-

---

(1) P. BUSSE GRAWITZ: "Terapéutica p. O. C. y U. C." El Ateneo. 1935.



gar esta exposición. Ellos están bien documentados en el libro de Saidman y Meyer. Pero queda como sedimento importante de lo que exponemos la indicación de este nuevo y poderoso recurso contra el temible forúnculo de la cara cuya evolución *nunca podremos prever*.

Vale la pena, pues, tener muy presente la terapéutica por ondas cortas en el tratamiento de los forúnculos de la cara. Nos hemos propuesto ensayarla en todos los casos que lleguen a nuestras manos.

**Conclusiones.** — 1º El forúnculo de la cara, especialmente el del “área mariposa” de la misma, es una afección relativamente frecuente y, en un elevado porcentaje, mortal. La multiplicidad de métodos terapéuticos propuestos demuestra el desconcierto que reina a su respecto y la poca eficacia de los mismos.

2º Nunca se puede prever su evolución y debe encararse siempre, desde que llega a nuestras manos, como una afección grave. Si se trata de un enfermo diabético, con más razón.

3º La fiebre por encima de 38º indica una particular gravedad del proceso.

4º La complicación venosa sobreviene en los alrededores del 7º día.

5º Un forúnculo de la cara que alcance este plazo sin retroceder, con fiebre, tumefacción de la cara y edema de los párpados, puede justificar la *operación* de Hamilton Bailey.

6º Aparecida la trombo - flebitis o la septicemia, la muerte es la consecuencia inevitable.

7º La *vacunoterapia* debe ser, desde el comienzo, el tratamiento de fondo. Preferimos el *Propidón de Delbet* por considerarlo muy activo y porque tiene la particularidad de traer una acalmia del dolor. Debe inyectarse precozmente y a grandes dosis y acompañarlo de la terapéutica general estimulante corriente.

8º *Como tratamiento local*, la alta frecuencia *con ondas cortas* y la *radioterapia* deben ser ensayadas en buen momento. Apoyamos esta afirmación en la constatación de que en la actualidad los otros métodos de tratamiento del forúnculo de la cara no acortan su evolución ni previenen las complicaciones.

## CONSIDERACIONES DEL RELATOR

Como Uds. han podido apreciar, la comunicación del Dr. Loubejac, viene a comprobar plenamente la temible y fatal gravedad de las complicaciones vasculares o septicémicas, de las infecciones estafilocócicas de la cara. Si no fuesen suficientes los datos estadísticos dados por el autor de la comunicación, bastaría citar la comprobación hecha por el Prof. Lemièrre, en el Hospital Claudio Bernard, donde desde fines de 1932 al 1935, tuvo ocasión de ver y asistir, siete casos de estafilococcias malignas de la cara y los siete murieron.

Ante la gravedad y la peligrosidad tan grandes de esta infección, cuyas complicaciones inmediatas, la trombo flebitis del seno cavernoso y la septicemia que son tan terriblemente mortíferas, es lógico que el clínico trate de contrarrestar tan peligrosas consecuencias, ya sea por un tratamiento precoz o una profilaxia eficaz. Desgraciadamente, pocos resultados se pueden obtener siguiendo esta orientación, porque el forúnculo más insignificante o banal de la cara, puede ser seguido de esta complicación mortal, no pudiéndose predecir la evolución ulterior de una estafilococcia de la cara, por más benigna que ella sea en sus manifestaciones clínicas, al igual que no se puede predecir con seguridad la evolución de una apendicitis, una vez iniciada ésta. Lo peor del caso, es que tampoco se puede, por ahora al menos, tener la seguridad de regular la marcha progresiva de estas infecciones estafilocócicas, con una terapéutica correcta y perfecta, como lo hacemos en otras afecciones graves, tales como la apendicitis o la oclusión intestinal, que con un tratamiento precoz, podemos casi siempre tener la seguridad del éxito. Esta impotencia profesional, es lo que le da una importancia fundamental a la afección de que nos ocupamos, y nos demuestra que tardaremos mucho aún, para dominar tan temibles complicaciones de la estafilococcia facial; pero esto no obsta, para que la estudiemos y la combatamos con el mayor ahinco, constancia y entusiasmo, hasta lograr el éxito.

Sobre la etiología de la infección y trombosis del seno cavernoso, nos ha dado el Dr. Loubejac, las explicaciones anatómicas que las justifican.

