2954

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

DE LAS

Otitis medias supuradas crónicas

TESIS INAUGURAL

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

SANTIAGO FOUTEL

Ex interno por concurso del Hospital de Niños

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE OBRAS, DE J. A. BERRA.—BOLÍVAR, 455

1897

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

DE LAS

Otitis medias supuradas crónicas

TESIS INAUGURAL

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

SANTIAGO FOUTEL

Ex interno por concurso del Hospital de Niños

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE OBRAS, DE J. A. BERRA.—BOLÍVAR, 455

1897

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

DE LAS

Otitis Medias Supuradas Crónicas

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en esta tesis. (Art. 162 del Reglamento).

SANTIAGO FOUTEL

BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Doctor D. ENRIQUE E. DEL ARCA

Vice-Decano

Doctor D. PEDRO MALLO

Académicos Titulares

Doctor D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » PEDRO MALLO
» » JACOB DE T. PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNÁNDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GUEMES

Académicos Honorarios

Doctor D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENGO
» » EDUARDO WILDE
» » MARTÍN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI

Secretario Titular

Doctor D. LUIS M. ACUÑA

Pro-Secretario

Doctor D. ZENÓN AGUILAR.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan José Naón.
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z. Arce.
Histología teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza.
Fisiología general y humana	»	Vacante.
Patología general y ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Higiene pública y privada	»	Melitón G. del Solar.
Patología externa	»	Obdulio Hernández.
Patología interna	»	José Penna.
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini.
Bacteriología	»	
Medicina operatoria	»	Cárlos G, Malbran.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	»	Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	»	Enrique Bazterrica.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	»	Manuel Blancas. Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José M. Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y Clínica respectiva	»	Domingo Cabred.
Clínica Quirúrgica	Dres.	Julián Aguilar. Antonio C. Gandolfo.
Clínica médica	Dres.	Vacante. Gregorio N. Chaves. Luis Guemes.
Obstetricia y Clínica respectiva	Doctor	Samuel A. Molina.
Medicina legal	»	Eduardo M. Pérez.
Toxicología	»	Juan B. Señorans.
Química aplicada á la Medicina	Dres.	Pedro N. Arata. Atanasio Quiroga
Física médica	Doctor	Jaime R. Costa.
Zoología médica	»	Eliseo Cantón.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Baldomero Sommer.
Laringología, otología, rinología	»	Eduardo Obejero.
Farmacia teórica	»	Juan A. Boeri.
Farmacia práctica	»	J. Manuel Irizar.
Botánica médica	»	Adolfo Mujica.
Obstetricia para alumnas parteras	»	Juan R. Fernández.
Odontología	»	Nicasio Etchepareborda.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Anatomía descriptiva	Doctor Juan D. Piñero.
Anatomía topográfica	» Avelino Gutiérrez.
Histología (teórico-práctica)	» Samuel de Madrid,
Fisiología general y humana	» Pedro J. Coronado.
Higiene pública y privada	Dres. Enrique Revilla. / Ricardo Schatz.
Patología general y ejercicios clínicos	Doctor Gregorio Araoz Alfaro
Materia Médica y Terapéutica	Dres. Enrique E. del Arca. / Angel M. Centeno.
Patología externa	» Pascual Palma. / Daniel J. Cranwell.
Patología interna	Doctor Marcial V. Quiroga.
Anatomía patológica	» José Badia
Medicina operatoria	» Alejandro Posadas.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	Dres. Alfredo Lagarde. / José F. Molinari.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	» Facundo Larguía. / Antonio F. Piñero.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	» Francisco Barraza. / Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	» José A. Esteves / José R. Semprun
Enfermedades mentales y Clínica respectiva	Doctor Benjamin T. Solari
Clínica Quirúrgica	Dres. Juan B. Justo. / Alejandro Castro. / Diógenes Decoud.
Clínica Médica	« Abel Ayerza. / Julio Méndez. / Francisco Sicardi. / Ignacio Allende.
Obstetricia y Clínica respectiva	Doctor Luis F. Vila.
Física médica	» Vacante.
Medicina legal y Toxicología	Dres. F. de Veyga / Domingo Cavia
Química aplicada á la Medicina	Doctor Vacante.
Farmacia práctica	» Vacante.
Laringología, otología, rinología	» Wence-lao Tello.
Enfermedades venéreas y dermatología	» Maximiliano Aberastury
Obstetricia para alumnas parteras	» Enrique Pietranera.
Odontología	» Leon Pereyra

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO, DOCTOR JUAN R. FERNANDEZ

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES PROFESORES:

Durante mi internado en el Hospital de Niños, en el servicio del Dr. Fernando Pérez, me he dado cuenta de la importancia que tiene el conocimiento en general de algunas afecciones auriculares, para la práctica médica, y en particular de las supuraciones del oído, que son tan frecuentes y consideradas por ciertas gentes como inofensivas y hasta de real importancia para el organismo, que elimina por este medio sus malos humores.

En efecto, sabemos hoy día, que gran parte de los abscesos cerebrales que pueden permanecer latentes en algunos sujetos, para manifestarse un buen día, sin causa apreciable; las flebitis y trómbosis de la yugular, las meningitis, la parálisis facial y mastoiditis tienen su origen en las supuraciones crónicas del oído.

Por consiguiente, no debemos, pues, mirar con la indiferencia de antes, estas afecciones, de las cuales podemos decir con el célebre otologista inglés Mr. Wilde, refiriéndonos al pronóstico: «en

tanto que una otorrea persiste, no podemos decir jamás si ella concluirá, ni cuándo, ni cómo, ni á dónde conducirá.

Ahora bien, elejí como tema para mi tesis inaugural, el tratamiento quirúrgico de las otitis medias supuradas crónicas, no por cierto, con la pretensión de hacer un trabajo interesante y nuevo, porque desgraciadamente nada nuevo podemos presentar nosotros al día siguiente de salir de la escuela, sino que obligado á cumplir con la última prueba reglamentaria, me he propuesto evidenciar la importancia práctica de este punto de la cirujía auricular, presentando á vuestra ilustrada consideración el fruto de mis observaciones.

Nuestra intención no es proscribir el tratamiento médico para reemplazarle por el quirúrgico. Nada de ello, pues al final de este trabajo presentamos, justamente, algunas observaciones que demuestran evidentemente la eficacia del dicho tratamiento.

Pero, sí preconizamos el tratamiento quirúrgico como en Alemania, Inglaterra y Francia, no solamente, para aquellos casos en el tratamiento médico se ha agotado, porque entonces se impone, y para los casos que no queda otro recurso que la intervención quirúrgica, como en las mastoiditis, fístulas mastoideas, etc., sinó también, en aquellos sujetos con supuraciones crónicas, que desean concluir pronto con su padecimiento y que por sus ocupaciones ó medios de vida, les es imposible seguir una medicación continuada y metódica y, de consiguiente, expo-

niéndose á las peligrosas complicaciones de las otorreas.

Estas lijeras consideraciones me han guiado para la confección de esta tesis, que á decir verdad, no tiene gran valor científico, puesto que no está basada en la práctica de un clínico experimentado, y tiene sólo el mérito de representar con sinceridad y verdad el resultado de observaciones personales y prolijas.

En fin, este trabajo se compone de tres partes.

En la primera parte, hago una descripción anátomo-quirúrgica de la caja; en la segunda, me ocupo del tratamiento quirúrgico y algunas consideraciones sobre el tratamiento médico, y termino con unas pocas observaciones tomadas en el consultorio del Dr. Fernando Pérez.

Antes de alejarme de la Facultad de Medicina, quiero significar mi alto reconocimiento á todos mis antiguos profesores, y en particular á mi ilustrado padrino de tesis, el Dr. Juan R. Fernández que me hace el honor de acompañarme en esta última prueba.

Por otra parte, agradezco sinceramente la estimación y aprecio de los doctores Barraza y Coronado, á quienes debo parte de mis conocimientos médicos.

Debo también mi gratitud á todos los médicos del Hospital de Niños y especialmente á los Dres. Pérez y Castro, en cuyos servicios he permanecido algún tiempo.

Consideraciones anátomo-quirúrgicas de la caja y sus dependencias

Entre la membrana del tímpano por un lado y la pared laberíntica, por otro, en el espesor de la roca, se encuentra una cavidad de forma irregular que se ha comparado con más ó menos razón á un tambor y de ahí su nombre de *caja* .Poirier, la compara á una lente bi-cóncava cuyo borde en vez de ser redondeado, forma un cuadrado irregular; Trœltsch, á un exaedro irregular y Henle, á un prisma, etc.

Esta cavidad intermediaria á los conductos auditivos externo é interno, de los cuales está separado por la membrana del tímpano y de la pared laberíntica respectivamente, tiene comunicación con la cavidad posterior de las fosas nasales, por intermedio de la trompa de Eustaquio, y con las células aéreas de la apófisis mastóidea, por el *aditus ad antrum.*

Ella es también conocida por su situación, con el nombre de *oído medio*; presenta una dirección oblícua de atrás hacia adelante y de afuera á adentro y sus dimensiones, son las siguientes: quince milímetros para el diámetro vertical, diámetro que partiría del techo al piso de la caja, y quince milímetros tam-

bién para su diámetro ántero-posterior. Ahora, en cuanto á su diámetro transversal, es decir, el diámetro que mide la profundidad de la caja, varía según los puntos en que se considere y así tendremos: á nivel de la bóveda de la caja, ó mejor dicho, á nivel del ático, cinco ó seis milímetros; en el centro, de uno y medio á dos milímetros escasos y á nivel de su pared inferìor, solamente cuatro milímetros.

Ahora bien, para hacer una descripción más ó menos completa del oído medio, tendremos que estudiar por separado la caja y el ático primero, después su contenido, huesecillos, musculitos y mucosa y finalmente terminaremos con sus dependencias, la trompa de Eustaquio y células mastóideas. Bien, para el estudio de la caja consideraremos con todos los autores seis paredes, á saber;

Pared externa ó timpánica.
« interna ó laberíntica.
» superior ó cerebral.
» inferior ó yugular.
» anterior ó tubaria.
» posterior ó mastoidea.

Pared externa

Esta pared llamada tambièn pared timpánica, importa conocerla bien, y para su estudio la dividiremos en tres porciones de la manera siguiente: Una

porción ósea, una membranosa correspondiente á la membrana de Schrapnell y la otra también membranosa, que corresponde al tímpano propiamente dicho.

La porción ósea, llamada también *mur de la logette*, es una avanzada ósea, por decirlo así, hacia el conducto auditivo y que mide próximamente de dos á tres milímetros, que unido á la membrana de Schrapnell, forma la pared externa del ático.

Esta pared por su cara interna, es lisa en su mitad inferior, y provista de numerosos orificios en su mitad superior, orificios que conducen al expesor de la pared superior del conducto auditivo; por otra parte, esta cara está recubierta por la mucosa que tapiza la caja.

Ahora bien, hemos dividido la porción membranosa en dos, *membrana de Schrapnell* y *tímpano propiamente dicho*.

Vamos á describir el tímpano propiamente dicho, para terminar el estudio de esta pared con la membrana de Schrapnell.

El tímpano propiamente dicho, es una membrana fibrosa, que está encajada á la manera de un vidrio de reloj, en una ranura del anillo óseo timpánico (sulcus timpánicus) y fijado en ella, por un pequeño anillo fibroso, que ha sido designado por Garlach con el nombre de *rodete anular*.

El anillo timpánico es incompleto en su parte superior y el tímpano propiamente dicho en este punto, se continúa directamente con la capa cutáneo-perióstica del conducto auditivo, capa extremadamente delgada.

En cuanto á la forma del tímpano, podemos decir, es ligeramente piriforme ó elíptica, pero varía muchísimo con los diversos sujetos.

Su diámetro vertical es término medio de 8 á 10 m. m. y el horizol 1 m. m. en menos.

El espesor es muy variable, en el adulto es próximamente 1/10 de m. m. y en el niño es más espeso, por el desarrollo considerable de la capa epidérmica.

Su color también es variable, y difiere en el adulto y en el niño; es, pues, importante conocer su coloración normal, porque en los diversos estados inflamatorios de la caja, así como del conducto auditivo, cambia considerablemente el tinte fisiológico de ella. En el niño presenta una coloración blanco-sucio (Hurbanstchisch) y en el adulto es algo como un gris-perla.

En cuanto á la inclinación del tímpano, varía también mucho, si se considera en el embrión, el recién nacido y en el adulto.

En el embrión, dice Hurbanstchitsch, la membrana timpánica está sobre el mismo plano, que la pared superior del conducto, en el recién nacido es todavía bastante horizontal; solo algún tiempo después del nacimiento es que se aproxima á la vertical, sin llegar á ser jamás.

Según las medidas de Trœltsch, ella hace con la pared superior del conducto, un ángulo de 140°, formando, por consiguiente, con la pared inferior un ángulo de 40°.

