

6-74 De Jimeno

~~De Castro~~

Alvarez

~~De Rodriguez~~

Alvarez de Castro

De Castro

APUNTES CLÍNICOS

SOBRE LA

MASTOIDITIS.

ESPECIALMENTE EN LOS NIÑOS.

+++++O+++++



El deber inexorable, provisto de todo su poder y amparado por la Ley que le inspira, se me impone en estos momentos; para aspirar á la honrosa investidura de Doctor, me obliga á desarrollar una Tesis, someterla al elevado criterio de ilustres jueces y defenderme ante sus temibles argumentos. Al empezar esta ineludible y difícil taréa, siéntome dominado por la poderosa influencia de dos sentimientos: la esperanza y el temor; temo, porque estoy persuadido de mis escasas fuerzas; espero, porque confío en la indulgencia de los que han de juzgarme.

"Il n'est pas nécessaire que tous les praticiens traitent d'une manière chirurgicale, mais il faut absolument que tous apprennent à penser d'une manière chirurgicale. Penser chirurgicalement d'une manière exacte conduit à des indications claires et à des résolutions énergiques".

T.H. Kocher.-(de Berne) -1904-

La Clínica quirurgica infantil puede considerarse sintetizada, en su principal parte, en la agrupación de tres grandes entidades morbosas: la Osteo-mielitis, la Mastoiditis y la Apendicitis.

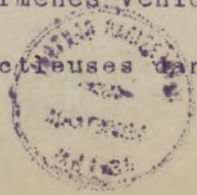
Respondiendo la primera á su índole microbiana indiscutible hoy gracias á los trabajos de Pasteur, Lannelongue, Rosenbach y Krause (1), no solo invade las capas óseas por el intermedio de los tractus medulares que las recubren,

(1)- Raymon - Barthez. Étude sur l'Osteomyelitis.

sino que manifestándose como verdadera infección del organismo - septicemia de origen medular,- deja que el Streptococcus y Stafilococcus, ó ambos reunidos, asalten los diversos organos del niño; (pleuresias purulenta, pericarditis, - endocarditis y, sobre todo, nefritis septicas) merced á la coexistencia de una flebitis de las venas óseas y de los más gruesos troncos que las suceden.

Por otra parte, la Bacteriología y la Anatomía patológica con sus concluyentes pruebas, nos hacen saber que el apéndice cécal sufre frecuentemente el ataque de las infecciones generales (1); y al lado de la influencia de la Erisipela, Sarampión, Escarlatina y Difteria, vemos la afirmación de que la Pneumonia puede evidentemente determinar una apendicitis secundaria (Achar y Broca, M. Sevestre, Poliakoff); y ya por propagación por la vía sanguínea, bien por penetración directa de los gérmenes venidos del ciego, aquella evo-

(1)- Charles - Bardon. Maladies infectieuses dans l'Appendicite.



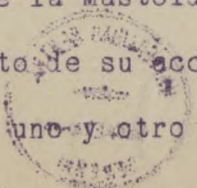
luciona á consecuencia de entero-colitis, colitis y de toda infección intestinal.

Pues bien: la Mastoiditis en sus relaciones con las delicadas regiones naso-faringea é intracraneana; en intimo contacto con las enfermedades del oido medio; teniendo por campo de acción una estructura anatómica especial, se constituye en el medio de transmisión, en el agente de difusión patológica entre dichos puntos, y su terapéutica, resuelve, á la vez, los más graves procesos que se desarrollan en la masa encefálica.

Fácil resulta deducir la importancia que encierra el tema de mi labor y los puntos que intento bosquejar en ella; pero antes de todo, debo hacer la siguiente manifestación de reconocimiento y de justicia: á las interesantes lecciones prácticas del Sabio operador Dr. Ramónéde, á los excelentes trabajos clínicos de los Profesores Kirmisson y A. Broca cuyos servicios tube la

honra de seguir durante el año en el Hospital des Enfants Malades (Paris), pertenece lo fundamental de mi sencilla obra; y sus preciosos consejos, sirviéronme de guía por la senda llena para mi de sombras; reciban, pues, en este acto solemne, un respetuoso recuerdo de gratitud del más humilde de sus discípulos. Además, el afamado dibujante Mr. Lenba consagrando todo su interés á mis operaciones, pasó del natural al papel, hasta los más delicados detalles, con admirable exactitud, encargándose su lápiz de compensar las grandes deficiencias de mi palabra.

El primer factor patogénico de la Mastoiditis, es el pus; y el elemento propio para el desenvolvimiento de su acción, el tejido óseo: no pretendo hacer un estudio didáctico de uno y otro porque están fuera del alcan-



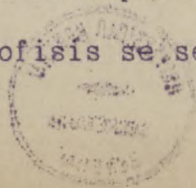
ce de mis propósitos y dentro de los límites de la Bacteriología y de la Anatomía descriptiva respectivamente; he de concretarme, para la mejor comprensión de mis ideas, á dirigir una mirada sobre aquellos puntos más identificados con el proceso, de la región mastoidea; y después de seguir la marcha al pus desde su origen hasta sus últimas localizaciones, poner de relieve lo mejor que yo pueda, los peligros que ofrecen á la técnica operatoria, la inmediata proximidad de importantes órganos y delicados tejidos.

Las trascendentales modificaciones que se suceden en el desarrollo del hueso temporal desde sus principios en que está constituido por simple materia cartilaginosa hasta su completa formación en que la Osteología nos le hace ver como hueso único de testura resistente al filo del osteotomo, influyen de poderosa manera en la mayor ó menor frecuencia de la Mas-

toiditis, establecen á menudo los extremos de su pronóstico y deciden el valor del tratamiento; las tres porciones que le componen bien denominadas por Arnold, "Escamosa, Petrosa, y Timpánica" (Puesto que la llamada por otros, mastoidea, forma, segun nos enseña la Embriología, parte integrante del peñasco), están perfectamente separadas en los primeros tiempos de la vida y de cuya separación son fieles vestigios en el transcurso de los años, los irregulares trazos ó finos surcos que al dibujarse en las superficies del hueso, van dando nombre á las multiples hendiduras que en ellas estudiamos.

En el curso del 3º al 4º mes de la vida intrauterina, asoman los primeros puntos de Osificación de la porción petrosa, zona en la que se desenvuelve la afección que voy á describir y cuyos detalles anatómicos tienen, para mi objeto, indiscutible interés: en esta época, se inicia el teg-

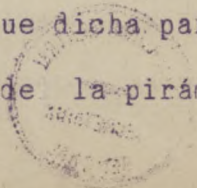
men tímpani bajo la forma de una lámina ósea y casi al mismo tiempo, en la aun cartilaginosa apófisis mastoides, se descubre el primer elemento óseo partiendo del canal vertical superior: revestidas estas partes por la capa de protección que contribuyen á formarle numerosos puntos de osificación complementarios, sigue en avance su desarrollo y en el término del primer año, las tres expresadas piezas se unen entre sí. El tejido esponjoso que representa en el recién nacido las células mastoideas, sufre su primera modificación en el primer año con la presencia de las células aeríferas al nivel del sitio en que se comunican las mastoideas y la caja del timpano; y extendiéndose estas de la base al vértice de la apófisis mastoides (trabajo en el que invierten hasta el tercer año), terminan su progresivo desarrollo aumentando de capacidad y comunicándose entre sí mientras la hoja externa de la apofisis se separa de la interna.



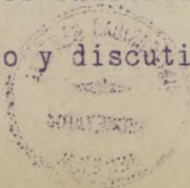
Una ojeada retrospectiva sobre nuestros conocimientos osteológicos nos hace recordar que el peñasco representa una pirámide cuadrangular con sus cuatro correspondientes caras, cuatro bordes, base que viene á estar constituida por la apófisis mastoides y vértice en contacto con el cuerpo del esfenoideas. Su cara cerebral pertenece al plano medio de la base del cráneo y es terminada en su tercio externo por el techo de la caja; ofreciéndonos de interesante para el objeto que me propongo, la hendidura del hiatus de Falopio (que se abre por detras en el canal del facial) y por delante de este los pequeños orificios de los hiatus accesorios; por el primero pasan los grandes nervios petrosos superficial y profundo y por los otros los pequeños petrosos; cerca del vértice de la pirámide se encuentra la depresión que ocupa el ganglio de Gasser, á la que precede otra que forma escotadura sobre el borde superior del peñasco y dá paso al tronco mis-

mo del nervio trigemino.

En el punto de unión del tercio interno con los dos externos de su cara cerebelosa, estan el orificio auditivo interno y el conducto que le sigue, cuyo fondo se vé dividido en dos planos, superior é inferior, por una cresta transversal, mientras el superior está subdividido á su vez en dos fositas por un plano vertical: una anterior (orificio del conducto del facial) y otra posterior (fosita cribiformis); y en la unión de esta cara, por fuera, con la porción mastoidea del temporal, figura la porción petrosa del seno transversal (seno sigmoideo de los alemanes). En donde existen detalles de gran importancia, es en la cara timpano-esfenoidal, - oculta por la porción timpánica que es indispensable levantar para examinarla á no tratarse del recién nacido en el que dicha parte es aun rudimentaria; en dirección de la base al vértice de la pirámide vemos: en el



sitio de unión de la porción petrosa y de la apófisis mastoides, una ancha superficie socavada por las células petro-mastoideas y por delante de ellas una cavidad, el antro, que se comunica anteriormente con la caja del timpano por medio del canal (ó mejor conducto) Aditus ad Antium: el antro, situado á 5 ó 6 milímetros por detrás de la espina de Henle, detrás de la mitad superior del meato, constituye cavidad independiente de las células y un punto importantísimo en la patogenesis de la lesión que nos ocupa, así como en cuanto se refiere á la técnica operatoria: variable segun las distintas épocas de la vida y aun variable en individuos de una misma edad, respecto á su capacidad y posición, resulta no obstante, la célula más constante del sistema cuyas interesantes relaciones externas y de vecindad es preciso conocer con la mayor exactitud; uno de los detalles más útiles para el cirujano y más tratado y discutido sin poder llegar á una

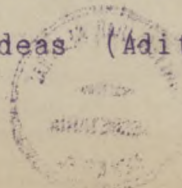


ley fija, es la determinación de su profundidad; nos consta, sí, que en el feto y aun en el niño durante el primer año ocupa un plano superficial bastando el empleo de la cucharilla ó de un bisturí para llegar á él con toda seguridad; pero desde esta edad, cada vez más profundo, no nos ofrece la misma distancia del exterior y al lado de un niño de tres años en que el -- antro estaba yá á 10 milímetros, se nos cita otro de cinco en el que se encontró á 4; y á 11, en otro de trece años; y como en el adulto se observan las mismas diferencias, estamos en el deber de señalar un límite, fundándonos en el diagnóstico clínico y en la Anatomía, que nos libre del riesgo al buscarle ó de poner en duda su constante existencia; sepamos á este fin, que desde los 6 milímetros (Politzer) y 25 (Schewaitze), la exploración debe continuar con toda precaución aunque sin desconfianza; tales dificultades se presentan pocas veces en la práctica porque si se trata de Mastoiditis

agudas, sírvenos casi siempre de guía la osteitis misma y el estado de los tejidos y si de crónicas en que la trepanación está indicada, veremos que el procedimiento nos conduce al antro en su marcha de delante atrás.- Su posición corresponde á por debajo del origen de la linea curva temporal y encima y por delante del vestigio de la sutura mastoideo-escamosa, á pocos milímetros por detrás de la espina de Henle: comunica con la caja del timpano por un conducto llamado Aditus, de 3 á 5 milímetros de largo y cuya forma y dirección varían con la posición del antro; ábrese en la parte profunda de la pared posterior de la caja menos en el niño de poco tiempo que desembocando sobre la parte media, se manifiesta como canal rectilíneo oblicuo hacia abajo, adelante y adentro; á medida que el antro desciende por detrás del conducto, es más alta la situación del áditus sobre la pared posterior y modificando su dirección llega por encima del círculo tim-

panico á incurvarse ligeramente con conveniencia súpero-externa, de donde resulta imposible su cabeterismo con estilete recto (Atico ó bóveda tímpanica); descansa sobre el canal de Falopio, hace salida (por su pared interna) el canal semicircular horizontal y viene á formar su pared superior el tégmen timpani del que hablaré luego, á través del cual está en íntima relación con la fosa temporal del cráneo y el lóbulo temporal del cerebro por consiguiente; resulta, por lo expuesto, que los tres órganos dignos de especial mención al operar sobre este punto, son: el seno lateral, el canal semicircular horizontal y el nervio facial, cuidados que señalaré al ocuparme con la intervención quirúrgica.

Separando uno de otro los conductos auditivos externo é interno, está la caja del timpano continuada hacia atrás por el antro y las células mastoideas (Aditus intermedio) y hacia



adelante, por el conducto óseo membranoso hasta la región faringo-nasal; formada, como vamos viendo por la reunión del canal timpánico á la cara extracraneana anterior del peñasco, cubierta por el tegmen timpani y abierta en el conducto auditivo externo, crúzala conductos vasculares y nerviosos entre los que merecen fijar nuestra atención el carotideo y el facial: limitada por seis paredes (esterna ó timpánica, interna ó laberintica, superior ó craneana, inferior ó yugular, anterior ó tubária y posterior ó mastoidea), tapizadas por una membrana mucosa, representa, segun la comparación de Froeltsch la forma de una tabaquera apoyada sobre uno de sus lados menores y cuyo principal éje vá hacia abajo, adelante y adentro: á este continente de los huesecillos con sus musculos motores y cuerda del timpano, agregaremos para el estudio las células mastoideas; tiene aquella cavidad en el adulto (disminuidas proporcionalmente en los niños segun su edad) los

siguientes diámetros según Testut: vertical, 15 milímetros; ántero-posterior, 15 id.; transversal, 1 milímetro en la parte media, 4 en la inferior y 5 en la superior; corresponde, pues, á su techo el punto más ancho; y el más estrecho al nivel del promontorio y de la depresión umbilical del tímpano, dato de medidas de mucha importancia para la conveniente elección al practicar la paracentesis de su membrana todo lo posible por delante del mango del martillo. Cubriendo en forma de techo, como ha poco dije, constituida por la unión de la porción escamosa con la petrosa del temporal, - está su pared craneana sobre la que se insertan los ligamentos que fijan - hacia arriba la cabeza del martillo y parte del yunque, tegmen, tímpani que, no me cansaré de repetir, forma el límite de separación entre el cerebro -- (fosa cerebral media) y el oído medio, delgada lámina, casi transparente, - atravesada por muchos orificios vasculares, más tenue en el lado derecho -

(estadísticas de Korner); ¿no justifica tal disposición anatómica la mayor frecuencia de las complicaciones cerebrales en este lado?; si agregamos que á este punto pertenece la presencia de la fisura petro-escamosa muy ancha en los niños, (1), comprenderemos cuanto de interesante se diga al ocuparnos con su patogenia y anatomía patológica. No olvidemos en fin, que por su pared yugular está en relación con el golfo de la yugular interna, así como en la laberintica, que si bien parece reflejar su importancia toda en lo que se refiere al funcionalismo de la audición, presenta ante la atención del operador un delicado punto en forma de relieve óseo por encima y detrás del promontorio; conducto de Falopio; sepamos, por lo tanto, que el nervio facial solo está separado de la caja por una fina capa, ó mejor dicho lámina, con frecuencia agujereada: ¿es explicable, según esto, la para-

(1)- Tillaux. *Traité d'Anatomie Topographique.* -Pág. 131.- 11ª. Ediª.

lisis facial por destrucción consecutiva á influencias sépticas? si.

La existencia de los linfáticos (estudiados por Kessel) en esta cavidad y los pequeños ganglios que nos describen los histólogos, así como, - por otra parte, la disposición de una mucosa que al revestirla interiormente vá prolongándose con la que tapiza la trompa de Eustaquio y la faringe, hacen firme y de gran valor la frase de "que el estado patológico de la caja se encuentra bajo la influencia del de la faringe".

Aunque en zona algo lejana del campo operatorio, es útil saber que en su cara occipital (exocraneana posterior) tiene la porción petrosa el surco de la arteria occipital y el orificio inferior del conducto de Falopio, así como en un punto próximo á este, el que dá paso á la rama auricular del - pneumogástrico, quedando un poco hacia adentro la escavación para el golfo de la vena yugular; y por delante de esta, el término inferior del con-

ducto carotideo.

Empieza á manifestarse la apofisis mastoides (en el recién nacido representa simplemente un pequeño disco lenticular) hacia el segundo año de la vida por desenvolvimiento de la base del peñasco; y una vez formada, ancha por arriba (base) y estrecha por abajo, tiene su puesto inmediatamente por detrás del conducto auditivo externo y del canal timpánico; en dirección oblicua, su volumen está en relación con la edad y en -- cierto modo ejercen acción sobre su desarrollo los músculos esterno-cleido mastoideo, esplenio y complexus menor que en ella se insertan; en el feto, aun de todo tiempo, hemos dicho, no existe, en el niño de 3 años se la vé bien trazada y en el de 12 á 13 representa, en pequeño, la del adulto. -- Constituida esta apófisis por una pequeña parte de la porción escamosa por arriba y adelante y por el peñasco por abajo y atrás, ofrece en la unión

de estas dos partes la fisura mastoideo-escamosa que yá conocemos, que partiendo de la escotadura parietal vá á terminar por delante del vértice de la apófisis cruzando su cara externa: importantísimo punto de referencia para la cirugía, tiene asiento en esta región: la cresta supra-mastoidea - que prolonga por detrás la raíz de la apófisis Zigomática, cresta que con la fisura espresada y el conducto, completa el triangulo que forma la situación topográfica sobre la que ha de operarse, como más adelante veremos, evitando así entrar directamente en la cavidad craneana; por debajo del origen de esta cresta y por detrás y un poco por encima del conducto, se nos ofrece la espina de Hénle, laminita ósea delgada más ó menos saliente (falta en los primeros meses de la vida), guía seguro para el cirujano, no importándole que se una su origen al hueso timpánico como afirma Poirier (1) ó per-

(1)- Poirier. - Anatom. Méd-quirurg. cal=



tenezca, como quieren Lenoir y Chipault, al punto de osificación epitimpánico, ó resulte de un simple plegamiento mecánico (Millet). Cuando falta en las circunstancias dichas, debe llamar nuestra atención el aspecto especial del hueso en este sitio sobre la cortical que cubre el antro, verdadera mancha esponjosa que cae exactamente sobre él bajo la apariencia de una criba cuyos orificios vasculares es muy probable estén en relación con las vías de derivación entre el seno lateral y la yugular externa: tiene esta apófisis en su borde posterior la profunda ranura para el vientre posterior del digástrico.

