

de escasa vitalidad, se mortifica cuando no es destruido por la supuración. En cambio el colgajo de la concha y del extremo periférico del meato, de bastante espesor y con cartilago, conserva su vitalidad, siendo punto de partida de cutaneización.

He de manifestaros ahora que los resultados obtenidos por mí con esta plástica, desde los puntos de vista quirúrgico y estético, han sido excelentes. Pero el labrado de los colgajos resulta, como es sabido, pesado y laborioso. La hemorragia de las arteriolas del pabellón, difícil de cohibir, hace perder tiempo, y un resbalón del bisturí hiere a menudo el hélix, el antehélix o el trago, por ser penosas las maniobras en campo tan estrecho.

Actualmente ejecuto rápidamente esta plástica con estos instrumentos.

He ahí cómo procedo. Ejecutada la incisión retro-auricular y desprendida la pared posterior del conducto membranoso, corto de un golpe el colgajo cuadrangular de la concha con este taladro (fig. 7). Para ello coloco el bocado macho bajo la raíz del hélix, en la concha, y el otro bocado tras el labio anterior de la incisión retro-auricular, en pleno tejido conjuntivo. A las pocas vueltas del manubrio queda seccionado con limpieza el colgajo en cuestión.

Luego reseco la pared posterior del conducto membranoso y ejecuto mi incisión intertrago-heliciana. Queda así creado en un par de minutos un meato auditivo enorme, orientado sobre el fondo del antro.

Cuando por estrechez de la concha, o por otras circunstancias, no es fácil colocar perfectamente el taladro en el sitio conveniente para labrar el colgajo, utilizo este cuchillete acodado (fig. 8). La punta es insinuada por detrás del pabellón una vez cortado el conducto junto a la concha, y el corte, obrando de delante atrás,

secciona los tejidos sin peligro de escape, como acontece con el bisturí.

La creación del colgajo con el taladro, cuyas piezas cortan por encheffe, hace que siendo con él las paredes de los vasos aplastadas, la hemorragia consecutiva resulte insignificante.

Para que tengáis una idea de los resultados obtenidos con esta plástica, ruego os fijéis en estos moldes en yeso. Veréis cómo por el nuevo conducto creado se ve perfectamente todo el interior de la cavidad operatoria y sin que a pesar de un conducto auditivo gigante padezca la estética del pabellón de la oreja.

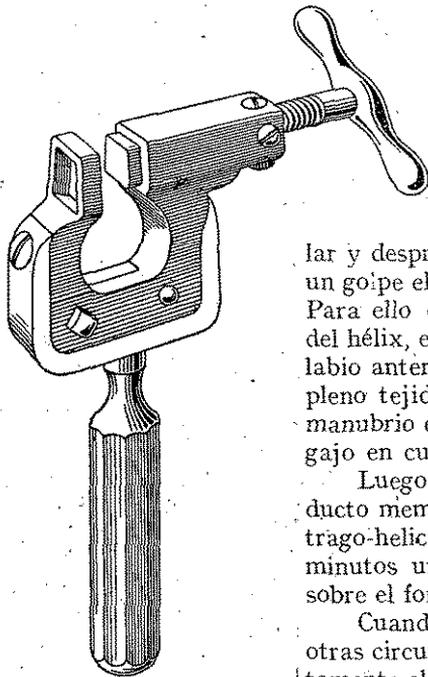


Fig. 7
Taladro de Botey para la plástica del oído

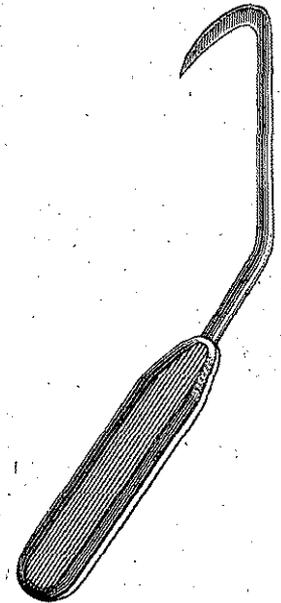


Fig. 8
Cuchillete de Botey para la plástica del oído

Las mastoiditis supuradas curables sin intervención osteotómica

Casos clínicos

POR EL DOCTOR LUIS SUÑE Y MEDÁN

La disposición anatómica de las cavidades del oído medio y sus relaciones de continuidad y de contigüidad, hace que con cierta frecuencia los procesos inflamatorios de la caja timpánica, siempre los más corrientes y principales en el terreno de la práctica otológica, se propaguen hacia los huecos óseos de referencia, como son el ático, el antro, las células mastoideas, constituyendo complicaciones

que ofrecen caracteres de especial importancia en un determinado grupo de casos clínicos. Las aticitis, las antritis o antro-mastoiditis, motivan muchas veces distintas indicaciones terapéuticas y cambios de criterio en la apreciación de su grado de gravedad, en particular si el proceso invasor es originado por los microbios de la supuración, en simbiosis o no con otros gérmenes patógenos.

Dejando a un lado la aticitis purulenta, frecuente propagación de las otitis medias supuradas, especialmente las crónicas, me ocuparé en el presente estudio de la antro-mastoiditis, osteitis mastoidea supurada o empiema de la mastoidea, que presenta un aspecto clínico digno de fijar la atención del médico general y del aurista.

Ante todo, precisa hacer dos grandes divisiones de dicha dolencia: las mastoiditis agudas y las mastoiditis crónicas, que se diferencian bajo los puntos de vista sintomático, pronóstico y terapéutico.

A una pequeña contribución al estudio clínico-práctico de las primeras tiende el humilde trabajo que tengo el honor de someter a la ilustrada consideración de esta Real Academia.

Muy interesante sería desarrollar extensamente algunos puntos relativos a etiología y patología de la enfermedad de referencia, pero el objeto principal de esta comunicación y el tiempo disponible en esas sesiones científicas, no me permiten hacerlo como fuera mi deseo. Así pues, sin otros preliminares; voy a relataros una serie de observaciones clínicas personales, dejando para después el exponer algunas consideraciones que las mismas sugieren.

