3022

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSIDERACIONES

SOBRE LA

MASTOIDITIS DE BEZOLD

TESIS PARA EL DOCTORADO

POR

BENJAMIN S. GONZALEZ

Buenos Aires
LITOGRAFIA É IMPRENTA DE A. PRINA Y CIA., CANGALLO 1899
1898

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSIDERACIONES

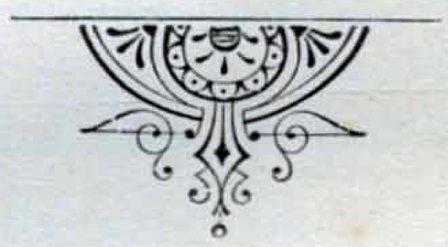
SOBRE LA

MASTOIDITIS DE BEZOLD

TESIS PARA EL DOCTORADO

POR

BENJAMIN S. GONZALEZ



Buenos Aires

LITOGRAFIA É IMPRENTA DE A. PRINA Y CIA, CANGALLO 1899

1898

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las *Tesis*.
(Art. 162 del Reglamento).

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Décano

Doctor D. Enrique E. del Arca

Vice - Décano

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 Arcá
» » Pedro N. Arata
» » Manuel Blancas
» » Roberto Wernicke
» » Pedro Lagleyze
» » José Penna
» » Luis Güemes
» » Eliseo Canton

Académicos Honorarios

Doctor D. Ernesto Aberg
» » Pablo Marengo
» » Eduardo Wilde
» » Martin Spuch
» » Telémaco Susini

Secretario Titular

Doctor D. Luis M. Acuña

Pro - Secretario

Doctor D. Zenón Aguilar

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos Titulares
Anatomia descriptiva.	Doctor	Juan José Naon.
Anatomia topográfica.	»	Juvencio Z. Arce
Histologia teórica práctica	»	Rodolfo de Gainza.
Fisiologia general humana.	»	Pedro J. Coronado
Higiene pública y privada.	»	Melitón G. del Solar.
Patología general y ejercicios clinicos.	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Patología externa.	»	Obdulio Hernandez.
Patología interna.	»	José Penna.
Anatomia patológica.	»	Telémaco Susini.
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé
Enfermedades de mujeres y su Clínica.	»	Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y su Clinica . .	»	Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y su Clínica	»	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su Clinica .	»	José M. Ramos Mejia.
Enfermedades mentales y su Clínica. .	»	Domingo Cabred.
Clinica Quirúrgica	Dres.	Julian Aguilar. Antonio C. Gandolfo.
Clínica Médica	»	Luis Güemes. Abel Ayerza Gregorio N. Chaves.
Obstetricia y su Clinica	Doctor	Samuel A. Molina.
Medicina legal	»	Eduardo M. Perez.
Genito urinario.	»	Gederico Texo
Química aplicada á la Medicina.	Dres.	Pedro N. Arata. Atanasio Quiroga.
Fisica médica	Doctor	Jaime R. Costa.
Zoologia médica.	»	Eliseo Canton.
Toxicologia.	»	Juan B. Señorans.
Erfermedades venéreas y dermatología.	»	Baldomero Sommer.
Laringologia, otologia, rinologia. . . .	»	Eduardo Obejero. Martin Spuch
Farmacia teórica	»	Juan A. Boeri.
Farmacia práctica	»	J. Manuel Irizar.
Botánica médica.	»	Adolfo Mujica.
Obstetricia para alumnas parteras. . . .	»	Juan R. Fernandez.
Odontologia	»	Nicasio Etchepareborda.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos Sustitutos
Anatomia descriptiva.	Doctor	Juan D. Piñero
Anatomia topográfica	»	Avelino Gutierrez
Histologia teorico-práctica	»	Samuel De Madrid
Fisiologia general y humana.	»	
Higiene pública y privada . . . , ...	Dres.	Enrique Revilla Ricardo Schatz
Patalogia general y ejercicios clinicos .	Doctor	Gregorio Araoz Alfaro
Materia Médica y Terapéutica.	»	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Patologia externa.	»	Pascual Palma Daniel J. Cranwell
Patologia interna. . . . . ,	Doctor	Marcial V. Quiroga
Anatomia patológica	»	Cárlos Malbran y J. Badía
Medicina operatoria.	»	Alejandro Posadas
Enfermedades de mujeres y su Clinica.	Doctor	José F. Molinari Alfredo Lagar de
Enfermedades de niños y su Clinica. .	Dres.	Antonio P. Fiñero Facundo Larguia
Enfermedades de los ojos y su Clinica	«	Francisco Barraza Teéfilo A. Moret
Enfermedades nerviosas y su Clinica	»	J. A Estevez y J. Semprún
Enfermedades mentales y su Clínica . .	»	Benjamin T. Solari
Clínica Quirúrgica	Dres.	Juan B. Justo Alejandro Castro Diógenes Decoud
Clínica médica.	»	Julio Mendez Francisco Sicardi Ignacio Allende
Física médica	Doctor	Juan J. Galiano
Obstetricia y su Clínica.	»	L. F. Viale y F. Velaerde
Medicina legal.	»	F. de Veyra y D. Cavia
Quimica aplicada á la Medicina.	»	Vacante
Farmacía práctica	»	Vacante
Laringología otología, rinología	»	Wenceslao Tello
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Maximiliano Aberastury
Obstetricia para alumnas parteras. . .	»	Enrique Pietranera
Odontología.	»	Leon Pereyra
Toxicología.	»	Alba Carreras

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO Dr. JOSÉ PENNA

SEÑOR PRESIDENTE:

SEÑORES PROFESORES:

Ní en las publicaciones médicás nacionales, ni en las estadísticas que resumen el movimíento habido en los diversos Hospitales, he encontrado nada qne se refiera á unas de las formas que pueden revistir los mastoiditis, y que verdaderamente ha sido establecida en estos últimos tiempos; quiero hablar de la variedad en la cual el pus formado en el antro y las células mastoideas, viene hacerse camino á través de la pared inferior é interna de la apófisis mastoidea al nivel de la foseta de inversión del músculo digástrico, para fusionarse á lo largo de este músculo, en la vaina del externocleido mastoideo ó en la vaina de los gruesos haces nerviosos del cuello, esto es, de la mastoiditis de Bezold.