Por la parte posterior de su superficie interna el resto de hueso en contacto con ella y correspondiente á la fosa cerebelosa, concurre á formar el amplio conducto que aloja el seno sigmoideo; é interesa saber que su espesor está formado por células óseas que continúan las del peñasco,

células de muy variable forma y estructura, diferencias que dan base á la división de apófisis en pneumáticas, diploicas y esclerosas: cuando es dura, eburnea, presenta la misma apariencia del tejido diafisiario de los huesos largos; ya está constituida por alveolos comparables á los de las epifisis, yá, último, son muy anchos como los del etmoides: no son constantes, falta con cierta frecuencia segun Zucker-Kande; en cambio, como interesante y curioso dato debo hacer constar que tres veces entre 600 - cráneos ha visto Hyrte (Wiener med. Wochenschr.- 1860, número 45) el hueso occipital participar de la formación de celdillas óseas comunicándose con el antro, de tal suerte que una parte del tamaño de una avellana de la porción condiloydea estaba como insuflada y que los distintos departamentos se comunicaban por uno ó dos orificios en la sutura mastoidea con las celdillas de la apófisis mastoides (1). Recuerdo respecto á este punto

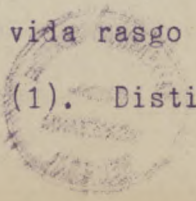
(1) - Henle.- Anatomía del hombre. Tomo 2º. Pág. 785.

las palabras del Dr. Kirmisson en su lección sobre la Mastoiditis, el 15 de Marzo, después de la visita: "la disposición del espesor de la apófisis mastoides, juega el principal papel para la funesta infección por el pus".-

De lo expuesto, resumo como relaciones seguras para la práctica operatoria: la espina suprameática ó de Henle y en su lugar cuando aun no exista, el espacio rugoso especial; la cresta supramastoidea y hendidura mastoideo-escamosa, correspondiendo la situación del antro á por debajo de la cresta y por encima de la fisura. (Vease la lamina nº 1).

La frecuente participación de la mastoides en las supuraciones de la caja inspiró sin duda á Politzer al decir que él habia encontrado pus en las células mastoideas de todos los enfermos muertos en el curso de una Otitis media aun sin haber comprobado durante la vida rasgo ninguno de inflamación, ni de dolores espontáneos ni á la presión (1). Distinguidos Médicos y Otólogos

(1) Politzer. - Ann. des. O., 1892.



gos rechazaron tan absoluta opinión después de trepanar la mastoides sin encontrar pus, lo mismo que Mignon practicó, con riguroso cuidado, la autopsia á un niño atacado de gran otorrea doble y muerto por accidente intercurrente, sin haber visto el pús en las lagunas mastoideas: (1) no obstante este mismo profesor señala en su interesante obra, la escesiva frecuencia de la Mastoiditis propagada y su gran importancia en la Nosología. Todos los autores de acuerdo con nuestras observaciones en las Clínicas, nos enseñan que las causas principales de la inflamación de la mastoides parecen ser la retención del pús en la caja y la virulencia de la infección; pero tal retención no siempre responde á la falta de salida por el conducto auditivo, pues hemos conocido casos en los que se había practicado la paracentesis de la membrana del tímpano y otros en los que existía abundante supuración; la cantidad de pús que se produce puede muy facilmente ser su-

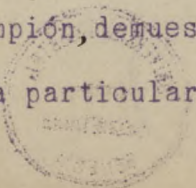
(1) - Mignon - Complications séptiques des Otites Moyennes suppurées. Pág.280 (1898).

perior á la que sale, ó bien esta eliminación estar disminuida por estrechez del trayecto fistuloso, ya por la tumefacción de sus labios, yá por el aumento de volumen de un pólipó preexistente, por la caída de un secuestro, mayor altura de dicha fistula y las insuflaciones á veces, que pueden explicar el mismo fenómeno: otra causa importante es la dependiente de las apófis pneumáticas y la angina, la laringitis en ciertos casos, una intervención sin cuidados antisépticos, el traumatismo, etc., se encuentran en el mismo puesto etiológico, encargándose de activar la vitalidad de los gérmenes intraauriculares en el caso de Otitis simple; y hasta más de una vez la ---afección mastoidea se desarrolla algun tiempo después de la curación de una otitis media supurada, como lo prueban los casos citados por Hessler y otros: como medio apropiado para favorecer el contagio de la trompa con motivo del menor coriza, admitamos la posición horizontal del niño de meses; y el tejido

adenoideo faringeo y el colesteatoma, forman grupo de consideración en la etiología: el primero, muy propio, como es sabido, de la primera edad, explica los riesgos de trasudación por hiperemia congestiva y cuando adopta la forma de pequeños tumorcitos (vegetaciones adenoideas) resultantes de excesivo tejido linfoideo faringeo que pasa los limites de una simple hiperplasia, dificultan la respiración y ventilación de la caja, favorecen la permanencia de las secreciones nasales en la vecindad de las trompas y hasta se oponen al buen desarrollo de los niños, colocándole, ipso facto, en cierto grado de receptividad especial (1). El segundo (colesteatoma), de constitución química á base de la coles~~ter~~terina, es, segun todas las probabilidades, debido á una hipergenesis epitelial provocada por la acción irritante consecutiva á ^{la} permanencia del pús en las cavidades del oido y al

(1) - L. G. Le Roy = L'Oreille Moyenne: ses Affections: sa Chirurgie: (1903) Pág^a. 38.

adherirse á las paredes óseas formando cuerpo con ellas, son una dificultad más para el derramamiento del pús. Más no concedamos á esta acción puramente mecánica todo el valor en cuanto á la relación de causa á efecto; la invasión total de la mucosa auricular endomastoidea, responde tambien al grado de virulencia microbiana, no solo lo que respecta á su extensión más ó menos completa sino en cuanto se refiere á la rapidez y gravedad de su evolución: las estadísticas nos demuestran que el número de mastoiditis es mucho menor en las otitis protopáticas consecutivas á una rinitis, faringitis que en las otitis medias supuradas dependientes de una infección general: en los casos operados por los Doctores Kirmisson y Broca (de algunos de los que adjunto observaciones), hemos podido observar que la escarlatina en sus repetidos ataques y el Sarampión, demuestran el poder de su influencia, y nosotros, en nuestra práctica particular vimos que la Grippe hace



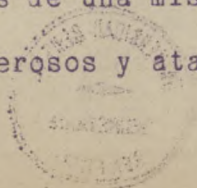
frecuente la aparición de la Mastoiditis y de la Fiebre Tifoidea: y por fin nos dicen los libros que la Diabetes y la infección puerperal juegan en su desarrollo importantísimo papel (1).

Sea cualquiera la causa de la Mastoiditis, tengamos siempre en cuenta la parte que en el trabajo de la propagación toman los linfáticos: divididos en canaliculos y lagunas están situadas por bajo de la bóveda del tégmen entre las trabéculas fibrosas del corión; los conductos linfáticos están en relación íntima con las cavidades redondas y tabicadas por las trabéculas conjuntivas rodeadas por células leucocíticas: estos vasos y leucocitos pueden ser invadidos en su lucha contra los microbios: agregémos á estos el tejido infiltrado de corpúsculos linfoideos descritos por Krause, en la pared externa, por debajo de la membrana del tímpano.

(1) - Henry Luc = Leçons sur les suppurations de l'Oreille Moyenne = Pág. 49 =

En resumen: la edad, los obstáculos mecánicos y el germen infeccioso, representan la etiología de la Mastoiditis.

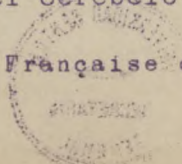
Si en toda afección el conocimiento de su patogenia basta muchas veces para inspirar la conducta del médico, podemos asegurar que en esta el resuelve en cuanto á la oportunidad de una intervención y es la garantía de sus resultados. "Casi siempre la infección de la mastoides es consecutiva á causa aportada á la caja por la trompa; traídos los microbios patógenos á la nariz por un modo de contagio cualquiera, ó exasperados en su sitio por un enfriamiento, pululan, se multiplican en la región naso-faringea, suben por el conducto tubario y llegan al fin al callejon sin Salida que forma el oido medio; allí detenidos, ván instalándose en la caja y aun en el antro, departamentos comunicantes de una misma vivienda con un estrecho pasillo de entrada. Pronto son numerosos y atacan; pero la mucosa tiene



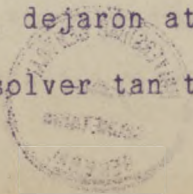
yá preparados sus medics de defensa: se congestiona, se inflama, se infiltra de células linfáticas; y si esta primera reacción no es suficiente, segrega moco ó moco pus: el derrame, pues, está constituido; no obstante, la vía tubaria se cierra, pero un poco tarde porque su mucosa incluida en un tubo inestensible, no puede inflamarse sinó á espensas de su luz; el oido medio ó caja viene á ser entonces cavidad cerrada: hay retención" (1). Hasta aquí la hermosa palabra del sábio otólogo del Hospital de Saint Antoine: más ¿que ocurre desde este instante si espontánea ó instrumentalmente no se abre la membrana del timpano ó si áun perforada es insuficiente la salida del contenido?.

No olvidemos las íntimas relaciones del peñasco por su parte súpero - posterior con el lóbulo temporal y con el cerebelo gracias á su comun in-

(1)- Lermoyer = Rappor lû á la Société Française d'Otologie, de Laringologie et de Rhinologie - (1904)-

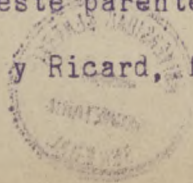


termediario la dura madre: pues si á tal disposición osteológica agregámos los destructores trabajos de la caries, se nos representará fielmente el franco camino por el que avanza la infección, dando lugar al absceso por debajo de la dura madre, á su fácil ulceración y como consecuencia lógica á la penetración del pus en el delicado espesor de la sustancia cerebral, del mismo modo que el desarrollo de una feblitis por contigüidad es más que suficiente para mostrarnos con gran claridad el por qué del absceso cerebeloso: más extraordinario aparece ante nuestro primer golpe de vista, la localización lejana, foco supurado con tejidos sanos entre ella y la lesión mastoidea; pero los sublimes trabajos de la Bacteriología que no solo descubrieron al microbio sinó que alcanzaron á aquilatar su grado de virulencia en relación con la no eliminación, dejaron atrás las diversas teorías mecánicas que fueron emitidas para resolver tan trascendental punto de la



Patología.

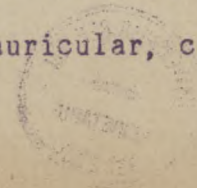
Desde que Schwartz determinó las indicaciones y la técnica operatoria para la trepanación mastoidea, puede decirse que empezó á conocerse algo de su anatomía patológica, estudiando dentro de sus límites diversidad de lesiones. Cuando en tiempos lejanos, allá por los siglos 16 y 17 la intentó Riolan, preocupábale solamente la obstrucción de la trompa de Eustaquio; y si bien más tarde la repitieron Petit y Morand, limitaron sus aspiraciones al absceso mastoideo: el abuso de su práctica basada entonces en su pretendida eficacia para la cura de la sordera, dió lugar á repetidos accidentes desgraciados que motivaron su abandono; y los estudios anatómopatológicos cayeron con ella en el más profundo letargo, hasta que dicho profesor de Halle, Schwartz, rompió este parentesis y sus ideas incluidas en la práctica quirúrgica por Duplay y Ricard, fueron despues metodizadas



por Stacke y Zaufall, nombres ilustres que repetiré al hablar del tratamiento. Así, mientras no hace aun mucho tiempo se mencionaba tan solo la existencia de pús infiltrado ó se hablaba de una fistula por cáries del peñasco, hoy damos exactos conocimientos de la naturaleza del pús, podemos señalar sus variadas localizaciones y seguimos paso á paso las modificaciones de los tejidos en contacto con él; ya le vemos, en efecto, espeso ó seroso, con más ó menos cantidad de elementos fibro-mucosos, óseos y microbianos; bien se le encuentra en el antro ó en un punto cualquiera del espesor del hueso, con persistencia de los tabiques interalbeolares unas veces, y otras en que han desaparecido formando una sola colección mayor ó menor segun la estructura de la mastoides, ya nos damos razón de que hipertrofiada la mucosa en forma de botones cubre el interior de los alvéolos reemplazando al pús una masa granulosa; y al lado del descubrimiento de Muller acerca

de la naturaleza del colesteatoma, analizamos variedades de formas, base de la división de las Mastoiditis en grupos diversos: no me detendré en cada uno de ellos; al trazar un cuadro general, citaré los detalles clínicos más salientes.

La Patología de la región mastoidea, es estensa é importante; bien refiriéndose las lesiones á la apófisis, yá á los tejidos blandos que la recubren, corstituye el sitio, llamémoslé de elección, para las complicaciones de las supuraciones del oído medio. Entre las cinco capas que componen estos tejidos exteriores (piel, dos tónicas celulosas separadas por una aponeurótica y el periostio), la hoja celulosa profunda y la perióstica atraen mucho interés por su disposición anatómica: la primera, bien apropósito para dejarse infiltrar por los exudados y en la que su porción más laxa correspondiente al surco post-auricular, constituye el punto don-



de se inicia el edema premastoideo y es rica en linfáticos y ganglios, forma la base para el estudio de las adenolinfangitis; así como la espesa túnica perióstica que recubre la apófisis, sin continuarse con la fibro-mucosa que reviste interiormente la caja (pues sabemos que se refleja sobre la cara anterior de la apófisis y despues de cubrir su cara externa se detiene en el borde posterior del conducto óseo), constituye el campo sobre el que luchan, con motivo de las periostitis mastoideas, las diversas opiniones de esclarecidos maestros.

Schewartze, fundándose en que al fin de la tercera semana de una Otitis media aguda suele manifestarse la periostitis mastoidéa, relacionando entre ambas no solo á la inflamación propagada hacia áfuera por los conductos vasculares de la capa cortical, sino á las fisuras óseas vestigios de la gran hendidura petro-escamosa de las primeras edades, crée que la periostitis --

mastoidea consecutiva á la otitis media supurada es muy frecuente: para Politzer, al contrario, es rara y quiso demostrar que toda supuración sub-periostica coincidía con supuración profunda de la mastoides viniendo á ser su consecuencia; y consiguió la deducción "que á la colección de pús bajo el periostio, daba la certeza de su presencia tambien en las células mastoideas; y mientras Hartmann la une á una inflamación del oído externo dándole como origen un obstáculo á la salida exterior de la secreción purulenta, para Broca y Lubet-Barbon no son otra cosa que linfangitis retro-auriculares las llamadas por algunos clínicos periostitis. Duplay, en su meditada descripción de las periostitis mastoideas, se esfuerza en señalar sus diferencias con la endomastoiditis; en su patogénia considera aquella como una parte de la periostitis total del temporal y fija el punto de partida de la afección entre el hueso y la fibro-mucosa de la caja; ulcerado

y desprendido el periostio del oído medio por la acción del pús, se sitúa éste rodeando el conducto auditivo membranoso sobre la cara ántero-externa de la apófisis mastoides; no se trata, pues, de localización propia del espesor de esta apófisis y sí de una periostitis flegmonosa del temporal que ocupa su superficie exterior y que, ora invade ^{en} ~~ad~~ mayor ó menor extensión la porción escamosa, yá queda limitada á la región externa de la Mastoides. Aceptada por un tiempo tal opinión, llegó á admitirse que abcesos, inflamaciones retro-auriculares y las mismas fístulas óseas, dependían siempre de una periostitis, constituyendo, por ende, la incisión de Wilde su exclusivo tratamiento.

Pero al entrar la Otología en los dominios quirúrgicos, la periostitis mastoidea empezó á perder terreno ante los estudios de la endomastoiditis; y tras una corriente de pareceres desfavorables para aquella, fué reduciendo

dose el número de los cirujanos y otólogos que recurren al simple desbridamiento de los tejidos blandos expresados (y del que trataré más adelante), para combatir una inflamación retro-auricular.

Mignon, atribuye á una linfangitis los accidentes flegmonosos peri-auriculares; tiene en cuenta que el periostio que recubre la apófisis mastoidea no se continua con la fibro-mucosa de la caja, y fundándose en que no se prolonga en el fondo del conducto óseo que está tapizado por los elementos dermo-epidérmicos del conducto auditivo, no acepta la doctrina de Duplay: la periostitis mastoidea (1), no es una extensión inflamatoria de la caja al periostio de la apófisis por le conducto auditivo; considérese como una afección peri-ósea cuyo origen está en la mucosa endomastoidea, de la que parten los agentes infecciosos y sirviéndose para su paso de los conductos

(1)- Mignon = Complications séptiques des Otites Moyennes. - Pág^a. 278

de Havers, se localizan por el periostio y tejidos blandos demostrando en su propia é independiente evolución, actividad superior á la de los gérmenes de donde proceden.

Vemos que si no es posible establecer una relación exacta entre la presencia del absceso sub-periostieo y la existencia de un absceso profundo, sí, debe ser aceptada como regla general.

De todo lo dicho hasta aquí resulta que la mastoiditis es casi constante en el curso de las supuraciones del oído medio, dando por supuesto, que la caja, el antro y las células mastoideas comunican entre sí y constándonos sus importantes relaciones por el intermedio de la mucosa que las tapiza y de los vasos sanguíneo-linfáticos que por ellas corren. Desde la mastoiditis clara que se ofrece á nuestra vista presentándonos un cuadro sintomático completo, hasta la con razón llamada latente por parecer apagada ba-

jo el fuego de una supuración abundante, existen formas de grados diversos que es preciso conocer para fundar la oportunidad de una intervención.