El número de casos observados por mí, todos ellos semejantes, es muy crecido, pero a fin de no fatigar vuestra atención me limitaré tan sólo a transcribir los más típicos o escogidos.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

1.^a Mercedes H., 13 años de edad. 5 de septiembre de 1913.—Hace seis días se queja de vivo dolor en el oído derecho, seguido de supuración, persistiendo luego el síntoma sensitivo con irradiaciones témporo-mastoideas. Empaŕamiento mastoideo. Abundante supuración por el conducto, a veces sanguinolenta. Hay una fungosidad en la pared posterior del conducto, al nivel de una abertura fistulosa de una célula limítrofe de la apófisis, infectada. Raspado y cauterización crónica. Vejigatorio post-auricular. Lavados de bicloruro de hidrargirio al 1/2 por mil. A los quince días: curación.

2.^a Señora P. del T., 32 años de edad. 10 de febrero de 1916. La enferma es muy impresionable y existen antecedentes de histerismo. Embarazo de siete meses con albuminuria. Hace cuatro días vivo dolor en el oído izquierdo, sordera intensa, supuración escasa. Malestar general. Temperatura 37'8°. Pulso frecuente. Cefalalgia del lado izquierdo. Se observa perforación timpánica en el cuadrante pósterosuperior, como una rendija. Membrana borrosa, hiperemiada. Región mastoidea ligeramente tumefacta, algo dolorosa por compresión y espontáneamente. Percepción mastoidea al reloj, nula; siendo las demás pruebas acústicas indicadoras de lesión de la caja con probable infección del antro y células mastoideas. La enferma rechaza con energía toda clase de intervención pequeña ni grande. No aceptó la paracentesis timpánica, propuesta con el fin de dilatar la insuficiente abertura fraguada por sí sola, miringotomía que le habría aliviado los dolores y facilitado el drenaje. Renuncia también a todo medio revulsivo enérgico y a la aplicación de sanguijuelas. El tratamiento queda limitado a: frecuentes embadurnamientos de la piel mastoidea con tintura de iodo, lavados bóricos por el conducto, alternados con los de agua sublimada al 1 ‰, instilaciones de agua oxigenada, repetidas politizeraciones, etc.

Durante las primeras semanas de tratamiento, la supuración continuó abundantísima y siempre de color rosado, siguiendo con alternativas de dolores pungitivos témporo-parietales y mastoideos, algunas oscilaciones térmicas y en ciertos momentos vértigos no muy acentuados.

Al cabo de un mes comenzó a declinar la secreción purulenta, junto con los demás síntomas, quedando la enferma curada del todo, incluso el completo restablecimiento de la audición, el día 30 de marzo, o sea a los 50 días a contar desde el de la invasión de la dolencia.

3.^a Juan R., 32 años de edad. 24 de marzo de 1915. Hace cinco semanas tuvo un fuerte coriza acompañado de zumbidos en el oído derecho y dolor. Después supuró la caja timpánica por el conducto durante algunos días. Más tarde reapareció la supuración, seguida esta vez de dolores parietales. Se presenta paresia del nervio facial derecho, que comprende el orbicular de los párpados. Dolor al nivel de la mastoidea, provocado por compresión. Fiebre de 37'7°. Hay caída de la pared pósterosuperior del conducto. Perforación baja del timpano, estando éste sólo visible en su quinto antero-inferior. Sordera acentuada. Al comprimir ligeramente la membrana timpánica y la pared del conducto con el porta-algodón, se provoca un violento vómito acompañado de vértigos que cesan a los pocos minutos. Existe, pues, una otitis media supurada subaguda propagada al antro y células mastoideas y compresión de la pared laberíntica y del facial. Ordeno vejigatorio post-auricular, instilaciones de glicerina

fenicada y lavados antisépticos. A los pocos días desaparece totalmente el cuadro clínico descrito, cesa la supuración y se restablece la función de los pares VII^o y VIII^o de nervios craneales.

4.^a Angela L., 50 años de edad. 16 de mayo de 1916. Hace cinco días vivo dolor en el oído izquierdo. A los dos días se pone tumefacta la región mastoidea y aparece otorrea. Hemicránea. Temperatura 38°. Pulso frecuente. Algo de estado vertiginoso. Sordera acentuada. Tratamiento: vejigatorio *retro-auris* prescrito por el médico del pueblo, y lavados por el conducto. Se obtiene sensible mejoría, pero mi compañero desea conocer mi opinión. Véase el tímpano deformado, hipertrofiado, enrojecido, siendo imperceptible la perforación que debe haber. Audición al reloj; contacto con el pabellón. Weber +. Rinne —.

Una fuerte politizeración arrastra regular cantidad de pus a través del tímpano, mejorando al instante la función auditiva. Lavados bóricos y gotas de H₂O₂. Instilaciones calmantes. Paulatinamente desaparecen la fiebre, el dolor y la sordera, quedando la enferma curada a los quince días.

5.^a Blanca D., 8 años. 21 de junio de 1916. Fiebre tifoidea grave con recaídas. Durante la última de éstas, sobreviene una otitis aguda con fuertes dolores locales e intensa cefalalgia que provoca grandes gritos a la enfermita, de temperamento muy nervioso e impresionable en extremo. Hay supuración abundante muco-purulenta de ambos oídos, con perforación pequeña, baja. Sordera regular. Dolor vivo al comprimir las apófisis mastoides. Fiebre entre 38° y 39°. Pulso a 120, 130 y a veces más frecuente todavía. Se rechaza en absoluto la dilatación miringotómica, limitándome a lavados dé sublimado al 1/2 ‰, instilaciones de H₂O₂ y revulsión yódica retro-auricular. Transcurre una semana sin notable mejoría del estado local, siendo la cefalalgia quizá no tan viva y las temperaturas menos elevadas, si bien hubo intermitencias de acentuación de esos síntomas, hasta que al cabo de unos quince días, comienza a disminuir la supuración del oído izquierdo, continuando dolorosa la mastoides derecha y abundante todavía la otorrea de este lado. Preséntase entonces una rigidez muy marcada del cuello y hombro de la parte derecha en forma de torticólis. Ante la gravedad del caso, inicié la idea de una intervención radical, pero el padre de la niña suplicóme con gran insistencia esperara algunos días más, y si bien acepté no de buen agrado tan peligrosa contemporización, declaré con firmeza no responder de lo que pudiera suceder más tarde.