Ahora bien, en algunos sujetos, el tímpano es casi

vertical y Bonnafont, Schwartze, Trœltsch, Lucäe y Politzer han encontrado esta disposición en indivi duos dotados de un oído musical. Por el contrario, en ciertos degenerados, la oblicuidad, es más pronuncia da que en el estado normal y esto atribuye Courtade, á una falta de desarrollo de la base del cráneo.

El hundimiento, es también uno de los caracteres importantes de esta pared; pero este hundimiento, mejor dicho, esta depresión muy pequeña, tiene su centro á nivel de la extremidad del mango del martillo, pun to que lleva también el nombre de ombligo.

Esta disposición hace que sea ligeramente conve xa por dentro y cóncava por fuera.

Se debe tener siempre presente esta disposición, porque existen muchos estados de la caja y de la trompa de Eustaquio, en que se exagera su depresión normal, yendo en muchos casos á adherirse á la pared interna y producir una serie de fenómenos, como zumbidos, ruidos, etc., consecutivos á la presión que ejerce el estribo sobre la ventana oval é indirecta mente sobre el líquido laberíntico.

Ahora bien, cuanto mayor es el hundimiento, el mango del martillo y sobre todo su apófisis externa, hacen más prominencia al través de la membrana; y se puede calcular muy bien el grado de hundimien to, por la saliencia que hace la apófisis externa del martillo.

Esta apófisis, dice Tillaux, constituye un punto de referencia importante para el examen del fondo del conducto auditivo y equipara su importancia á la de la papila en el examen del fondo del ojo.

En fin, para completar la descripción de la pared timpánica, vamos á considerarla bajo el punto de vista topográfico.

Si prolongamos mentalmente el mango del martillo hastael borde inferior del tímpano, tendremos un diámetro que lo divide en dos segmentos: uno anterior y otro posterior.

Los dos extremos de este diámetro, constituirán los dos polos del disco timpánico.

Ahora, considerando una perpendicular á dicho diámetro, que pasase á nivel del ombligo del tímpano, tendríamos la superficie de esta membrana, dividida en cuatro cuadrados: el antero superior, antero-inferior, postero-superior y el postero-inferior.

Bien, pues, conociendo cada uno de estos cuadrantes, sus conexiones con los órganos que están ocultos detrás y en el espesor de la membrana, es fácil ya practicar una operación sobre ella, la paracentesis, por ejemplo, sin peligro alguno. No es indiferente incindir en cualesquiera de los cuadrantes para practicar la mencionada operación, porque puede herirse inútilmente otros órganos de importancia.

La porción supra-umbilical, es decir, el segmento que corresponde á los dos cuadrantes superiores es muy importante de conocer bien, pues en esta porción se encuentran el mango del martillo, las arteritas principales, los nervios y la cuerda del tímpano que está situada á 1/2 m. m. más ó menos, hacia arriba del tendón del músculo interno del martillo y costeando el cuello del mismo; por esta circunstancia, en la te-

notomía de dicho musculito se corre el riesgo de herir este nervio.

La parta infra-umbilical, la que constituye los dos cuadrantes inferiores, es la porción que no corresponde á ningún órgano de importancia; por esta razón es que, para practicar la paracentesis, se debe tomar siempre la porción infra-umbilical, como sitio de elección.

Hasta ahora, no hemos tratado más que de la membrana del tímpano propiamente dicho, nos queda por describir, la otra porción membranosa de la pared externa que se encuentra colocada por encima de la apófisis externa del martillo—para ser más explícito —entre el tímpano propiamente dicho y la porción ósea de la pared externa del ático. Esta porción membranosa tan importante en Otología lleva el nombre de *membrana flácida* de Schrapnell.

Ella está separada de la precedente por dos líneas que van de la apófisis externa á las extremidades anterior y posterior del anillo óseo timpánico, líneas que se ven algunas veces, bajo la forma de cordones blanquecinos, por encima de los repliegues anterior y posterior del tímpano.

Estos cordones, dice Testut, son la continuación del rodete fibroso anular; y forman un espacio triangular de vértice inferior, espacio ocupado exactamente por la membrana flácida de Schrapnell.

Ahora bien; el espacio comprendido entre las dos extremidades del anillo óseo incompleto, es conocido con el nombre de *segmento de Rivinus*.

En fin, la membrana de Schrapnell, dice Hurbanstchitsch, está caracterizada por la ausencia del anillo cartilaginoso y sobre todo por la ausencia de capa propia. no teniendo sino muy raros manojos fibrosos. Ella se compone de dos capas, la dérmica y la mucosa; la falta, pues, de lámina fibrosa, explíca su poca resistencia comparada con la membrana del tímpano propiamente dicho.

PARED INTERNA

Esta pared, colocada frente al tímpano, es la más importante, y por sus conexiones íntimas con el laberinto, ha recibido el nombre de pared laberíntica.

Ella es irregular, presenta eminencias y depresiones. Sus diámetros son muy variables, en su parte media mide 15 m.m. próximamente de altura, mientras que adelante y atrás no tiene más de 5 á 6 m.m. (Tillau).

Ahora bien, si colocamos un hueso temporal de manera que un haz de luz penetre hasta el fondo del conducto auditivo, percibiremos sin esfuerzo tres cosas: el *promontorio*, la *ventana oval* y la *ventana redonda;* por lo tanto para hacer una descripción metódica de esta pared, debemos comenzar nuestro estudio por una de éstas.

En efecto, tomemos el promontorio como punto de

partida, porque es la eminencia más visible de la pared interna. Esta eminencia corresponde exactamente al ombligo del tímpano, del cual dista 1 1/2 á 2 m.m. apenas.

Courtade lo compara, no sin razón, á una mama poco desarrollada. Además, por su parte interna, está en conexión con el vestíbulo y la primer vuelta de espira del caracol.

Por encima y un poco por detrás del promontorio se ve una fosita cuyo gran diámetro es horizontal y algo inclinado hacia abajo y atrás; esta fosita, llamada indistintamente *fosa oval, pelvis ovalis* y *nicho de la ventana oval,* tiene una profundidad que varía con los diversos sujetos.

En el fondo de ella, se encuentra la ventana oval, cuyo gran diámetro tiene próximamente 3 m.m. y su diámetro menor de 1 á 1/2 m.m. solamente.

Bajo el punto de vista de sus relaciones, la ventana oval pone en comunicación el oído medio con el vestíbulo; pero esta comunicación no existe normalmente, pues el lado interno de dicha ventana está ocluído completamente por una membrana fibrosa que es continuación del perióstio del vestíbulo, y por su cara, externa por la base del estribo que adhiere intímamente á la capa fibrosa y á los bordes de la ventana.

Esta disposición hace que el estribo resista casi siempre á las supuraciones largas de la caja.

También por el borde superior de esta ventana pasa la segunda porción del acueducto de Falopio, el cual encierra el facial. A un milímetro por encima y un

poco adelante de este canal, en el espesor de esta pared encontramos el canal semicircular horizontal, en medio de un tejido óseo compacto que le pone al abrigo de las supuraciones de la caja.

Ahora, hacia atrás y abajo del promontorio, se percibe otra excavación más pequeña, denominada *fossula rotunda, nicho de la vetanna redonda* etc,, en cuyo fondo está situada la ventana redonda (foramen rotundum) y que corresponde á la extremidad inferior de la *rampa timpánica del caracol.*

El diámetro de esta ventana varía según los individuos y mide ordinariamente de $1\ ^1/_2$ á 2 milímetros. Ella está cerrada por una delgada membrana fibrosa que lleva el nombre de tímpano secundario, y como el tímpano propiamente dicho, está formada de tres capas: la mucosa, la fibrosa y la interna. La primera es continuación de la mucosa que recubre la caja, la segunda es la capa propia y la tercera está formada por el perióstio de la *rampa timpánica.*

La ventana redonda, como la oval, gozan de un rol capital en la audición; por eso en el catarro crónico de la caja, que produce un espesamiento del tímpano secundario y aun la cretificación completa, como lo ha podido constatar Trestsch en un caso, se observa una disminución considerable de la audición; pues la falta de su elasticidad por una parte y la inmovilidad del estribo por el espesamiento de su membrana por otra, hacen que impida las oscilaciones del líquido laberíntico.

Hacia atrás del promontorio, entre las fositas de la ventana oval y de la ventana redonda, se encuentra una tercera fosita, conocida con el nombre de *sinus timpani*, limitada hacia atrás por la base de la pirámide.

Esta posita tiene casi siempre la forma circular, y corresponde del lado del oído interno á la extremidad ampular del canal semicircular posterior.

Inmediatamente atrás del *sinus timpani* y abajo del acueducto de Falopio, existe una pequeña salida ósea que, atendiendo á su forma, le han dado el nombre de *pirámide*. Ella está dirigida de atrás adelante y un poco de fuera adentro; su vértice se dirige adelante y arriba, hasta por detrás de la fosa oval; en él se encuentra un orificio generalmente visible á simple vista. Este orificio, dice Testut, nos conducc á un canal más amplio, el *canal de la pirámide*, que se dirige hacia atrás y abajo, descendiendo como lo ha demostrado Huguier, hasta la base del cráneo; allí se abre por un pequeño orificio, situado inmediatamente adelante del agujero estilo-mastóideo.

El canal de la pirámide aloja al musculito del estribo y su orificio anterior da salida á su tendón. Este canal, en toda su extensión, está situado por delante del acueducto y comunica con él por medio de pequeñas hendiduras, por donde pasan ramitos nerviosos y vasculares destinados al musculito del estribo.

En fin, esta pared presenta un último detalle y es

el *pico de cuchara.* Esta eminencia ósea situada arriba y poco adelante de la ventana oval, es la extremidad de un conductor óseo en que está alojado el musculito del martillo.

Este conducto óseo recorre la pared ántero-interna de la caja, pasa por delante del promontorio y termina haciendo una fuerte salida hacia la caja por delante de la ventana oval. En este punto es donde da salida el musculito del martillo á su tendón, para dirigirse de la pared laberíntica á la pared timpánica é insertarse en la apófisis interna del martillo.

PARED INFERIOR

Esta pared, llamada también techo del tímpano (tegmen timpani) que, como su nombre lo indica, cierra por arriba la caja, está constituída por una lámina ósea muy delgada y transparente que separa el oído medio de la fosa cerebral media. Además, ella en sí está formada por la porción petrosa y escamosa del temporal unidos por medio de una sutura, la sutura petro escamosa.

Esta sutura, en el recién nacido, constituye una verdadera fisura por donde pasan los tractos conjuntivos y un cierto número de vasos que se dirigen de la dura-madre craneana á la mucosa de la caja.

En el adulto desaparece esta disposición, cerrándo-

se perfectamente la mencionada sutura, y los pequeños vasos que ponen en conexión el oído medio y la fosa cerebral media, desaparecen también.

Hyrtl y antes que él Toynbee, habían llamado la atención sobre las pérdidas de sustancia ósea que se observan en esta pared y que hacen comunicar directamente la bóveda craneana con el oído medio. Esta anomalía ha sido designada por Hyrtl con el nombre de *dehiscencia espontánea del techo del tímpano*.

PARED INFERIOR

Esta pared, por sus relaciones con la vena yugular, se llama también *pared yugular*; es muy delgada, mejor dicho, presenta muy poco espesor, como la pared superior; espesor que varía mucho con los diversos sujetos.

Es más estrecha que la pared superior, mide apenas 4 m.m. de ancho; es irregular, rugosa, surcada de travéculas óseas y ocupa un nivel más bajo que el conducto auditivo de 2 á 3 m.m. próximamente, por la presencia del *anillo óseo timpánico*.

Esta disposición es desfavorable, como es natural, á las supuraciones del oído medio, pues el estancamiento del pus en este piso, puede producir cárie y perforación de él, y por contigüidad una flebitis de la yugular, que puede tener consecuencias muy serias para la vida del enfermo. Más aun: no hay que olvi-

dar que esta pared no está separada del golfo de la vena yugular más que por una lámina ósea muy delgada y transparente, que puede presentar, en ocasiones, dehiscencias, como la pared superior.

El golfo de la vena yugular, está situado en la cara inferior de la porción petrosa del temporal y más ó menos profundamente, según los sujetos. Esta circunstancia hace que el piso de la caja, formado á expensas de su convexidad, sea, ya plana, ya convexa.

Dadas estas relaciones, es fácil comprender los peligros á que están expuestos los que sufren de supuraciones crónicas del oído; la trómbosis, ulceraciones ó hemorragias de la yugular son las complicaciones posibles, aunque poco frecuentes.

PARED ANTERIOR

La pared anterior, llamada también pared tubaria, está representada en gran parte por la abertura de la trompa de Eustaquio y por la convexidad del canal carotídeo. Por encima de la trompa se encuentra el canal del músculo tensor del tímpano, de la que está separado por un tabique óseo muy delgado.