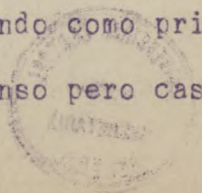
Reconociendo muchos prácticos, y algunos especialistas entre ellos, su verdadera importancia al antro, fundándose en que su existencia coincide á veces con la falta de las otras células y que, por lo tanto, la afección está circunscripta á él, viendo, por otra parte, que su disposición anatómica (forma, situación y relaciones con el ático) hace que la infiltración de sus paredes por los elementos sépticos sea regla general en todas las Mastoiditis le revistieron de caracteres especiales que permiten separarla para su descripción, de todas las demás formas de mastoiditis: del mismo modo, estando algunas apófisis socavadas por anchos alveólos recubiertos cada uno interiormente por una prolongación de la fibro-mucosa de la caja y del antro constituyéndose en los casos de mastoiditis en receptáculos purulentos,



les estudiaron tambien aparte; con los nombres de antritis y de celulitis mastoideas pues, formaron el grupo de mastoiditis supuradas; y las congestivas condensantes ó esclerósicas y colesteatomatosas completan, segun ellos, la clasificación, y así como en las primeras de estas la trepanación de la apófisis descubre un verdadero paquete de fungosidades sin vestigios de pús ó rodeadas de serosidad purulenta (fungosidades producidas por la hipertrofia de la fibro-mucosa del antro y de los alvéolos en los que están amoldadas), en las segundas ó condensantes no se encuentran ni abscesos, ni fungosidades, resultando la apófisis con la dureza del marfil en toda su extensión (transformación de la apófisis en un bloc óseo) y sin otra manifestación local que la intensa neuralgia; en las últimas se aprecia la cavidad que queda á la extracción del colesteatoma y cuyas paredes están mal dispuestas para la reparación. Créo, sin negar el fundamento clínico y anatomo-

mo-patológico de tal división, que es más aceptable la de Mastoiditis agudas y crónicas, dedicando párrafo aparte á la llamada de Bezold; el estudio así, resulta más fácil y compendiado, sobre todo en el caso presente.

Aun lado los casos excepcionales y los que por ~~que~~ coincidencias pueden ser causa de errores ó de vacilación para el Clínico, la complicación mastoidea en el curso de una otitis media supurada no ofrece grandes dificultades para el diagnóstico: la seguridad, digámoslo así, del Médico está en mayor peligro al tratar de precisar el momento oportuno para dar luz á las células mastoideas. En efecto, síntomas generales y locales constituyen un cuadro ámenudo tan completo, que nuestro criterio, casi de primera intención, hace blanco en la zona enferma; puede presentarse de manera brusca, especialmente en los niños, asomando como primer sintoma la fiebre precedida de escalofrío más ó menos intenso pero casi siempre bien notable; en



determinadas mastoiditis este fenómeno es tan fuerte y prolongado, que en unión de la elevación rápida del termómetro (por encima de cuarenta grados), sudor abundante, vómitos, delirio, lengua seca y albúmina en la orina alguna vez, parecen representarnos, yá los comienzos de una grave infección tífica, bien el aspecto clínico de una osteo-mielitis aguda.

Más no siempre se inicia de este modo; tomando la forma insidiosa en su marcha lenta, con intervalos de aparente bien estar, con poca fiebre á la que se hace de todo punto imposible señalar un tipo determinado constante, continúa en ciertos casos, intermitente en otros, con sus recargos bien vespertinos yá matutinos, la vemos á veces fugaz, perceptible apenas ó en forma transitoria, diciéndonos tan irregular ciclo que su grado no es dato fiel que pese la importancia del absceso; cuando existe suele llevar consigo la inapetencia, alteraciones gástricas, cansancio y abatimiento; y digo

cuando existe, porque sabemos que puede ser la destrucción más ó menos extensa del peñasco sin la menor elevación de temperatura. En cambio, los fenómenos que á nuestra observación se manifiestan en la región auditiva, son mucho más significativos; y el dolor, la tumefacción, la turgescencia, la situación adoptada por el pabellón de la oreja, la sensibilidad exajerada á la presión y la coincidencia de suprimirse ó disminuir más ó menos notablemente la otorrea, nos permiten afirmar la existencia de una Mastoiditis, cuyos límites y consideración nos proponemos aquilatar desde luego; estos síntomas, no siempre reunidos, pueden manifestarse poco acentuados y aun faltar algunos de ellos.

Sea el dolor espontáneo ó á la presión sobre determinados puntos de la región mastoidea, tiene gran valor semeiológico cuando es persistente y se relaciona con cualquiera causa que imposibilite ó dificulte la franca

salida del pus al exterior, pues espesa que fuera yá de la extensión de la mucosa de la caja, invadió las paredes del antro y acaso de las otras células; intermitente á veces con parentesis de normalidad, simulando pinchazos otras, presenta exacerbaciones nocturnas frecuentemente de forma te-
rebrante que, ora el enfermo las hace partir del fondo del oído sin poder localizar con exactitud su sitio, ya (lo más habitual) acusa su máxi-
mum de intensidad á la zona del antro; en esta forma, oponiéndose al sueño, es causa de la disminución de fuerzas; á menudo desde la mastoides parten irradiaciones dolorosas que dan lugar no solo á la cefalea gravativa, si-
no á motivos de confusión en el diagnostico, como lo prueban de lleno los interesantes casos citados por Mignon, en los que se pensó, tratándose de Mastoiditis, en cáries dentaria y en neuralgia facial; repito, que la coe-
xistencia de un obstáculo al libre curso del flujo por el conducto auditi-

vo externo, decidirá nuestra referencia á la apófisis mastoides. No obstante, aun dando todo su valor al derrame externo, tengamos fija nuestra observación en la idea de que sin él puede un oído no dejar de segregarse y solo merced al auxilio del otoscopio podremos evitar muy lamentables errores, frecuentes si deducimos el estado de la caja limitando nuestro exámen á la entrada de dicho conducto Auditivo: no se confunda, pues, secreción con flujo ó derrame; la primera, solo la descubre el Médico explorando el fondo, el segundo, lo vé el paciente; la diferencia que existe entre una y otro, es comparable á la que separa los sistemas objetivos de los subjetivos, estudio perfectamente hecho en la página 36 del citado libro de Mignon.

El derrame al exterior que puede considerarse como la señal de secreción muy abundante y de cuyos caracteres físicos, cantidad y fecha prescin-

do ahora, puede disminuir de manera repentina anunciándonos la grave complicación que estudiamos con la aparición, súbita también, de sus primeros síntomas. ¿que valor puede concederse al examen directo de la apófisis mastoideas llegado este caso?

La percusión, sea hecha con el dedo como aconseja Körner ó con el pequeño martillo metálico de Wild, ha dado resultados muy variables para el diagnóstico de la Mastoiditis central y osteitis crónicas de la porción petrosa; la disminución del sonido, no solo se nota en estos casos sino que la espresan también las supuraciones medias sin fenómenos inflamatorios de la apófisis (Politzer), diferencias del sonido que pueden depender á su vez del estado de la cavidad buconasal en relación con el grado de hipertrofia de la mucosa y de las amígdalas (Michael); y mientras el práctico -- alemán Eulenstein no concede alteración alguna en el sonido más que tratán-

dose de focos superficiales, Hang solo reconóce á la percusión un limitado valor en los diagnósticos de esclerosis óseas: constituye, como se vé, un inseguro medio de exploración.

Laënnec no limitó á la caja toracica su prodijioso descubrimiento; auscultó la mastoides; pero apesar de ayudar al estetoscópio con la prueba de Valsalva, los lijeros ruidos de burbujas (choque del aire con el liquido) débilmente percibidos, exigen siempre la no obstrucción de la trompa y que á la permeabilidad de esta se una el que no haya perforación de la membrana; y si bien Schwartz afirma que nunca obtuvo resultados por este medio, se crée, que aun disminuyendo el mérito que algunos le otorgaron, la auscultación mastoidea es, en ciertos casos y límites un recurso para el diagnóstico en las Mastoiditis sin signos visibles y, sobre todo, suministra una base cierta para el de los abscesos extra-durales,

segun afirmación de Cstino.

Fundándose en los útiles datos que la transparencia proporciona en los empiemas maxilares y frontales quiso llevarse su empléo á los idénticos - procesos de la mastoides; más tampoco los éxitos respondieron á los deseos. Aconsejado por otros la punción, claro está que á modo de toda punción exploradora, nos manifiesta la existencia del pús en cualquiera de las células que pueda contenerle; pero si tal práctica es fácil en el pequeño niño (trépano-punción) por razones de resistencia, en el mayor y mucho más en el adulto, resulta un recurso fuera del uso corriente que expone además al peligro de entrar en un seno anormalmente situado é inútil si el interior de la cavidad que se examina está guarnecido de fungosidades ó con escaso contenido purulento.

Otro tanto puede deducirse de la radiografía: los excelentes resulta-

dos obtenidos por Edmond Meyer, de Berlin, con su empleo para el reconocimiento del seno maxilar (cueva de Higmore), no se repitieron en el de la apófisis mastoides, debido quizá al mayor espesor de tejidos que atravesar.

Llegamos paso á paso á la conclusión de que ninguno de estos medios - ayudan al vacilante criterio del Médico ante la insidiosa marcha de Mastoiditis grave; y si queremos encontrarla, es fuerza dirigirse á los signos - objetivos y subjetivos; y estudiando concienzudamente los que de ellos existan, podrá llegarse á la lesión, quizá nos penetremos de su naturaleza y hasta prejuzguemos sus probabilidades de curabilidad.

La disposición Anatómica que dejamos expuesta en ciertas apófisis mastoides desprovistas de células y cuyo antro está envuelto por masa ósea compacta y resistente, á la vez que tapizado por una mucosa que en él termina sin enviar prolongaciones al espesor, la lesión se limita á su cavidad; y

si la inflamación del antro se extendiera tomaria en el tejido de la mastoides los mismos caracteres de la ósteo-mielitis diafisaria representándose en forma de manchas amarillentas en su superficie (señales de la infiltración del pús) y con la formación de trayectos para su salida comprobables fenómenos de infección septicémica. Dejo á un lado, por el momento, las complicaciones que en el curso de tal localización pueden presentarse; y veámosla separada de las otras formas con su cortejo de síntomas que le dan nombre: Antritis; tal es, por ejemplo la mastoiditis del recién nacido y aun de los primeros meses; siempre vá precedida de abundante derrame al exterior; el dolor tiene como asiento fijo, la parte ántero-superior de la mastoides en el segmento de la pirámide que cubre el antro, dolor más vivo á la presión encima y detrás del pabellon; y si hacemos la exploración por el tacto, es menester hundir el dedo entre el pabellon y la cara anterior

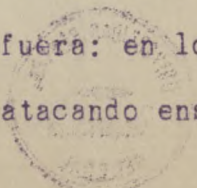
de la apófisis, ^{en} la parte superior del surco post-auricular. Si al examinar la región vemos que la tumefacción y el dolor corresponden á un punto inmediatamente por encima de la brida horizontal formada por las fibras musculares de la auricular posterior durante la tracción de dicho pabellon hacia afuera, llenando la depresión retro-auricular y acompañados estos - signos físicos por algunos de los generales expresados, no vacilaremos en diagnosticar la antritis, ni en marcar los límites de la intervención, su unico tratamiento.

Bien puede suceder que despues del tercer año de la vida (pues hemos repetido que antes solo existe el antro como unica cavidad), el foco ó focos de pús se desarrollen en el espesor de la mastoides; respecto á este importante punto, vuelven á cruzarse las opiniones de los prácticos; unos, entendiendo que los alvéolos mastoideos, á veces muy amplios, están cubiertos

en su interior por prolongaciones de la mucosa del antro y de la caja y que estas células llegan á comunicarse entre sí y con el antro y aun con las que pertenecen al resto del peñasco y de la porción escamosa, fijándose en esta continuidad, llegaron á afirmar que no hay celulitis sin antritis, conclusión decisiva para la terapéutica que exige en tal caso, como intervención quirúrgica, ~~h~~abierto el foco mastoideo terminar con la antrotomía huyendo así del riesgo funesto de nueva colección: fundándose otros en que -- con cierta frecuencia se encontró el antro sano en medio de la supuración de la caja y del absceso mastoideo, verdadero enquistamiento del antro, y asegurando algunos, como Hessler, "que en la generalidad de casos no ha creído deber tocar el antro despues de una trepanación de la cortical", se llegó á la opinión de Politzer que no solo considera á los abscesos mastoideos aislados é independientes del antro, que está en condiciones normales, sino

que "no se debe nunca, dice, establecer una comunicación artificial entre la cavidad del absceso y la antral, sin que aquella desinfectada y aun raspada, no pueda ser de nuevo invadida por el pús de la caja".

Estas diversas formas de presentación de los focos, son indudablemente explicadas de modo satisfactorio, por la influencia de los vasos linfáticos; y por ellos, son conducidos los gérmenes infecciosos desde la caja á las últimas células donde encuentran condiciones apropiado para los efectos de su fermentación que, entonces, el antro no tiene; y de la misma manera que se han visto casos en la clinica de necrosis del techo del antro después de la abertura de un absceso de la punta mastoidea, así puede y debe admitirse dicha infección linfática. El trabajo destructivo del absceso intra-mastoideo, es casi siempre de dentro afuera: en los primeros tiempos, -- nótase tan solo la infiltración purulenta atacando enseguida á las paredes



de la célula, y después, rodeando al foco, empiezan á observarse las inmediatas células rojizas y quebradizas que expresan las primeras señales de la infección: otras veces, el pús, vaciado de la mastoides se aloja entre las dos hojas de la apófisis donde bajo la acción de tensión alta, produce los consiguientes efectos. Puede no existir pús en el antro y, sin embargo, su mucosa está contaminada por los elementos sépticos que al acecho, esperan ocasión propicia para evolucionar; y, por lo tanto, la desinfección de una determinada cavidad de la apófisis, no basta para impedir la marcha invasora del germen sobre la extensión toda de la fibra-mucosa.

La fiebre en las celulitis es menor; y presentándose estas en las otorreas, el flujo exterior no experimenta grandes alteraciones por la condición de tratarse de verdaderos abscesos ó focos á distancia; los signos físicos locales varían según la intensidad, extensión y, principalmente, el

sitio de la lesión, sitio que no es constante; no será raro que veamos, pues, el enrojecimiento de la superficie, la tumefacción y el dolor, ya correspondiendo al centro de la mastoides, bien á su punta, á su cara anterior, ó á los ángulos anterior y posterior de su base, dando, respectivamente el nombre á otros tantos abscesos.

No siempre la mastoiditis es supurada, ni tiene tan señalados sus límites, y sus síntomas son estos: la fiebre alta que vimos acompañando al pús hasta los 41° , se reduce en ciertos casos al máximun de 38° , citándose hipotermias matutinas en que el termómetro descendió á 35° ó $35,5$; el dolor en cambio es mucho más acentuado; en los de forma congestiva, constrictivo y lancinante, estenúa á los enfermos, en particular al niño, con sus horribles crisis de las noches; su rápida irradiación en todas direcciones desde el punto de partida mastoideo, le hace perderse hacia abajo y adentro

en las profundidades del cuello ó llegando á producir trastornos en la idea-
ción con gran sobreescitación inspira temores en cuanto á graves complicacio-
nes encefálicas: ¿ son efecto de la inflamación de las ramas nerviosas que se
terminan en la mastoides ó de una neuritis periférica consecutiva á la in-
fección ?

La oposición de este síntoma tan clara é indudable frente á los demás,
facilita bastante el juicio diagnóstico; vemos que aquí el flujo exterior
está muy disminuido ó falta, ausencia justificada en la naturaleza de la
lesión del oído medio que se caracteriza en unos casos por la existencia
de fungosidades interalveolares secas ó envueltas por escasa serosidad y
que por su acción terebrante sobre el hueso llegan á perforar la mastoides,
y en otros, por la desaparición de todas las células mástoideas semejando
á un trozo de diafisis el tejido óseo, estado ebúrneo que empieza á formar-

se en las cavidades peñantrales.

La región mastoidea ofrece el siguiente aspecto ante su exámen directo: el pabellon, levantado, separado de su situación normal, hechado hacia adelante, contrasta visiblemente al compararlo con el del lado sano; inflamación no muy acentuada en toda la extensión de la mastoides y consiguiente desaparición del surco retro-auricular; conste que la variedad denominada - condensante ó esclerósica nos manifiesta síntomas objetivos y solo, como casos excepcionales figuran en ella algunos: Broca, cita uno en el que había un poco de enrojecimiento, de color y un ligero edema al nivel de la apofisis mastoides.(1). Si con el dedo índice hacemos la presión sobre la superficie de esta zona, notaremos uno ó más puntos donde el dolor se acentúa limitando exactamente el lugar y desarrollo del foco; por regla general este -

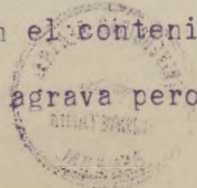
(1) A. Broca - Chirurgie Operatoire de l'Oreille Moyenne. - (1899):

punto doloroso corresponde al antro si bien en algunos casos se observa al nivel de la punta y hasta puede repartirse por la superficie de la apófisis como ocurre en las neumáticas; detalles que interesan para el tratamiento. Si el proceso avanza, el pabellon se desvía hasta formar un ángulo casi recto con la superficie craneana y la transmisión al periostio de la infiltración de las células contiguas no tarda en dejarse ver por la elevación de los tejidos externos. (Caida de la pared posterior del conducto).

Aunque la tuberculosis inspiró la teoría de que en la mastoides puede presentarse la lesión Aisladamente procediendo del estado infeccioso general, debe concretarse á muy contados casos; admitimos la Mastoiditis crónica patogénicamente como unida á una supuración del oido medio, bien por su paso previo por la forma aguda, yá porque sobre la lesión ejerza su maligna influencia aquel grave estado general, é en fin, por la falta de inter-

vención oportuna en un foco óseo donde las fungosidades suceden al pús y permite á estas continuar su destructora labor fraguando fístulas rebeldes á veces al más reguelto y radical proceder; entonces vemos la exactitud clínica que encierra la comparación que el maestro Lannelongue hace de esta forma con sus Osteo-mielitis prolongadas; en efecto, no siempre reducida al antro, nos ofrece con alguna frecuencia una extensa y sola cavidad que comprende de base á vértice casi todo el espesor del peñasco, que contiene gran cantidad de restos sépticos de tejido óseo en su principal parte, que mezclados con un pús á menudo fétido, dan el aspecto cremoso; -- encontrándose en medio de tal papilla pequeños secuestros en descomposición; y así como limitándose al antro con fenómenos más ó menos benignos suele simular una curación reapareciendo ante la acción de la más lijera causa que escite su latente virulencia, así en otros se presenta como acabo de espre-

sar y con exudado al exterior saliendo lo más á menudo al nivel de la base y cara externa de la mastoides, coincidiendo con el punto preferible para la antratomia (trepanación espontánea): cuando este trayecto no se produce por la resistencia del hueso ó si las fungosidades estrechan el áditus, la hiperestosis es un hecho y el peligro de grave complicación se hace inminente; venciendo la débil lámina que del pús les separa, yá penetra en el campo de la dura madre perforándola, bien hacia atrás sobre el seno lateral, ó corriéndose por debajo del esterno-cleido-mastoideo, busca salida á algunos centímetros más abajo de la punta mastoidea (Observación n^o. 5, de la Clínica de Kirmisson), yá, en fin, dirigido hacia abajo y adentro da lugar, segun las estadísticas de Broca y Loubet Barbon, á la hemiplegia facial. Si por el contrario tiene abundante eliminación el contenido por la trompa y conducto auditivo externo, la situación no se agrava pero la cronicidad se hace in-



terminable: "Numerosas autopsias han demostrado -dice Schwartz- que puede haber durante largos años cáries ó necrosis de la apófisis mastoides con la capa cortical completamente intacta ó esclerosada y la cubierta cutánea normal desde luego, sobre todo cuando el exudado sano^{so} encuentra una salida suficiente del lado de la caja y del conducto auditivo ó trompa de -- Eustaquio".