Al cabo de cuatro días, durante los cuales había mejorado un poco el estado general, y la fiebre era menos alta, veo la niña en mi consulta (18 de julio), y después de apreciar que la supuración del oído derecho era todavía considerable, persistiendo un ligero grado de empastamiento de la piel mastoidea y el torticólis, sin abandonar la idea de la trepanación en perspectiva, practiqué a la paciente una fuerte insuflación de aire por la trompa con la pera de Politzer. El efecto obtenido fué muy notable: la niña declaró al instante haberle desaparecido el dolor de cabeza y el atontamiento, y desde el día siguiente no quedó ya rastro de fiebre, se normalizó el pulso, fuése el dolor mastoideo, disminuyendo mucho la supuración, hasta el punto de cesar en absoluto a los seis días, quedando curada la niña en una semana sin dejar vestigios de hipoacusia. Noticias recientes de la enfermita confirman la persistencia de su fisiologismo auditivo.

Hasta aquí, unos casos de complicaciones antro-mastoideas en que no fué necesario practicar incisión alguna, bastando únicamente un tratamiento médico sencillo, casi expectante.

Veamos, ahora, de reseñar algunas observaciones, en las que debió recurrirse a incidir la piel mastoidea en casi todos ellos, habiendo alguno en el cual se abrió espontáneamente la colección purulenta al exterior. En todos los casos, se consiguió la curación sin haberse ejecutado resección radical alguna.

6.^a María P., 30 años de edad. 3 de agosto de 1911. Otorrea crónica muy antigua. Hace un mes, otitis aguda supurada izquierda, con ligeros dolores intermitentes al nivel de la mastoides. Desde hace pocos días empezó a abultarse el lado izquierdo del cuello, por debajo de la oreja. Grandes dolores óticos y peri-óticos, especialmente en la región de la punta mastoidea. Cefalalgia. Fiebre alta. Torticólis acentuada. Había sido visitada la enferma por un aurista de esta ciudad, quien aconsejó la trepanación mastoidea sin demora alguna.

Vense granulaciones de la caja timpánica que provienen del ático, bañadas en pus lechoso, con grumos y algunas películas de colesteatoma. Audición nula al reloj, a la voz y al diapasón. Percepción craneal: cero. Weber +. Rinne—pero fugaz. Tratamiento: cauterización de las fungosidades, lavados antisépticos, cataplasmas asépticas, etc. Durante los días del 7 al 10, aumenta la tumefacción, extendiéndose hasta la clavícula y la nuca. El abultamiento ofrece una dureza casi leñosa, pudiéndose apreciar apenas una fluctuación muy profunda. El torticólis es muy intenso y persisten los dolores vivos, especialmente al comprimir la punta de la apófisis. La fiebre oscila entre 38° y 39°. Se trata, pues, de una mastoiditis de Bezold con formación de absceso profundo del cuello. El día 10 practico una incisión por delante y otra por detrás del esterno-cleido, lo que da lugar a la salida de enorme cantidad de pus

espeso, muy fétido, mezclado con detritus de esfacelo muscular. Drenaje. Apósito. Cesan inmediatamente los dolores, baja la fiebre y la enferma puede descansar bien aquella noche.

A los 15 días dejan de supurar las heridas quirúrgicas, habiendo desaparecido la gran tumefacción, pero persistiendo el endurecimiento pétreo de dicha región cervical y por lo tanto el torticollis, si bien con menor intensidad. No hay dolores espontáneos ni provocados al nivel de la punta. Escasa otorrea por el conducto. Mejoría sensible en la audición. Se suprime el drenaje y a los dos días quedan cerradas las incisiones cutáneas. Al cabo de un mes, la enferma parece estar curada; únicamente se aprecia aún algo de induración cervical y envaramiento, y muy poca supuración de la caja. Aquel primer síntoma tardó todavía algún tiempo en desaparecer totalmente y en cuanto a la secreción purulenta cesó al cabo de unos dos meses. Actualmente (han transcurrido más de 5 años) la paciente sigue curada, con una muy aceptable función auditiva.

7.^a María T., 28 años de edad, 26 de mayo de 1912. Hace tres semanas tuvo un intenso resfriado, seguido de vivo dolor en el oído izquierdo. A los dos días aparece supuración por el conducto auditivo, pero el dolor no cesa y aun se irradia hacia la región temporal y mastoidea. Consultó un especialista de Barcelona, quien le aconsejó urgente intervención quirúrgica, y a los pocos días veo la enferma en mi gabinete. Hay pastosidad de la región mastoidea, piel algo rubicunda, dolor vivo a la presión. Conducto auditivo atrésico por edema de las paredes cutáneas. Mucho pus. Audición: 0; Percepción craneal: 0; Weber: +; Rinne: —. Prescribo vejigatorio *retro-auris* y una poción con salicilato de sosa. Se obtiene sensible mejoría, pero a los dos días, aumenta la hinchazón de la mastoidea, apreciándose fluctuación. Practico profunda incisión hasta el periostio. Gran cantidad de pus espeso, algo fétido. La cortical está perforada y rugosa. Lavado, drenaje, etc. A los 2 días se obtiene franca comunicación entre la herida y la caja timpánica a través del antro, apreciable con el estilete y el lavado. Toques con tintura de yodo, agua oxigenada, etc. y a los 22 días a partir del de la incisión, la enferma queda curada, estando entonces la audición al reloj a 20 cm. Persiste la curación.