Esta afección casi siempre consecutiva á la otitis media, es bien rara, y está descripta de una manera incompleta en las publicaciones quirúrgicas, habiendo pasado por mucho tiempo desconocida de la mayoría de los prácticos, no sucediendo así, con el abceso cerebral, la meninguitis, la trómbosis del seno lateral ó transverso de origen ótico, que son de una noción corriente; pero en estos últimos años, más bien conocida la afección ó mejor ex-

plorados los enfermos, se multiqlican, por decir así, las observaciones, habiendo llegado su número á una veintena de casos, registrados en la literatura médica de unos 17 años á esta parte. Las observaciones que acompañan al presente trabajo son en número de tres muy reducidas por cierto, pero que constituyen el total de las observaciones de que tengo conocimiento, llevadas á cabo entre nosotros, y que han permanecido inéditas, correspondiendo dos al Profesor Dr. Obejero, y la otra, al distinguido especialista Dr. Muñoz.

Pasaré, puer, á hacer un estudio de conjunto de esta afección reciente, basados en los pocos casos publicados en las revistas de la especialidad, y por consiguiente, deficiente hasta cierto punto, por carecer de la sanción de una práctica personal, que no ha sido posible obtener, á pesar de haber recorrido por un año los distintos consultorios de la de la especialidad, sin conseguir observar sinó uno de los casos á los pocos días de haber sido objeto de la intervención quirúrgica, y otro completamente curado de su afección.

DEFINICIÓN É HISTORIA

Definiré con Luc esta afección diciendo que se conviene en designar bajo el nombre de mastoiditis de Bezold, una variedad de supuración mastoideana, caracterizada por esta particulariead: que el pus, en lugar de hacerse camino, perforando la pared antero-externa-posterior de la apófisis, determina la ruptura de su pared interna, al nivel de la foseta de inserción del músculo digástrico, para fusionarse á lo largo de este músculo, en la vaina del externo-cleido mastoides y de los gruesos vasos y haces nerviosos del cuello para constituir el abceso cervical.

Esta forma de mastoiditis ha sido mencionada por vez primera por Kuh en 1847, Schwartze en 1867, y más tarde por Boecke en 1872, pero fué á Bezold, en 1881, á quien estuvo reservado el mérito de haber dado un estudio profundo de la patogenia y de la sintomatologia de la afección. Fué en esa época que apareció la memoria de Bezold: «una nueva vía de propagación de la otitis media en la vecindad», en que refería el cuadro clínico preciso de los flegmones del cuello consecutivos á la otitis media, así como igualmeute las experiencias hechas

sobre el cadáver, para demostrar la manera de propagación.

En los años siguientes, algunas publicaciones vinieron á confirmar y ensanchar los datos de la comunicación de Bezold, y el sindrome clínico en cuestión, fué designado por los otologistas, bajo el nombre de *Mastoiditis de Bezold*.

En 1893 hizo Bezold un nuevo estudio de la enfermedad que nos ocupa, y completó, por decir así, su primera memoria de 1881, estudio que se halla publicado en el capítulo de enfermedades de la apófisis mastoidea, del Tratado de Otología de Schwartze.

Si nosotros compulsamos los autores, veremos que no existe sinó un pequeño nómero de ejemplos de esta afección: El Profesor Guge (D'Anster-dam) Aschives of. otology. vol. XXI N° 3 juillet 1992 pag. 318, ha observado dos casos de perforación del antro mastoideo, llamado de Bezold, con resultados positivos. En ambos casos practicó la abertura del antro, pero cn el primero, hizo una incisión sobre una parte fluctuante descubierta algunos días después, hacia el borde anterior del músculo externo-cleido mastoideo, y en el segundo caso, el abceso retro-faríngeo fué abierto y el restablecimiento completo. Broca y Lubet-Barbon (Les suppnrations del'opophyse mastoide y leur traitement—París 1895, pág. 47) observaron un caso declarado por ellos mismos dudoso. Luc (Contribution á l'etude des mastoidites de Bezold—Arch-

Int. de Laryngologie, de otoloj., etc., Nº 1 Jamvier-Ferrier 1896) ha observado un caso en un dialético pue terminó con la muerte.

El mismo Luc ha observado otro caso que igualmente terminó con la muerte, y fué diagnosticado por la sintomatología, pero quedando incompleta la observación, porque como el mismo declara, le faltó el control de la autopsia y de la intervención quirúrgica, pues no pudo obtener que la operación fuese practicada ni tampoco la autopsia, ó por lo menos hacer la operación que debió efectuarse en vida, que demostraría en el cadáver sus afirmaciones sobre esta afección (Comunicación á la Sociedad de Laryngologie, d'ototogie de Paris, 10 de Julio de 1896). Mendel ha presentado igualmente á la Sociedad faancesa (Revue Intern. de Rhinologie, otologie, etc.—Enero de 1797, París) un caso que ha terminado por la sanación, sin otra intervención que la parecentesis timpánica; en este caso faltó la sanción anatómica, pues como dice el mismo Mendel en su observación, el enfermo ha curado sin operación alguna. Tissot (de Chanebery) ha publicado en mayo de 1896 en el Danphine Médical otro caso, en el cual la operación practicada en medio de los accidentes meninguíticos no pudo conjurar la terminación fatal. Linchwitz presentó otro caso á la Socisdad francesa el 10 de Julio de 1896 (Arch. Int. laryng. otol., etc, Nº 5, Septembre, Octobre 1896) con resultado positivo, y cuyo caso, fué presentado igualmente por su asis-

tente M. Lapalle á la Societé d'Anatomie de Bordeaux (Journal de Méd. de Bordeaux 5 Abril 1796) por la trepanación dc la apófisis, según el método de Zaufel, de que fué objeto.