Dejando aparte los signos suministrados por el reconocimiento á estilete en las Mastoiditis crónicas con fístula por sernos conocidos como de todo trayecto (profundidad, capacidad, resistencia, etc.), existen otros síntomas lo mismo en estas que en las latentes; cerrada ó abierta, siempre contiene su cavidad productos invaginados que no pueden salir por la abertura fistulosa. Como regla general, el cuadro sintomatológico aparece de tiempo en tiempo con intervalos de completa normalidad; en esto se fundan

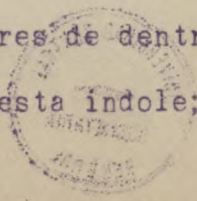
los pacientes que, creyendo conocer su mal, al observar que los periodos agudos coinciden con la supresión del derrame al exterior sin causa apreciable las más de las veces, y por el contrario su alivio vá á la par con el abundante flujo, se oponen resueltamente á toda intervenció que, al combatir la causa de la afección ofrece, para sus juicios, un peligro por la Supresión del pús: en dichos periodos de agudismo, acompañando á los signos físicos en estado de recrudescencia, completan el síndrome los síntomas generales, fiebre pasajera, vértigos, zumbidos, náuseas é insomnio; cuando tal estado general es intenso y repetido sin apenas descanso, se llega á pensar en la meningitis.

Estas mastoiditis de pronóstico grave, como se deduce de su anatomía patológica, deben como diremos luego, operarse siempre, pues no olvidemos que la gran mayoría de los que las padecen y por el más pequeño motivo mue-

ren á consecuencia de una invasión meníngea, de un absceso encefálico, de trombosis del seno, ó son victimas de la parálisis facial con todas sus eternas molestias, parálisis ó por compresión ó por neuritis infecciosa. (Destrucción).

La observación número 8, se refiere á la forma conocida con el nombre de mastoiditis de Bezold.

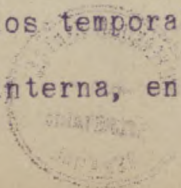
Complicación de la mastoiditis mejor á nuestro juicio que una forma distinta, fué señalada primeramente por Kühn en 1847; y aunque Boeckle en 1872 menciona un caso análogo fundando su interés en la salida del pús por el vértice de la mastoides, á Bezold se debe su verdadera y clinica descripción en un notable y profundo estudio que de ella hizo en el año 1881. Desde esta fecha, los más autorizados nombres de dentro y fuera de la especialidad, se apresuran á aportar casos de esta indole; y Harman, Jacoby, Jansen,



Politzer y Broca y Loubet Barbon, alternan en el estudio de sus diversos puntos hasta el 1896 en que el Dr. H. Luc, publica el primer caso típico.

En Congresos, en la cátedra y en la prensa profesional ocupó justamente la atención de los especialistas la forma descubierta por el otólogo alemán; y hoy, varias obras, dedican estensos y bien escritos capítulos á describir con el mayor rigor clínico esta distinta marcha del pús en las mastoditis supuradas.

Mas frecuente que se consideraba en tiempos anteriores, de aspecto distinto á las otras formas, insidiosa y lenta en su marcha, grave en su pronóstico y más profunda en situación; exclusiva, puede decirse, de las apófisis pneumáticas, exige la existencia de anchas células en la proximidad al vértice: Bezold señala 5 por 100 los temporales en los que la punta de la apófisis es cavitaria y la pared interna, en un punto correspondiente



á la fisura mastoidea, presenta el espesor de una sencilla hoja de papel: el pús, no se abre salida como en aquellas sobre la pared externa de la mastoides y sí, aprovechando dichas disposiciones anatómicas, por la inferior é interna, sitio de la ranura digástrica algunas veces cisurada ó bien otras muy próxima á una ó dos pequeñas perforaciones redondeadas ú ovales que suelen hacerse constar en esta región, atravesada además, por muchos orificios vasculares; de otra parte, el pús, encuentra gran resistencia en el plano músculo-aponeurótico que recubre la punta de dicha apófisis: el externo-cleido-mastoideo, esplenio y complexus menor, oponiéndose á su derrame hácia afuera, es obligado á que se corra á lo largo de la vaina del grueso manajo vásculo-nervioso del cuello; en efecto, desde la fosita digástrica -- (donde sabemos se inserta el vientre posterior del digástrico), sigue su --- curso por entre el tejido celular, encontrando en el borde posterior de di-

cho músculo la arteria occipital. Dada su evolución en la zona que corresponde á la punta, no hay para que decir que en los niños de la primera edad, no existe, pues no hay más células, según manifestamos ya, que el antro, demostración bien hecha por Ricard; y de aquí que su mayor frecuencia vaya en relación directa con los años: habiéndose presentado en individuos que desde mucho tiempo antes no habían tenido otorrea y aun en otras que nunca la padecieron (Knapp), se le creyó como primitiva ó secundariamente independiente de la caja. Ciertas causas coadyuvantes patológicas, favorecen su desarrollo; la diabetes por ejemplo; y ya formado el flemon cervical, nos ofrece importantes diferencias en cuanto á la dirección que puede tomar el pús; infiltrado bajo la cara profunda del esterno-mastoideo, ya traspasa su borde anterior ó el posterior; en un caso, por entre los músculos de la nuca, gana las vertebrales cervicales y semeja la rigidez propia del mal de Pott


cervical acompañado de una inflamación dura que se extiende hasta la línea media por debajo del cráneo (Collinet cita 8 casos); bien hacia adelante se colecciona en la región retro-máxilar, ya acentúa su dirección interna levantando la pared lateral de la faringe con inflamación por detrás de la amígdala, ó por último, avanza hacia el mediastino siguiendo la guía que le procura la arteria occipital: claro es, visto esto, deducir que la evacuación por la caja representa el trayecto que puede conducir á la más pronta curación. Si el flemón permanece mucho tiempo sin que la oportuna intervención obre sobre él, la ^{riqueza} ~~riqueza~~ vascular linfático-sanguinea de la región y la virulencia adquirida, son razones suficientes para explicarnos la facilidad de todo fenómeno séptico que no tarda en reflejarse sobre el estado general; fiebre intensa, sobre todo al principio, fuerte dolor en el vértice, inapetencia, abscesos metastásicos lejanos, etc.

constituyen sus más notables síntomas, figurando entre sus complicaciones, trombosis de los senos, supuración de la fosa cerebelosa y meningitis probable; así lo prueba entre otros, el caso publicado por Knapp: "un enfermo de 44 años que en el curso de una Otitis media supurada de origen grippal, murió por alteraciones fulminantes después de una aparente curación; se le hizo la autopsia encontrándose meningitis supurada con perforación del plano superior del ático con absceso de la dura madre y una segunda perforación ocupando la fosita digástrica, con un principio de infiltración purulenta á lo largo del músculo de este nombre"-; el Dr. Tissot (de Chambery) señala también el caso de muerte ^{+sequida} á accidentes meningíticos como complicación cerebral mortal en la Mastoiditis de Bezold.

Tratándose de una forma patológica tórpida é irregular en su marcha y con caracteres insidiosos locales, escasos y á veces nulos, propongamonos


no incurrir en serio error tomando un foco purulento por un flemon del cuello; en su lección sobre la mastoiditis de Bezold, refirió el Dr. Kirmisson el caso de un niño sometido á tratamiento durante cerca de cuatro años para combatir rebeldes supuraciones del cuello; reconocido nuevamente por un cirujano pensó en la perforación de Bezold, y en efecto, la curación del niño fué rápida y completa después de la trepanación de la mastoides. (Kirmisson.- Lección sobre la Mastoiditis de Bezold.- 1^o de Marzo).-

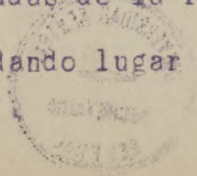
Deben tenerse en cuenta respecto á este punto, las observaciones de Collinet (1). Tumores malignos pueden evolucionar en la mastoides y en el oído medio sobre todo en el curso de una Otitis supurada crónica, confundiendo, con la destrucción ósea y sus prolongaciones cervicales el diagnóstico con un foco cervical-mastoideo: las parálisis de ciertos nervios (hipogloso y glosio-faríngeo), el dolor persistente, etc., pueden resolver dudas (1).- Collinet.- Tesis. 1897.



que la punción exploradora desvanecerá por completo.

Bezold llevó sus estudios teórico-clínicos al terreno de la experimentación, consiguiendo con su inyección de glicerina líquida coloreada, en el cadáver, reproducir con gran exactitud la lesión; para tal práctica atravesó la apófisis mastoides de un lado á otro en un sitio de la vecindad del vértice, perdiéndose los límites de la infiltración, superior é inferiormente, en la base del cráneo y en la región supra-clavicular.

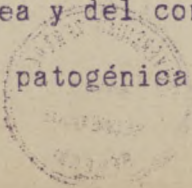
La estructura del hueso y su relación con delicados tejidos, nos permiten pensar en las múltiples consecuencias que de su contenido purulento pueden surgir y hasta pregonar su gravedad; la retención del pús explica la noción etiológica de los flemones á mayor ó menor distancia de origen  linfático y las ósteo-peri⁵otitis supuradas de la región; sucede aquí lo que en las inflamaciones epifisarias, dando lugar á una verdadera ósteo-



mielitis temporal, rápida é intensa propagación de la supuración mástoidea y circunstancia frecuente de donde parten gravísimas meningo-encefalitis si una urgente vaciación no detiene el paso al *Streptococcus*, bacilo que sostiene casi siempre su índole infecciosa: son sus síntomas al principio, los mismos que los de los flemones superficiales acompañados de un estado general parecido al típico; todo este cuadro se desvanece si de nuevo se acentúa la otorrea : si se incinde el flemon ó aun después de su ^{ab}ertura espontánea persisten fistulas duraderas, es debido á la presencia de un sequestro, cuya eliminación, verdadero empuje del tejido vivo sobre el tejido muerto, se hace preciso espresándose con dolorosos síntomas. En otras ocasiones el ^{Pús} ~~que~~ puede transportarse á puntos lejanos (abscesos á distancia).

A la cabeza de las complicaciones venosas intracraneanas está, en concepto general, la inflamación del seno lateral; sea por su comunicación con

la yugular ó por sus trascendentales relaciones con los demás senos, se le considera sitio escogido para las trombosis supuradas de procedencia otítica, sobre todo al derecho más voluminoso algunas veces (muchas menos ocurre á la inversa) y que en su continuidad con el longitudinal superior, la corriente sanguínea de este parece dirigirse con más preferencia hacia dicho seno lateral derecho; y he aquí que los senos venosos vienen á ser el segundo elemento donde la infección, en su marcha invasora de afuera á dentro, se detiene para nueva evolución (Flebitis del seno). Situado el seno lateral en el ángulo formado por la unión de las caras posterior del peñasco é interna de la región mastoidea (limite de la fosa cerebelosa) su distancia de la pared posterior del conducto auditivo está en relación con el desenvolvimiento de la región mástoidea y del conducto auditivo óseo, así como de la estructura de la apófisis; patogénica y quirúrgicamente interesa



saber esto por las modificaciones de relación que entraña entre dicha fosa y el oído medio con el seno lateral; si la situación de este es la misma en razón con la cavidad craneana en el niño y en el adulto, no resultan así sus conexiones con el antro y la porción mastoidea, distintas en ambas edades; superficial el antro primero, es profundo después, diferencias debidas en gran parte al cambio de dirección del conducto auditivo óseo y al desarrollo de aquella porción, que reducida á su minimum en el recién nacido sufre considerable crecimiento más tarde coincidiendo con el desenvolvimiento de la fosa cerebelosa; y así como dicho conducto de oblicuo en el niño tiende á ser perpendicular á la cara externa del cráneo, el antro, á medida que tienen lugar estas modificaciones, va variando de situación; de externo y anterior primero es después interno y en virtud de tal movimiento su extremidad posterior se hace externa y deja de ser superficial para hacerse

profundo; sus relaciones con el seno, pués, son distintas en estos distintos tiempos. Por otra parte, las dos hojas del hueso dejan entre sí un espacio que separa el seno del conducto auditivo, ó sea el ángulo interno del externo; este espacio es mayor ó menor segun la estructura del apófisis, ó como si dijéramos, que en las pneumáticas y diploicas llegando al máximum de extensión, mantiene los expresados ángulos muy distantes uno de otro mientras que en las esclerosas casi se confunden, teniendo que dirigirse hacia la pared póstero-superior del conducto para no herir el seno. La dirección del seno en su irregular curso, importa, á su vez, al caso; sabemos que desde la Prensa de Herófilo vá sinuosamente á unirse, ó mejor dicho á continuarse, con la yugular interna (agujero rasgado posterior); que marchando primero de atrás ádelante y verticalmente luego, forma un recodo; pués en su porción descendente se aproxima mucho ál antro y por la otra al cerebelo, ex--

plicándonos el fácil paso infeccioso de un punto á otro, atendida su proximidad á los focos auriculares; sobre todo si preexiste la osteitis; y las grandes dificultades que ofrece poder señalar una distancia entre el seno y el antro.

Tenemos segun lo dicho: disposiciones y relaciones anatomo-patológicas; la pared venosa en contacto con el hueso y casi siempre entre ambos un pequeño absceso; pús y vias de transmisión de los agentes sépticos hasta el interior del seno: la venillas que cruzan la mastoides; de aquí el buen consejo de Pitt "que siempre que se encuentre trombosada la vena mastoidea se hace indispensable la exploración del seno; sus movimientos isócronos á los respiratorios y su azulado tinte, ó por el contrario, su aspecto indurado, fungoso ó con puntos ulcerosos en su pared externa, nos expresarán su integridad ó el grado de sus lesiones". Pueden estas estar limi-

tadas al foco de origen (caso de Sedillot) ó bien rebasándole correrse ya por el seno transverso al longitudinal superior, bien por el cavernoso á la vena oftálmica : el pronóstico varia mucho en una y otra forma, y la muerte con que suelen terminar las infecciones á distancia, como prácticamente hemos visto en la Clínica, (pneumonia, pleuresia y peritonitis), no la producen siempre los accidentes endocraneanos, así como pudimos comprobar tambien que gran parte de los abscesos del cerebelo son consecutivos á la inflamación del seno lateral. La flebitis trombosante así producida, no solo puede propagarse de un seno á otro por las anastómosis intracraneanas, sino que tambien por las venas al exterior (la mastoidea, por ejemplo, atraviesa la pared craneana partiendo del seno lateral y vá á la occipital); y la infección piémica con ó sin supuración del seno, es un hecho en gran número de casos; ¡cuantas veces la muerte habrá sido el último fenómeno de

una meningitis, de un foco encefálico ó de una septicemia cuyo origen mastoideo fué inadvertido y cuantas lágrimas puede evitar una intervención -- oportuna y energética!.

Si en el curso de una Otorrea es acometido el niño, de modo violento, de fiebre continua (en el adulto suele ser intermitente) elevando el termómetro á 40^o ó 41, con dolor de cabeza que tiende á acentuarse en la región mastoidea aumentado á la presión; vómitos y de ordinario diarrea; si á este cuadro de aspecto tífico acompaña un estado general en el que predomina la postración, pérdida de carnes y lijera coloración subictérica, sospechemos en dicha propagación infecciosa que quizá no tarde en comprobarse por las localizaciones metastásicas, efecto, como queda apuntado, de los desprendimientos sépticos del trombus arrastrados hasta las más pequeñas arterias; ¿cómo diferenciar clínicamente á una de otra de estas formas ?

la flebitis se presenta en la lesión crónica; la piemia, en la aguda; en esta, no suelen existir fenómenos locales que solo excepcionalmente faltan en aquella en la que la frecuente propagación á la vena yugular (de la flebitis) expresa el signo por excelencia, ofreciéndose al exámen en el fondo del cuello y sobre el trayecto de esta vena, un cordon duro y algo doloroso coincidiendo con las neuritis ópticas (edema papilar ó papíla estancada); reflejo exacto de la alteración de la circulación intracraneana; además, las lesiones á distancia, forman con su disposición especial el dique que las separa; en la flebitis trombosante el sitio predilecto es el pulmon por la detención de los fragmentos en los vasos pulmonares que no pueden vencer el calibre estrecho de los capilares, y en las serosas; en la piemia casi nunca el pulmón y sí las articulaciones, el tejido subcutáneo (como infiltración gelatiniforme) y los músculos; por último, citan algunos en la primera

la dis^pnea y disminución (número) del pulso que explican por la compresión del pneumogástrico que costea la yugular interna á lo largo del cuello. En ciertos casos, sin lesiones pulmonales bien visibles, existe una progresiva dispnea; y sin haber presentado accidentes lejanos, el enfermo sucumbe después de hemorrágias repetidas y difusas, anuria, etc.; ¿septicemia? sírvanos de aviso para observar la más prudente reserva en cuanto al pronóstico. Siempre se atribuyó toda piemia de origen auricular á una flebitis del seno lateral; pero los estudios de Koerner, de Francfort, enseñan que con la misma -- forma de fiebre, escalofrios intensos, temperaturas altas alternando con apirexias completas y desarrollo más tarde de focos metastásicos, existe una -- forma de ~~piemia~~ piemia sin supuración del seno aunque sí de procedencia otítica.