8.^a Luis G., 18 años de edad, 1.º de mayo de 1913. Hace un mes supuración del oído izquierdo, acompañado de fuerte dolor e hinchazón en la región mastoidea. El médico del pueblo le incide la piel de ésta, sale mucho pus, cesa el dolor, drenaje. Sigue la supuración por el conducto, escasamente por la herida post-auricular, hasta hace pocos días en que no hay secreción purulenta. Dos reputados otólogos barceloneses habían visto al enfermo, aconsejando la trepanación antro-mastoidea urgente, y el médico del pueblo, condiscípulo mío, quien me recomendaba el caso, después de detallada historia clínica epistolar, deseaba saber si era prudente ya suprimir todo drenaje y permitir el cierre de la herida. Exploración: conducto auditivo todavía estrecho y ulceroso, tímpano engrosado, borroso, algo enrojecido, pero sin perforación visible ni supuración. Reloj a 2 cm. Percepción craneal normal; W: +; R: —. Nada de dolores mastoideos espontáneos, ni provocados; orificio quirúrgico de buen aspecto; sin pus. Propongo cesen los drenajes y quede el enfermo en observación. A los dos meses recibo nueva carta de mi compañero, manifestando que el paciente sigue del todo bien, habiéndose normalizado la audición.

9.^a Concepción R., de San Pedro de Ribas, de 3 años de edad, 5 de mayo 1914. En diciembre de 1913, tuvo una infección gripal acompañada de otitis media supurada poco dolorosa. A los pocos días se forma un absceso mastoideo que el médico de la población, Dr. Cuadras, incide en seguida y drena convenientemente. A los 30 días deja de supurar y se cierra la herida, pero al cabo de pocos días reaparece el absceso y se vacía por la propia incisión hasta agotarse de nuevo la secreción al cabo de una semana. Estas alternativas se repitieron tres a cuatro veces, hasta que nuestro compañero, practica nueva incisión más amplia y más profunda. La enferma tenía entonces hipertermia elevada y tendencia marcada a opistótonos. El desbridamiento pareció dar buen resultado, pero más tarde después de nueva dilatación con bisturí y sonda acanalada, se forma a los tres días otro absceso mastoideo que preocupa al médico, y le decide a poner al paciente bajo mi tratamiento.

Hallo la cortical rugosa, pero no es posible introducir el estilete a través de algún trayecto óseo que pudiera haber. Ello no obstante, prolongo un poco la incisión por ambos extremos, procurando cortar el periostio mastoideo. Sale algo más de pus. Drenaje. El tímpano está perforado, la caja llena de pus. Audición muy disminuída. Lavados, etc. A los 17 días queda curada la enfermita, sin que haya sobrevenido recidiva alguna desde aquella fecha.

10. Ricardo O., de 19 años de edad, 29 marzo de 1915. Desde hace algunos días hay vivo dolor en ambos oídos, acompañado de malestar general, fiebre con máximas de 39º, sordera muy acentuada, cefalalgia y dolores peri-auriculares y mastoideos. Tímpanos inyectados, convexos. Practico la paracentesis de los dos tímpanos, saliendo un poco de muco-pus. Politizeraciones. Mejoría inmediata de la audición, siguiendo las algias durante dos días. Temperaturas entre 37'2º y 38'6º. El día 4 de abril se acentúa el dolor, se hincha la región mastoidea derecha, continuando abundante supuración rosada por el conducto. Practico incisión profunda de la piel mastoidea, saliendo regular cantidad de pus. Drenaje. A los 12 días queda curado el proceso auditivo de este lado, desapareciendo la secreción y la sordera.

El oído izquierdo sigue con piorrea y alternativas de dolor, hasta que a últimos de abril se forma absceso mastoideo, que dilató en 2 de mayo. A los pocos días se resuelve favorablemente la dolencia ótica y mastoidea. Sigue el enfermo curado.

11. Luis B., 22 años de edad. 4 octubre 1915. Recomendado por el doctor Gaya, de Manlleu. Hace 3 meses, en el curso de un resfriado, aparece mucha sordera y ruidos de oídos, hinchándose la región mastoidea con algún dolor local, pero sin supuración por el conducto. Se emplean varios tratamientos, cediendo los dolores y el empastamiento. Hace cinco días, vuelve la hinchazón y algo de dolor que aumenta por medio de la presión. Hay también cefalalgia. Reloj: 8 cm. Percepción craneal: buena. W +, R—. Incisión cutáneo-perióstica: sale mucho pus verdoso, espeso, fétido. Practico la paracentesis del tímpano, que resulta negativa. La cortical mastoidea está rugosa, pero no se halla orificio comunicante con el oído medio. Drenaje. Al cabo de un mes, curación.

12. Fernando S. 3, años, linfático-escrofuloso. 28 abril 1916. Hace 1 mes supuración del oído derecho, que cesó a los pocos días. A los quince, se forma un extenso absceso mastoideo que es dilatado por su médico de cabecera doctor Bigas y Viñeta, quedando el enfermito aparentemente curado al cabo de 8 días por lo que se refiere al proceso mastoideo, pero sigue supuración por el conducto hasta reaparecer fluctuación mastoidea. Practico incisión profunda siguiendo la reciente cicatriz. Se obtiene poco pus. La cortical está perforada y hay comunicación fistulosa entre las células mastoideas y la pared posterior del conducto. Lavados, drenaje, etc. Frecuentes politizeraciones. Curación: a los 20 días.

13. Montserrat G., 15 años. 26 mayo 1916. Hace un mes, resfriado nasal intenso, seguido de dolor vivo en el oído izquierdo, que cesó al supurar, pero quedando algias punzantes peri y retro-auriculares. La región mastoidea está muy sensible a la presión y hay empastamiento, más acentuado hacia la punta. Audición: reloj, a contacto. Hay también torticollis. Escasa supuración por el conducto; tímpano engrosado, deformado, con fungus procedente del ático. Extirpo esta neoformación con el asa, cauterizando el resto con ácido crómico al 10 %. Prescribo vegigatorio para la región mastoidea. Al día siguiente apenas hay dolor, pero a las 24 horas aumenta el abultamiento retro-auricular, apreciándose fluctuación muy profunda. Incisión de Wilde muy honda al nivel de la punta de la apófisis. Gran cantidad de pus lechoso muy fétido. Drenaje. A los 12 días, no supura la herida, desaparece el torticollis y se suprime el drenaje, pero al día siguiente la piel está nuevamente hinchada y algo reluciente y roja, reapareciendo la contractura del externo-mastoideo. Separo los bordes de la herida con la sonda acanalada y se obtiene regular cantidad de líquido purulento. Siguen las curas con agua oxigenada, tintura de yodo y lavados, y a los 24 días, a contar desde el de la incisión, doy de alta a la enferma, curada. No ha repetido la dolencia descrita.