Esta pared presenta con la carótida interna las mismas relaciones de vecindad que la pared inferior con el golfo de la vena yugular. La carótida interna está, pues, separada de la caja únicamente por una

lámina ósea, delgada, porosa, presentando en ocasiones dehiscencias que favorecen, en caso de supuraciones de la caja, su propagación fácil á las túnicas de la arteria y senos que la rodean.

La carie del canal carotídeo, que es poco frecuente, suele ser seguida, aunque raramente, de erosión y perforación de la pared arterial, trayendo una hemorragia que puede ser mortal. Por otra parte este canal posee varias pequeñas aberturas, destinadas al pasaje de filetitos nerviosos y ramúsculos vasculares (Hurbanstchitsch.)

Además, dice Trœltsch, es necesario notar que la cara interna del canal carótido está tapizada por una prolongación de la dura-madre; y rodeando la arteria entre ella y la pared ósea, se encuentra un espacio lleno de sangre venosa (seno de la dura-madre) que comunica con el seno cavernoso de la silla turca, este seno venoso del canal carótido; ha sido descripto en 1858 por Rektorzik y en él van á arrojarse las venas de la mucosa de la caja.

PARED POSTERIOR

Esta pared, también llamada pared mastóidea, es lisa en su porción inferior, porción en donde se observa, en algunos sujetos, una salida redondeada y que, según Politzer, sería producida por la base de la apófisis estiloides, que rechaza hacia arriba y adelante la pared posterior de la caja.

El resto de esta pared es fuertemente accidentada y presenta hacia arriba la entrada á las células mastóideas (aditus ad antrum ó aditus ad cellulas mastóideas.)

La forma de esta entrada varía con los individuos y así se observa la forma circular ovalada ó triangular; esta última es la más constante.

En el ángulo inferior de esta entrada se encuentra una pequeña superficie recubierta de cartílago, en donde se articula la corta rama del yunque.

Un poco más abajo, fuera de la base de la pirámide y en el borde del hueso timpanal, se encuentra un pequeño orificio que da salida á la cuerda del tímpano, para atravesar luego la pared externa de atrás hacia adelante, cruzando el cuello del martillo y dirigiéndose á un pequeño canal óseo situado sobre la cisura de Glasser y la trompa de Eustaquio.

ATICO

—

Esta cavidad llamada también en Francia *resessus epitimpánicus*, *logette de los huesecillos*, en Alemania *cúpula* etc., ha recibido de los americanos el nombre de *ático*. nombre con que es conocida actualmente en todo el mundo.

No es una cavidad independiente de la caja, por el contrario mantiene con ella conexiones tan íntimas como inseparables: es un compartimiento por decir así

de la caja; compartimiento que está separado de ella tan sólo por un tabique membranoso—repliegue de la mucosa—y por el cuello del martillo, cuerpo del yunque y su corta rama.

Sus dimensiones son de 13 á 15 m. m. en el diámetro ántero-posterior, 6 á 7 en su diámetro vertical y 5 á 6 m. m. en su diámetro transversal, ó sea de fuera adentro.

Ahora bien, vamos á considerar, para su descripción seis paredes, como para la caja:

Pared inferior.
» superior.
» anterior.
» posterior.
» interna.
» externa.

La *pared inferior*, como acabamos de ver, está constituída por un repliegue de la mucosa de la caja y por el cuello del martillo, cuerpo del yunque y su corta apófisis.

La *pared superior*, la hemos descripto al tratar de la pared superior de la caja.

La *pared anterior* es virtual y está formada por la unión de las paredes interna y externa.

La *pared posterior* que corresponde á la porción superior de la pared posterior de la caja, está reducida al orificio de entrada á las cèlulas mastóideas; su descripción la hemos hecho al tratar de dicha pared.

La *pared interna* corresponde á la porción superior de la pared interna de la caja y permite conside-

rar de atrás á adelante, la bóveda dura del canal semicircular transverso, la salida del canal del facial y muy adelante la ranura del musculito del martillo.

La pared externa corresponde á la membrana de Schrapnell y al muro de la logette, cuya descripción completa la hemos hecho ya al hacer la de la pared externa de la caja.

Bien pues, ¿cuáles son los órganos encerrados en su cavidad? ¿Por qué esta porción de la caja, es tan importante para que merezca una descripción aparte? Los órganos comprendidos en su cavidad son la cabeza y el cuello del martillo, el cuerpo y la corta rama del yunque, los ligamentos que unen estos huesecillos á la pared craneana y la mucosa con sus pliegues que forman sacos estudiados por Politzer, Prussak, Trœltsch y otros.

En efecto, es importante conocer bien esta porción de la caja, por sus relaciones tan estrechas con el antro y las células mastóideas, y porque es el lugar en donde se localizan las supuraciones crónicas del oído medio, como si se pusiera al reparo de los tópicos y medicaciones que se emplean para desembarazarse de tan molesto padecimiento.

Los sacos de Politzer, Prussak y otros son, pues, precisamente los que complican las supuraciones del oído por cuanto en ellos se acumulan productos patológicos y eternizan las supuraciones; por eso Hurbanstchitsch y los demás citados, han estudiado muy bien esos sacos, demostrando que gran parte de las perforaciones de la membrana de Schrapnell eran debidas á la presencia de pus en dichos sacos.

Por lo que respecta á su situación, el saco de Politzer se encuentra arriba y afuera de la cabeza del martillo y por dentro de la membrana de Schrapnell y del muro de la logette; y su abertura se halla situada hacia arriba.

Es fácil de comprender que el drenaje de esta cavidad, nunca podrá hacerse por su orificio normal, y de allí la perforación obligada de la membrana de Schrapnell.

El saco de Prussak se encuentra por debajo del de Politzer, y es un poco más pequeño, correspondiendo exactamente por su pared externa á la membrana flácida de Schrapnell; su abertura se halla también situada arriba y hacia atrás.

Supongamos ahora una supuración debida á una carie de la cabeza del martillo, ó á una osteítis de las paredes del ático. El pus se irá directamente á los sacos de Politzer y de Prussak, y los distenderá; pero como la membrana de Schrapnell, que forma su pared externa, es tan delgada y poco resistente, se perforará en seguida.

Ahora bien, estas perforaciones son casi siempre insuficientes para dar salida al pus y entonces se producen complicaciones del lado del antro y de las células mastóideas.

Podemos, pues, asegurar, que cuando existe una perforación de la membrana flácida de Schrapnell, hay también una supuración del antro ó de las células mastóideas, cuyos productos corren del antro al ático por el áditus.

CADENA DE HUESECILLOS

Detrás de la membrana del tímpano y dispuesto transversalmente en la caja, se encuentra una cadena de huesecillos que unen la pared externa á la interna.

Esta cadena, compuesta del martillo, yunque y estribo, está fijamente articulada y sujeta por su extremidad externa á la membrana del tímpano y por su extremidad interna á la ventana oval.

Esta disposición hace que las vibraciones de dicha membrana, se trasmita con toda facilidad al líquido laberíntico.

En efecto, cuando se examina el oído por medio de un espéculo, no se vé más que una parte de esta cadena, esto es, el mango del martillo, su apófisis externa y la rama vertical ó apófisis larga del yunque; mientras que el cuello y la cabeza del martillo, el cuerpo del yunque y su corta rama, quedan ocultos en la cavidad del ático.

MARTILLO

El martillo, cuya longitud es de 7 á 9 m. m., permite considerar una cabeza, un cuello, un mango y dos apófisis.

La cabeza, como hemos dicho, está alojada en la bóveda del tímpano, es irregularmente redondeada, lisa y presenta en su parte póstero-interna una superficie articular destinada al cuerpo del yunque.

El cuello es la parte comprendida entre la cabeza y el mango; es sumamente corto y está en relación por su cara interna con la cuerda del tímpano que lo cruza en ángulo recto.

Al cuello sigue el mango; de 4 á 5 m.m. de longitud, que se dirige hacia abajo y un poco atrás; es aplastado en el sentido del diámetro ántero-posterior, mejor dicho, de atrás adelante, en su porción superior; y de fuera á adentro en su extremidad inferior, por una pequeña torsión que experimenta al rededor de su eje. De las dos apófisis del martillo, la una es anterior y la otra externa. La anterior es una salida ósea muy pequeña que se encuentra situada en la unión del cuello con el mango y en el cual viene á insertarse el ligamento anterior del martillo.

En el recién nacido, esta apófisis es muy desarrollada y se dirige hacia adelante para encajarse en la cisura de Glasser; de allí el nombre de apófisis larga ó anterior.

La apófisis externa ó corta, que tiene la forma de una pequeña eminencia cónica, nace también, en la unión del cuello con el mango y su vértice se dirige afuera y un poco arriba, hacia la parte superior de la membrana timpánica; es ella justamente la que se ve, en el examen del tímpano, bajo la forma de una salida blanquecina.

YUNQUE

Este huesito tiene la forma de un diente molar y para su descripción consideraremos un cuerpo y dos ramas ó apófisis: la una horizontal ó rama corta y la otra vertical ó larga rama del yunque.

El cuerpo es de forma más ó menos cuboide y achatado en el sentido transversal y presenta tres caras: la externa, la interna y la otra ántero-superior. Las caras externa é interna son lisas y no presentan ninguna particularidad.

La ántero-superior presenta una excavación destinada á alojar la superficie articular de la cabeza del martillo.

Ahora bien; las dos ramas ocupan la porción póstero-inferior del yunque.

La horizontal ó rama corta ó superior es de forma triangular y su vértice se dirige hacia atrás y arriba, al ángulo inferior del orificio de entrada á las células mastóideas.

La rama inferior ó vertical es más larga y más delgada que la precedente; se dirige hacia abajo paralelamente al mango del martillo, luego después, se flexiona su extremidad hacia adentro, para terminar entonces en un pequeño hinchamiento, esto es, el hueso lenticular, que algunos autores consideran un huesito independiente; pero nosotros con Testut, Hurbanstchitch, etc., lo admitimos como parte dependiente del yunque.

ESTRIBO

Este huesito es el más pequeño del oído, puesto que consideramos con Testut, al lenticular como dependiente del yunque. Su nombre le viene de su forma que permite considerar una cabeza, dos ramas y una base.

La cabeza tiene una depresión, para articularse con la apófisis lenticular, como la llama Testut. Este huesito articulado forma un ángulo casi recto con la apófisis larga del yunque.

Sus ramas se distinguen en anterior y posterior; la anterior es casi recta, la posterior es más encorvada, circunstancia que la hace más larga que la anterior.

La base es una placa ósea que se ajusta exactamente á la ventana oval y conserva por lo tanto su forma.

Articulaciones y ligamentos

Los huesecitos del oído están unidos entre sí por medio de verdaderas articulaciones y por otra parte, están ligados á diversos puntos de la caja por ligamentos, que los mantienen en posición y sin alterar en lo más mínimo sus desplazamientos normales.

La cabeza articular del martillo se une á la cara articular del yunque, formando un verdadero encaje recíproco y mantenidos en posición por medio de un ligamento capsular. La cabeza del estribo se articula con la extremidad de la rama vertical del yunque y sujeto también por medio de un ligamento capsular, en el cual se encuentran muchas fibras elácticas. Su bases es de borde cartilaginoso así como los de la ventana oval, á la cual está fijamente adherida mediante un ligamento anular rico en fibras elásticas.

Ahora bien, el martillo mantiene conexiones íntimas con las paredes externa, superior y anterior de la caja.

En la pared externa se encuentra el mango, englobado en el espesor de la membrana, entre su capa

mucosa y la fibrosa; á esta última se halla íntimamente adherido.

Del costado externo del martillo y á nivel de la unión de la cabeza con el cuello, parte un ligamento que se inserta en la porción ósea de la pared externa del ático; este es el ligamento externo del martillo, ligamento que limita por arriba el espacio ó saco de Prussak.

Este espacio ó saco, como hemes dicho anteriormente, está limitado á su vez, por afuera, por la membrana de Schrapnell, por dentro por el cuello del martillo y por abajo por la apófisis corta y los sacos de Trœltsch.

Las conexiones del martillo con la pared superior, se hacen por medio de un ligamento que desciende casi verticalmente de la bóveda de la caja á la parte superior de la cabeza del martillo; este ligamento se designa algunas veces con el nombre de ligamento suspensor del martillo.

En fin, el ligamento anterior del martillo lo pone en relación con la pared anterior de la caja; es el más largo y nace, dice Testut, en la base del cráneo, muy cerca de la espina del esfenoides ó sobre esta espina y de allí se dirige hacia afuera, costeando la cisura de Glasser, penetra después en la caja al través de la parte más ancha de la cisura y va á fijarse sobre el cuello del martillo, en la base de su apófisis anterior ó larga.

Ahora, para las conexiones del yunque con la caja tenemos dos ligamentos: el ligamento superior

que une el cuerpo del yunque al techo del tímpano, ligamento no constante, según Testut, y que á menudo está constituído por un simple repliegue de la mucosa; y el ligamento posterior, que fija la rama horizontal del yunque á la pared posterior de la caja.