Basta con êsto la enumeración de las observaciones, reservándome el mencionar los tres casos observados entre nosotros, en un capítulo detallado al finalizar el presente trabajo.

ETIOLOGIA

Esta afección es estremadamento rara, puesto que desde el célebre articulo de Bezold, Luc no ha podido hallar en la literatura médica sinó apenas una veintena de casos, de los cuales 5 ó 6, incluyendo entre éstos los casos dudosos, pertenecen á las publicaciones francesas.

Sin embargo, hay quienes creen, de que observadores poco escrupulosos habrían dejado pasar por alto enfermos de esta afección, que al decir de Mx Hamon du Fougeray y Grodenigo, son bastante frecuentes, pues consideran que 30 °/₀ de las mastoiditis agudas van acompañadas de abcesos cervicales, creyendo y aconsejando con tal motivo, que la trepanaciòn mastoidea debería ser completada en la mayoría de los casos por una incisión paralela al borde anterior del externo-cleído-mastoideo. Tal aseveración no es admisible hoy día, que se cuentan por centenas las observaciones de mastoiditis agudas ó crónicas, operadas por prácticos experimentados, sin haber notado por eso, la frecuencia señalada por los otologistas mencionados.

Enumerar las estadísticas de todos los años de los distintos servicios de la especialidad entre nosotros, para robustecer nuestra aserción, sería de-

masiado largo y no quiero sino mencionar el de uno solo, el mas frecuentado por cierto y de un año, para dar una idea acabada sobre este punto.

Durante el año 1895 han concurrido al consultorio de garganta, naríz y oídos del Hospital de Clínicas (Estadística comentada, presentada á la Facultad de Medicina 1896 D.r D. Urquiza) 2.739 enfermos con 3.932 enfermedades, esplicada por la coexistencia de varias afecciones en un mismo enfermo.

De éstos, 1305, perteneció al de oídos, habiendo sido estas afecciones las mas frecuentes y el resto se distribuyó entre los afectados de la naríz-naso farinx-boca-faringe, etc. etc.

A pesar de un número tan considerable de enfermos de los oídos, se observó solo 18 mastoiditis, de las cuales 13 fueron del derecho y 5 del izquierdo; 6 fístulas mastoideas, 3 derechas y 3 izquierdas y ni en uno, ni en otro caso se observó la duplencia. Como se vé, no se han observado los abcesos cervicales consecutivos ó coexistiendo con las mastoiditis.

Igualmente otras de las causas que podría influir por decir así, en la rareza de la afección seria, que los enfermos hoy día son sometidos á intervenciones prematuras, que evitarían la formación de abcesos cervicales, pues es un hecho de observación, que todas las mastoiditis descuidadas ó donde la trepanación de la apófisis no haya sido practicada á tiempo, dé lugar, con mas probabilidad á la for-

mación de abcesos del cuello, por perforacion frecuente de la cara externa de la apófisis.

Siendo, pues, la trepanación, el tratamiento racional en la mayoría de las supuraciones de las celulas mastoideas, fué desechada y proscrita ésta intervención por la mayoría de los cirujanos hasta el año 1860. Entre los adversarios á esta terapéutica, mencionaría á Ytard, Bonnafont, Rau, Dieffenbach, y durante un tiempo á Wilde.

Si se tiene en cuenta que á partir del año 60, los primeros casos de trepanación de la apófisis fueron publicados por Forget, Schwartze, Gruber, Follin, Jacoby y otros, y el manual operatorio fijado de una manera definitiva por Schwartze en 1872 se comprenderá las consecuencias funestas de las mastoiditis.

Establecida asì, la rareza de la afección, debemos pasar á estudiar la época de la vida por la cual tiene predilección.

Es mucho mas frecuente en el hombre que en la mujer y se manifiesta preferentemente por la segunda mitad de la vida, esto es, de los 35 á 70 años, es decir, en la edad en que se encuentra constituído el estado lagunario del tejido oseo de la apófisis mastoidea, favorable para la infiltración del pus hasta la vecindad de la punta, puesto que la perforación de la cara interna no será posible, mas que sí el sistema celular de la apófisis desciende hasta la extremidad inferior.

Es por esta razon, que no se observan las mas-

toiditis de Bezold en los niños, á pesar de un caso dudoso publicado por Broca, así como igualmente en los adultos, por no hallarse aún constituído el estado lagunario de la apófisis á esa edad.

Según el cálculo establecido por Bezold, 27 °/₀ de los casos, se han presentado en sujetos de 57 á 78 años de edad.

Esta afección puede ser primitiva y secundaria. La secundaria es casi siempre consecutiva á la otitis media supurada y de allí, su predominio sobre la primitiva.

Ahora, nos quedaría por determinar, si ciertas formas de otitis media, predisponen mas que otras á la infección de las celulas mastoideas.