14. José M., 2 años de edad. 22 abril 1915. Cuenta su madre que hace un mes tuvo el niño una afección gástrico-intestinal, en medio de la cual le supuró el oído izquierdo, previos breves días de dolor. Formóse más tarde un abultamiento por detrás del pabellón, que se abrió espontáneamente, saliendo mucho pus, que manó pocos días, quedando después un orificio por el cual no parece salga actualmente secreción alguna. Examinado el enfermito, vése el tímpano cerrado, algo borroso y engrosado, sin supuración. El estilete no aprecia contacto con el hueso mastoideo, a través del agujero retro-auricular, ni hay señales de pus. Audición poco acentuada. Practico algunos toques con tintura de yodo por la abertura mastoidea, a fin de asegurar la resolución del proceso ótico, que ha terminado espontánea y favorablemente. Curación a los pocos días.

Antes de exponer algunos comentarios a las observaciones relatadas, considero muy interesante dar cuenta a la Real Academia de una estadística que he hallado, casi ya terminada, correspondiente a un grupo de otopáticos vistos por mi inolvidable padre, cuando el número de ellos llegaba a 24,000. Se refiere a procesos mastoideos como los que acabo de historiar, y que me permito transcribir con muy pocas modificaciones, puramente de forma. Dice así el apunte citado:

«En 24,000 enfermos del oído, hay 500 casos con lesiones supurativas, agudas o crónicas, desde simple infección inicial del antro, hasta las más graves caries y necrosis mastoideas. Eliminando 48 casos que no siguieron las indicaciones terapéuticas establecidas, quedan 452 casos tratados, pudiendo seguir el curso de la dolencia.

De éstos, 175 fueron vistos desde el comienzo y se curaron bien sin intervención quirúrgica, salvo 24 que continuaron afectos de la otitis media supurada que ya tenían antes. Resultan pues, 151 curados completamente con sólo un tratamiento simple, sin necesidad de operaciones radicales, ni desbridamiento cutáneo-perióstico.

Otro grupo de 27 casos necesitaron la incisión de Wilde, por estar ya muy tumefacta la piel mastoidea (sin absceso). De esos 27, curaron totalmente mediante dicho desbridamiento: 23; persistiendo la otorrea complicada con fungosidades tan sólo en 4 casos.

Mastoiditis con formación de absceso: 175 casos. Se practicó la incisión de Wilde en 86 casos, curándose completamente 65 enfermos; quedó un resto de 21 que una vez curada la lesión mastoidea per-

sistió la otitis media más o menos fungosa. De los propios 175 casos, con absceso, en 5 de ellos desapareció al absceso con el empleo de la levadura de cerveza; en 66 casos debió procederse a la intervención osteotómica radical, muriendo 5 de los operados; y 18 murieron por no dejarse operar o no llegar a tiempo la visita operatoria.

Hay además 82 casos de caries y otras lesiones óseas, de los cuales 46 con abscesos mastoideos curaron espontáneamente, quedando cicatriz retro-auricular, y 36 en que curaron del absceso pero persistió trayecto fistuloso y caries fungosa, etc.»

De esta estadística, he hecho, por mi parte, el siguiente resumen:

Entre 452 casos de lesiones mastoideas, *curaron completamente* 351 (77 %), que pueden descomponerse como sigue:

- a) 151 mediante un tratamiento médico, revulsión, etc.
- b) 88 por medio de la incisión de Wilde,
- c) 61 por intervención radical.
- d) 51 espontáneamente.

En conjunto, resultan 290 casos curados sin la trepanación antro-mastoidea (82 %) y 61 que fueron tributarios de dicha operación (18 %).

Quedan *no curados*: 101 (23 %), o sean:

24 del primer grupo.

25 del segundo grupo.

5 del tercero.

29 del cuarto, y

18 que murieron antes de ser operados.

Considero todos estos datos lo bastante elocuentes para hacer resaltar la posibilidad, mucho más frecuente de lo que generalmente se cree, de curar ciertas inflamaciones, supuraciones y caries óseas, sin necesidad de recurrir a grandes resecciones ni osteotomías radicales, en muchos de los casos en que se acostumbra a seguir un criterio totalmente opuesto. En todas las observaciones referidas, una sencilla terapéutica antiflogística, antiséptica, y a veces espontáneamente en un grupo de casos, y la simple dilatación del absceso y el establecimiento de un drenaje adecuado previa cura corriente, en otro grupo, fueron suficientes para resolver la dolencia sin efectuar trepanación alguna.

En la mayor parte de estos casos, tratándose de procesos agudos, las lesiones óseas son poco extensas, realizándose un desagüe espontáneo por el mero hecho de vaciarse el pus al exterior por fuera de la tabla externa de la apófisis, o por arrastre mecánico violento producido por la ducha aérea de Politzer, que pasa como un torbellino por el interior del antro mastoideo y células que con él comunican. Cuando se halla fistula ósea más o menos ancha, después de la incisión de Wilde, en buena comunicación con la caja o con el conducto auditivo externo, permite atacar el mal casi directamente, pudiéndose lograr el resultado curativo.

En los tratados clásicos de otología no se niega la posibilidad de la curación espontánea, o mediante un tratamiento conservador bien dirigido, de las mastoiditis agudas. Sin embargo, se rechaza este procedimiento terapéutico, y además se aconseja que, si al cabo de dos a cuatro semanas no se obtiene sensible mejoría, debe irse, sin esperar más, a la trepanación radical. Dicho lapso de tiempo es el que ha transcurrido en la mayor parte de los casos historiadados, excepto las observaciones 10 y 2, en que necesitaron 40 y 50 días respectivamente.