MÚSCULOS

—

La cadena de huesitos del oído, dice Testut, considerada bajo el punto de vista de sus movimientos, está sometida á la acción de dos musculitos: el uno que se inserta en el martillo y el otro en el estribo.

El yunque no recibe ningún haz muscular y cuando se desplaza, sus movimientos son siempre indirectos, es decir, movimientos que le son comunicados, por uno ú otro de los dos huesecillos entre los cuales se encuentra colocado.

En efecto, el músculo interno del martillo ocupa el canal óseo que hemos descripto, situado sobre la trompa de Eustaquio. Su tendón se dirige hacia atrás y arriba hasta el *pico de cuchara*, donde se refleja en ángulo recto, hacia afuera, para atravesar horizontalmente la caja y llegar al borde interno de la extremidad superior del mango del martillo, en un punto situado á nivel ó un poco por debajo de la corta apófisis.

El músculo del estribo es más pequeño que el del martillo y se encuentra alojado en la eminencia

piramidal, el cual presenta un pequeño orificio que da salida á un tendoncito, para dirigirse adelante é insertarse en la unión de la cabeza con la rama posterior del estribo.

Veamos ahora la acción fisiológica de estos musculitos, que por otra parte me parece fácil de darse cuenta en seguida, y tendremos: cuando se contrae el musculito del martillo, dada la disposición de sus ligamentos y sus relaciones con el tímpano, el mango de este huesito se hunde hacia la pared interna, arrastrando, naturalmente, la membrana en su hundimiento, mientras que la cabeza de este mismo huesito bascula hacia afuera. Este movimiento se opera también sobre el yunque y hace bascular, á su vez, su rama vertical en el mismo sentido que el mango del martillo, rechazando hacia adentro el estribo y hundiéndolo en la ventana oval. Por esta circunstancia se produce un aumento de presión en el líquido laberíntico y mayor tensión de la membrana timpánica.

El musculito del estribo produce una acción contraria, y cuando se contrae tiende á llevar la cabeza del estribo hacia la pirámide; pero como este huesito está sujeto á la ventana oval por un ligamento que no le permite desplazarse, se ejecuta entonces un movimiento de báscula, levantándose la rama anterior y hundiéndose la posterior. Ahora bien, la salida de la rama anterior es mayor que el hundimiento de la posterior y esto se explica con Testut, por el centro de rotación, que se encuentra

más cerca de la extremidad posterior, y en razón, probablemente, del ancho desigual del ligamento anular.

Esta disposición produce una disminución de la presión laberíntica y una disminución de la tensión de la membrana del tímpano, por un movimiento que se produce del siguiente modo: la rama vertical del yunque se dirige atrás con la cabeza del estribo, con el cual se articula, al mismo tiempo que el cuerpo se dirige abajo y adentro, arrastrando en su movimiento la cabeza del martillo, el cual, basculando sobre su cuello, dirige el mango hacia afuera y, por consiguiente, produce un relajamiento del tímpano.

MUCOSA

La caja del tímpano está tapizada por una membrana mucosa muy delgada y transparente, de coloración gris rosada, que ha sido mirada por algunos autores como una serosa.

La capa superficial está formada por células cilíndricas con pestañas vibrátiles en la región de la trompa, de Eustaquio, con cuya mucosa se continúa; pero á medida que se aleja de la trompa el epitelio se hace pavimentoso con pestañas vibrátiles, salvo la cara interna de la membrana timpánica y la mucosa de los huesecillos que están desprovistos de pestañas.

Trœtlsch ha constatado que el epitelio vibrátil es muy abundante en el piso de la caja.

La capa profunda, que es de naturaleza conjuntiva, es la que sirve de perióstio á sus paredes, así como á la cadena de huesecillos.

Esta mucosa es de gran importancia para el otologista, por cuanto forma una serie de repliegues que constituyen verdaderas cavidades, las unas aisladas y las otras comunicando con las cavidades vecinas. Politzer, Prussak, Trœltsch, Urbanstchitsch y otros han estudiado muy bien estos pliegues y todos ellos están de acuerdo en que son muy variables según los sujetos.

Ahora bien; sobre la cara interna del tímpano tenemos tres series de cavidades ó sacos diferentes: la inferior corresponde al mango del martillo y forman los sacos anterior y posterior de Trœltsch, la media corresponde al cuello formando el saco de Prussak y la superior, que corresponde á la cabeza, forman las cavidades de Politzer.

Estas cavidades, como es fácil comprender, complican frecuentemente las supuraciones de la caja, pues son el asiento de colecciones purulentas difíciles de evacuarlas, alargando por mucho tiempo la curación de una otorrea y produciendo la cárie de los huesecillos y aun de las paredes de la caja.

VASOS Y NERVIOS

Los vasos de la caja son muy numerosos y presentan relaciones íntimas con las redes vecinas. Sus arterias provienen de la carótida externa y de la interna. La carótida externa da dos ra-

mas: la estilo-mastóidea que es rama terminal de la auricular posterior y la faringea ascendente.

La carótida interna dá tres: la arteria timpánica, la meningea media y el ramito carótico timpánico.

En efecto, la estilo mastóidea, entra en el agujero estilo mastóideo y de allí se dirige al acueducto de Falopio. que en su trayecto al través de este canal, envía ramúsculos á la caja, á las células mastóideas y al musculito del estribo.

La faríngea ascendente suministra á la caja un pequeño ramo ascendente que sigue el mismo trayecto que el nervio de Jacobson y se distribuye en la superficie del promontorio.

La timpánica penetra por la cisura de Glasser á la caja, se anastomosa con las terminaciones de la estilo mastóidea y se distribuye principalmente sobre la pared externa de esta cavidad.

La meníngea media penetra á la cavidad craneana por el agujero redondo menor y suministra un pequeño ramal timpánico que entra por la pared superior de la caja y va al musculito del martillo; más arriba da otra ramita que va al hiatus de Falopio y se anastomosa con las terminaciones de la estilo-mastóidea.

En fin, la carótida interna da otra pequeña rama á nivel del codo que hace el canal carotídeo en la porción petrosa del temporal, ramita que atraviesa la pared ántero-inferior de la caja para distribuirse en el piso de ella. Todas estas ramitas timpánicas que acabamos de describir se anastomosan entre ellas y

forman una red arterial que se distribuye en el tejido óseo y mucoso.

En cuanto á los vasos venosos de la caja son más numerosos que los arteriales y salen de ella por los mismos orificios que libran pasage á las arterias, para arrojarse las unas en el golfo de la vena yugular, las otras en el seno petroso superior y lateral y otras, en fin, en las cavidades venosas de Rektorzik que rodean la carótida interna en su canal óseo y que comunican hacia arriba con los senos cavernosos.

Antes de estudiar los nervios que se distribuyen en la mucosa y paredes de la caja, vamos á describir la cuerda del tímpano, nervio que la cruza sin suministrar un solo filetito á sus paredes.

Nace del tronco del facial en el acueducto de Falopio, á cuatro milímetros próximamente del agujero estilo-mastóideo, se introduce en seguida en un pequeño conducto óseo particular, por el cual remonta hacia arriba y adelante para entrar á la caja por un pequeño orificio situado en la parte superior de la pared posterior de ella inmediatamente por encima de la pirámide; de allí se dirige hacia adelante, describiendo una curva de concavidad inferior, para pasar entre la rama vertical del yunque y el mango del martillo, correspondiendo en este punto el tendón del musculito del martillo que se encuentra colocado á unos milímetros por debajo de ella. Llegado sobre la pared anterior de la caja, penetra en la cisura de Glasser ó en un pequeño conducto particular paralelo á esta cisura para salir en seguida en la cara

inferior de la base del cráneo, y recorriendo después un trayecto corto hacia abajo y adelante, va á unirse al nervio lingual en ángulo muy agudo.

Ahora bien; la cuerda del tímpano pasa entre la mucosa y la capa de fibras circulares de la membrana timpánica; por consiguiente, en las grandes perforaciones de dicha membrana con cárie de los huesecillos, etc., este nervio se altera, produciendo debilitamiento ó pérdida de la sensación del gusto del lado correspondiente.

Estas alteraciones son más manifiestas, como es natural, cuando se está obligado á extraer los huesitos ó practicando la operación de Stacke, en que necesariamente se secciona la cuerda del tímpano.

Además de las anomalías del gusto en estos casos, agrega Urbanstchitsch, existen también alteraciones del tacto.

Por otra parte, las anomalías de la secreción salivar, se observan en algunos casos; nosotros hemos podido constatar esta alteración en algunos enfermos en el momento de los lavajes que se practicaban en el consultorio y al hacer aplicaciones tópicas con cloruro de zinc ó nitrato de plata.

Otra alteración que hemos observado en las curaciones de las otorreas es la tos refleja, que en ocasiones era muy intensa y molesta para el enfermo.

En fin, en cuanto á los nervios que se distribuyen en la caja, tendremos: ramitos nerviosos provenientes del trigémino, del facial, del gloso-faríngeo y del simpático.

El trigémino da un filete motor que sale del ganglio ótico. El facial envía del nivel de su segunda porción un filete nervioso al musculito del estribo. El gloso-faríngeo á nivel de su ganglio petroso, llamado también de Anderson, da un ramito muy fino, el nervio de Jacobson, que atraviesa el piso de la caja para ir hasta el promontorio, en un surco que se dibuja en su superficie; allí forma un plexo, el *plexo timpánico*, junto con las terminaciones del petroso superficial menor que sale del ganglio ótico, y el petroso profundo menor que sale del plexo simpático carotídeo.

Trompa de Eustaquio.—La trompa es un conducto óseo-fibro-cartilaginoso, que se extiende de la pared anterior de la caja á la pared lateral de la faringe, poniendo en comunicación la cavidad posterior de las fosas nasales con el oído medio. Su objeto es dar paso á las mucosidades encerradas en la caja, renovar el aire de ella y mantener en equilibrio la presión externa é interna.

CÉLULAS MASTÓIDEAS

Las células mastóideas que reunidas constituyen la cavidad de la apófisis mastóidea, son células óseas llenas de aire, formando un verdadero reservorio aéreo de la caja.

Ellas son muy variables en sus dimensiones, en su

forma y en su disposición. En el niño, cuya apófisis mastóidea es muy pequeña, sus células aéreas no están aún desarrolladas, pudiendo observarse una solamente, que es el antro, mientras que el resto de ella está formado exclusivamente por un tejido esponjoso, y que más tarde, en la pubertad, llega á su desarrollo completo.

En el adulto, estas células están muy desarrolladas y muchísimo más en el viejo, por regla general, pero esta estructura varía con los diversos sujetos, y así se ven casos en que la apófisis está transformada en una masa ósea espesa, en la que se encuentran apenas algunas células aéreas.

Otras veces, sin embargo, su número y sus dimensiones son tan considerables, que la capa cortical compacta está reducida á una lámina tan delgada y transparente, que puede presentar dehiscencias, recubiertas únicamente por una capa perióstica.—(Schwartze.)

Estas células están tapizadas de un revestimiento mucoso, que por su naturaleza no es sino continuación de la mucosa que tapiza las paredes de la caja.

Ahora bien, en medio de estas cavidades que comunican entre sí, hay una cuyas dimensiones son mucho mayores y cuya importancia, como veremos después, nos obliga á describirla por separado; me refiero al antro-petro-mastóideo.

Antro y aditus ad *antrum*—El antro es una cavidad de forma y dimensiones muy variables desarrollado en la porción petrosa de la roca, por lo que Poi-

rier, le llama *antro-petroso*, y situada por delante de las células mastoideas é inmediatamente atrás y arriba de la pared posterior de la caja, con la cual comunica por medio de un conducto muy corto, prismático y triangular, conducto al cual Sappey le dá el nombre de *canal petro-mastoideo* y nosotros con la generalidad de los outores lo conocemos con el nombre de *Aditus adantrum*.

Ahora bien, en el recién nacido y aun en el niño, el *aditus* y el *antro* son relativamente considerables y netamente limitados, por lo que es fácil darse cuenta, de que forma la prolongación hacia atrás de la cavidad supra-timpánica.

Sin embargo, en el adulto esta cavidad no está tan nétamente limitada, por el desarrollo que experimentan las células mastóideas, las cuales abocan casi todas la gran cavidad del *antro*.

En efecto, podemos considerar á esta cavidad con una pared superior muy delgada, en ocasiones dehiscente, poniendo de esta modo en contacto, la duramadre con la mucosa del antro; una pared interna, en relación con el acueducto de Falopio y los canales semicirculares externo y posterior que á menudo hacen eminencia en su cavidad. Las paredes externa, posterior é inferior están en relación con las células mastóideas que le rodean

Por otra parte, el grupo de estas células se relaciona por su cara interna con el seno-lateral, el cual está separado de ellas, tan solamente, por una lámina, ó sea muy delgada y que algunas veces presenta tam-

bién dehiscencias poniendo la pared del seno en contacto inmediato con las cavidades aéreas.