Frecuente y profundamente alteradas las paredes venosas de los senos, es explicable que muchas meningitis, aun supuestas como primitivas, sean

consecuencia de un agudismo de peri ó endo-flebitis, crónica; si la acción destructora del pús perfora el tégmen-timpani ó, aprovechando una de sus debiccencias llega á ponerse en contacto con la dura madre, la infección de esta membrana es consiguiente, infección que tambien puede resultar por el transporte por vía sanguínea, linfática ó nerviosa, de los agentes microbianos.

Hasta hace unos años, la relación ^{funesta} ~~intima~~ entre las lesiones ^{supuradas} ~~serenas~~ del ~~del~~ ~~peñasco~~ ~~de~~ ~~la~~ ~~meningitis~~, ~~gacia~~ ~~en~~ ~~las~~ ~~sombras~~ ~~del~~ ~~misterio~~ ~~niniano~~ y los estudios anatómo-patológicos y patogénicos de la infección intracraneana, eran perfectamente desconocidos; más los progresos de la Otológia, las observaciones clínicas por aquí encaminadas y los importantes datos de las Autopsias, persiguieron al oculto agente infeccioso llegando á su más exacta descripción: y Burkner, ~~Macenen~~, Hermann, Leví y varios más, ya descubren una denudación de la dura madre en las lesiones crónicas, ya en

las agudas vén la transmisión al espacio aracnoideo por vía sanguínea, bien, á consecuencia de la osteitis del peñasco, estudian los exudados envolviendo el ^{istmo} ~~istmo~~ del encéfalo, al pús infiltrado en la pia madre de la base y la paquimeninge que envuelve dicha porción ósea, reblandecida y mamelonada; origen de una meningitis cerebro-espinal.

Infección de evolución brebe muchas veces en las supuraciones agudas, es difusión tan rápida en los niños y en formas virulentas, que la muerte sobreviene antes que el derrame afecte ^{+ el aspecto} purulento; más no siempre se desenvuelve así; á la manera de los abscesos enquistados de la pleura, puede interesar solo una parte de la superficie encefálica, focos enquistados poco frecuentes pero que cuando existen tienen como sitio predilecto la vecindad del antro en su pared superior, pared ⁺ que presenta acentuadas alteraciones; su pronóstico es menos grave.



Repetidas autopsias en muertos á consecuencia de accidentes cerebrales agudos, mostraron el seno lateral engrosado y duro, ocupado por un coágulo fibrinoso antiguo; y si los conocimientos adquiridos acerca de este importante proceso asegura que las lepto-meningitis secundarias proceden de un foco de la dura madre (sub), sea encefálico ó del seno, abierto en la cavidad aracnoidea de donde á su vez parte su extensión, es de esperar que su presencia vaya en huida ante la resuelta actitud del cirujano desde el principio de la infección; no se nos oculta que puede existir una flebitis del seno lateral sin signos clínicos que le caracterizen con suficiente anterioridad, y que una lesión sin síntomas no justifica la aplicación terapeutica; pero no faltan los de relación, ni los oftalmoscópicos; la neuritis óptica ya mencionada, aunque no nos precise una meningitis, ni un absceso cerebral, ni un neoplasma, esp^{er}o que la cavidad encefálica está invadida por algo

anormal que, como sucede en ciertas supuraciones de las células mastoideas. (1) la dificultad circulatoria de la papila óptica refleja el embarazo de la circulación de los puntos vecinos comprobando, más de una vez, la exploración operatoria, la denudación del seno, los trastornos venosos y el proceso intracerebral. La proximidad de un foco supurativo de la porción petrosa en su base, puede reducir su acción á la irritación de las meninges produciéndose un derrame libre de microbios en el espacio subaracnoideo, de pronóstico leve en general por su desaparición reabsorviéndose, si bien puede ser muy grave por la progresiva tensión intracraneana: relación de causa ó efecto segun la cantidad de líquido = en tal caso, la práctica de la punción lumbar será una preciosa indicación que no limita su valor clínico al diagnóstico por el análisis del liquido sino que obra combatiendo los peligrosos efectos de tensión cérebro-espinal; su importancia, desde que en 1890 la hizo por vez primera

(1)- E. Valude = *locución en el Tratado de M. Luc = Pág. 490:*

^{Quinc}
~~ke~~, vá en aumento y la extracción del contenido raquidiano por el punto de elección (inmediatamente por debajo y un poco á la derecha de la tercera vértebra lumbar), se repite segun lo exigen las circunstancias en el curso de la afeccion-. Si un violento escalofrio, unico ó repetido, sigue á la disminucion ó suspension brusca del derrame por el conducto auditivo externo, es de temer grave complicacion; pronto la sospecha deja el puesto á la realidad, y el dolor, ese bien llamado " grito de alarma de las meninges", mas intenso por la noche y en la region témporo-frontal, ^{nos} ~~nos~~ anuncia que los gérmenes infecciosos entraron en sus dominios; la fiebre continua, vómitos, tendencia al vértigo, desigualdad pupilar con frecuente extrabismo en uno de los ojos, rigidez de la nuca, neuritis óptica, lentitud del pulso, alteraciones respiratorias, retraccion del vientre, etc, completan el tan conocido cuadro por nuestra práctica, de la meningitis; con las consiguientes modificaciones

y formas segun sea difusa, de la convexidad, de la base, ó bien se localice en la zona posterior del cráneo, descripciones no propias de este momento: solo me interesa diferenciar en lo posible esta meningitis de origen mastoideo, de la tuberculosa y de la cerebro-espinal, asi como del absceso encefálico: lo haré á grandes rasgos-

No falta relacion entre esta lesion local y la tuberculosis meningea, puesto que una otorrea crónica puede ser de la misma indole: mas la existencia de un periodo prodrómico y su marcha mas pesada con la presencia del bacillus de Kock obtenido por la puncion lumbar, marcan con toda claridad la diferencia frente á la evolucion rápida de la aguda con acentuacion de sintomas y signos en el lado enfermo y con ausencia de tubérculos en la coroides-.

La frecuente existencia de múltiples casos idénticos casi en forma de epidemia y la expresion del sintoma de Kernig, decidirá á favor de la cerebro-

espinal; si examinando el oido medio la mas ó menos considerable tension de la membrana nos indica la retencion del pus, su puncion (en el sitio que antes de ahora señale) resolverá el caso haciendo desaparecer todos los accidentes reflejos cerebrales casi en el momento: ¿no basta este medio para diferenciarla tambien de la pseudo-meningitis que pudiera inducirnos á grave error?. El diagnóstico, á nuestro juicio, mas dificil es el diferencial con el absceso encefálico: solo una detenida y rigurosa observacion en la forma de la fiebre, alta y siempre continua en este, y en la marcha mas lenta de aquella, pueden, al principio, sobre todo, inclinar nuestro animo en determinado sentido.

¿Que indicaciones debe llenar el Médico para combatir estos accidentales peligros? Trepanacion de la apófisis mastoides y ligadura de la yugular interna en la trombo-sinusitis (por debajo del trombus, á mi juicio, apesar de que el Dr. L. G. Roy señale como punto preciso "inmediatamente por encima del

tronco tiro-linguo-facial"; ¿por qué?) (1): abertura de la membrana del tímpano (con la aguja de paracentesis puncionando sobre el cuadrante pósteroinferior y prolongando la incision hacia arriba) y drenage antiséptico, con tratamiento general adecuado en la forma piémica sin fiebitis. En cuanto á la meningitis, intervencion con la mayor oportunidad procurando la mas rigurosa desinfeccion de la region sospechosa: denudacion previa de la dura madre, su incision hasta descubrir las lesiones que existan en la pia madre que, á su vez, será denudada proporcionalmente á la extension infectada y lavado (segun algunos) con solucion caliente sublimada al medio por mil, y compresa esterilizada húmeda que debe renovarse diariamente: abertura del foco óseo si no está hecha la perforacion y completa desinfeccion de su cavidad.

La parálisis facial por causa infecciosa y de cuyas relaciones hablaré al

(1) L.G.Roy- L'Oreille Moyenne - Págª 143 - (1903)

parme
con los cuidados para la intervencion quirúrgica, asi como la ulceracion de la carótida, que va por dentro y un poco por delante de la apófisis estiloides, accidente raro, inevitable y gravisimo por la mortal hemorragia, son dos complicaciones mas, que completan el grupo de las que interesan á mi estudio, grupo que nos enseña las tres importantes vias por las que puede dirigirse el agente infeccioso: la continuidad, la contiguidad y á distancia.

En el caso de sinusitis supurada se hizo varias veces con éxito la incision y abertura del seno lateral; abierto el antro y las células mastoideas y yendo hácia atrás sobre una línea desde el conducto auditivo á la protuberancia occipital externa, se llega á descubrir y aislar dicho vaso separándole de su canal óseo, poco á poco, en toda la altura de su porcion vertical quitando la cubierta ósea con escoplo y martillo; si existen colecciones purulentas periflebiticas se dilatan y se incide el seno en toda su extension; si

una vez extraídos los coágulos la hemorragia se presenta, se taponará en seguida el extremo interno del seno previa ligadura de la yugular, se abre esta en un punto próximo á su porcion superior y haciendo pasar un liquido aséptico del seno á la vena, se conseguirá la mayor limpieza de este trayecto; por último, se introduce un tubo de drenaje por el orificio externo del seno y otro en la vena por el cuello: se tapona con gasa esterilizada la herida y cavidad ósea, que se mantiene abierta, sin mas puntos de sutura que los precisos para fijar el labio externo tallado para empezar la operacion- El procedimiento aconsejado por ciertos prácticos, de ligar el seno en el punto mas próximo posible á la prensa de Herófilo, con el objeto de aislar completamente de la circulacion general el segmento infectado, no es aceptable, pues agrava y prolonga una operacion ya muy delicada en un sujeto profundamente infectado. (1)

(1) Lenormant- Chirurgie de la Tête et du Cou - Pág^a 44 - (1904)-

Cual brillante punto en la vasta extension de la Patologia, ofrécese, la Mastoiditis ante la mirada observadora de Médicos y Cirujanos; desde su elevado puesto en la escala nosológica, ya la vemos intermediaria inclinar la balanza del pronóstico de una lesion invasora merced á su presencia, ya desligada de toda relacion patológica prévia y como disputando propios derechos, se manifiesta sola, aislada, como primitiva y no como complicacion, dejando, por lo menos, dudas en cuanto á su individualidad morbosa; la osteomielitis por una parte, y por otras múltiples ~~abreviaciones~~ ^{observa} entre las que figura como muy elocuente la de Guye expresada por el Dr. Jacques Fournier en ~~su~~ ^{su} notable trabajo ~~el~~, hablan á su favor; su importancia es tan grande, que llevó hacia si el más decidido interés del espíritu médico; y los libros, la clinica, el anfiteatro y el análisis, nos instruyen con sus maravillosas descripciones y nos

(1) Lenormant - Chirurgie de la Tête et du Cou - Pág^a 44 - (1904)

asombran con sus descubrimientos. Conocido hoy el germen fundamental de esta afeccion, estudiadas las condiciones del tejido para su desenvolvimiento asi como las referentes á su etiologia, y habidas además en cuenta sus intrincadas relaciones (interesantisimas ante la patogenia y tratamiento) anatomofuncionales, se llegó, como veremos, á un tratamiento; y siendo principalmente quirurgico, surge la dificultad de precisar la necesidad de la intervencion cuando es oscuro el indispensable diagnóstico de la extension de lesiones en que aquella ha de fundarse: los mas inteligentes observadores cruzan sobre este punto sus ideas; unos afirman que varias lesiones óseas que, á priori, parecian indicar el vaciamiento, curaron rápidamente por la aplicacion de un tratamiento metódico por las vias naturales (1) aceptan otros, dándole toda su elasticidad, la frase de Stacke "Tengo como principio que la

(1) - Etienne Lombard-Essai sur les indications de l'ouverture de l'apophyse

operacion es siempre la última razon y que en un caso dado, todo debe ser ensayado antes de recurrir á la intervencion": fundan algunos sus doctrinas conservadoras en que habiendo propuesto la operacion en varias ocasiones se obtuvo la curacion sin ella por negativa del enfermo; y Mignon, divide en profiláctico, médico y quirurgico el tratamiento de las Mastoiditis, si bien se inclina al último concediendo un plazo limitado para realizarlo en las sub-agudas, verdadera transaccion entre intervencionistas y conservadores: en efecto, la profilaxis mas se propone evitar que curar y aun la medicina conseguirá (á pesar de los casos citados en varias obras) muy pocas veces abrir luz en las prisiones del pús, sin la eficaz y terminante ayuda de la cirugia. Propónese el tratamiento médico responder á dos importantes indicaciones: franquear todo lo posible la via de salida del exudado y desinfectar el interior del foco llevando hasta él líquidos antisépticos: la ducha de aire 6 ú 8 veces al dia,

puede, dicen, arrastrar al pús dejando por más ó menos tiempo expedito el aditus ad antrum y eleva la presión intra-auricular; los lavados bien con la cánula de Hartmann, (aunque son preferibles las primeras con el aparato de Politzer); la acción local del frío recomendada efícamente por clínicos alemanes sirviéndose del hielo en saquitos ó del aparato de Leiter ó por medio de corrientes de agua fría continuas como antiflogísticas y sedantes, es recurso preconizado también por Luc en cuyo apoyo cita un caso de éxito por la refrigeración mastoidea: (1) pero Mignon, la rechaza con toda su energía considerando más útiles para las mucosas irrigaciones muy calientes y aconseja la aplicación de cataplasmas antisépticas, calientes también, que recubran toda la región enferma: á pesar de la justa consideración que merecen los juicios de tan distinguido otólogo, así como las manifestaciones en igual sentido (1) - Luc: Suppurations de l'Oreille Moyenne - Pág. 60 (1900)

tido del especialista Le Roy (1), acepto, por mi parte, aunque en estrechos límites dada la marcha del mal, como mas beneficiosa la accion constrictora del frio con su necesaria consecuencia la isquemia, para oponerse, en el periodo congestivo por supuesto, á la progresion de la enfermedad. Las emisiones sanguineas locales, en el principio, no solo pueden calmar los dolores, sino que según afirmaciones que tengo á la vista, detuvieron en varios casos su evolucion.

Muy lejos de mi la duda sobre la verdad de tales observaciones; no pretendo negar la influencia que los recursos médicos puedan tener en la --afeccion que nos ocupa; pero expondré lealmente mi opinion respecto á este punto que es el reflejo fiel de lo poco que lei y de lo que deduzco de mis maestros en su práctica: la disposicion anatómica con sus próximas é intimas

(1) - L. G. Le Roy - L'Oreille Moyenne - Ses affections - Pag. 54 (1903)

relaciones de importantísimos tejidos, la progresiva virulencia del pús retenido, la enorme gravedad de las lesiones por complicación presentadas á veces con sorprendente rapidez, son razones que al llevarme resuelto á la intervención, me hacen prescindir de las palabras del Dr. Loewenberg: "Paciencia y tiempo largo llegan á curar casos verdaderamente horribles, respetando la integridad de la apófisis á pesar de presentar fenómenos graves reflejo de alarmantes complicaciones"; yo creo lo contrario; por lo que he podido aprender en repetidos casos de la clínica, los éxitos del tratamiento terapéutico han de constituir muy limitado grupo; al desplegar mis convicciones en la práctica, seré el riguroso observador del enfermo reconcentrando en él toda la atención para aprovechar una oportunidad, y si transcurridos los primeros días la inflamación de la región persiste ó se hace edematosa, si el dolor fijo, espontáneo y profundo continúa, aumentándose á la presión sobre to-

donal nivel de la base, con tendencia á desviarse hacia adelante el pabellon, no vacilaré en proporcionar al pús la mas amplia salida desde luego; pues -- creyendo ver el peligro en su retencion y la salud en el derrame al exterior trepanaré la apófisis y al conseguir establecer un franco y directo drenage, la sentencia clinica "Ubi pus, ibi evacua" se vé cumplida.

Aun en los casos dudosos, ante la posibilidad de que la subsistencia de innegables signos de antro-mastoiditis pueda conducir á una cáries del techo antral ó á una modificacion esclerosa por infiltracion séptica de la mucosa, debe ser considerada la trepanacion como recurso para el diagnóstico y para cerciorarse por su intermedio el cirujano del estado del seno, del -- mismo modo y por igual razon que penetra en la cavidad torácica ó abre el vientre en busca de un derrame ó por que sospecha una apendicitis.

Sirviendo de base un oportuno tratamiento general, reposo, lijera

alimentacion, temperatura media constante, facilidad en las funciones intestinales (calomelanos, ruibarbo), disminuir el dolor (cloral, veronal, nunca el opio por su conocida accion), aplicaciones locales frias y si la Mastoiditis es secundaria, atendiendo á la enfermedad primitiva, plantearemos el quirúrgico. Rechazemos toda intervencion por el conducto, ineficaz y molesta cuando la infeccion persiste en el antro ó se extiende por la mastoides; consideremos tambien como engañosa y hasta perjudicial la incision llamada de Wilde que precisamente termina su accion donde debe empezar; es, por el contrario, deber sagrado nuestro abrir sin reparos, todos los focos del pús y comunicándoles por amplio drenage, operar á "cielo abierto" única manera de burlar la maligna tendencia del exudado á prepararnos nueva recidiva.

Siendo el antro por su existencia constante y ventajosa situacion para la eliminacion de los flujos del oído medio, del ático y de los absce-

sos cerebrales, el punto de más importancia en la cirugía de esta región, procuremos tener siempre ante nuestros ojos su exacto lugar: y al caer sobre él, respetaremos á los cuatro delicados elementos que le sirven de límites: Nervio facial, Seno lateral, Canal semicircular horizontal y Dura madre.