Conviene de todas maneras fijarse en el tiempo de duración de la enfermedad desde que se manifestó de un modo ostensible, hasta que quedó definitivamente yugulada. A este tenor, hallamos un buen número de los casos descritos, en los que sobrepasó la cifra indicada por los autores, alcanzando 40, 45, 50 y hasta 120 y 150 días hasta su completa resolución. Hago observar este hecho, porque ello expresa que muchos de estos enfermos hubieran sido sometidos infaliblemente a la operación osteotómica con anterioridad, si se hubiese seguido el criterio que prevalece en las obras de otología, de un modo especial en los casos cuyo curso morbozo se prolongó extraordinariamente y por lo tanto, más fácilmente expuestos al desarrollo de complicaciones óseas de mayor gravedad por propagarse a veces hacia el interior del cráneo. Para mayor claridad y a modo de síntesis, transcribo el siguiente cuadro relativo al tiempo transcurrido desde que empezó la dolencia y desde que comenzó el tratamiento, hasta su curación definitiva:

Observaciones	Número de días transcurridos desde el comienzo de la dolencia hasta su curación	Número de días transcurridos desde el comienzo del tratamiento hasta su curación
N.º 1	15	15
N.º 2	50	50
N.º 3	30	15
N.º 4	15	15
N.º 5	45	32
N.º 6	50	20
N.º 7	45	22
N.º 8	30	24
N.º 9	150	17
N.º 10	40	40
N.º 11	120	30
N.º 12	35	20
N.º 13	50	24
N.º 14	20	16

Entre un sinnúmero de casos de mastoiditis, operados radicalmente, hallaríamos una serie en los cuales las lesiones descubiertas en la mesa de operaciones no serían muy extensas, y como es natural han resultado también curados, si bien después de largo tiempo y quedando el paciente muchas veces, con una disminución más o menos notable de su audición, cuando no su abolición total. Estos casos son los que se habrían curado con otros medios más sencillos, pero que las impacencias del oto-cirujano y el temor, no siempre justificado, de aparecer otras complicaciones más graves, han llevado al enfermo a ser tratado precozmente, en mi sentir, por medio de dicho recurso terapéutico extremo.

De esta falta de exactitud en la apreciación de la gravedad del proceso mastoideo, ha nacido el criterio intervencionista, resumido así: *ante la duda o ante el temor de que estalle más tarde una complicación de gran peligro, lo mejor es operar en seguida y así se evitarán gravísimos trastornos endo-craneales o la misma muerte del paciente.* Si es así, deberían operarse todos los casos de mastoiditis, y ya vemos el número considerable de los que curan sin intervención quirúrgica.

No pretendo indicar con lo expuesto que no sea partidario de la intervención operatoria, que muchas veces me he visto obligado a practicar, y por lo tanto no puede interpretarse mi modo de proceder y de pensar como un sistema conservador *à outrance*, respecto del tratamiento de las mastoiditis supuradas. Creo que debe meditar bien esta cuestión y buscarse en todo caso un término medio. Es de comprender pues, que precisa siempre en estos casos observar con sumo cuidado el curso sintomático, y no dudar de lanzarse a la trepanación si la importancia o gravedad del cuadro clínico representa un peligro para la vida del enfermo. La contemporización operatoria podría convertirse en un arma de letales efectos y ello debe evitarse siempre.

¿Qué ventajas tiene, pues, el procedimiento conservador? Tratándose de lesiones agudas o agudizadas, hay tiempo para observar el curso que sigue la enfermedad, puesto que el enfermo acude inmediatamente a los cuidados del otólogo y se somete con mayor perseverancia al tratamiento empleado; puede apreciarse la intensidad de los dolores, el curso de la fiebre y demás síntomas, utilizando al efecto medios sencillos hasta el momento en que nuestra intuición o el aumento o exacerbación de los signos clínicos observados, nos obliguen a realizar otros tratamientos más enérgicos. Si se forma absceso subcutáneo de la mastoide, se practica su dilatación y consecutivo drenaje y curación cotidiana. El enfermo está entonces menos expuesto ya a las complicaciones endo-craneales, si bien precisa ser prudente y vigilar con cautela la evolución sindrómica. La curación diaria a la cual queda sometido el paciente representa, en muchas ocasiones, la propia cura post-operatoria que se realiza en los casos de trepanación radical, cuando quedan pequeños focos de osteítis o fungosidades que deben ser raspadas o cauterizadas hasta la completa cicatrización, con la desventaja en este caso de ser más largo el tratamiento.

¿Cuál es, pues, el método terapéutico que debemos utilizar ante un caso de mastoiditis supurada?

A fin de no prolongar el tema en demasía, y dejando a un lado ciertas consideraciones, expondré en forma sintética el tratamiento que según mi opinión debe ponerse en práctica:

a) Obtener una buena abertura del tímpano. Si no está perforado espontáneamente, practicar la miringotomía. Si lo está, dilatar el orificio. Si se forman carnosidades, quitarlas con el asa, la cucharilla o el ácido crómico.

b) Hacer frecuentes insuflaciones transtubáricas con la pera de Politzer, y algunas veces cateterismos, cuando exista ya el desagüe a través del tímpano.

c) Calmar el dolor (instilaciones de glicerina fenicada, con o sin cocaína); cataplasma aséptica; revulsión: gálvano-puntura retro-auricular, tintura de yodo, vejigatorio, sanguijuelas; salicilato de sosa al interior, etc.

d) Antisepsia de la caja, todo lo posible: lavados con agua sublimada, bórica, oxigenada.

e) Si se inicia tumefacción mastoidea, la revulsión antes indicada.

f) Cuando hay absceso subperióstico, incisión profunda, hasta el hueso. Si la cortical se halla perforada, procurar una buena comunicación con la caja o conducto, a través del trayecto óseo. Si éste es pequeño, puede intentarse su agrandamiento mediante un raspado con la cucharilla. Lavados con agua oxigenada, que limpia bien todas las cavidades mastoideas; toques con tintura de iodo, drenaje con gasa esterilizada introducida hasta el antro o células limítrofes con el conducto. Cura diaria, vigilando bien el curso del proceso, la abundancia de la supuración y todos los demás síntomas generales.

g) Si no se halla perforación de la apófisis, seguir idéntico tratamiento, teniendo mucho cuidado en mantener bien expedito el drenaje a través del tímpano, por medio de repetidas politizaciones y si es necesario reiterar también la dilatación miringotómica, a fin de evitar los fenómenos de retención purulenta.