En fin, para concluir con el estudio de la apóficis mastóidea, vamos á hacer un lijero resumen del trayecto del *canal del facial*.

Este canal llamado también, acueducto de Falopio, comienza en la fosita ántero-interna del meato auditivo interno, recorre la roca de dentro afuera hasta la pared interna del tímpano; en este punto se acoda bruscamente hacia atrás, pasa por encima de la ventana oval, describe un arco á lo largo de la pared mastóidea de arriba abajo y de adelante atrás, pasando sucesivamente por la pared interna, del aditus ad antrum, luego por su pared inferior, para terminar después á nivel del agujero estilo mastóideo.

Bien, pues, por la descripción que acabamos de hacer, de la apóficis mastóidea, puede verse cuántos peligros encierra una intervención quirúrgica, en esta rejión; por consiguiente, un cirujano que desconozca estos datos anatómicos no podrá abrir el antro petro-mastóideo sin producir alteraciones más ó menos peligrosas para el operado; ya sea dejándole una deformación persistente de la cara por lesión del facial, ó ya por una abertura de la cavidad craneana, exponer al sujeto á una complicación cerebral ó, en fin, por una lesión del seno lateral provocarle una hemorragia ó una embolia que puede llegar á ser mortal.

Tratamiento de las otitis medias suparadas crónicas

Consideraciones sobre el tratamiento médico

El tratamiento de las otorreas crónicas debe responder á una indicación precisa y racional.

Los lavajes hechos *á priori*, las cauterizaciones y tópicos diversos y aún el tratamiento quirúrgico nada harán, si no se conoce la causa primordial productora de esa supuración, la constitución patológica, por decirlo así, del sujeto; si no se investiga el estado de la garganta y de la nariz que en muchas ocasiones son el punto de partida de las afecciones auriculares.

De consiguiente, un sujeto sifilítico con otorrea no se curará si no se recurre á un tratamiento general, el tratamiento específico; un tuberculoso con otorrea del mismo origen, necesitará también un tratamiento general reconstituyente para alcanzar su curación.

Las afecciones de la garganta y de la nariz, mientras persistan y habiendo sido causa de dichas su-

puraciones retardarán ó dificultarán también su curación.

Por lo tanto, el tratamiento local no debe ser exclusivo; pues como acabamos de ver, estas supuraciones auriculares pueden ser una manifestación local de una enfermedad general.

En efecto, antiguamente y aun hoy día, entre cierta gente existe la creencia, por cierto bien peregrina, de que las supuraciones del oído no deben ser detenidas, porque dicen tener una influencia benéfica para el organismo, que elimina de este modo las impurezas de la sangre, y su desaparición podría dar por resultado el advenimiento de otra enfermedad, tal vez, de consecuencias graves.

Estas ideas las tienen también ciertas personas de alguna ilustración, como hemos tenido oportunidad de conocer, pero naturalmente profanas en medicina, las cuales hacen más de diez ó quince años que llevan consigo semejante padecimiento y resignándose á sufrir de vez en cuando los dolores que suelen aparecer por la acumulación de productos patológicos en la caja y á soportar el prurito doloroso de los eczemas consecutivos; eczemas que muchas veces se extienden del pabellón de la oreja á la cara y al cuello; por otra parte, son víctimas de incesantes ruídos y zumbidos subjetivos acompañados de una sordera inevitable.

Estas creencias que en general, antes como ahora, han sido combatidas por muchos médicos, van desapareciendo, pues el adelanto conseguido en este úl-

timo siglo en la otiatria es considerable y, por consiguiente, el número de los que se dedican á esta especialidad, también mayor, por cuyo motivo las ideas de incurabilidad de las afecciones auriculares van desapareciendo, y todo esto lo debemos indudablemente á los primeros trabajos verdaderamente científicos publicados en Inglaterra por Toynbee y Wilde, y en Alemania por Troeltsch, Hatmann, Schwartze, Polítzer, Moos y Voltolini, sabios maestros á quienes la Otología les debe todo, su etiología, su anatomía patológica y su terapéutica.

Ahora bien, como hemos dicho, el tratamiento médico no debe ser exclusivo: emplear por ejemplo, la medicación cáustica ó astringente, la antiséptica de soluciones ó polvos, ó el taponamiento seco.

Nosotros en el servicio jamás hemos hecho una medicación exclusiva, por ejemplo la medicación cáustica, porque es imposible, si se quiere hacer una medicación racional.

En efecto, no voy á hacer un estudio de los agentes terapéuticos que entran en una medicación determinada, ni preconizar absolutamente algunos de ellos, porque todos tienen sus indicaciones en cierto momento, y su bondad depende de la oportunidad de su empleo.

Estarían mal indicados los polvos antisépticos (ácido bórico, iodoformo, salol, etc., etc.) en una otorrea abundante, porque las sustancias empleadas, formarían con el pus una masa que acumulándose en la caja obtaculizaría su salida y entonces tendríamos sìntomas de retención como ser: dolores, fiebre, vér-

tigos, etc., etc., agravando de este modo una afección por una indicación inoportuna.

Pero, si tuviéramos una otorrea con granulaciones de la caja ó la presencia de pequeños pólipos, los cáusticos en este caso tendrían su indicación racional (cloruro de zinc, nitrato de plata, sulfato de cobre, etc., etc.)

Entre tanto ¿hasta dónde se debe ir con el tratamiento médico? ¿es posible curar todas las otorreas crónicas con este tratamiento? ¿cuándo está indicado el tratamiento quirúrgico?

Si nosotros tuviéramos en cuenta únicamente los casos de observación, concluiríamos afirmativamente que todas las otorreas crónicas se curan con el tratamiento médico, pero desgraciadamente esto no sucede siempre

Sabido es que en algunos casos se han agotado todas las medicaciones y hasta la paciencia del médico, y en estas otorreas denominadas rebeldes, sea porque el proceso de osteitis producido por el pus en los huesecillos, en las paredes de la caja ó el apófisis mastóidea es muy avanzado, no queda otro recurso que el tratamiento quirúrgico.

Y por fin ¿pueden todos los individuos seguir un tratamiento como el que se requiere para obtener una curación por el tratamiento médico? Seguramente nó, y entonces las complicaciones de las otorreas son inevitables, peligrando siempre, como es natural, la vida del sujeto por las posibilidades de una meningitis, de un absceso cerebral, de una flebitis y trómbosis de la yugular, etc., etc.

Por consiguiente, el tratamiento quirúrgico está perfectamente indicado, aun en los casos en que no hayan síntomas de mastoiditis, y además con el tratamiento médico se condena á un enfermo á una existencia no menos de seis ú ocho meses y hasta dos y más años, según hemos podido observar.

Me parece, pues, demás agregar, que siempre que haya absceso mastóideo, apófisis dolorosa y rubicunda, descenso de la pared posterior del conducto auditivo, fístula mastóidea ó parálisis fasial con otorrea, fiebre y dolor en la rejión, debe intervenirse quirúrgicamente por cualquier médico de responsabilidad, como se interviene en un caso de estrangulación herniaria ó de traqueotomía urgente.

Al final de este trabajo, van las observaciones de los casos curados por el tratamiento médico. Voy á dar su razón: estas observaciones han sido tomadas por mí cuando era interno del servicio, porque tenía ya intenciones de escribir mi tesis inaugural sobre el tema que nos ocupa; pero durante mi permanencia en él, no hemos tenido la oportunidad de levantar otras historias de operados por otorreas crónicas ó mastoiditis consecutivas á estas mismas, que una sola, que es la observación tercera, por cuyo motivo no presento otros casos.

Sin embargo, de doce niños operados de mastoiditis este año en el servicio del doctor Fernando Pérez, seis eran consecutivas á otorreas crónicas; pero no las hemos querido reunir en este trabajo, porque son historias muy incompletas.

Esto mismo me ha sucedido en el Hospital de Clínicas en el servicio del doctor Obejero, donde se encuentra un gran número de operados, pero los más se hallan con observaciones incompletas y otros sin ninguna.

Bien, pues, este es un motivo suficiente para que no hayamos publicado las observaciones de otros operados, pero, entre tanto, en oportunidad haré mención únicamente, del método que sigue el profesor doctor Obejero.

Tratamientos quirúrgicos

HISTORIA

Los primeros que tuvieron la idea de la abertura de la apófisis mastóidea han sido Riolan en 1649 y Rollfink en 1656; pero estos han operado sin indicación precisa, tratando únicamente de combatir los zumbidos producidos por una obstrucción de la trompa de origen catarral.

Mas tarde Valsalva, á principios del siglo XVIII obtuvo la curación de una otorrea crónica con fístula mastóidea, por medio de lavajes practicados por dicha fístula; pero los primeros que han empleado la gubia y el martillo para trepanar la apófisis, en los casos de infección mastóidea, han sido Petit y Henermann.

En fin, á fines del mismo siglo en el año 1791, un médico del rey de Dinamarca, M. Berger, convencido de que con la trepanación de su apófisis mastoidea se curaría de una sordera acompañada de zumbidos insoportables, se hizo operar; pero murió de meningitis consecutiva á dicha operación.

Su muerte como era natural, trajo una reacción en contra de toda operación, practicada al principio con tanto entusiasmo en algunas afecciones del oído.

Por otro parte, muchos otros casos han fracazado, y esto hizo que el descrédito se siguiera por más de medio siglo, desechándose la intervención quirúrgica aun en los casos de abscesos mastóideos cuya abertura se imponía.

Recién en 1860 Toynbee, Von Tœeltsch y algunos otros han emprendido de nuevo una verdadera campaña por el tratamiento quirúrgico, siendo secundados más tarde por Follin, Jacobi, Hatmann y Bezold; pero el que verdaderamente ha dejado bien sentadas las indicaciones operatorias y su técnica, ha sido el profesor Schwartze de Alemania, el cual llevó á la otología á un período verdaderamente floreciente.

El, por medio de la trepanación ha conseguido poner en amplia comunicación el antro-petro-mastóideo con la caja, permitiendo hacer de esta manera con la cureta y la gubia una limpieza de los productos potalógicos acumulados en el antro, aditus y ático y además facilitar el pasage de una solución antiséptica por el canal así formado.

Kuster y Zaufal también practican una amplia abertura del antro á la caja, extrayendo en caso de una osteitis avanzada de la apófisis, no solamente la porción de hueso cariada sino también la pared póstero superior del conducto y hasta la pared externa del ático.

De consiguiente, Stacke no ha sido, pues, el primero en derribar la pared externa del ático ó muro de la logette; pero sí tiene el mérito de haber demostrado antes que nadie, que las supuraciones crónicas rebeldes de el ático eran mantenidas por el proceso de osteitis consecutivo al pus, desarrollado en los hueseceillos y la pared externa del ático.

Por lo tanto, la extracción de estos huesecillos y del muro de la logette, concluyó podría traer la curación de dichas, supuraciones.

Sin embargo, esta operación sencilla practicada al principio, no dió tan buenos resultados como se esperaba y así fué que en muchos operados de aticotomía el mismo Stacke, ha tenido que volver á intervenir, con motivo de una infección mastóidea, practicando la abertura amplia del antro petroso.

Estos fracasos en su primitivo método, hizo que ampliara su operación, es decir, abriendo hasta el antro por la caja, y transformando en una sola cavidad el conducto auditivo, la caja y el antro petro mastoideo.

Desde entonces, sostiene Stacke, que siempre que haya supuración crónica del ático, el aditus y el antro se encuentran también seguramente afectados.

Estas mismas ideas son sostenidas hoy por casi todos los otologistas; Schwartze, Zaufal, Kuster, Luc y muchos otros, los cuales difieren de Stacke unicamente en su método operatorio como veremos en seguida.

En suma, para el tratamiento quirúrgico de las

otorreas crónicas no existe más que un procedimiento verdaderamente eficaz: la trepanación del antro, petro mastóideo con abertura amplia de la caja.

Ahora bien: dos métodos existen para practicar esta operación 1° el método de Schwatze y Zaufal que se empieza por el antro para ir por el aditus hasta el ático y 2ª el método de Stacke que se comienza por el ático y se sigue hasta el antro por el áditus.

Entre tanto, ambos métodos tienen sus peligros: por el 1° es más fácil herir el seno lateral; por el 2° el facial y el canal semicircular transverso; pero la abertura del seno lateral es mucho menos grave que las heridas del facial ó canal semicircular transverso, pues un simple taponamiento y operando en buenas condiciones, bastará para que el accidente no tenga mayores consecuencias y pueda continuarse la operación; y aún cuando la abertura del seno sea considerable y por lo tanto en presencia de una abundante hemorragia, el taponamiento mantenido por unos cuantos días bastará para cohibir la hemorragia y volver á continuar la operación sin inconveniente.

Mientras tanto, las heridas del facial ó del canal semicircular transverso, traen alteraciones irreparables.