Bezold en su primera comunicación, hacia notar que la infección mastoidea con abcesos del cuello, era más frecuente en las otitis media aguda, pero con esta particularidad de que se desarrollaban algunas semanas ó aún algunos meses después del principio de la otitis aguda, es decir, casi en un período en que la enfermedad pasaba al estado crónico

Esta opinión fué sostenida más tarde por la mayoría de los observadores y ateniéndome á las observaciones del presente trabajo, vendría igualmente á confirmar la aserción de Bezold.

Sin embargo existen observaciones en que el intérvalo que separa la afección mastoidea del principio de la otitis, fué de 6 á 8 años lo que vendría á probar igualmente, que se encuentra no so-

lamente en la otitis aguda, sino también en la otitis media crónica, aunque con menos frecuencia.

La preponderancia de la otitis aguda en la génesis de la mastoiditis con flegmones cervicales, se esplica por un hecho anatómico, que ha sido puesto á luz por varios autores, entre estos Schwartze, Hartmann, Stembrügge Estos otologistas hacen notar que la otitis media crónica supurada produce una esclerosis de la apofisis ligada á una neoformación del hueso en las células mastoideas.

Es evidente que el espesamiento de las paredes de las células se opongan en cierta medida á su perforación y disminuya de esta manera las probabilidades de penetración del pus en el tejido celular del cuello.

El exámen bactereológico del pus de las otitis agudas ó crónicas, han demostrado la existencia de diferentes microorganismos piógenos, pero con esta particularidad, que en la primera, se trata casi siempre de una infección pura, mientras que en la crónica predominan las infecciones mixtas.

Antes de terminar este capítulo quiero mencionar que al iniciarse la mastoiditis de Bezold, puede coexistir ó ser consecutiva las infecciones generales, los del cerebro, meninguitis ó abcesos y que el práctico no debe descuidar.—«QUERVAIN.»

Sintomatología

A parte de la audición que se encuentra disminuida ó dificultada y de la pérdida del apetito y de las fuerzas que pueden existir, así como el decaimiento general que en ciertos casos se hace muy manifiesto, el elemento inicial y constante es el dolor.

Este dolor es más ó menos intenso, contínuo ó intermitente, fijo ó irradiado hácia las partes posteriores ó laterales del cuello, siendo casi siempre difusa en toda la mitad de la cabeza correspondiente á la pófisis enferma, sin que se pueda por esto localisar eu un punto sensible á la presión al principio de la afección. Cuando existe otorrea, el elemento dolor se acentúa, con la disminución del corrimiento de pus, por el conducto auditivo esterno.

A la inspección se constata una tumefacción difusa abajo de la apófisis, hácia la extremidad superior del esterno-cleido mastoideo.

Esta tumefacción tiene la particularidad que su límite superior no sobrepasa la inserción del músculo esterno mastoideo.

La piel ofrece al principio un aspecto absolutamente normal, tanto al nivel de la tumefacción como

de la apófisis mastoidea y únicamente cuando se deja de intervenir al principio de la afección, es cuando la piel comienza á infiltrarse y á hacerse rubicunda.

A la palpación se constata igualmente la existencia del tumor sub-mastoideo, más ó menos duro, de tamaño variable y con ausencia completa de fluctuación y movilidad, siendo este último carácter de suma importancia, para escluir la naturaleza ganglionar de la tumefacción, que posee alguna movilidad, aunque sea relativa. La piel es caliente cuando existe rubicundes, así como igualmente una sensibilidad exagerada á la presión.

A la percusión se obtiene un dolor muy acentuado en la apófisis mastoidea y este dolor apofisiario tiene suma importancia puesto que su ausencia nos inclinará siempre á dudar de una mastoiditis de Bezold, aún con abceso osifluente del cuello, que podría ser debido á una osteitis de la cara inferior de la roca ó porción petrosa del temporal ó bien á abcesos intra-venosos de la jugular ó á la hipertrofia de los ganglios del cuello.

Broca ha cometido un error de diagnóstico existiendo ausencia completa de todo dolor afofisiario á la presión en un caso de osteitis de la roca, á consecuencia de una otitis media crónica con abceso maxilo faringeo y que terminó con la muerte á consecuencia de una ulceración de la carótida interna.

La auscultación suministraría signos poco utilisa-

bles y se practicaría con el otóscopo de Toynbee y sabemos normalmente cuando se hace una inyección de aire en la caja, se oirá con el otoscopo un ruido de soplo, lo que implicaría que las células mastoideas encierran aire. La ausencia del ruido de soplo, implicaría en cambio, que las células mastoidear no son neumáticas y de allí deducen algunos, que sería debido al proceso inflamatorio. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la ausencia del soplo no tiene valor alguno, puesto que podría ser debido á una estrechez, osbtrucción de la trompa de Eustaquio, á la perforación del tímpano ó bien á la esclerosis de las mismas células mastoideas.

Ahora bien, la tumefacción al principio localisado por abajo de la apófisis, se estiende más hácia abajo, pero siempre sin fluctuación pronunciada y dando lugar á movimiento penosos del cuello. Recien más tarde cuando la tumefacción se estiende á toda la mitad correspondiente del cuello, se hace más ó menos aparente la fluctuación, propagándose el abceso sub-mastoideo en la vaina del esterno-mastoideo, ó bien por detrás de este músculo en el espacio que separa las aponeurosis cervicales superficial y profunda. En el primer caso el flegmon reviste los caracteres del abceso esterno mastoideo y en el segundo caso constituye el flegmon supra clavicular. Estas colecciones purulentas llegan hasta la clavícula y por compresión ejercida sobre el plexo braquial, podría determinar dolores y dificultad de los movimientos del brazo correspondiente.