Sobre el diagnóstico que ha sido tratado extensamente, sólo diremos que cuando están presentes los signos comprobatorios de

la trombo flebitis del seno cavernoso, como p. ej., la exoftalmia, la oftalmoplegia y la quemosis conjuntival, poco o nada se puede hacer para salvar al enfermo, pues, éste está ya casi irremediabilmente perdido. Antes de aparecer los síntomas de tan grave complicación, sólo suele tratarse de un banal forúnculo del labio, de la mejilla o de la nariz y que sin embargo pueden en breves días, matar al enfermo.

En lo que se refiere al tratamiento, el Dr. Loubejac lo ha tratado con toda extensión, analizando ampliamente la experiencia de los clínicos y las diferentes terapéuticas, para darnos la completa certidumbre del fracaso casi absoluto de todas ellas. Dejando de lado el tratamiento directo del forúnculo, donde se ha dicho lo fundamental, nos ocuparemos sólo del tratamiento de las complicaciones.

En este tratamiento, hay que estudiar por separado las dos complicaciones: la septicemia estafilocócica y la trombo flebitis del seno cavernoso, aunque frecuentemente ambos procesos están asociados en el mismo enfermo.

La septicemia estafilocócica es de las más graves y terribles en lo que se refiere al pronóstico; mueren casi fatalmente todos los pacientes atacados de esta complicación microbiana. La septicemia estreptocócica, también grave y mortífera, no lo es tanto como la estafilocócica, pues, en aquélla se han podido lograr bastantes éxitos con diferentes medicaciones y, en particular, con el suero anti estreptocócico de Vincent, con el que hemos tenido éxitos muy interesantes. Desgraciadamente no disponemos, como es sabido, hasta ahora, de un suero anti estafilocócico y si bien la anatoxina anti estafilocócica, parecía que vendría a suplir al suero específico, hasta ahora esa anatoxina no ha logrado conquistar los éxitos que se le auguraron; habrá sin embargo que persistir en su ensayo y en su práctica.

El bacteriófago d'Herelle que ha obtenido éxitos francos y rotundos en septicemias estafilocócicas hasta hacer surgir esperanzas muy optimistas, ha fracasado luego con gran frecuencia y en el caso de esta comunicación que fué empleado, tampoco dió resultado. Hemos empleado el electro cuprol en las septicemias estrepto y estafilocócicas y nos parece una medicación digna de ser tenida en cuenta por su eficacia, pero también sin mayores probabilidades de éxito en la septicemia estafilocócica.

En resumen, no existe medicación alguna capaz de garantizar el éxito en la septicemia estafilocócica al punto que sus curaciones constituyen una rara excepción. La trombo flebitis del seno cavernoso constituye la otra complicación mortal de la estafilococcia de la cara y amenudo asociada a la septicemia.

Una conducta terapéutica que ha sido preconizada en todas las trombo - flebitis y usada también preventiva y profilácticamente en el forúnculo de la cara, *es la ligadura y sección de la vena facial* con el fin de evitar que la trombo - flebitis ascendente o retrógrada de esta vena, se extienda a las venas orbitarias y alcance el seno cavernoso por medio de la oftálmica. Cuando el proceso flemonoso invada hacia el ángulo orbitario o que se palpe el cordón que indica la trombosis, estará indicada esta sección quirúrgica de la vena angular, para cerrarle el paso a la marcha invasora de la trombo - flebitis hacia la órbita. La sección o ligadura de la facial a nivel del ángulo interno de la órbita, preconizada desde 1902 por Tixier y usada amenudo por este cirujano (Sociedad de Cirugía de Lyon, 1936), ha sido calurosamente recomendada también por Hamilton Bailey quien, contrario a la cirugía del forúnculo de la cara, acepta la indicación de Loben de la *auto - hemoterapia focal* y practica la ligadura de la vena angular *cuando hay edema de los párpados y fiebre alta*.