Por otra parte, por el 1° de los métodos se puede limpiar mejor la apófisis mastóidea infectada, hacer mejor el drenage y facilitar el acceso de los tópicos que se usan en las curaciones consecutivas; mientras que por el 2° es más difícil extraer toda la porción de células mastóideas atacadas sin peligrar el facial,

tanto más si se considera las células más alejadas del antro, mejor dicho, las que están hacia la punta de la apófisis.

En fin, antes de entrar á describir detalladamente la operación de la trepanación mastóidea, vamos á dar una ligera descripción sobre la topografía de la región.

TOPOGRAFÍA DE LA REGIÓN MASTÓIDEA

Hasta las investigaciones de Schwartze, Hatmann Bezold y Politzer, en Alemania; Duplay y Ricard en Francia, Mac Ewen y Treves en Inglaterra, Allen y Knapp en América, la apófisis mastóidea se abría mal y sin método. Hoy día está perfectamente estudiado; Chipault, para su descripción topográfica, la divide en cuatro cuadrantes por una línea vertical y una horizontal, que son: dos cuadrantes anteriores y dos posteriores.

En efecto, los dos cuadrantes posteriores que corresponden al seno lateral y el ántero inferior que corresponde á la punta de la apófisis, no nos interesa si queremos llegar únicamente al antro-petro-mastóideo; mientras que el cuarto cuadrante ó ántero superior, es el verdadero cuadrante quirúrgico y el que está en relación inmediata con las células mastóideas.

Ahora bien, sobre el esqueleto del cráneo, este cuadrante corresponde á una superficie lisa, que Chidault la llama *triángulo quirúrgico retro-meático*·

Esta superficie lisa se halla netamente limitada hacia atrás y abajo por la cresta ó surco vértico mastóideo; hacia arriba por una cresta ó línea horizontal, llamada también cresta supra-mastóidea ó línea temporalis, prolongación del borde superior ó raíz posterior de la apófisis zigomática; y hacia adelante se halla limitada por el borde póstero superior del conducto auditivo óseo y la espina supra meática de Henle.

En efecto, inmediatamente después de la espina de Henle y por debajo de la línea temporalis se nota una pequeña región triangular y cribada de pequeños orificios vasculares, región á la cual Chipault llama *zona cribada retro meática*.

Por otra parte, la cresta vértico mastóidea corresponde al borde anterior del alojamiento sinusal, y la línea temporalis al piso de la fosa cerebral media, mejor dicho, á la unión de la porción petrosa y escamosa del temporal.

Esta relación es casi constante; sin embargo, en los casos en que dicha relación está cambiada por una mala conformación congénita, el campo operatorio no variará, teniendo cuidado el cirujano de no olvidar las anomalías posibles para salvar cualquier eventualidad operatoria.

Antro-aticotomía

Esta operación tiene por objeto poner en comunicación ámplia el antro petro mastóideo, la caja y el conducto auditivo externo.

En efecto, el manual operatorio es el siguiente: afeitado previamente el enfermo en toda la región temporal, se le coloca en una mesa de operaciones, descanzando la cabeza en una almohada dura, de arena preferentemente, y se comienza por hacer la antisepsia de la región.

Después de un lavaje prolijo del conducto auditivo externo, del pabellón de la oreja y de toda la región temporal, se limita convenientemente el campo operatorio por medio de compresas asépticas y se comienza la anestesia del sujeto, ya sea con cloroformo ó éter anestésico. Una vez que el sueño clorofórmico se ha producido, el operador listo con sus instrumentos y demás ayudantes, comienza por practicar su incisión que debe ser de cinco á seis centímetros por detrás del pabellón. Las incisiones difieren según los operadores y así tenemos que Politzer practica su incisión formando un ángulo, incisión que partiendo del vértice de la apófisis mastóidea se dirige á la base y

de allí hacia arriba y adelante á la terminación superior del surco retro-auricular.

Stacke parte también del vértice de la apófisis y toma el surco ó pliegue retro-auricular para terminar por encima del pabellón contorneándolo.

Schwartze, Zaufal, Hatmann, Poirier y Ricard adoptan, como la mejor insición, una que partiendo de la apófisis, se dirige hacia arriba á un centímetro por detrás del pliegue retro-auricular, teniendo también de 5 á 6 cetímetros de longitud.

Bien, pues, una vez hecha la insición que debe ir hasta el perióstio inclusive, se vuelve á pasar el bisturí nuevamente, para tener la seguridad de haber incindido los tegumentos hasta el hueso; en seguida se practica la hemostasia con pinzas de Pean ó de Kocher y con una legra se desprende el periostio que se hace correr hacia atrás y adelante hasta descubrir la región del *triángulo quirúrgico;* luego después se desprende la porción póstero superior del conducto membranoso de su inserción ósea y se le incinde transversalmente lo más profundamente posible cerca del arco ó anillo timpánico.

Después por medio de un separador introducido en la herida, se abre ampliamente el campo operatorio, de manera que pueda quedar á descubierto el borde del conducto auditivo óseo y palparse la espina suprameática de Henle que en ciertos sujetos se encuentra muy desarrollada.

Entre tanto, libre ya el campo operatorio, tenemos que elegir el punto de entrada para llegar al antro-

petroso sin dificultad; este punto corresponde justamente á la *zona cribada-retro-meática.*

Y bien, por medio del escoplo y del martillo el cirujano procede entonces á la trepanación; pero este es el tiempo de la operacíon que más cuidado requiere.

En efecto, el cirujano tiene que proceder á muy pequeños golpes de martillo y teniendo cuidado de seguir la dirección de la pared posterior del conducto; es decir, debe dirigir la gubia y el escoplo adelante y adentro paralelamente á la pared posterior del conduc. to auditivo.

Penetrando directamente hacia adentro, se hiere con seguridad el seno lateral.

Dirigiéndose adelante, adentro y arriba, se entra en la fosa cerebral media y hacia adelante, adentro y abajo se hiere el canal del facial.

Por consiguiente, el operador, tiene que proceder con gran cuidado en una intervención como ésta, sin descuidar por otra parte, las anomalías posibles.

Puede suceder, por ejemplo, que el seno lateral, perdiendo sus relaciones normales, se avance hasta el cuadrante antero superior, y haga que esta eventualidad, produzca un accidente en el curso de la operación, es decir, una abertura del seno.

Aun cuando este accidente no tiene mayor gravedad, puede en algunas ocasiones ser tan abundante la hemorragia y necesitar por consiguiente, un taponamiento fijo por algunos días, antes de continuar nuevamente la operación.

Por otra parte, la base de la fosa cerebral media

que generalmente corresponde á la línea supramastóidea, puede estar descendida y entonces insesiblemente el cirujano puede entrar á la cavidad craneana; es fácil, pues, comprender que una esquirla puede herir la duramadre y terminar el operado por una meningitis, sobre todo si se tiene en cuenta que se opera en sujeto con otitis media purulenta con infección mastóidea.

En fin, como estas anomalías no pueden ser diagnosticadas y pueden por lo tanto comprometer el éxito de una operación, es conveniente que el que opera tenga presente una eventualidad de esta naturaleza, y proceda siempre con el martillo y la gubia á muy pequeños golpes hasta llegar al antro

Una vez reconocida esta cavidad con un estilete ó una sonda acanalada convenientemente encurvada, se busca el orificio del áditus y se penetra por este canal hasta la caja.

Después de esta exploración se introduce el protecto de Stacke ó la misma sonda acanalada y disponiéndola como es debido se le dá al ayudante para que la mantenga fijamente.

Entonces con la gubia y el martillo se hace saltar poco á poco la pared externa del áditus; de este modo queda transformado el áditus y el antro en una amplia excabación fácil de curetearla.

Además esta cavidad en algunos casos está llena de pus ó de fungosidades y es necesario entonces cuando se practica el curetaje de estas fungosidades ó cuando se raspa con la cureta para extraer

todas las partes atacadas de osteitis, operar con suma suavidad, porque hemos visto cuan íntimas son las relaciones del áditus y del antro con el canal semi circular transverso, el acueducto de Falopio y el cerebro.

El espesor que hay que atravesar para llegar al antro es de los más variables, no solamente si se toma en cuenta la edad de los individuos si no también según los individuos mismos.

En el adulto, por ej: se puede ir hasta una profundidad de dos centímetros, término medio 14 ó 15 m. m. En el niño es distinto, menos profundamente situado y más fácil de encontrarlo.

Sin embargo, si la apófisis es esclerosa, el antro estará reducido á su mínimun y, por consiguiente, más dificil para hallarlo. Por el contrario, se penetrará con facilidad á dicha cavidad cuando pertenece á la variedad de apófisis neumáticas, como sucede en los viejos en general, que las células mastóideas, muy desarrolladas, llegan hasta la pared externa de la apófisis que queda reducida á una lámina delgada y poco resistente.

Ahora bien, hecho esto, puede decirse queda terminada la parte ó tiempo más peligroso de la operación; queda únicamente la pared externa del ático. (mur de la logette) que es necesario derribar; para esto se toma el protector de Stacke, se introduce por el conducto auditivo, hasta colocarlo por detrás de esta avanzada ósea y luego después, dándole al ayudante para que lo sostenga fijamente,

el operador con la gubia y el martillo hace saltar dicha porción ósea, sobre el protector así mantenido.

Esta precaución es necesario tomarla siempre, de lo contrario el cirujano está expuesto á herir órganos importantes, de la pared interna de la caja, en una de las escapadas del escoplo ó la gubia.

En seguida se procede á la extracción de los huesecillos por lo general atacados de osteitis y á la limpieza de las fungosidades de la cavidad supra timpánica por medio de la cureta.

Después del curetage praticado con toda prudencia y un lavaje prolijo con una solución de ácido bórico haciendo pasar dicha solución antiséptica del antro á la caja, se imbibe una gaza aséptica en una solución fuerte de acido fénico ó cloruro de zinc al 10 °/₀ y se introduce por medio de un estilete ó ana sonda acanalada una mecha de dicha gaza en la cavidad formada, para cauterizar y desinfectar bien sus paredes.

Luego después, se coloca el pabellón en su lugar, se introduce una mecha de gaza iodoformada ó salicilada, por la herida mastóidea y otra mecha por el conducto auditivo, para mantener al conducto membranoso adherido al hueso.

Además se ponen uno ó dos puntos de sutura con seda ó crin de Florencia en cada extremidad de la incisión.

Algunos cirujanos en Francia antes de colocar el pabellón en su sitio, incinden en toda la longitud del conducto membranoso para evitar la estrechez de dicho conducto.

En cuanto á las curaciones deben cambiarse todos los días y tener cuidado siempre de que los lavajes sean bien hechos, de manera que el chorro del agua introducido por la abertura mastóidea salga por la caja, sobre todo en los primeros días, y cauterizar siempre con cloruro de zinc ó naftol alcanforado los botones carnosos demasiado exuberantes.

He aquí, pues, más ó menos el procedimiento seguido por el Dr. Luc. de Francia, procedimiento sacado del método de Schwartze y Zaufal de Alemania.

Por otra parte, Kuster practica una abertura mucho más amplia entre la caja y el antro petro mastóideo, pues él hace saltar la pared póstero superior del conducto, dejando de este modo un canal abierto esteriormente desde el antro hasta la caja

Este procedimiento fué seguido por el Dr. Pérez en la observación III, que es el único caso operado que presentamos.

Ahora bien, hemos dicho que existen dos métodos para poner en comunicación la caja con el antro. El método de Schwartze y Zaufal y el de Stacke

El primero es el que acabamos de describir extensamente; nos queda el segundo, del cual vamos á dar una lijera descripción.

Atico-antrectomía

—

Stacke en 1890, en el congreso de Berlín, demuestra con una serie de casos operados por él, qué el tratamiento racional en las supuraciones del ático era la extirpación de su pared externa (mur de la logette) y de los huesecillos, y para el efecto describió su operación que consiste, sin entrar en los detalles, en lo siguiente:

Una incisión retro-auricular inmediatamente detrás del pabellón, luego desprendimiento del periostio y del conducto membranoso lo más profundamente posible; sección transversal de este conducto muy próximo al tímpano; luego después se detiene por medio de un separador el pabellón y el conducto membranoso desprendido y separado convenientemente; se extrae el martillo, después se introduce el protector de Stacke en el ático por detrás del muro de la logette, y con la gubia y el martillo, se derriba esta pared sobre el protector firmemente sujetado.

Por fin, se extrae el yunque, si no ha salido con el martillo, por medio de una pinza y se curetea suavemente, las granulaciones ó fungosidades que puedan

observarse; con esto pues, queda terminada la operación primitiva de Stacke.

En efecto, si bien es cierto que esta operación es muy linda y fácil de practicar; en cambio no ha dado los resultados que se esperaba. El mismo Stacke convencido de que su operación era incompleta, presentó al año siguiente en 1891, una segunda comunicación al Congreso de Halle, sosteniendo que la participación del antro en las supuraciones crónicas del ático, era la regla.