Concuerda con este fenómeno del lado del cuello, la disminución de la sufuración del oido correspondiente bien entendido, cuando la mastoiditis es consecutiva á la otorrea.

El abceso cervical así formado puede ser evacuado de dos maneras: 1.° ejerciendo presión sobre el abceso sub-mastoidco, se consigue que el pus vuelva por el camino por el cual ha salido del hueso temporal, es decir, que entre de nuevo al traves de la perforación osea en las células mastoideas y allí en la caja del tímpano para salir por la perforación de esta membrana para hacerse visible en el conducto auditivo externo; 2.° por una abertura creada en el meato auditivo externo entre las partes cartilaginosas y osea de este conducto. Es de notar que es bien rara la evacuación del pus cervical de esta última manera, siendo en cambio frecuente del primer modo, á través del timpano que se halla casi siempre perforada.

Sin embargo, es menester recordar que no constituye un síntoma de gran valor, el que el pus del abceso cervical por comprensión sea vaciada en el conducto auditivo externo por perforación de la membrana del timpano, pues, fué justamente en este síntoma que se basó Broca para hacer en un caso el diagnóstico de mastoiditis de Bezold, con apófisis indolente y comprobándose en la intervención que las células mastoideas se hallaban perfectamente sanas.

Operando el abceso sub-mastoideo se encon-

trará una colección purulenta situada atrás de los músculos que se insertan en la apófisis mastoidea, esto es, el esterno-mastoideo el esplenio y el pequeño complejo. Se constatará igualmente que la pared interna de la apófisis, á nivel de la foseta de inserción del músculo digastrico se encuentra desprovista del periostio, comprobándose igualmente en el mismo sitio, una perforación osea, de tamaño variable.

Se comprende pues, que la inserción tendinosa de los músculos arriba mencionados y que se insertan en la apófisis mastoidea, impidan que el pus pueda propagarse hácia arriba y el asiento profundo de la colección purulenta cervical, no permita constatar los signos habituales de los abcesos, esto es la rubicundes de la piel y la fluctuación.

Debo insistir en que en la pared interna de la apófisis á nivel de la foseta de inserción del músculo digástrtco, debe existir la perforación osea por donde se abra camino el pus, y bastará que esa perforación se halle situada hácia atrás de la ranura digástrica adelante ó del lado esterno de la apófisis, ó en el piso de la caja del timpano para constituir afecciones distintas de la que nos estamos ocupando, esto es, de la mastoiditis de Bezold.

Acabo de mencionar que la perforación puede encontrarse en el piso de la caja del timpano, dando lugar á abcesos sub-mastoideo y aún con apófisis sensible á la presión en su vértice, sin que por eso, exista ni siquiera vestigios de supuración en las células mastoideas.

En un caso operado por el Dr. Flach en el servicio del Profesor Kocher y que simulaba una mastoiditis de Bezold, ha comprobado que el pus había desprendido el periostio de la cara interna de la apófisis, así como en las partes adyacentes del hueso temporal, sin existir perforación macroscópica y que el pus no provenía de las células mastoideas que se hallaban completamente sanas, sinó directamente de la caja del timpano abriéndose seguramente camino por algunas pequeñas células aereas que existen á veces en el piso de la caja. Se ve pues, que una otitis media puede dar lugar á la formación del abceso del cuello, con apófisis mastoidea sensible á la presión, simulando la afección que nos ocupa.

Igualmente, ya sea de la caja del timpano, ó de las células mastoideas el pus puede abrirse camino y constituir abcesos retro-maxilares que se confun cen con el abceso sub-mastoideo. Se forman así mismo abcesos sub-maxilares y retrofaringeos, pero este último, casi siempre de orígen ótico. El pus puede llegar á la laringe y la traquea según Ballance y Jacoby y aún perforarla según Thiry hasta llegar á la cavidad toráxica determinando en el aparato respiratorio, las bronquitis putridas ó la gangrena pulmonar.

Nos queda aún por analizar cuando el pus de los celulas mastoideas se abra camino por porforación, sea de la parte posterior de la apófisis ó de la ranura digástrica, ó en la vecindad de la sutura

mactoideana, en la cara externa de la apófisis al nivel de la sutura escamo-mastoideana por ejemplo, para dar lugar á la formación de los abcesos de la nuca y del dorso, pudiendo alojarse la colección purulenta debajo de los tegumentos, en los intersticios de los músculos cervicales ó bajo el pericraneo.

Se vé pues entónces, que el pus de las células mastoideas que se abra camino en la apófisis ya sea por delante, lado externo ó posterior ó bien por el piso de la caja en las supuraciones de esta, para constituir abcesos cervicales, no constituyen la afección que dercribimos y sí, solo cuando la colección purulenta de las células mastoideas se ha abierto camino en la pared interna de la apófisis á nivel de la foseta de inserción del músculo digástrico para continuarse en la vaina del esterno-cleido-mastoideo, ó bien por detrás de este músculo en el espacio que separa las aponeurosis cervicales superficial y profunda.

Anatomía Patológica

Sabemos que es un hecho bien conocido en patologia general que un foco de supuración, encerrado en una cavidad osea tiene tendencia á propagarse á la superficie del hueso atacado, sea por migración de los microorganismos á través de la pared osea ó bien por una perforación de esta pared. El resultado de esta propagación, trae en los dos casos, la formación de un abceso en la superficie del hueso, que no tardará en invadir los tejidos vecinos, abriéndose camino en los puntos que ménos resistencia ofrezcan. Tal es, en pocas palabras la patologia de los abcesos que se encuentran en el curso de la osteomielitis aguda así como de los abcesos por congestión observados tan frecuentemente en la tuberculosis de los huesos. Tal es también el proceso patológico que vamos á invocar en la génesis de los abcesos del cuello de la mastoiditis de Bezold, casi siempre consecutiva á la otitis media.