Para terminar, trataré brevemente de las indicaciones de la trepanación mastoidea, según mi criterio:

Se debe estar preparado para operar:

- 1.º Cuando el dolor no cesa por todos los medios empleados.
- 2.º Cuando hay fiebre muy elevada, duradera o va acompañada de escalofríos.
- 3.º Cuando la cefalalgia es muy intensa e incesante.
- 4.º Cuando se presenta parálisis facial o de otros nervios craneales.
- 5.º Cuando hay vómitos y vértigos repetidos, delirio o embotamiento psíquico.
- 6.º Cuando la supuración auricular es muy abundante, fétida y tiende a hacerse crónica.
- 7.º Cuando se comprueba la existencia de colesteatoma de la caja y cavidades mastoideas.
- 8.º Cuando hay estenosis considerable del conducto auditivo externo.
- 9.º Cuando las múltiples fungosidades de la caja y ático se reproducen fácilmente una vez destruidas, impidiendo el desagüe del pus.
10. Cuando después de dilatado el absceso mastoideo, se halla extensa caries de la apófisis, apreciable por el estilete, y no es posible obtener un buen drenaje.
11. Cuando se trata de una mastoiditis aguda en el curso de una de carácter crónico.
12. Cuando no se trata de un individuo joven.
13. Cuando no se obtiene mejoría alguna de los síntomas más importantes, al cabo de 6 a 8 semanas de instituido al tratamiento conservador.

DISCUSION

DR. R. BOTEY.—Considera interesantes los casos descritos, las estadísticas del difunto padre del señor disertante, del malogrado Dr. Suñé y Molist y las consideraciones finales de su trabajo.

Aunque los resultados de la práctica del Doctor Botey le conducen a creerse quirúrgicamente más agresivo, por no haber tenido la suerte de curar tantos casos de mastoiditis sin abertura del hueso como los doctores Suñé padre e hijo, cree también no obstante que existen no pocos casos que pueden sanar con tan sólo la incisión de Wilde.

En efecto, partiendo del principio de que la caja, el ático, el áditus, el antro y las células constituyen una cavidad única que supura en totalidad en las otitis agudas en la mayoría de casos, se concibe que para que exista mastoiditis hace falta que haya retención de pus, en cuyo caso sobreviene la exaltación de la virulencia y la reacción ósea. Esta exaltación es debida a determinadas infecciones (grippe, difteria, escarlatina) y a determinados microbios, principalmente ciertos micrococos, evolucionando a menudo en organismos débiles, linfáticos y principalmente en diabéticos.

Este obstáculo puede ser timpánico, residir en el áditus, caso frecuente, o en el mismo antro. Si la tumefacción disminuye se restablece la permeabilidad y vuelve a drenarse el pus, el cual es evacuado por el conducto, cabiendo la curación. Para el doctor Botey se trata, en estos últimos casos, de otitis poco virulentas, debidos a estafilococos y principalmente a neumococos de Fieókel, en individuos un tanto resistentes.

El doctor Botey cree que no hay otólogo grande ni pequeño que no haya observado casos de esta naturaleza; siendo lo más curioso que el doctor Botey los ha visto curar en todos los períodos de su evolución, aun con pus fluctuante en la región retro-auricular, repitiéndose bastantes veces la historia de que más de uno de estos enfermos a quien se propone la intervención se niega a ella, concluyendo por sanar sin operarle.

Entre otros cita el doctor Botey un caso de mastoiditis de Bezold visto últimamente por él, con abultamiento en la región superior del cuello, con salida de pus por el conducto auditivo bajo la presión infra-mastoidea y que, negándose también a la operación, curó sin embargo sin ella al cabo de bastante tiempo.

El doctor Botey piensa, no obstante, que no debe fiarse demasiado de estos casos, contemporizando con timidez, en la esperanza de una curación a beneficio de prácticas conservadoras, porque semejante conducta expone muy mucho a la aparición de complicaciones graves como una meningitis, una tromboflebitis, una séptico-piohemia, un absceso cerebral, etc., que matan al enfermo, o bien a que después de ejecutada la incisión de Wilde se eternice una supuración cariosa del temporal que obligue más tarde a una amplia osteotomía, como le ha acontecido con más de un enfermo operado por otro compañero con la incisión de Wilde y aun a él mismo.

El doctor Botey, a propósito de estos casos, recuerda lo acaecido el año 1875 con la llamada *periostitis mastoidea de Duplay*, afección que, según este cirujano, desde la caja se propagaba por el periostio del conducto, alcanzando la cara externa de la cortical mastoidea. Esta afección movió en aquel entonces gran polvareda, principalmente porque se afirmó que bastaba ejecutar la incisión de Wilde para que curaran estos enfermos. Como los resultados curativos no correspondieron en aquellas fechas siempre a lo afirmado por Duplay, originóse una reacción. Politzer, el papa de la otología, pretendió demostrar que no podía existir periostitis mastoidea sin endomastoiditis, con lo cual el gran maestro, en mi sentir, se equivocó. Hubo enfermos simplemente incindidos con mastoiditis crónicas fistulosas, originando ello una campaña de exagerado anatema contra la incisión de Wilde.

Y sin embargo Duplay y Wilde tenían en parte razón; no había para qué desacreditar uno y otra.

Aparte de estos casos, lleva el doctor Botey observados algunos otros, que publicó en mayo y en agosto de 1909, bajo el epígrafe de *Periostitis temporales supuradas de origen auricular sin supuración intraósea ni de la caja*, que pueden confundirse con los anteriores. En el primero de estos casos, visto por el doctor Botey con el doctor Ramos, se había propuesto por dos otólogos la abertura de la mastoidea, estando dispuesta la familia a que se operara. El doctor Botey se opuso a la osteotomía, limitándose a ejecutar la incisión de Wilde. La enferma curó. Lo propio aconteció al doctor Botey con otros dos enfermos parecidos y más tarde con otros cinco, curando sin incisión los dos últimos. Estos casos muestran también la inutilidad de la abertura de la mastoidea, pareciéndose bastante a los de Duplay y, aunque algo menos, a los relatados por el doctor Suñé.