Por consiguiente, demostró la necesidad de abrir el antro, siempre, que hubiera supuración del ático, completando entonces su operación con la abertura de dicha cavidad, pero siguiendo la vía natural, es decir, el conducto, la caja y el antro.

Ahora bien, respecto al procedimiento empleado por el profesor Obejero, es en resumen lo siguiente: trepanación mastóidea, abertura del antro y poner en amplia comunicación la caja con esta cavidad, absteniéndose de derribar el *mur de la logette*, como dicen los franceses, siempre que no haya cárie comprobada de esta avanzada ósea.

OBSERVACIONES

Tomadas en la clínica de Otologia, Rinologia y Laringologia del Hospital de Niños, á cargo del doctor F. Pérez.

OBSERVACIÓN Iª

Otitis media purulenta crónica de A. O.

Luis Casenatti, italiano, de 26 años de edad, se presentó al consultorio el 27 de Julio del 96 con supuración de sus dos oídos.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — En la infancia ha tenido sarampión, bronquitis repetida, y frecuentemente era atacado de anginas.

A la edad de 10 años tuvo fiebre tifoidea; después que curó de dicha enfermedad, le quedó una supuración de ambos oídos que le duró más de un año y con lavajes simplemente manifiesta haberse curado, pero quedó un poco sordo.

A la edad de 18 años volvió nuevamente á supurarle sus oídos, anmentando la sordera; refiere

el sujeto que desde entonces no ha dejado de supurarle, aumentando unas veces y desminuyendo otras, dicha supuración. Además muy á menudo era atacado de eczemas del pabellón.

Así siguió, hasta pocos días antes de venir al servicio en que se agravó su estado, con grandes dolores que le privó el sueño por varios días, con zumbidos incesantes, fiebre y pérdida del apetito. Estos dolores se irradiaban al maxilar que parecíanle dolores provenientes de las muelas.

Con lavajes y cataplasmas emolientes, él mismo consiguió mejorarse, resolviéndose entonces á venir al consultorio del Dr. Pérez.

Este individuo siempre ha sido muy fumador.

Examen del enfermo. Lengua saburral, catarro naso-faríngeo, dolor á la deglusión, desviación izquierda del tabique y dificultad en la respiración.

Eczema del pabellón y del conducto; supuración abundante y de mal olor, dolor difuso en la rejión auricular.

Examen al espéculo. O.D. Tímpano perforado en el cuadrante ínfero posterior.

El resto de la membrana timpánica muy espesada y rugosa.

O. I. Gran perforación de la membrana flácida de Schrapnell y perforación del tímpano en el cuadrante póstero inferior.

El resto de la membrana sumamente espesada también y sus detalles completamente borrados.

AUDICION

WEBER

Lat. — O. D.

O. D.	*Rinner*	O. I.
p. c. 17″		p. c. 17″
p. a. 35″		p. a. 15″

Reloj

p. c. bien	p. c. nulo
p. a. 5 c. m.	p. a. nulo

TRATAMIENTO

Tal ha sido el estado del sujeto cuando vino por primera vez al consultorio.

El tratamiento seguido en este caso ha sido, lavajes con solución de ácido bórico al 40 °/₀ cada dos horas; gotas de glicerina fenicada 1 en 20, tres veces al día. Por lo demás, el tratamiento consecutivo fue muy variado.

Hemos empleado el formol al 1 por tres mil y hasta el 1 por mil: lavajes con solución de sublimado al 1|4, 1|2 y 1 por mil con igual cantidad de ácido tártrico.

Luego después, se le practicaban cuando era conveniente, tópicos diversos, ya el nitrato de plata, solución de 1 en 15 ó 1 en 30, ácido láctico puro ó mitigado con igual cantidad de glicerina neutra; cloru-

ro de zinc al 1 por 5 ó 10 etc., etc.

Ademas se ha usado también en este caso las gotas de alcohol boricado y gotas de vacelina líquida al salol.

Toda esta variada medicación la hemos hecho durante 7 meses consecutivos y hemos tenido la suerte de darle de alta, completamente curado de su otorrea y su audición notablemente mejorada.

OBSERVACION II

Otitis media supurada crónica de A. O.

Elvira Ferraces, Oriental, de 15 años de edad, ha venido al consultorio del Dr. Pérez por primera vez en 1894, con motivo de una otorrea doble.

Antecedentes personales—Esta niña á la edad de 9 años era atacada de frecuentes dolores de oído, hasta que empezó á supurarle. Con este motivo consultó á varios médicos, pero su otorrea seguía adelante sin mejoría ninguna y por el contrario empezó á sentir nuevamente dolores; y además dicha supuración se hacía en ocasiones de muy mal olor.

En este estado se encontraba, cuando vino por vez primera al consultorio.

Sometida al tratamiento de práctica (lavajes boricados, alcohol boricado, glicerina fenicada, etc.) se curó al cabo de 7 meses, mejorando también la audición considerablemente.

El año pasado en el mes de agosto volvió al consultorio por un catarro naso-faríngeo.

El tratamiento consistió en gargarismos con solución de ácido bórico; tópicos con cocaína y nitrato de

plata. Al cabo de mes y medio quedó completamente curada y aprovechando la oportunidad le hemos hecho nuevo examen del oído.

Examen al espéculo. El O. D. presenta una antigua perforación completamente cicatrizada, en la unión de los cuadrantes anteriores, justamente por delante de la extremidad del mango del martillo.

Esta perforación tiene una forma ovalada.

Su borde superior por un lado, el repliegue anterior del tímpano y la extremidad superior del mango por otro, limitan una placa blanco-cenicienta, la cual es una verdadera placa calcárea.

Además detrás del mango y por debajo del repliegue posterior se observa otra placa calcárea de forma también ovalada; el resto de la membrana timpánica conserva su aspecto normal.

El O I. presenta una perforación semilunar delante de la extremidad del mango, cuyos bordes parece que estuvieran adheridos á la pared interna de la caja.

El relieve normal del mango del martillo no se apercibe por el proceso de esclerosis de la membrana timpánica.

Además en el cuadrante anterior y superior por encima de la perforación, se observa una pequeña placa calcárea.

Por detrás del mango el cuadrante póstero superior está totalmente ocupado por una placa calcárea también.

AUDICION

Lat. — O. D.

O. D.	*Rinner*	O. I.
p. c. 25″		p. c. 25″
p. a. 35″		p. a. 25″
	Reloj	
p. c. bien.		p. c. bien.
p. a. 60 c. m.		p. a. 30 c. m.

Como se vé en este caso que ha sido curado hace algún tiempo, conserva una andición bastante buena y es un verdadero éxito para el tratamiento médico.

El Dr. Pérez, conserva el dibujo de este tímpano junto con algunos otros preciosos ejemplares hechos de gran tamaño por el Sr. C. del Campo praticante del servicio.

OBSERVACION III

Otitis media izquierda purulenta crónica, poliposa con parálisis facial

Carlos Roger, Argentino, vacunado, de 7 años de edad, se presentó al servicio el 17 de Agosto del año pasado, por una supuración abundante y de mal olor del O. I., datando de 3 años y de la cual no hemos podido obtener la causa.

Antecedentes hereditarios — buenos.

Antecedentes *patológicos*—Ha tenido sarampión y tos convulsa cuando muy niño, después casi siempre fué muy sano y solo ha tenido algunos resfríos fuertes.

La supuración del oído le empezó á la edad de 4 años; la madre le hacía lavajes casi siempre, pero sin indicación médica. Unas veces la supuración era tan abundante y fétida que inutilizaba sus almohadas casi todas las noches y otras en cambio, desminuía casi completamente, que parecía que se iba á curar.

Así pasó todo el tiempo antes de venir al consultorio, aumentando y desminuyendo alternativamente

dicha supuración, hasta que un día se hizo muy fétida y de coloración gris oscura, por la sangre que contenía, con dolores que le aumentaban por la noche.

Por este motivo lo trajeron á este niño al servicio del Dr. Pérez; además tenía un eczema del conducto y del pabellón que le molestaba mucho.

Examen del enfermo—Eczema de la oreja — la supuración fluye y es de consistencia gomosa—olor á ratón—infarto de los ganglios submaxilares — dolor del pabellón y del conducto — parálisis facial.

Examen al espéculo.—No se vé el tímpano por la gran cantidad de pólipos y el estrechamiento inflamatorio del conducto.

TRATAMIENTO

Lavajes con una solución de bicloruro de mercurio al 1|2 por mil con igual cantidad de ácido tartárico, glicerina fenicada después de cada lavaje que se practicaba cada dos horas.

Pocos días después disminuyó la supuración y desapareció el mal olor; entonces se le extrajeron los pólipos en dos veces. Después se le hacían tópicos con nitrato de plata y lavajes con formol, y tres veces al día se le ponían gotas de alcohol boricado.

Con este tratamiento disminuyó la supuración, pero al cabo de un mes más ó menos, el niño se quejaba de dolores difusos, ocupando toda la región temporal izquierda, dolores que le continuaron varios días seguidos.

El 28 de Septiembre estos dolores aumentaron sobre todo en la región mastóidea.

Vértigo, fiebre, parálisis facial, dolor de las muelas inferiores y de la región mastóidea, tales han sido los síntomas que presentaba el niño, cuando el Dr. Pérez se resolvió á practicar la abertura del antro petro-mastóideo.

Operación—Anestesia clorofórmica.

Afeitada y lavada previamente la región y puesta en condiciones perfectamente asépticas, se practica una incisión curva de 5 c. m. más ó menos detrás del surco-retro auricular y partiendo del vértice de la apófisis mastóidea

Una vez desprendido el perióstio adelante y atrás de la herida; se sostiene la oreja hacia adelante con un separador, previa incisión transversal del conducto membranoso y lo más próximo posible del tímpano. Luego se practica la abertura del antro con la gubia y el martillo, se extrae todo el pus encerrado allí; se hace saltar la pared póstero-superior del conducto y después de derribar la pared externa del ático con el escoplo y el martillo y á pequeños golpes y protegiendo por otra parte la pared interna con el protector de Stacke, introducido previamente detrás de dicha pared, se extraen los huesecillos y se curetea la cavidad ática mastóidea que encierra gran cantdad de fungosidades, principalmente á nivel del ático.

Esta brecha así formada, después de un lavage prolijo y una aplicación de cloruro de zinc al 10 °/₀, se taponó con gaza iodoformada.

Después se introdujo por el conducto auditivo hasta la caja otra mecha de gaza y se terminó la operación con dos puntos de sutura colocados en la parte superior de la insición. Este es el procedimiento de Kuster.

Curaciones.—Las curaciones se cambiaban diariamente, como para todos los operados.

Está demás decir, pues, que el niño, la misma noche de la operación durmió tranquilo y los demás días pasó sin fiebre y volvió á recobrar su alegría habitual. Las curaciones posteriores que se le hicieron consistían en lavages prolijos y aplicaciones de gaza con naftol alcanforado ó fenol alcanforado y algunas cauterizaciones con cloruro de zinc al 10 °/₀.

Dos meses después de la operación se le dió de alta completamente curado.

OBSERVACION IV

Otitis media purulenta crónica de A. O.

Aurelia Elua, española, costurera, de 21 años de edad, vino al servicio del doctor Pérez el 3 de Julio de 1895, por una otorrea muy abundante y fétida de los oídos.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales—Cuando muy niña ha tenido sarampión, resfríos frecuentes y siempre ha sido de constitución débil.

A la edad de 13 años ha tenido fiebre tifoidea y consecutivamente una otorrea doble que curó al poco tiempo después, quedándose con una sordera bastante fuerte.

Después empezó á quejarse de ruídos y zumbidos que compara al bullicio producido por el rodar de los coches, silbatos de locomotora, chorros de vapor, cantos, etc., que le duraba y mortificaba noche y día.

Además padecía de fuertes dolores de cabeza que le continuaban por muchas horas, vaídos que le imposibilitaban trabajar en sus costuras.

A los 15 años tuvo influenza, con la cual se em-

peoró de sus oídos, y pocos días después le empieza un corrimiento purulento tan abundante, que moja-ba de pus todas las noches sus almohadas.

Con este estado aumentó su sordera, perdiendo casi completamente la audición, según la enferma; pero con lavages y el tratamiento diverso instituído por los médicos que he consultado, hizo que mejorara algo su padecimiento.

Así siguió hasta el año pasado, que le aumentó de nuevo la supuración y haciéndose de muy mal olor.

Además le aparecen dolores en la región mastoidea, vértigos y sordera completa del O. I. conservando una audición muy obtusa del O. D. Por otra parte pre-senta un eczema gsneralizado en sus orejas y que se extiende á la cara y el cuello.

Tal fué el estado de la enferma cuando vino al consultorio.

Examen del enfermo—Presenta un catarro crónico naso-faringeo, pólipos mucosos en la fosa nasal derecha, desviación marcada del tabique hacia la izquierda, respiración nasal dificultosa y voz naso-nada.