La sección de la facial debe ser *preventiva y profiláctica* y debe ser hecha antes de que la trombosis haya alcanzado los vastos orbitarios, en cuyas circunstancias la sección venosa sería completamente inútil. Como de un momento para otro el edema flemonoso puede invadir casi toda la cara y por consiguiente los ojos, se explica que los cirujanos tengan cierta prevención contra esta indicación operatoria, que fatalmente se realizaría en un medio séptico. Esto indica que la sección de la facial debe ser anterior a la propagación flemonosa y preceder siempre a los signos de la quemosis palpebral y exoftalmia. Si ella tiene que realizarse en tejidos infiltrados y flemonosos, recurriremos al bisturí eléctrico, que permitirá realizarla rápidamente y con toda facilidad. Se trata de una pequeña intervención, pero dada la enorme repercusión e importancia que ella puede tener al evitar la contaminación de la flebitis a las venas de la órbita y al seno cavernoso, es el caso de preguntarse si no sería esta sección venosa de bloqueo, realizada a tiempo, una eficaz y fundamental maniobra terapéutica.

Cuando las complicaciones de la *trombosis* y de la *septicemia* están presentes, quiere decir que la partida está ya perdida y que el paciente está ya casi fatalmente condenado. Sin embargo no debemos cruzarnos de brazos; al contrario, el cirujano está autorizado a emplear *recursos terapéuticos radicales* que casi seguramente fracasarán, pero que el cirujano no se atrevería a emplear sino en casos como éstos, de extrema gravedad y considerados como perdidos. En caso de *Tromblo - flebitis del seno cavernoso* no olvidemos, como creen Lemièrre y otros autores, que la trombosis y obliteración del seno pueden faltar, existiendo siempre en cambio la infección flebitica de gran virulencia que explica la septicemia estafilocócica concomitante. Lo primero que se aconseja es *poner en reposo ese seno cavernoso* y para eso hay que realizar la *ligadura de la carótida primitiva* o de la *carótida interna*. Parece ser que la ligadura de la primitiva sería menos grave que la de la carótida interna solamente. Sabemos los peligros que representa la ligadura brusca de cualquiera de estos dos vasos, pero dada la evolución galopante del proceso infeccioso, no podemos recurrir a su ligadura gradual y progresiva en 24 ó 48 horas, realizando durante ese tiempo una compresión parcial. Tenemos, pues, que ir a la ligadura inmediata de la carótida, desafiando todos los peligros que esta isquemia brusca, representa para los centros nerviosos.

Además de la ligadura de la carótida, los especialistas que tienen práctica y experiencia en la trombo - flebitis del seno cavernoso, aconsejan hacer el *drenaje directo del seno* por la vía anterior (orbitaria) o a través de su pared externa. Apesar de la extrema gravedad de la trombo - sinusitis cavernosa, la terapéutica quirúrgica mencionada ha tenido algunos éxitos. Así Ritter cita en su estadística 9 casos de *trombo - flebitis de origen ótico* curadas por el tratamiento quirúrgico. Eagleton, en su libro, menciona 11 casos más de trombo - flebitis del seno cavernoso, de origen extra - otógeno, que también curaron, con los casos de Christophe, Benjamys y Laurewers se llega a un total de 23 casos de t. fl. del s. c. curados por la cirugía. La incisión y drenaje del seno cavernoso ha sido ya realizado varias veces y debe tentarse como complemento de la ligadura carotídea en estos casos de extrema gravedad y como único medio de salvación.

*La vía de abordaje del seno cavernoso* puede hacerse por la vía natural, o sea la órbita, cuando el ojo está perdido y su enucleación completa deja una ancha brecha para abordarlo a través de la hendidura esfenoidal. Otros cirujanos prefieren realizando la resección temporaria de la pared externa de la órbita, ya sea por el método de Kronlein o de Franke. Puesto a descubierto el seno cavernoso, algunos se contentan con incindirlo simplemente, cuidando la posible hemorragia, que se puede producir; otros lo abren y lo drenan. Hay quienes creen que en los casos de tromboflebitis de origen anterior, facial, el drenaje simple de las venas oftálmicas bastaría.

Como se ve, esta cirugía es grave y muy mutilante, pero ella tiene en su haber una serie importante de casos curados y es por eso que ella debe ser aplicada lo más precozmente posible cuando esté presente su indicación, vale decir, la exoftalmía, la quemosis y la compresión de los nervios que corren en el seno cavernoso. Nosotros no hemos tenido ocasión de efectuar estas operaciones porque nuestros enfermos hicieron una evolución rapidísima de su complicación flebítica, pero con más conocimiento del proceso infeccioso, quizás podamos aplicar un tratamiento más radical y etiológico en los casos que se nos presenten en el futuro.

El Dr. Loubéjac se ocupa con detención del tratamiento fisioterápico de las infecciones estafilocócicas de la cara, especialmente de la radioterapia y de las corrientes de alta frecuencia y de sus consideraciones fluye un criterio francamente optimista, que es la resultante de una serie de resultados al parecer muy halagadores, especialmente con el empleo de las ondas cortas.