En estos casos, frecuentes en niños y adolescentes, ha notado el doctor Botey: ausencia de sensibilidad en el ápice mastoideo; escasó pus o ninguno en el conducto auditivo externo, el cual está siempre más o menos tumefacto; tímpano imperforado aunque más o menos enrojecido, sin abombamiento; hinchazón más o menos difundida de la región temporal hacia la parietal y la mastoidea.

El doctor Botey cree que en estos últimos casos se trata de una *periostitis flemonosa atenuada que desde la caja y el conducto se propaga por la cara superior del meato* auditivo a la escama del temporal.

El doctor Botey dice finalmente que existen por lo tanto confundidos tres procesos morbosos: las *endomastoiditis supuradas* curables sin osteotomía; las *mastoiditis de Duplay* y las *periostitis temporales* de origen auricular sin supuración intraósea.

Todas ellas curables sin abertura ósea, indican un proceso de virulencia atenuada, necesitando ser tratadas con bastante circunspección, dispuesto siempre el otólogo a intervenir a la menor alarma.

RECTIFICA EL DOCTOR SUÑÉ Y MEDÁN, y dice: Según ya he expresado al comienzo de mi comunicación, no ha sido mi propósito extenderme sobre etiología y anatomía patológica de las mastoiditis supuradas, como acaba de resumir tan brillantemente el doctor Botey, por ser ya mejor conocido el asunto. He querido solamente exponer hechos clínicos, y por lo tanto en esta ocasión lo que tiene importancia es su interpretación desde el punto de vista de las indicaciones terapéuticas, haciendo resaltar los éxitos obtenidos en esta clase de enfermos sin necesidad de recurrir a la operación radical.

No hay duda alguna que requiere este tratamiento una gran paciencia por parte del otólogo, y esta es una condición que quizá no abunda mucho y los tratados de otiatria no mentan. El especialista ha de seguir con sumo cuidado el curso sintomático y el estado local durante días y más días, hasta conocer el momento oportuno de interpretar los hechos en uno u otro sentido para obrar en consecuencia. Es necesario emplear todos los recursos de la ciencia actual, y en caso de duda incluso practicar análisis hemáticos y del pus auricular para conocer la virulencia o calidad de las bacterias piógenas, etc. A este propósito me permito señalar la observación de algunos autores norteamericanos, quienes atribuyen una gran importancia pronóstica al hallazgo del *streptococcus mucosus capsulatus*, considerado como uno de los más peligrosos, e indicadores, por lo tanto, de urgente operación. Recuerdo haber leído que seis enfermos de mastoiditis en que se encontró la expresada bacteria, murieron todos ellos: cinco de meningitis y uno de absceso cerebral.

Las observaciones de empiemas mastoideos curados sin operación, no son tan escasas como pretende el doctor Botey, y creo que el 82 % hallado por mi padre es una proporción bastante crecida para convencer. Y aun es más: podría decir que en mi práctica hallo más raros aún los casos que necesitaron la intervención, alcanzando quizá al 90 % los que curaron sin ella. Los mismos casos de mastoiditis de Bezold que el doctor Botey considera rarísimos terminen por medios no quirúrgicos, afirmando que no había visto nunca caso semejante como el observado por él, son relativamente más frecuentes de lo que se cree y por mi parte llevo observados varios de ellos. Muy recientemente, he tratado una enferma con absceso profundo del cuello, que se vaciaba por el conducto al comprimir por debajo de la oreja, como en el enfermo de mi distinguido compañero, y que también ha curado sin abrir brecha ósea alguna, ni siquiera de las partes blandas.

No se trata de timidez operatoria, sino de cierta constancia en la institución de un tratamiento sencillo (que no excluye el quirúrgico si es necesario) cuando un estudio minucioso del proceso y de su evolución en cada paciente, permite comprender la posibilidad de alcanzar un resultado satisfactorio antes de lanzarnos a la trepanación radical. Los hechos clínicos apuntados comprueban esta declaración.

Para terminar, sólo me resta dar las gracias al doctor Botey por haberme honrado al intervenir en este debate y por las frases laudatorias que inmerecidamente me ha dedicado.

Sesión científica del 28 de Abril de 1917

El Cloroformo en las grandes intervenciones nasales, bucales y faríngeas

POR EL DOCTOR R. BOTEY

La anestesia general en las operaciones en las primeras vías constituye, a menudo, un problema lleno de dificultades. Estas son a veces tales que algunos operadores han concluido por renunciar a la narcosis, interviniendo en un estado de semi-anestesia, o empleando la anestesia local.

Prescindiré de esta última, utilizada para algunas de las intervenciones de mi especialidad, tales como la traqueotomía, la tirotomía, la laringectomía, la operación de Caldwell-Luc, etc., para ocuparme tan sólo del magno asunto del mejor método de anestesia general cuando precisa operar en las fosas nasales, la cavidad bucal y la faringe.

En las grandes intervenciones sobre las vías aéreas superiores, el cloroformo, administrado con la consabida mascarilla o la vulgar compresa, adolece de los siguientes inconvenientes:

1.º La *narcosis es frecuentemente interrumpida*, porque, al poco rato de operar, el enfermo se despierta y se suspenden las maniobras, mientras el cloroformizador vuelve a anestesiarse al paciente para que el operador pueda continuar breve rato, cediendo de nuevo el sitio al cloroformizador, y así sucesivamente.

Estas interrupciones prolongan, a veces, bastante el tiempo de duración del acto operatorio. Además, semejantes intermitencias de la anestesia resultan peligrosas, puesto que en vez de mantener el operado bajo la influencia de una cloroformización prudente, obligan a cada repetición de la narcosis a forzar la dosis, exponiendo a reflejos alarmantes.

2.º El *cloroformizador estorba al operador*, dado que situado junto a éste, toca a cada instante el campo operatorio que roza con sus manos sépticas el instrumental y las manos asépticas del operador, infectando uno y otras.