Examen de los oídos—No puede verse absoluta-mente el tímpano por el examen y la infiltración del conducto auditivo externo.

TRATAMIENTO

Gargarismos boricados, tópicos con nitrato de plata en la garganta y nariz—ablasión de los póli-

pos mucosos y cauterización con el galvano cauterio.

Lavajes boricados cada dos horas de ambos oídos —alcohol boricado—glicerina fenicada etc., y en fin el tratamiento que se sigue en el consultorio que es muy variado.

Para el eczema una pomada de ácido salicílico, almidón y óxido de zinc.

El resultado del tratamiento fué admirable, porque algún tiempo después, han desaparecido todos los síntomas que hacían sospechar una mastoiditis para quedar reducida á una otorrea no dolorosa.

AUDICION (*Diciembre de 1895*)

—

WEBER

Lat. — O. I.

O. D.	*Rinner*	O. I.
p. c. 15″		p. c. 15″
p. a. 12″		p. a. 15″
	Reloj	
p. c. muy debil		p. c. nulo
p. a. nulo		p. a. nulo

AUDICION

(Tomada en el mes de Julio de 1896)

—

WEBER

Lat. — O. D.

O. D.	*Rinner*	O. I.
p. c. 25″		p. c. 20″
p. a. 24″		p. a. 35″

Reloj

p. c. bien	p. c. bien.
p. a. 15 c. m.	p. a. 10 c. m.

Se le dá de alta completamente curada en el mes de Octubre del 96.

OBSERVACION V

Otitis media supurada crónica de A. O. con perforación de la membrana flácida de Schrapnell del O. D.

Francisco Lastalot, Argentino, de 16 años de edad. Vacunado, se presentó al servicio el 6 de Enero del 95 por una supuración antigua de los dos oidos.

Antecedentes hereditarios.—Buenos.

Antecedentes personales.—A la edad de 5 años tuvo escarlatina y en la convalecencia le comenzó la supuración de sus oídos. Nunca se ha quejado de dolores; pero iba poniéndose bastante sordo.

El O. D. dejó de supurarle por un tiempo, comenzándole nuevamente poco tiempo antes de venir al consultorio. El O. I. nunca ha dejado de supurarle, únicamente, de tiempo en tiempo disminuía considerablemente.

Cuando vino al consultorio por primera vez tenía una abundante supuración del O.I. y muy poca del O.D.

Examen al espéculo.—Perforación del cuadrante póstero-inferior del O.I., el resto del tímpano muy es-

pesado, por lo cual no se ven los detalles de dicha membrana.

El O.D. presenta una perforación debajo de la extremidad del mango del martillo, ocupando el polo inferios de la membrana timpánica.

Esta perforación está perfectamente cicatrizada por lo menos, cuando se investiga por medio de un algodón aplicado en la extremidad de un estilete, no se encuentra absolutamente nada en el algodoncito empleado.

Sin embargo, la membrana de Schrapnell de este mismo lado, presenta una perforación de forma elíptica, por donde fluye la pequeña cantidad de pus muy espeso, que se encuentra cuando se ha dejado de lavar uno ó dos días.

Además con un estilete introducido por dicha perforación, no hemos podido apreciar la presencia de hueso denudado.

AUDICION

WEBER

Lat. — O.D.

O.D.	*Rinner*	*O.I.*
p. c. 37″		p. c. 33″
p. a. 24″		p. a. 18″

TRATAMIENTO

El tratamiento instituitido en este caso, como en todos los demás, es atípico, por decirlo así, pues dependía del criterio personal; pero la base era naturalmente los lavajes con soluciones antisépticas y aplicaciones de tópicos medicamentosos diversos y tratando siempre de llenar las indicaciones.

En este caso tenemos que observar que cada vez que se le hacía alguna aplicación tópica de cloruro de zinc ó ácido láctico, lanzaba un fuerte estornudo y seguía durante algunos minutos con una tos intensa.

El resultado obtenido en este caso, ha sido la curación de su otorrea izquierda.

El O.D. sigue con la supuración del ático; pasan dos ó más días perfectamente sin supuracíón y luego el sujeto se queja de que la supuración le ha vuelto.

En resumen, este caso sería, pues, de intervención quirúrgica.

El dibujo de este caso lo tiene también ol doctor Pérez como bonito ejemplar de perforación de la membrana flácida de Schrapnell.

OBSERVACION VI.

Otitis media purulenta crónica del O.D.

Rosa Frieri, Argentina de 10 años, entró al Hospital el 17 de Julio del 96 con una otorrea derecha.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales—A los 4 años tuvo sarampión, á los 8 escarlatina, después de la cual le empezó la supuración de su O.D., supuración que tiene sus alternativas, pasando una semana, quince días bien, y hace notar el padre que cada vez que le vá á empezar la supuración, se pone febriciente, pierde el apetito y hasta le viene ganas de lanzar.

Este estado desaparece con una abundante supuración sanguinolenta.

Eæamen del O.D.—A la inspección normal, haciendo presión sobre la apófisis mastóidea detrás del surco retro auricular se encuentra un punto doloroso.

Con el espéculo se vé el tímpano totalmente perforado. El martillo conserva una pequeña porción de su mango, la pared interna de la caja se vé de un color rojo subido, la supuración es continua y el pus parece que fluye del ático.

Hay un lijero hundimiento del tímpano izquierdo.

AUDICION

WEBER

Lat. — O. D,

O. D.	*Rinner*	O. I.
p. c. 15″		p. c. 15″
p. a- 8″		p. a. 70″
	Reloj	
p. c, poco disminuido		p. c. bien
p. a. 6. c. m.		p. a. bien

AUDICION

(*Tomada el 21 de Octubre*)

WEBER

Lat. -— O. D.

O. D.	*Rinner*	O. I.
p. c. 22″		p. c. 22″
p. a. 20″		p. a. 80″
	Reloj	
p. c. casi bien		p. c. bien
p. a. 40. c. m.		p. a. bien

Como se vé el resultado obtenido después de 4 meses de tratamientos, no puede ser mejor, pues sale de alta y completamente curada.

OBSERVACION VII

Otitis media purulenta crónica del O. I. con pólipos de la caja.

Carmelo Celestino, Italiano, de 10 años de edad, vacunado, se presentó al servicio del doctor Fernando Pérez el 5 de Febrero de 1896.

Antecedentes hereditarios.—Buenos.

Antecedentes individuales.—Tenía 7 meses cuando le empezó á supurar los dos oídos, supuración blanca abundante y de mal olor algunas veces. Con lavajes de agua de malvas y agua de té y cuidados de esta naturaleza al año se curó de su O. D.

La supuración del O. I. continuó siempre igual.

Poco tiempo después tuvo la tos convulsa, á la edad de 4 años el sarampión, al siguiente año escarlatina y con estas enfermedades reagudecía su padecimiento.

En todo este tiempo, no se había hecho curar de su otorrea con ningún médico, porque creían los padres que la supreción de dicha supuración, podría traerle algún otro padecimiento

Por fin, cuando esta otorrea se hizo sumamente

abundante, de olor fétido, teñido de sangre y de una consistencia mucosa, se resolvieron traerlos al consultorio.

Examen del O. I.—Supuración abundante y fétida: después de un lavaje abundante con una solución de ácido bórico, se apercibe en el fondo del conducto auditivo, la presencia de una masa carnosa.

Esta masa carnosa colocada por delante del tímpano, ocultaba por completo dicha menbrana.

El más lijero contacto con un estilite producía un corrimiento sanguíneo poco abundante, pero no doloroso.

Además, dicha masa carnosa era muy movible, pudiendo fácilmente ser desplazada de un lado para otro.

Examen del O D.—Hundimiento del tímpano, cicatriz de antigua perforación en el cuadrante póstero inferior, el resto de la menbrana tiene aspecto normal.

Examen de la garganta y de la nariz.—Hipertrofía de las amígdalas y catarro naso-faringeo.

Tratamiento

Lavajes con solución de ácido bórico por dos días y gotas de alcohol boricado; luego después extracción de los pólipos con el polipótomo previa anestesia local con cocaína.

Después lavajes abundantes y cauterización de los pedículos con cloruro de zin al 10 °/₀.

La menbrana timpánica no pudo observarse bien hasta el tercer día de la operación, por causa de la sangre que imposibilitaba todo examen.

El fondo del O.I se presentaba de un color rojo intenso, con granulaciones de la pared interna de la caja.

La membrana de Schrapnell muy vascularizada, el mango del martillo completamente destruído.

En resumen, una perforación completa del tímpano.

El tratamiento posterior ha consistido en lavajes antisépticos cada dos horas y aplicaciones de diversos tópicos, como en los demás casos.

Para las curaciones de la garganta y de la nariz, hemos empleado el nitrato de plata y el galvano cauterio. Después de un tratamiento continuado de 6 meses, el 2 de Agosto del 96, se le dá de alta completamente curado y con una audición perfectamente buena.

AUDICION

—

WEBER

Lat. — O D

O.D	*Rinnér*	O.I
p. c. 17″		p. c. 17″
p. a- 70″		p. a. 60″
	Reloj	
p. c. coutacto bien		p. c. bien
p. a. 50 c. m.		p. a. 30 c. m.

Como puede verse, después de un padecimiento tan largo como ha tenido este niño y los reagudecimientos de su otorrea por las diversas enfermedades infecciosas que hemos citado, su audición, puede decirse, no ha sufrido nada.

OBSERVACION VIII

Otitís media crónica supurada del O.I

Miguel Lorenzo, argentino, de 11 años de edad, vacunado, fué enviado en el mes de Julio del 95 del sesvicio de Cirujía, al consultorio del doctor Pérez por una otorrea del O.I.

Antecedentes hereditarios.—El padre ha muerto tísico y dos hermanitos de ataques á la cabeza; la madre es sana.

Antecedentes individuales—Desde muy niño ha sido muy delicado de salud.

Al servicio de Cirujía concurrió por una tuberculosis, condro:esternal y una adenitis tuberculosa de ambas axilas.

Después de operado vino al consultorio para curarse de su otorrea, otorrea que hacía ya más de dos años que la llevaba y de cuyo principio no sabe dar razón.

Examen del O. I.—Destrucción completa del tímpano, ausencia de huesecillos, supuración abundante y de coloración gris, membrana flácida de Schrapnell normal. El examen físico da percepción craneana y aérea muy disminuída; el reloj siente únicamente al contacto.

El O. D. es normal.

TRATAMIENTO

Tónicos, aceite de hígado de bacalao, licor de Fow ler y el tratamiento de práctica del consultorio como para los demás casos.

Este enfermo ha sido dado de alta completamente curado, después de más de un año de asistencia en el consultorio.

Es de observar además en este caso, que cada vez que le hacíamos aplicaciones de tópicos de ácido láctico, por lo general, ó nitrato de plata, cloruro de zinc, etc. y aún con los simples lavajes, le producía una salivación contínua y abundante infaliblemente.

La audición tomada para darle de alta es la siguiente.

AUDICION

WEBER

Lat. — O. I.

O. D.	*Rinner*	O. I.
p. c. 20″		p. c. 22″
p. a. 80″		p. a. 10″
	Reloj	
p. c. bien		p. c. disminuido
p. a. bien		p. a. 35 c. m.

Septiembre 29 de 1897

SANTIAGO FOUTEL

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I—El pronóstico de las otorreas en general, debe ser siempre reservado.

II—Las bronco pneumonias infantiles consecutivas al sarapión son siempre graves

III—El aparato de lata, del Dr. Máximo Castro para la inmovilización de la cadera en las coxalgias de los niños, conceptúo uno de los mejores.

IV---La enucleación del ojo, debe ser el tratamiento inmediato en el glioma de la retina.

Octubre 12 de 1897

Nómbrase á los Señores Académico: Dr. Pedro Lagleyze; Profesor Titular, Dr. Eduardo Obejero y Profesor Suplente Dr. Wenceslao Tello para que constituídos en Comisión se sirvan dictaminar respecto á la admisibilidad de esta tesis.

ENRIQUE E. DEL ARCA

ACUÑA

Buenos Aires, Octubre 4 de 1897.

SEÑOR DECANO

Transcribo á continuación el actalabrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno Santiago Foutel.

«En el local de la facultad á 12 de Octubre de 1897 reunidos los que suscriben encargados de ditaminar respecto de la admisibilidad de la tesis presentada por el ex-alumno Santiago Foutel, que versa sobre Otitis medias supuradas crónicas resolvieron admitirla. Con lo que terminó el acto—Firmados—*P. Lagleyze E. Obejero, W. Tello,* Firmado:—*Zenón Aguilar.*

Buenos Aires Octubre 13 de 1897

Entréguese al interesado esta tesis para su impresión, debiendo fijarse por secretaría el acto en que haya de ser sostenida.

ENRIQUE E DEL ARCA

ACUÑA