Ante todo debemos analizar las condiciones suministradas por la anatomìa y la patología del hueso temporal, donde se encuentran las celulas mastoideas y cuyo conocimiento nos facilitará la explicación de la producción de los abcesos del cuello en general, cuya importancia es evidente para llegar mas tarde, á establecer el diagnóstico de la afección.

La existencia dc una retención purulenta en las celulas mastoideas y caja del tímpano, en que el pus se abra libremente camino hácia fuera de las partes infectadas, no habrá lugar á temer el desarrollo de una perforación osea. En cambio, cuando existe retención de pus en la caja, se encontrará en todos los casos, que no existe perforación del tímpano o bien que la solucion de continnidad de esta membrana es muy pequeña y obstruida por granulaciones.

Igualmente la retención purulenta en las celulas mastoideas, puede ser debida no solamente á la obstrucción de la abertura tímpánica, sinó también á la estrschez del orificio de comunicación entre estas celulas y la caja.

En el primer caso la otorrea hace falta, sea desde el principio, lo que se observa en los casos agudos ó bien despues de haber persistido cierto tiempo. Es de noción corriente que la desaparición del corrimiento de pus con redrudecencia de síntomas subjetivos, es de mal augurio. En el segundo caso, es decir, cuando existe obstrucción ó estrechez del orificio petro-mastoideo, el corrimiento de pus podría continuar efectuándose apesar de producirse igualmente una retención purulenta.

Ahora bien: el proceso inflamatorio de la caja del tímpano, puede llegar á la curacíón con persistencia del proceso del lado de las celulas maetoideas, para tener entonces un empiema aislado de la apófisis mastoidea, sin ninguna manifestación yá del lado del aparato auditivo mismo.

Veamos ahora las partes del hueso, por donde puede hacerse la estensión de la supuración á los órganos vecinos.

El exámen anatómico nos demuestra que el pus puede abrirse camino en cuatro direcciones: hácia arriba, hácia afuera, á traves de la cara esterna de la apófisis, hácia abajo, especialmente en la pared infero interna de las celulas mastoideas y por último hácia atrás, á lo largo del canal del seno transverso.

Me ocuparé primeramente de la perforación en la cara interna de la apófisis mastoidea, pero quiero antes establecer de que la infección del abceso intramastoideo al exterior del hueso, no se hace solamente por perforación macroscópica, que es el resultado de una reasorpción ó de una necrosis del tejido oseo, sinó también sin abertura visible á lo largo de los vasos sanguineos y linfáticos que atraviesan los canaliculos oseos.

La perforación de la cara interna de la apofisis por el pus, cerca de la inserción del digástrico, para fusionarse luego á lo largo de la vaina del esterno-cleido mastoideo, podría ser debido á que la pared es á menudo tan delgada que es fácil traspasarla con la punta de un alfiler; lo mismo ocurre para la ranura digástrica que se encuentra por dentro de la apofisis mastoides. Bezold ha podido constatar este adelgasamiento extremo de las parte que acabamos de índicar 22 veces sobre 400 huesos temporales. Sin embargo en las mastoiditís consecutivas á la otitis media crónica supurado en que se producen

neoformaciones de hueso en las células mastoideas y por consiguiente la esclerosis de la apófisis, es evidente que las probabilidades de perforación osea disminuirán con el espesamiento de las paredes, no siendo así, en aquellas, que son consecutivas á la otitis aguda, donde predominan las perforaciones, aunque no sea en el sitio propio para constituir la afección de Bezold.

En otros casos, debido á circunstancias especiales de anatomía, podria efectuarse la perforación á nivel de la sutura oxipito-mastoidea, ó bien por la parte superior de las celulas mastoideas. Igualmente la perforación puede hacerse, como ya hemos visto, por la cara esterna de la apófisis lo que,es relativamente frecuente y segun algunos autores, sería debida á la persistencia de la sutura escamo-mastoidea.

Bezold examinando 200 cráneos de adultos ha encontrado cuatro veces completamente conservada dicha sutura y parcialmente en 41 casos; en 132 cráneos su trayecto estaba indicado por pequeñas perforaciones y fisuras de la cara esterna de la apófisis. Moos examinando igualmente 239 cráneos ha encontrado la persistencia de dicha sutura 54 veces. Es evidente, que efectuándose la perforación por fuera del sitio (cara interna de la apofisis al nivel de la foseta de inserción del músculo digástrico) aunque constituyan abcesos del cuello. no podría atribuirse á la afección de Bezold y el mencionarla es solo por via de ilustración, para conocerse los distintos caminos que puede tomar el pus, encerrado en las células mastoideas.

Por esta razón, voy á ocuparme, aunque brevemente, cuando la propagación se efectua al traves del canal del seno transverso.

Se sabe que la penetración de la infección en el canal del seno transverso produciria generalmente la trombosis y á veces la producción de abcesos entre el hueso y la dura-madre. Sin embargo la supuración podría continuarse por la pared del seno, para abandonar el cráneo al través del agujero desgarrado posterior y fusionarse el pus hácia el cuello á lo largo de los grandes vasos. El médico italiano De Rossi observó un caso, en que la autopsia le permitió establecer con exactitud este modo de propagación.