Sin práctica ni experiencia sobre este tratamiento, que tampoco he podido confirmar con la consulta que he hecho a los especialistas consultados, es ésta una terapéutica a ensayar intensivamente, para poder tener en breve, opinión fundada sobre ella. Me impresiona sin embargo el hecho de que siendo la alta frecuencia una terapéutica que ha dado tan brillantes resultados en el extranjero, no haya sido casi empleada en nuestro medio, por los capacitados especialistas que contamos entre nosotros. Creo sin embargo, que la Sociedad de Cirugía de Montevideo debe invitar a dichos especialistas para que nos hagan conocer su experiencia.

En resumen, las complicaciones estafilocócicas de la cara, tienen una gravedad muy grande y en los casos de septicemia o

trombo flebitis del seno cavernoso, son casi siempre mortales sin que tengamos recurso terapéutico eficaz contra ellas.

Propongo se agradezca al Dr. Loubéjac su interesante comunicación y que ella se publique en los boletines de la Sociedad.

#### DISCUSION

**Dres. Barcía y Cassinoni.** — Frente a los casos como los que acaba de relatar el Dr. Loubéjac, podemos decir que no estamos del todo desarmados y que poseemos ahora métodos que permiten mirar con un cierto optimismo el tratamiento de los forunculosis y de los ántrax en general.

La fisioterapia en efecto encuentra un campo de acción interesante, y numerosas publicaciones de estos últimos tiempos nos hablan de su eficacia frente a estas afecciones, sea cuando revisten formas muy dolorosas, o cuando como en los casos relatados, son peligrosas por su asiento, se usan además la fisioterapia como medio de obtener la cicatrización de los ántrax y finalmente como ayuda de la vacunoterapia en las recidivas.

Los medios a emplear son las Ondas Cortas, los Rayos X y los Rayos Ultra Violetas. Referente a las Ondas Cortas hemos visto hace poco tiempo evolucionar en forma muy favorable dos ántrax. Uno de ellos en un colega que atendía el Prof. Pérez Fontana, ántrax muy doloroso evolucionando sobre un terreno desfavorable, que curó rápidamente. El otro, en una persona de edad, era un ántrax del cuello cuya evolución no pudo ser más satisfactoria.

Aun discuten los autores las conveniencias de las diversas dosis, duración de las sesiones, espaciamiento de las mismas, longitud de onda conveniente, etc.

En cuanto a los Rayos X sobre los que no tenemos experiencia esta clase de afecciones, parecen ser eficaces en dosis no muy grandes. Provocan al decir de la mayoría de los autores que los han experimentado un alivio rápido y bloquean en poco tiempo los focos estafilocócicos, cuando tienen tendencia a la extensión. Se le puede asociar a las ondas cortas.

Los Rayos Ultra Violetas sumamente eficaces en las pérdidas de tejidos que dejan los ántrax, facilitan la cicatrización de manera indudable. Son eficaces además en las furunculosis múltiples.

Comprendemos que para juzgar el real beneficio de estos agentes no bastan casos aislados, siendo como es sumamente dificultoso eliminar la curación espontánea, en los que la evolución ha sido favorable.

Es necesario hacer un serio trabajo de estadística. Y nuestro fin no ha sido otro, que ponernos a las órdenes de los colegas para el tratamiento de los casos que crean convenientes, adquirir así experiencia y evitar en lo posible los sucesos desgraciados como los que esta tarde acabamos de oír.

**Dr. Etchegorry.** — He utilizado con éxito en graves ántrax, sobre todo del dorso, el procedimiento que vi emplear al Profesor Pierre Duval en su servicio del Vaugirard. Consiste en abrir ampliamente el foco supurativo e instalar un gota a gota continuo con suero salado hipertónico.

Bajo esta terapéutica la superficie anfracuosa se limpia, el tejido de granulación hace su aparición y en pocos días pueden acercarse los bordes de la herida operatoria. Cuando por razones especiales no se ha podido instalar el gota a gota, he recurrido a las curaciones con apósitos embebidos en suero salado hipertónico. El resultado menos rápido no ha sido sin embargo menos eficaz. Está demás decir que este tratamiento local no autoriza a descuidar el general destinado a fortalecer el terreno en que se instala la infección.