Además de la división hecha por Poirier de la superficie ósea de la apófisis en tres porciones de atrás adelante, en posterior ó cerebelosa, media ó venosa y anterior ó antral, los Dres. Bergmann y Rochs en su "Curso de operaciones sobre el cadáver" señalan con gran precisión el antro de la siguiente aceptable forma: si se divide la apófisis por una línea que desde la parte posterior del meato auditivo ^{erno} ~~erno~~ paralelamente á la línea temporal, vaya hacia el límite posterior de la apófisis y por otra que caiga verticalmente sobre la parte media de la anterior, resultarán cuatro espacios cuadriláteros, de los que el ántero-superior es el sitio que corresponde al antro

y, por consiguiente, el de eleccion para las mas importantes intervenciones en esta region. Recordemos que por arriba le limita la raiz horizontal de la apófisis zigomática, la cual se continua, bajo el nombre de linea temporal, hasta la sutura mastoideo-parieto-escamosa y debajo de la qué, inmediatamente, está la espina suprameática ó de Henle; junto al limite súpero-posterior del meato acústico externo y un poco por detrás de ella, la fosita mastoidea: tambien sabemos que su profundidad ó sea la distancia que existe entre su limite anterior á la superficie de la apófisis al nivel de la expresada espina, es de 10 á 12 milímetros como termino medio y á los 4 ó 6 milímetros mas profundos, están el canal semicircular horizontal y la prominencia del conducto facial: su pared anterior está pegada á la posterior del conducto auditivo y su limite inferior se encuentra á la mitad de altura de esta pared del conducto; anteriormente este limite inferior del antro sube

de modo notable para formar la parte inferior del áditus, de suerte que en caso de antro pequeño, la porcion inferior del áditus y el antro están á la misma altura y corresponden próximamente al nivel de la pared superior del conducto auditivo externo; la fosita que dijimos está detrás de la espina, pertenece, pues, á la situacion del antro, cuyo techo forma una lámina delgada, ósea, que le separa de la fosa cerebral media: no olvidemos que la apófisis mastoides no existe en el recién nacido, empezando á dibujarse á los 8 años: el antro es desde el nacimiento y tiene casi iguales dimensiones -- que en el adulto, pero ocupa un plano, como ya he dicho, mas anterior y mas elevado claramente por encima del conducto auditivo; y es tan superficial que en los primeros años no se puede tener certeza en la existencia de la espina de Henle ni en la cresta supramastoidea; pero hasta los dos años y á veces más tarde, hemos indicado por detrás del conducto la mancha espon-

josa atravesada por vasos, de color violáceo, áspera al tacto y que cubre al antro siendo su pared externa.

Contando con los precisos ayudantes (uno exclusivamente para la anestesia, otro para mantener fija la cabeza en su posición y otro para taponar, etc) se tienen á la mano convenientemente asépticos los instrumentos siguientes: 2 bisturios (uno fuerte), 6 ú 8 pinzas de Pean, unos separadores (aunque pueden sustituirles las pinzas mismas hemostáticas) entre los que figura como más práctico el de Moure; 2 leguas (recta y curva); 2 escoplos; uno estrecho; martillo de plomo; 2 cucharillas (una pequeña); una pinza cortante; Protector de Stake y sonda acanalada; además pequeñas compresas asépticas y secas, en gran número. El martillo y escoplo, es sustituido por algunos cirujanos por la ~~pe~~ pesa de motor eléctrico, procedimiento simplificado y perfeccionado por Doyen, que reúne la ventaja de acelerar la operación, y aminorar el pe-

ligro sobre los tejidos blandos (dura madre y seno): en Alemania es muy preferible en los servicios clinicos, mientras en Paris la he visto emplear solamente á dicho maestro. A propósito, el profesor Lannelongue presentó á la Sociedad de Cirugia un perforador (de Bercut) movido por resorte de cuerda y que atraviesa fácil y prontamente el hueso; Broca y Kirmisson emplean siempre el escoplo, por creer ofrece mayores seguridades.

Punto de gran trascendencia es el referente á la anestesia, sobre todo, cuando se opera en tiernos niños de la primera edad; y al tratar de él ahora, no puedo menos de hacer constar las excelentes impresiones que traigo del aparato del Dr. Roth, fundado en poder aquilatar la mas minima dosis de cloroformo administrándolo mezclado con el oxigeno: el Dr. Broca, es partidario del éter.

Dormido el enfermo, con la cabeza en rotacion sobre el lado sano,

afeitada la region (hasta la mitad de la cabeza) y hecha en ella una esmerada antisepsia (lavado jabonoso, alcohol, éter y por último solución sublimada al 1 por 1000), cubierta la cabeza, cuello y hombros con compresas antisépticas y separado el pabellon hacia adelante, se procurará limitar con el dedo toda la extensión del apófisis y se hace una incisión ligeramente curva á convexidad posterior medio centimetro próximamente por detrás de la línea de inserción del pabellon, que comprenda toda la apófisis de arriba abajo hasta el hueso; deja, pues, incindidas la piel, tejido celular, capa muscular del auricular posterior y perostio, llegando al límite de la aponeurosis temporal; se cojen á pinza las ramas seccionadas de la auricular posterior y se separan todo lo posible los labios de la herida; si se trata de edema ó de mucha grasa, suele practicarse una segunda incisión, de unos tres centímetros, que parta en sentido transversal des-

de el extremo superior de la primera y dirigida hacia atrás; levantando el colgajo triangular resultante deja fácilmente visible la superficie sobre que operamos: con la legra se separa con fuerza el periostio por delante hasta el conducto auditivo, y por detrás hasta el punto de separacion de las vertientes anterior y posterior de la apófisis mastoides. Buscando con el dedo la impresion de los, repetidos ya, puntos de referencia (raiz posterior del óseo zigomático por arriba, la cresta vértico-mastoidea por detrás y por delante la espina de Hénle, ó por lo menos, el borde posterior del conducto membranoso, se introduce, para comprobarle con rigor, por este conducto y de delante atrás, una sonda ó estilete. A veces sentiremos el aspecto rugoso que queda mencionado, en los primeros tiempos del niño, como sitio seguro del antro, y no pocas, en tal punto de eleccion, hemos visto el orificio externo de un trayecto fistuloso (trepanacion espontánea): sobre esta superficie debe ha-

llarse un cuadrado sirviéndose de un escoplo cuyo corte tenga el ancho que se ha de dar á cada lado; para el adulto, de un centimetro, para el niño de 11 á 12 años para abajo, de 4 á 6 milímetros; á 5 milímetros por detrás de la espina suprameática en direccion paralela al borde del conducto, se pondrá el filo del escoplo perpendicularmente al hueso y bien sujeto entre los dedos; dos ó tres golpes de martillo no muy fuertes, serán lo bastante para profundizar unos 8 milímetros; en seguida trazaremos el lado superior horizontal inmediatamente por debajo de la cresta supramastoidea, un centimetro mas abajo y paralelamente á esta última, el lado inferior y, por fin, el posterior que unirá los dos extremos posteriores del superior é inferior y que, por respeto al seno lateral, haremos cambiando la direccion del corte en sentido bastante oblicuo: desprendido así el trozo cortical, puede ocurrir que el antro esté bajo una delgada cubierta que salte al primer golpe de marti-

llo ó que reste aun un centimetro de espesor y, segun Schwartz, hasta tener que profundizar dos centimetros y medio, dudas que aconsejan la mayor prudencia debiendo avanzar milimetro por milimetro, sin confiarse demasiado y dando la forma estrecha de fuera adentro con un instrumento mas fino en direccion hacia adelante, y adentro (hacia el áditus).

Ya he dicho que en el niño de poco tiempo el escoplo sea de 4 á 5 milímetros empezando á señalar el cuadro á los tres milímetros del conducto; y así, como ocurre en el que aun no cuenta un año, no se notan ni la cresta de Hénle, ni la Supramastoidea, tomemos por línea superior la horizontal tangente al polo superior del conducto, ó guíenos la ^{re}espasada mancha esponjosa: en este último caso, una cucharilla bien dispuesta es suficiente; no debe emplearse el martillo; . ¿ Cual ha de ser nuestra conducta operatoria cuando ~~■~~ existe un orificio fistuloso en la superficie antral? en varios casos se ha visto

que al seguir este trayecto trazado ya, se interesó el seno y aun se seccionó el facial; prescindamos, pues, de él si no está en riguroso punto de eleccion; nuestro primer cuidado ha de ser siempre el antro bien limitado y operar sobre él.

A medida que vayamos profundizando, nos iremos aproximando á dos peligros: el seno lateral de situacion inconstante, ya nos le enseña Poirier en el tercio medio, ya Ricard y Broca le refieren en muchos casos á la mitad posterior, marcándonos casi como ley de técnica, no obstante, que no existe riesgo no estando de 15 á 18 milímetros por detrás del conducto, siendo aquel mas lejano á medida que se separa de la base que se vá profundizando el seno; mas no debe olvidarse, en tan delicada práctica, que con frecuencia las Mastoiditis en apófisis estrechas ofrecen bastante disminuida la separacion del seno y del conducto auditivo, teniendo presente que encontrando primero el antro, trata-

remos su pared interna, cuando sea preciso obrar sobre ella, con toda clase de precauciones . A su vez, el nervio facial, presenta al operador un punto muy peligroso, como mas importante: por detras de la ventana oval, casi en la union de la pared interna y de la posterior de la caja, por delante y debajo del orificio del áditus, en el sitio donde el nervio se incurva para dirigirse hacia abajo y afuera; aqui el canal del facial hace una salida lijera, delante de la que se encuentra el infundibulum *de la ventana oval; al hacer uso de la cucha y la salida del canal; con la garantia del nilla, despues de haber llegado al promontorio, tocamos dicho infundibulum y la protector de Stacke, destruiremos los tabiques óseos y hecha por fin la lim- lida del canal: +* pieza de la superficie interna de la cavidad asi constituida, se taponará con gasa iodoformada ^mcoprimiendo suavemente la herida é introduciendo la mecha de la misma gasa en el conducto auditivo: algunos autores recomiendan despues del raspado, un baño de agua oxigenada á partes iguales con éter y taponar despues con gasa esterilizada; pero yo he de seguir la primera forma de tratamiento,

cuyos satisfactorios resultados pude confirmar en muchos casos. El trabajo de reparacion dura un tiempo que varia según la extension de la herida y las condiciones del enfermo.

Tal es la operacion destinada á las Mastoiditis agudas y principalmente en los niños de la primera edad: abertura del antro y de las células mastoideas.

Para las crónicas sostenidas por otorreas rebeldes, se impone el *evident* ático-petro-mastoideo; y al efecto, el Dr. Stacke, d'Enfurt, merced á su procedimiento, practicado en el año de 1890, por primera vez, convirtió en una sola todas las cavidades del oído medio estrayendo los huesecillos y dejando en un mismo plano las paredes superior de la caja y la del conducto levantando la pared externa de la cavidad que á aquellos encierra. A estas dos formas podemos reducir en la práctica todos los métodos operatorios de

que nos hablan los libros; Schwartz, Kuster y Bergmann y Zauffall (Antrectomia seguida de Aticotomia), representan otros tantos procedimientos de intervencion, con varias lagunas, origen más de una vez, de gravisimas recidivas: solo como excepcion podremos aceptar este último, cuando existe un trayecto fistuloso.

Dirigiéndose Stacke de delante atrás al contrario de los citados autores, vence la gran dificultad de encontrar el antro situado muy profundo en casos, por ejemplo, de mastoides ebúrnea y en la que las dimensiones de aquel están muy reducidas, Incision por encima del pabellon, hecha á 5 milímetros por detrás de la insercion y paralela al surco retro-auricular, de unos 5 á 6 centímetros, hasta el hueso, debiendo no interesar por arriba la aponeurosis temporal; denudacion de este arrastrando por delante el periostio hasta dejar visible la entrada del conducto auditivo óseo; se sostendrá hacia

arriba el músculo temporal para lo que y por debajo de su limite inferior se seccionará horizontalmente el periostio; puesta al descubierto la raiz posterior del arco zigomático, se procede á despegar el conducto auditivo membranoso hasta la region de la membrana del timpano y no olvidando, á fin de observar gran cuidado, que aquel es más delgado cuanto mas camina hacia el fondo del oido. Despues y préviamente relleno este conducto con gasa esterilizada, para que sus paredes estén separadas, se secciona transversalmente en punto próximo á dicha membrana é interesando todo su espesor hasta tocar su parte anterior adherida á la pared correspondiente del conducto; limpio de la gasa espresada, se introduce con una pinza una mecha que atraviesa desde el orificio externo hasta darle salida por el resultante de la incision hecha, dejando el otro extremo envolviendo el pabellón. Para evitar dificultades mas tarde á la legra, se lleva un fino bisturi hasta el fondo del conducto auditivo y con

su corte hacia arriba, se secciona la capa dermo-perióstica que recubre la parte más profunda del conducto óseo, repitiendo seguidamente el corte por detrás y abajo: durante estas secciones suele llenarse de sangre todo el campo operatorio que debe extraerse con la rapidez conveniente aplicando repetidas compresas é irrigando luego el trayecto del conducto con agua oxigenada caliente: otros emplean como hemostática la solución concentrada de anti-pirina; generalmente basta la simple compresión sostenida un poco de tiempo. Extraída esta mecha de taponamiento, se incide la membrana cuyos restos se sacan con los huesecillos fácil de conseguir por la inclinación hacia adelante del conducto; sin embargo, si hubiera dificultades los arrastraría la cucharilla sobre todo después del derribo de la pared externa del ático; para esto último, se coloca el protector de Stacke con su punta hacia arriba sosteniendo el peso de la pared superior; debe evitarse lesionar la pared interna

de la caja: se ataca al hueso perpendicularmente á su superficie y se comienza próximo al ángulo postero-superior del conducto por debajo de la cresta supra mastoidea y por dentro y encima de la espina de Henle, hasta destruir la expresada pared superior: en seguida, raspado de las fungosidades, extracción de los huesecillos y restos acumulados en el fondo y haciendo, si es preciso, la trepanacion retrógrada del antro sin prescindir del protector de Stacke. Obsérvese gran cuidado en el raspado de la cavidad, pues el interesar el seno y el nervio facial se debe casi siempre á la cucharilla (para raspar el suelo debe usarse pequeña cucharilla acodada para poder llegar por detrás del reborde que existe en el extremo de la pared inferior del conducto); cualquiera contacto con el tronco nervioso se refleja en la mitad correspondiente de la cara, en forma de contraccion muscular: algunos terminan la operacion con una pincelacion de cloruro de zinc al 1 por 10; en nuestra clinica solo

se emplea la gasa iodoformada (como antiséptico y estimulante de los tejidos) sustituyéndola por la gasa esterilizada cuando el iodoformo produce el brote eczematoso: así se procede cuando queda abierta la herida y se vá renovando la cura hasta su cicatrización; otras veces se hace preferible el drenage con gasa por el conducto auditivo, se talla un colgajo en la pared de este, adherente en su lado inferior y se adapta á la pared inferior de la cavidad á lo que contribuye la mecha introducida en el conducto y se sutura (menos en su punto inferior) la herida post-auricular; la reseccion total de la pared posterior, con reunion de la herida post-auricular es un buen método cuando no exista osteitis con gran perdida de substancia: gasa, algodón hidrófilo y ordinario (por su elasticidad, este) y sujeccion con vendas de Velpeau: si el pús empapa la cura ó la persistencia de la infeccion es reflejada en la subida del termómetro, debe levantarse el apósito renovándole con frecuen-

cia; si no, respetarlo cinco ó seis dias, despues cada dos ó tres y el último periodo á diario; á pesar de una rigurosa antisepsia en todo, vemos que en muchos niños, las fungosidades se sostienen y reproducen, bajo la influencia, sin duda, del escrofulismo y más del tubérculo; la cauterizacion se impone; el nitrato de plata, el ácido crómico y mejor el gálvano cauterio, son los preferibles. La aparicion de granulaciones al nivel del borde de separacion entre las prolongaciones antral y timpánica y la casi completa limpieza de la gasa, anuncian la próxima curacion; el plazo para esta es muy variable según los individuos y los medios en que viven; la hemos visto á las siete y ocho semanas, á los cuatro y cinco meses y á veces tardar más: la mas exagerada limpieza en las curas y su oportuna frecuencia, la higiene en las viviendas, buena alimentacion, la luz y, á ser posible, el mar, abreviarán su marcha: por supuesto, que si en el fondo existe un principio morbosos general se le

atenderá como es preciso.

La relacion de causa á efecto revélase muchas veces entre la Mastoiditis y otras lesiones cerebrales: la meningitis y los abscesos, las mas frecuentes y su pronóstico depende de la intervencion. Dos grandes dificultades se nos presentan en este punto: el diagnostico diferencial entre la meningitis serosa, difusa y, sobre todo la llamada por Broca auricular sub-aguda, la Flebitis del seno y ciertos focos purulentos; y diagnóstico del sitio una vez hecho el del absceso: en cuanto á la primera, remítome á lo dicho mas atrás, aunque expresado á grandes rasgos; ¿en que fundarnos para vencer la segunda y precisar una intervencion quirúrgica? Empezaremos por la abertura de la Mastoides y acaso la visible marcha de las lesiones nos conduzcan al foco principal: La existencia (si bien es rara) de las convulsiones jacksonianas y de las parálisis motrices (aunque tambien puede presentarse en las menin-

gitis difusas) y, principalmente de la afasia de conductibilidad, parafasia, nos harán suponer que el absceso pertenece al lóbulo temporal izquierdo, y Broca concede tal importancia á este sintoma, que para él su mas simple expresion le marca la direccion para operar. Sabemos que en el absceso frontal predominan los desordenes intelectuales, cambio de caracter frecuentemente en el enfermo y á veces euphoria; mientras que las alteraciones oculares y de la marcha, el obligado decúbito lateral, cierta rigidez de la nuca y el vértigo sui géneris, hacen pensar con firmeza en la localizacion cerebelosa: la hemianopsia (vista de la mitad del campo visual por lesion encéfalica); no basta por si sola para sentar el diagnostico de absceso occipital?.

Chipault en su tratado de Cirugia cerebral, M. Ricqué, Forgues et Reclus y otros, tratan sabiamente el delicado punto de la tecnica operatoria; y entre todos, me complace bosquejar el seguido por el Dr. Broca: hecha la

abertura del antro en el sitio de eleccion y de la manera conocida, desprenden de la pared superior del antro y de la caja y llega fácilmente á la fosa temporal, campo que ensancha si es menester haciendo saltar parte de la porcion escamosa; consigue, pues, vaciar el pús de ambas cavidades y raspa su interior, evacúa los focos paquimeningíticos externos y sigue adelante para llegar á los abscesos cerebrales. Exploracion consecutiva con un delgado trócar y encontrado el pús hacer el drenage de su bolsa.