Sería materia de futuros estudios el tratar de establecer por el exámen bactereológico del pus las especies de midrobios que podrían existir puesto que tal vez algunos de ellos, podrían jugar un rol importante en el desarrollo de la perforación osea; conociendo ya respecto de la virulencia de los microorganismos, sabemos por la anatomía patológíca de la osteomielitis aguda, que el mismo microbio causa en ciertas ocasiones necrosis rápidas del hueso y producción abundante de pus, mientras que menos virulento, se limita en otros casos, á determinar unicamente un espesamiento del periostio, con formación de osteofitos.

Sin embargo, si no se conoce todavía el valor decisivo de la especie del mícrobio en los génesis de las perforaciones, no por eso deja de tener su importancia, para el caracter benigno ó maligno de los flegmones cervícales. Me explicaré: sabemos que los abcesos

de origen neumococcico revisten por lo general un caracter benigno, sin ninguna tendencia á la propagación; en cambio en aquellos que existen infección mixta donde por ejemplo intervenga el streptococo que tiene tendencia á la invasión estensa y rápida, el carácter de estos flegmones, será bien entendido, maligno.

No entraré á ocuparme de las alteraciones patológicas que puede ocasionar la presencia del pus en la región del cuello; pero quiero antes de terminar, mencionar la experiencia de Bezold en 1881, en el cadáver, para determinar las vias anatómicas del pus.

Este experimentador, habiendo perforado transversalmente la apofisis mastoidea inyectó gelatina coloreada en la ranura digástrica á fin de imitar las condiciones creadas por la perforación del pus al nivel de esta ranura y pudo convencerse que la gelatina después de haber levantado la insersión del esterno-cleido-mastoideo, se infiltraba al principio hácia atras del cuello.

La primera via se encontraba trasada por dos órganos: el músculo digástrico y la arteria oxipital; aquella conducía á la región sub-maxilar, mientras que ésta le abría camino hasta la vaina de los gruesos vasos del cuello. La propagación hácia atrás del cuello se efectua igualmente á lo largo de la artería oxipital. Esta experiencia corresqonde á los hechos clínicos y apoyados por las observaciones. «Quervain». Semaine Médical. 21 Abril 1897.

Diagnóstico

Establecer clínicamente el diagnóstico de una mastoiditis de Bezold es de lo más difícil, y en ciertos casos, recién con la intervención, podría establecerse definitivamente.

Prácticos experimentados han llegado á hacer el diagnóstico de esta afección, por la existencia de de un edema doloroso en la región de la apófisis mastoidea y de la inserción del externo-cleido-mastoideo, sin que exista supuración de las células mastoideas, y respondiendo sólo el edema á una simple manifestación de una osteitis aguda; sin embargo, el edema podrá ser el signo precursor de una perforación ósea y la formación de un abceso sub-mastoieeo, cuya evolución merecería ser vigilada con cuidado por los errores que podría ocasionar. En estos casos la osteitis causal se asienta en la cara inferior de la roca ó porción petrosa del temporal.

La posibilidad de formación de un abceeo del cuello no osifluente, proveniente de una otitis media supurada, podría conducir igualmente á cometer un error de diagnóstico, pero teniendo en cuenta la indolencia de la apófisis en este caso y el examen

minucioso del enfermo, podrá casi siempre establecerse la naturaleza de la afección.

La tumefacción de los ganglios linfáticos situados por abajo y adelante de la extremidad superior del externo-mastoideo en las otitis media purulentas, y con apófisis mastoidea ligeramente dolorosa á la presión, podría determinar á diagnosticar la afección que nos ocupa, pero con una palpación minuciosa bastará generalmente para establecer la naturaleza de la afección, puesto que sabemos que uno de los caracteres principales de la hipertrofia ganglionar consiste en su movilidad relativa, síntoma que falta siempre en el abceso submastoideo de la mastoiditis de Bezold. Sin embargo, es mucho más difícil establecer el diagnóstico diferencial cuando se ve al enfermo en un período avanzado en que la glándula ha llegado por completo á la supuración, no contándose con otro recurso, que el tratar de averiguar si se trata sólo de una afección del oido medio ó si se está en presencia de un abcaso ganglionar causado por un edema de la cara ó del conducto auditivo externo.

El abceso intra-venoso de la jugular interna, consecutiva á una otitis media supurada, determina un hinchamiento doloroso de la región retro-maxilar, hinchamiento perivenoso que se puede prestar á confundir con el abceso de la mastoiditis de Bezold; pero como la flebitis va acompañada casi siempre de la hipertrofia de los ganglios linfáticos alrededor de la vena, es por un examen atento que se podría

constatar la existencia de boseladuras, que demostraria la participación de los ganglios, para diagnosticar la flebitis y no la mastoiditis de Bezold. Es así como Broca en un caso llegó á un diagnóstico de una flebitis y no de la afección que nos ocupa, admitida por otros colegas en ese caso

Existe aún un síntoma que ha dado lugar á errores diagnósticos, y que parecía constituir un signo de exactitud de la mastoiditis de Bezold; quiero hablar del corrimiento de pus por el meato auditivo externo, sin que existiera nada de anormal en las células mastoideas que se hallaban perfectamente sanas. Broca mismo diagnosticó con firmeza una mastoiditis de Bezold en un caso de abceso latero-faríngeo, que por presión se vaciaba el pus en el oído enfermo, pero con apófisis indolente, y comprobó su error después de haber trepanado la apófisis, encontrando las células mastoideas completamente sanas. La historia de este caso fué publicada por E. Moreau

Bezold ha notado igualmente el hecho mencionado, y la autopsia demostró más tarde la ausencia de toda supuración exterior del hueso temporal.