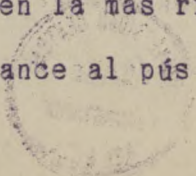
Puede ocurrir que los sintomas cerebrales sean originados por la retencion de pús en la apofisis, de un absceso extra-dura madre; y entonces, el Dr. Broca, obtenida la salida del pús por la trepanacion mastoidea, abre un parentésis de uno ó dos dias de espera, al cabo de los que explora el cerebro si dichos accidentes continuan - En conclusion, puede decirse que si el absceso resulta claro, operacion en un solo tiempo; si es dudoso, en dos.

Vemos, pues, que para llegar á la fosa cerebral media, buscando como punto de partida la abertura pr via de la mastoides, solo precisamos agrandar dicha cavidad por arriba y por atrás si nos dirigimos   la cerebelosa; interesa saber que de ordinario los abscesos intracr neos ocupan estos dos puntos: por debajo del lóbulo temporal, en la cara superior del peñasco y por delante del lóbulo lateral del cerebelo (pared anterior de la fosa cerebelosa) - la continuidad de las lesiones servirán de guia casi siempre al cirujano por el delicado camino entre el antro y el foco. Si   4   5 centimetros por encima de la cresta supramastoidea se desnuda el hueso al nivel de la fosa temporal (suponiendo la trepanacion pr via de la mastoides en su base) y siempre por la pared superior del áditus y del antro vamos separando porciones óseas, llegaremos   poner al descubierto la dura madre y si no fuera suficiente brecha para separarla   incindirle sobre el foco sub-dural, ir

desgastando el hueso con la pinzá-gubia por arriba y por abajo, medio de encontrar los abscesos temporales. Para intervenir en el cerebeloso, es menester no perder de vista el seno lateral que está en el trayecto y que conviene descubrir bien para poder respetarle, si, como es frecuente, está trombosado: tenemos dos vias para llegar al cerebelo, una por delante y otra por detrás de dicho seno, debiendo preferirse esta última, no solo por coincidir con el punto de eleccion, para la trepanacion directa, sino por que por detrás del seno y con la ayuda de la pinza-gubia, se puede conseguir levantar bastante lámina occipital para descubrir el cerebelo en el angulo abierto hacia atrás y abajo, formado por el seno con sus dos porciones: la horizontal y la vertical.



Sin desconocer lo delicado de la región cerebral para toda maniobra quirúrgica, no se nos oculta tampoco que gran número de lesiones de terminación fatal por excesiva tendencia quizá á procedimientos médicos, serian probablemente curables ante la influencia de determinaciones oportunas y enérgicas, por encontrarse lesión y tratamiento unidos por estrecho lazo en los dominios de la Cirugia: la joven y animosa generacion actual, constituye hermosa esperanza en nuestro progreso científico, mostrándose, por fortuna, dispuesta á tan noble como difícil lucha; dedicada con cierta predilección á los estudios de laboratorio y de anfiteatro, no encuentra en su camino esos obstáculos que produce la ignorancia y sostiene el miedo; confiada, por el contrario, en sus sólidos conocimientos y en la más rigurosa asepsia, llega á suturar el más sutil tejido y á dar alcance al pús desalojándole de su mas oculto escondite.



La importancia de la trepanacion nos la enseña la historia, nos la demuestra la Clinica y vemos sus reflejos en los mas trascendentales juicios que entraña la Medicina legal; su origen, en efecto, (aunque refiriéndose á la region mastoidea venga del año 1649), se pierde en las sombras de los tiempos, registrándose casos de trepanacion quirúrgica en la época neolitica (1), como en la Edad Media en que llegó á llamarse "Trepanacion preventiva" por la confianza que su práctica inspiraba; y así como la Cirugia nos asombra con sus frecuentes éxitos, del mismo modo su poderosa accion elevándose hasta las regiones de la Justicia (2), puede esclarecer el concepto en cuanto á la curabilidad de una herida, aquilatando su importancia al darse cuenta de sus consecuencias.

(1) Bulletins de la Société d'Anthropologie de Paris- Tome 11^e (11^e série) page 11

(2) Léanse las brillantes observaciones de Just-Lucas Championnière - Étude Historique et Clinique sur la Trépanation du Crâne.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES:

Observaciones clinicas - Servicio del Profesor Kirmisson - Sala de Baffo§ -
Número 21 - Marcel Retif - 5 años y 1/2 - Entró el 10 de Febrero - Mastoidi-
tis izquierda - Viene el niño al Hospital por una tumefaccion retro-auricu-
lar - Sin antecedentes hereditarios, cuenta como personales los siguientes:
Padeció el Sarampión en el mes de Febrero de 1908, y la Difteria (que le --
fué tratada por el Dr. Marfán en este mismo Hospital); el 1º de Febrero del
año actual ingresó nuevamente con la Varicela, en la sala Henri Roger, de -
donde sale para ocupar una cama en la de Baffo§.

Presenta detrás del pabellon de la oreja izquierda una tumefaccion
que aumentando progresivamente de volumen le produjo intensos dolores en la
noche del 9 al 10: principio muy agudo, sin haber tenido nunca derrame por
el conducto auditivo, presenta el pabellon empujado hacia adelante, el surco

retro-auricular ha desaparecido en parte: existe una hinchazon enrojecida al nivel de la punta de la apófisis mastoides. Temperatura el dia 10 por la tarde, 38° y el 11 por la mañana 37,6.

El dia 12 - Cloroformizacion - Incisión vertical inmediatamente por detrás del pabellon; se atraviesa un espesor considerable de tejido infiltrado, pero es solamente hacia la parte inferior de la mastoides por donde se vé salir un poco de pús entre el hueso y el periostio; créese indicada la abertura del antro mastoideo, llegando á él con gran dificultad pues la mastoides es ébúrnea y es menester penetrar hasta gran profundidad para colocar el protector de Stacke en el áditus ad antrum. No sale pús. Cloroformo por el aparato del Dr. Roth. 28 minutos. 10 gramos. Se le renovó diariamente la cura (taponamiento con gasa iodoformada) y salió curado el 8 de Marzo.

2ª Sala de Faudeloque - Número 13 - Pierre Ficón - 4 años - Mastoiditis derecha - Ingresó este niño el 25 de Abril último en el Hospital - Las referencias sobre antecedentes tanto hereditarios como individuales son muy incompletas pues solo se sabe que el pequeño enfermo tuvo el Sarampión hace poco tiempo.

Ofrece á la observación un grueso absceso retro-auricular haciendo salida bajo la piel lustrosa y roja, borrando el surco post-auricular y proyectando hacia adelante el pabellón de la oreja: derrame de pús en gran cantidad por el orificio externo del conducto auditivo: el niño padece frecuentes epistaxis.


27 de Abril - Cloroformización con el aparato de Roth - Trepanación - El antro mastoideo es ampliamente dilatado y se le encuentra lleno de restos epiteliales de olor infecto: raspado á cucharilla y cura á la gasa esterilizada.

zada - Curas regulares en los dos ó tres dias.

Salió en vias de curacion completa el 5 de Junio.

El dia 10 de este mismo mes, entra de nuevo en el Hospital con Mastoiditis del lado izquierdo; existe detrás del pabellon una tumefaccion con la piel enrojecida; notase fluctuación.

El dia 13, prévia anestesia, incision vertical en el sitio de eleccion; sale pús; desprendimiento del periostio á la legra; se percibe fácilmente en este punto, la fosa ~~cribosa~~ retro-mastoidea: Trepanacion; el protector penetra con facilidad en el antro de donde sale pús envuelto en abundantes fungosidades. La herida abierta y taponada con gasa esterilizada, renovándose la cura diariamente: continua, si bien casi restablecido, en la Sala. (29 de Junio).



3^a Sala de Baffos - Número 17 - Henri Bouffe - 8 años - Mastoiditis del lado derecho - Entra el 13 de Abril (1904) - Sin antecedentes patológicos hereditarios, solo tuvo el Sarampion á los 4 años - Desde hace próximamente -- dos años, le corre el oido durante el invierno - Hace 12 dias le apareció -- una inflamación retro-auricular dolorosa. Actualmente ofrece de particular - que el surco retro-auricular no está borrado; la region mastoidea es el sitio de una fluctuacion manifiesta, pero el absceso está á alguna distancia por - detrás del pabellon y se prolonga sobre la parte superior del músculo externo cleido-morboideo; lo que demuestra que las lesiones son principalmente notables hacia las células de la punta de la apófisis.

25 de Abril - Cloroformizacion - Incision vertical detrás del surco retro-auricular, desprendimiento del periostio con la legra y salida de mucho pús: Trepanacion en la region antral; el hueso á este nivel tiene con-

sistencia normal; al contrario aproximándose á la punta es friable y las células llenas de fungosidades: se vén en este punto varias lesiones de las células que conducen al antro; vaciacion y raspado de todas estas y taponamiento con la gasa esterilizada, cura renovada y continua hasta mediados de Mayo en que se le dió de alta, curado.

4ª Sala de Fouvier - Número 11 - Ivonne Romain - 8 años - Mastoiditis del lado izquierdo - La madre ha muerto de bacilosis hace 4 años - Su padre, sano - Tuvo otros cuatro hermanos que murieron de meningitis tuberculosa; ella es la última, ha nacido antes de tiempo (7 meses) y su lactancia solo duró 5 meses siendo despues alimentada por medio de biberón hasta el año y medio: no obstante empezó á andar á los 12 meses.

Dicen padeció una Meningitis (¿) á los dos años: es niña muy deli-

cada, acaba de pasar la fiebre tifoidea (hace 6 semanas que está enferma) y en el periodo de convalecencia asistida en la Sala Blache de este Hospital, el 20 de Mayo se inició la Mastoiditis y se la trasladó á nuestro servicio: el dia 22, el Dr. Rieffel, cirujano de guardia fué llamado con urgencia y le practicó la operacion: Cloroformo - Incision en el sitio de eleccion, abundante hemorragia cohibida con las pinzas de Kocher y taponamiento; denudación del hueso separando el pericostio con la legra: Trepanacion del cuadrante ántero-superior de la apófisis mastoides con escoplo y martillo y despues - - raspado con la cucharilla de Volkmauns - No se encuentra pús - Taponamiento á la gasa iodoformada - Renovación diaria de la cura y alta por curación.

5^a Sala de Eaffos - Número 8 - Eugéne Honoré Daillecourt - 9 años y 1/2.
Mastoiditis izquierda. (de Bézol)

Es de notar que este niño (sin antecedentes dignos de mención, hereditarios), ha sido operado por el mismo Dr. Kirmisson, á la edad de 4 años por una Mastoiditis del lado derecho.

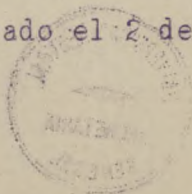
Entró en El Hospital con tumefacción fluctuante de unos 4 centímetros de largo respondiendo á la extremidad superior del músculo externo-oido-mastoideo. El pabellón de la oreja no está echado hacia adelante, ni borrado el surco retro-auricular.

El 13 de Marzo (entró el 11), se le cloroformizó (aparato Roth) y se le hizo la trepanación del antro mastoideo en el sitio de elección; notándose solamente que la zona cribosa retro-meática es más aparente que de costumbre y ofrece un tinte rosáceo: el antro es ampliamente abierto, pero no sale pus. Llama la atención ver escapar al mismo tiempo que sangre aire en gran cantidad; ejerciendo una presión sobre la colección purulenta, se hace

salir el pús entre el periostio y el hueso; se está bien convencido de que se trata de una Mastoiditis de Bezold y no, como podía parecer, de una adenitis retro-auricular: se prolonga un poco por arriba y otro poco por abajo la incision: se descubre la apófisis desprendiendo el periostio hasta la punta y se abren extensamente las células mastoideas hasta el vértice de dicha apófisis mastoides: queda, sin embargo, una pequeña cavidad del lado de la punta; explorándola con la cucharilla se determina una hemorragia como si una vena hubiera sido lesionada: se termina haciendo una contra-abertura á bisturí, al nivel del vértice de la coleccion purulenta y se coloca un tubo de drenage. Cura compresiva con la gasa esterilizada y sin introducir cambios notables en la cura simple, sale casi completamente curado el 2 de Abril.

Duración de la operacion - 28 minutos

Gasto de cloroformo - 11 gramos.



HOSPITAL DES ENFANTS MALADES

Servicio del Dr. Broca.

Observaciones Clinicas:

1.^o - Tuberculosis probada por ganglios en el antebrazo-

¿Es Mastoiditis tuberculosa? probablemente si.

La tendencia á caerse hacia abajo del absceso posterior cuando tiene lugar la otorrea, es un signo de perforacion amplia hasta la caja..

M. . . . Magdalena, 15 meses, entró el 16 de Junio (1904) en este Hospital, Clinica del Dr. Broca - Niña nacida de todo tiempo, sin antecedentes hereditarios conocidos hasta Diciembre de 1902: en esta época, se le notó detrás de la oreja derecha un tumorcito del tamaño próximamente de una avellana, doloroso á la presión que crecia lentamente. Al cabo de 12 ó 14 dias

se inició por el conducto auditivo externo un derrame de liquido amarillento y fétido, coincidiendo con la desaparicion de dicho tumor. Desde este momento, quedaron las cosas en tal estado; y en Febrero empezó á formarse en la region cervical derecha, por detrás de la apófisis, una tumefaccion que no tardó en adquirir el volúmen de un huevo, que un Médico incindió y dejó con drenage; y poco á poco se fué desarrollando, descendiendo cada vez mas hacia el cuello, una infartacion ganglionar bastante considerable. Hace unas tres semanas, sin causa conocida, la region retro-auricular se pone de nuevo tumefacta.

A su entrada en el Hospital presenta: conducto auditivo enrojecido, escoriado, edematoso, dando salida á una supuracion mal ligada, muy abundante y fétida: el pabellon, como despegado, está hechado hacia adelante por una inflamacion retro-auricular roja, pastosa, no fluctuante, medianamente

dolorosa á la presión: parálisis fácial derecha completa. Un gánglio preauricular duro, no fistuloso, como un garbanzo y un paquete poliganglionar duro y adherente, ocupando casi toda la altura de la region carotidea, con - - una fistula en direccion de la nuca.

En la cara posterior del antebrazo derecho en punto correspondiente á la parte media del cúbito, un absceso frio como una nuez pequeña que principió á formarse en Febrero.

Temperatura 38° - Niña pálida y enflaquecida, alimentándose sin embargo, bastante bien.

El dia 17 de Junio, se le practicó una incision retro-auricular (sitio de eleccion) atravesando tejido cartiláceo pero sin encontrar foco purulento: se llega á la base de la apófisis y se descubre una gran perforacion espontánea del perimetro de un franco, la cual permite ver un hueso desnudo

y móvil: de un golpe de cucharilla se hace saltar hacia afuera un sequestro de tres centímetros de largo por dos en los otros sentidos, sequestro poco friable, envuelto en fungosidades, bien adheridas, grises y sangrando un poco; deja una cavidad que comprende todas las células mastoideas (de la apófisis) y que se prolonga hasta la caja ampliamente trepanada, habiendo tomado dicho sequestro la cara posterior-superior del conducto auditivo: el hueso que forma las paredes de esta cavidad es bastante resistente y no presenta los caracteres de la cáries.

Raspado detenido y completo: incision de la pared posterior del conducto membranoso: taponamiento á la gasa iodoformada. La tarde de la operacion, subió la temperatura á $39^{\circ},9$ - al dia siguiente 38° á todas horas; despues, durante 10 dias osciló enre 37 y $37,8$. Sigue bien actualmente, en vias de curacion.

2^a - Trepanacion espontánea insidiosa con fungosidades, sin absceso.

Mastoiditis y Otitis crónicas - Vaciamiento completo de la apófisis y de la caja - ¿Es proceso tuberculoso? Puede sospecharse que no.

Mastoiditis crónica con perforacion y fungosidades.

D. . . . Velt, niño de 10 años, entra el 14 de Mayo (1904) á la sala de , servicio del Dr. Broca.

Salud habitual buena: antecedentes hereditarios medianos; de 7 hermanos, dos tuberculosos.

Los accidentes auriculares han comenzado á la edad de dos años; por una tumefaccion mastoidea seguida de fuertes dolores y fiebre, sin causa conocida; esta inflamacion solo duró 4 ó 5 dias, estableciéndose en seguida la otorrea que no ha cesado desde entonces sin que haya sufrido nuevos padecimien-

tos hasta estos últimos tiempos. Hace ocho ó diez dias empezó á sentir un dolor en el oido derecho, primero poco intenso, pero que aumentando gradualmente llegó á hacerse intolerable, extendiéndose á la region mastoidea que, á su vez se hinchaba; coincidiendo con todo esto, disminuyó considerablemente el derrame del oido, volviendo á presentarse transcurridos unos dias con bastante abundancia y los sintomas de la inflamacion retro-auricular disminuyen. Persiste, no obstante, cierta tumefaccion y alarmada su madre, conduce al niño al Hospital.

Estado á su entrada: Otorrea abundante de un pús amarillento, seroso y muy fétido; conducto auditivo tumefacto; examen del timpano imposible. El pabellon no está desviado y el pliegue retro-auricular se conserva; nótase, sin embargo, detrás de él tumefaccion apreciable á la vista con espesamiento de la piel mas difícil de plegar que la del lado opuesto; á la presion no de-
~~la redete de impresio de edema~~

ja rodete de impresión de edema: la punta de la apófisis se limita mal por encontrarse envuelta en cierto empastamiento. A la altura del conducto existe una pequeña elevación no fluctuante si bien blanda, de consistencia fungosa; toda la región es muy sensible á la presión expresando el máximo de dolor al nivel de la referida elevación; apoyando sobre esta, no se aumenta el derrame por el oído.

El 20 de Mayo, previa anestesia por el éter, se le practica la incisión post-auricular en la base de la apófisis; en el lugar de elección (frente al antro), existe una perforación espontánea del tamaño de una lenteja por la que sale un brote de fungosidades violáceas que se extienden hacia afuera para formar aquella blanda eminencia, la que se ha incidido; se extrae solamente un poco de serosidad turbia y nada de pús: vaciamiento de la apófisis (roida por las fungosidades): abertura de la caja, donde no se encontraron

trazas de huesecillos y raspado de todo su interior: relleno con la gasa iodoformada: continua en tratamiento y bastante bien.

3ª - Mastoiditis tuberculosa en un niño de pecho - (En estado caquéctico)

L. C. Raymon, 15 meses; ha entrado á la Sala Molland el 13 de Junio (1904), viniendo de la crèche de Medicina donde habia sido admitido el 25 de Febrero por alteraciones digestivas, vómitos sin diarrea, debidas á una alimentacion muy mal dirigida. Nacido de madre en buen estado (padre desconocido) este niño fué alimentado con biberon en el campo; tomado por su madre el 15 de Febrero, desde cuya fecha consume dos litros diarios de leche ordinaria. Las perturbaciones digestivas por las que ha sido hospitalizado, le tenian en un estado de caquexia bien justificado por su peso (6kilos 770 gramos) que disminuyeron cuando se le ha ordenado metódicamente la alimentacion; no obstante

ha quedado muy flaco, tosiendo mucho y en fin se le envió al servicio de Cirugía dicho día, 13 de Junio, por que desde algunos días empieza á notársele detrás de la oreja derecha una tumefacción sobrevenida de pronto; sin causa apreciable.

A la entrada, se comprueba que el pabellón derecho está desviado por un tumor rojo-violáceo, borrando el surco retro-auricular, aplastado, fluctuante, poca tensión, piel adelgazada y no muy doloroso á la presión. La flacidez de esta zona se extiende en un perímetro próximo al de una pieza de dos francos, al rededor de la cual los tejidos son blandos y delgados no presentando infiltración inflamatoria; otorrea poco abundante, bastante serosa y fértida. Sobre todo el cuerpo, numerosos ^(gomas) gomas escrofulosas sub-cutáneas, algunos fistulosos y la mayor parte con el aspecto de nudosidades violáceas, de las cuales algunas son bastante extensas. No hay fiebre.

El 14 de Junio, anestesia por el éter é incision retro-auricular comprendiendo el absceso; sale pús verdoso bastante bien ligado; la apófisis ampliamente denudada, es friable, fácil de vaciar y se la encuentra llena de fungosidades grisáceas que no tienen nada de característico en su aspecto: despues de la estraccion del tejido óseo cubado, se vé la dura madre denudada hacia arriba: abertura y raspado de la caja, en la cual se encuentran los huesillos que tambien se extraen.

Los dias siguientes el niño parecia menos caquéctico y hasta con tendencia á nutrirse mejor y á engordar un poco; no hubo ninguna reaccion febril y despues de haber tenido $37^{\circ},8$, por la noche, durante los cuatro primeros dias, descende á la hipotermia ($36,5$) con cierta frecuencia, vuelve á debilitarse y en aumento su abatimiento y postracion, muere el 8 de Julio.

En la autopsia que se le practicó el dia 9, no se observó nada de no-

table en la cavidad ósea, pero si reblandecimiento del cerebro por putrefacción: tuberculosis infiltrada del pulmón izquierdo.

4^a - Célulo-mastoiditis aguda sin otorrea - Mastoiditis grippal aguda de las células limitrofes.

Luisa M. . B. de 3 años y 1/2, entrada el 7 de Julio (1904), al servicio del Profesor Broca - Herencia, ninguna; salud habitual, buena; solamente la tos convulsiva á los 18 meses: nada del lado de los oídos.

Hace un mes una fuerte gripe en el curso de la que ha sufrido del oído izquierdo; ningún derrame se le produjo, y todo se ha limitado primeramente á dolores en forma de crisis que desde hace 15 días se han exarcebado al mismo tiempo que la región retro-auricular se puso roja y tumefacta; un acceso largo y muy violento tuvo lugar en la noche del 5 al 6 de Julio.

A su entrada, tumefaccion en dicha zona, enrojecida, caliente, voluminosa, haciendo desaparecer el surco retro-auricular y repasando el pabellon; este es rojo y edematoso: la hinchazon se extiende hacia adelante hasta la region temporal; no se nota fluctuacion apreciable; ni existe derrame al exterior.

Los gánglios carotideos superiores son invadidos (hinchados), pero se deslizan bajo el dedo y no son supurados.

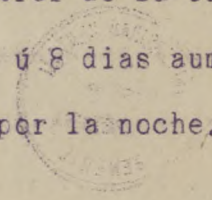
El 8 de Julio, anestesia por el éter é incision retro-auricular que atraviesa tejidos lardáceos y espesados sin encontrar absceso, solo se vén algunas gotas de pús grueso contra la parte póstero-superior, donde el hueso se encuentra denudado: en este punto el hueso es rarefacto, supurado, tiene una cavidad que se extiende á la base de la apófisis; es vaciada á la cucharilla y hecha la cura en la forma acostumbrada. Está en tratamiento.

5ª - Mastoiditis grippal aguda; cáries de la apófisis.

Jeanne C. . . ; 3 años, entró el 28 de Mayo de 1904, á la Clinica del Dr. Froca. (Sala de Bilgrain)

Padre sano; madre enferma de bronquitis crónica; 4 hermanos de buena salud.

En Julio de 1901, tuvo conjuntivitis, despues coriza seguida de derrame purulento por los oidos; curacion rápida. En Abril de 1903, vulvitis tr^{ta}da por el permanganato de potasa. Bronquitis el invierno último; y hace un mes influenza con algunos fenómenos abdominales, comenzando al poco tiempo una otorrea del lado derecho, que fué tratada por las inyecciones boricadas. Al cabo de 9 dias el derrame cesó y al mismo tiempo se manifestó detrás de la oreja una tumefaccion, desde luego á evolucion lenta; desde hace 7 ú 8 dias aumenta muy rápidamente, cefalalgia, insomnio, pesadillas y fiebre por la noche. Los dolores locales no parecen haber sido muy fuertes.



A la entrada absceso retro-auricular rojo y fluctuante, ocupando la base de la apófisis mastoides: otorrea relativamente abundante.

Incision (en Mayo), retro-auricular; absceso conteniendo pús verdoso y bien ligado, inodoro: la apófisis ampliamente denudada, muy friable, de manera que ha podido ser vaciada fácil y completamente por medio de la cuchara: estaba cariada, fungosa sin absceso y solo con fungosidades purulentas: la caja no fué abierta.

Nada de particular se notó en los dias siguientes y está próxima á la curación.

6^a - Conviene anotar en esta observacion la rapidez extrema de la evolucion. (Diagnóstico del absceso rodeando el seno en razón del sitio del absceso superficial habiendo emigrado á lo largo de la vena mastoidea) >

Mastoiditis aguda, con absceso al rededor del seno lateral (lado dere-

cho): emigracion á lo largo de la vena mastoidea.

Marcel Gant - 5 años y 1/2, entrado el 30 de Junio (1904) - Sala de *Molland*.

Sin antecedentes - Niño hoy bien formado, pareciendo haber sido algo raquitico; dió el primer paso á los 18 meses y fué lactado por biberon. Tuvo hace 15 dias una bronquitis ~~de~~^{que} se calificó de coqueluche; opinion dudosa puesto que ni ha espectorado ni devuelto los alimentos despues de los accesos de tós y estos carecen además del ronquido caracteristico. La inflamacion auricular ha tenido una marcha muy rápida puesto que el primer dolor de oido no data sino del 25 de Junio; desde el dia siguiente apareció un derrame -- abundante de pús en el conducto auditivo y una tumefaccion retro-auricular que evolucionó de prisa.

A su entrada, otorrea muy notable de pús blanco amarillento, espeso y bien unido, inodoro; la region retro-auricular está sumamente abultada,

flegmonosa, indurada, roja, dolorosa á la presion hasta el punto de ser imposible el comprobar la fluctuacion; pero se percibe á simple vista que el pabellon de la oreja está muy poco separado y mirando más de cerca se vé que el surco retro-auricular no está totalmente borrado y que la hinchazon tiene su máximo y está bien limitada á un traves de dedo detrás de la oreja en la union de la region mastoidea y la occipital. En este punto, dolor pronunciado á la presion; fiebre intensa, enfermo abatido: practicase la incision sobre esta inflamacion, se encuentra un absceso sub-perióstico denudando la parte posterior de la punta de la apófisis y extendiéndose hacia la parte posterior de la rama digástrica. Trepanacion en el sitio de eleccion; se halla pús en el antro y en las células de la punta; esto hecho, en razon del asiento póstero-inferior del absceso sub-perióstico, se abre, á escoplo y mazo, el canal del seno; y se encuentra un absceso bastante grande extra-

-dura; este absceso late y está recubierto por una falsa membrana tomentosa; raspando esta cavidad á cucharilla, se produjo una pequeña perforacion, haciéndose con la debida prontitud un fuerte estaponamiento con la gasa aséptica: la caja del timpano no ha sido abierta.

El 10 de Julio, el niño se encuentra todo lo bien posible, cesó la fiebre, se alimenta bien, no acusa dolores y reconocida la cavidad se vé que empieza á cubrirse de botones carnosos: por lo tanto, la marcha es favorable y se espera su total curación.



CONCLUSIONES:

- Primera - La Mastoiditis es una enfermedad muy frecuente é infecciosa =
- Segunda - Son sus principales causas la existencia prévia de la retencion del pús y la estructura del hueso =
- Tercera - El pronóstico, sério siempre, lleva su gravedad en razon directa con la extension é indole de sus complicaciones =
- Cuarta - Son estas, las mas frecuentes, la Flebitis y las localizaciones intracraneanas =
- Quinta - El Pneumococus y el Streptococus, son los bécilos encontrados más á menudo; el segundo produce los casos más graves y con mayor tendencia á generalizarse
- Sexta - La peligrosa tension cerebral constituye una indicacion vital que

puede llenarse con la "Puncion lumbar"

Séptima - El tratamiento es eminentemente quirúrgico.

Madrid 24 de Octubre de 1904:

Vicente Alvarez del Manzano y
Riviera:




FIGURA PRIMERA

- V. V' - Líneas de Bergmann y Rochs para señalar la situación del antro.
 A - Conducto auditivo externo
 B - Espina de Henle
 C - Fosita Mastoidea
 D - Línea curva semicircular (← supra - mastoidea)

FIGURA SEGUNDA (Aumentada del natural)

- An - Antro
 A - Aditus
 At - Atico
 T - Tegmen tímpani
 M - Martillo
 Y - Yunque
 T1 - Timpano
 F - Nervio facial



FIG. 1^a.

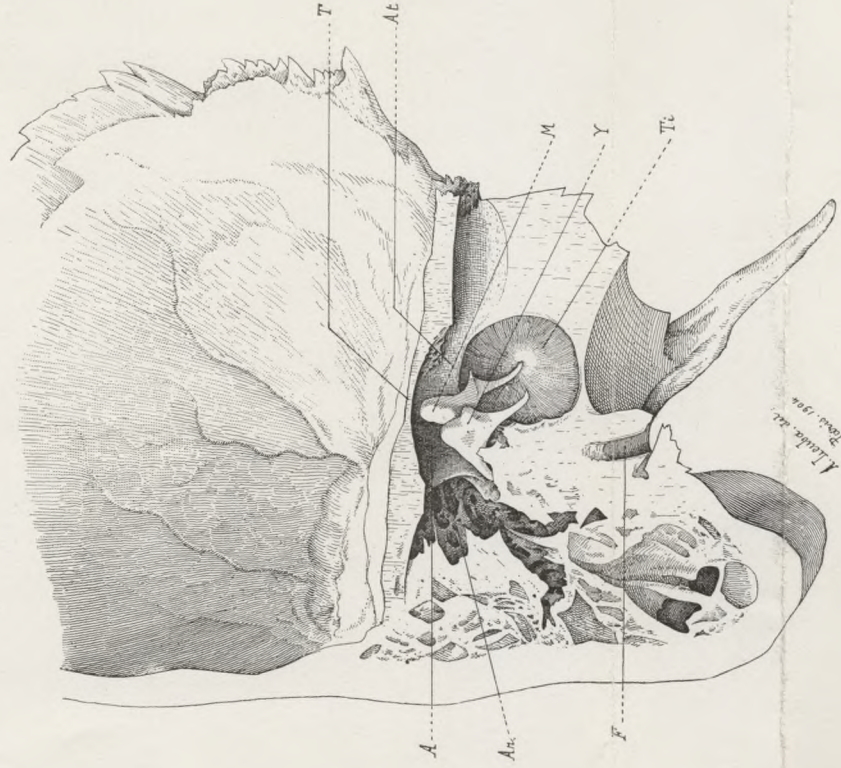


FIG. 2^a.

FIGURA TERCERA

- P - Pabellon
 - Ap - Aponeurosis temporal
 - O - Zona operatoria
 - D - Linea Curva
 - Ap.m - Apófisis mastoides
 - A - Parte membranosa del conducto auditivo externo
-

FIGURA CUARTA

- O - Operacion
- A - Antro

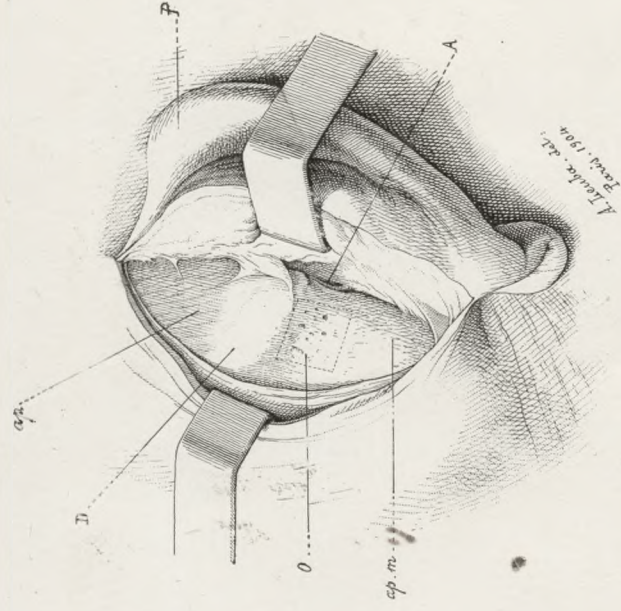


FIG. 3^a.

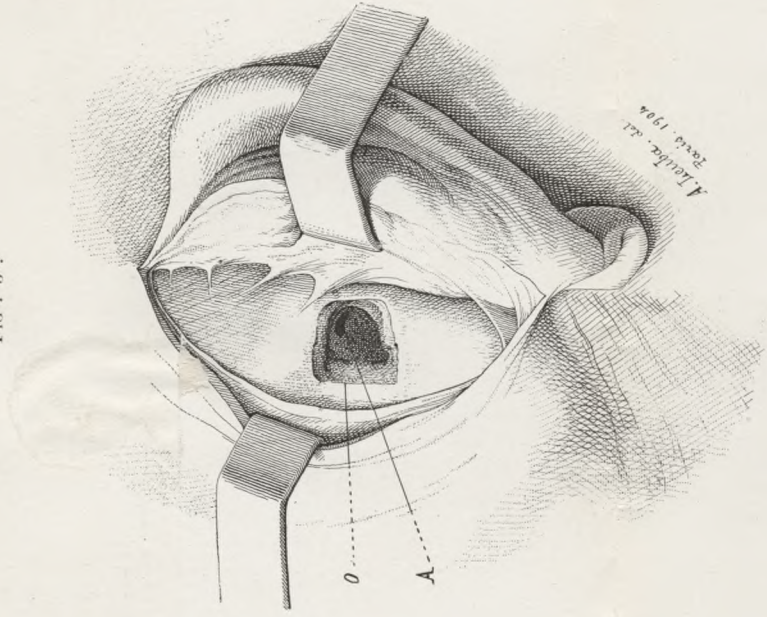


FIG. 4^a.

FIGURA QUINTA

A - Aditus

An - Antro

Ca.t - Caja timpánica

FIGURA SEXTA

D.^a M - Dura-madre

F - Nervio facial

S - Seno lateral

Ca.t - Caja del tímpano

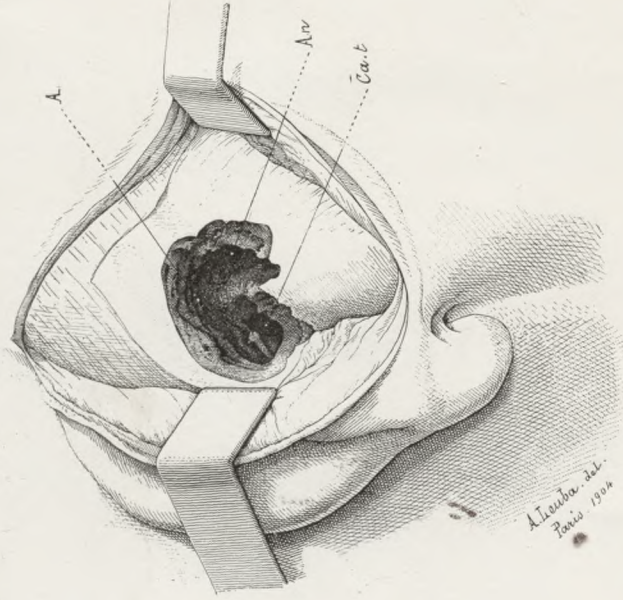


FIG. 5^a.

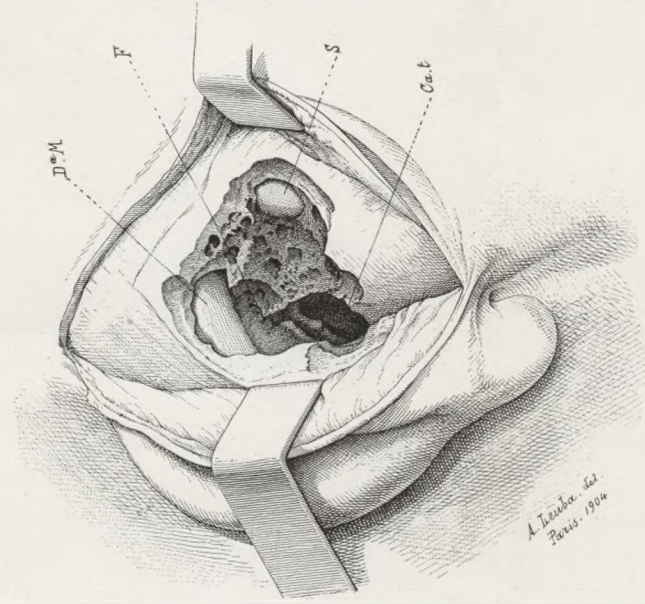


FIG. 6^a.

Leida
D. depon. Rodriguez
& Ferreras

Leida
Leida

Verifico el ejercicio del Grado de Doctor y fui
calificado de Aprobado

Madrid 21 de Octubre de 1904

el Presidente
Antonio Culler

Antonio Jimenez

D. depon. Rodriguez
& Ferreras

Manuel de Santa

el Secretario
M. Ferreras