He aquí la explicación suministrada por este autor con tal motivo : admite que la presión ejercida sobre la tumefaccion sub-mastoidea comprimía la vena jugular interna, provocando por lo mismo un éxtasis venoso en el seno transverso, pues en el enfermo en cuestión, la gotera ósea del seno transverso presentaba una extensa brecha,

al través de la cual, la dilatación del seno, consecutiva al éxtasis artificial, podía á su vez ejercer una presión sobre el pus contenido en las células mastoideas y en la caja del tímpano; de allí el corrimiento por el conducto auditivo externo.

Otra experiencia análoga ha sido realizada por Katz, que constató también un corrimiento purulento por el meato auditivo externo, provocado por la compresión artificial de la vena jugular.

Se trataba, según este autor, de una solución de continuidad del piso de la caja, á través de la cual la vena jugular comprimía la colección purulenta encerrada en el oído medio (Quervain).

Se ve, pues, que en el caso de Bezold ha existido participación de las células mastoideas, pero sin constituir la forma de mastoiditis que investigamos.

Los abcesos retro perifaríngeos abiertos en el conducto externo, merecerían igualmente un examen atento á objeto de comprobar su verdadera causa, que no debe pasar desapercibido, puesto que en la mayoría de los casos, con una simple incisión y lavajes anticépticos bastaran para obtener la curación, sin necesidad de recurrir á la trepanación de la apófisis mastoidea.

Los abcesos de la nuca no presentan ninguna dificultad diagnóstica, y no podrá ser confundida con el abceso sub-mastoideo de la mastoiditis de Bezold

Se concibe, en razón de los hechos antes enu-

merados, que el diagnóstico de esta afección debe hacerse con toda la circunspección debida, cuando se ha determinado que la apófisis es dolorosa á la presión y que el tímpano esté intacto, puesto que no basta la existencia del abceso lateral del cuello que por presión de abajo á arriba se vacíe en el conducto auditivo externo. Se ve, pues, además, que el diagnóstico es tanto más delicado, cuanto que puede estar simulado por varias afecciones: abcesos flebíticos ganglionares de orijen auricular; abcesos retro perifaríngeos abiertos en el conducto auditivo externo.

Pronósticos

Hasta estos últimos tiempos, los cirujanos, en presencia de un abceso maxilo faríngeo proveniente de la afección que tratamos, no se preocupaban de explorar y de trepanar si había necesidad la apófisis mastoidea, como igualmente los otologistas, se preocupaban exclusivamente en trepanar la apófisis en las mastoiditis, sin procurar investigar, examinando detenidamente el cuello, para drenarlo convenientemente en caso de abcesos cervicales, y en uno y otro caso, se dejaba al pus fusionarse hacia la laringe, tráquea y cavidad torácica, ó determinar en la misma región cervical lesiones mortales.

Así, pues, el asiento del pus en el triángulo maxilo faríngeo por cierto tiempo, determinan una gravedad pronóstica en razón de las ulceraciones posibles de los gruesos vasos, que pasan por ese sitio. Son á estas circunstancias que el pronóstico de la mastoiditis de Bezold y á otras poco conocidas, como el presentarse en diabéticos, según casos de Luc y Obejero, así como igualmente las complicaciones meninguíticas en que ya es imposible conjurar la terminación fatal (Tissot de Cham-

bery), hacían que el pronóstico se revistiera de cierta gravedad.

Pero hoy día, en que mejor conocida la afección ó mejor explorados los enfermos, y por consiguiente objeto de intervenciones quirúrgicas bien dirigidas é instituidas en momentos favorables, y teniendo en cuenta las observaciones con resultados positivos de Bezold, Lichtwitz, Mendel, Guge (D'Ansterdan), Broca y Lubet-Barbon, como igualmente las de Obejero y Muñoz entre nosotros, creo puede establecerse que el pronóstico de la afección, no es tan grave como podría deducirse de la lectura de las primeras observaciones.

Esto es, en término general, pues por lo demás variará el pronóstico en vada caso en particular, según sea el período más ó menos avanzado de la afección ó de condiciones particulares en que se presenten los enfermos á solicitar el alivio de su mal.

Tratamiento

El tratamiento de la mastoiditis de Bezold, puede ser médico y quirúrgico:

Segun algunos autores, el tratamiento médico podrá ser utilizado al principio de la afección, cuando los accidentes estén en su minimum y no hayan adquirido mayor importancia, siendo ese el momento en que se podrían conjurar los accidentes y detener la marcha de la enfermedad. Este tratamiento consiste en lavajes anticépticos, sanguigüelas en la apófisis mastoidea, ó bien revulsivos, como las puntas de fuego, cauterios, etc. Los purgantes son igualmente indicados como derivativo intestinal. El hielo en la superficie mastoidea presta á veces reales servicios, dando por resultado en varias ocasiones, á la desaparición del hinchamiento y á la disminución de la sensibilidad exagerada á la presión de la region mastoidea; pero es casi seguro que se obtenga una reproduccion de los síntomas agudos del principio.

Como esta afeccion es casi siempre consecutiva a una otitis media, se asegura que se podría conjurar la mastoiditis de Bezold, en su principio, sin llegar á las vastas colecciones purulentas cervicales, mediante el desbridamiento ó paracentesis del tím-

pano que tiene por objeto facilitar la salida del pus y verter luego al oido glicerina fenicada al 1|20.

Es menester tener ampliamiente abierto el tímpano, pues en cuanto se estreche, el pus se coleccionará y dará lugar á la formación de los abcesos cervicales. Mendel ha seguido este procedimiento en un caso, consiguiendo curarlo sin necesidad de recurrir al tratamiento quirúrgico.

Indicaré aún otro medio preconisado por Moos y que consiste en aplicar el masage, quien asevera que en ciertas condiciones muy excepcionales por cierto, podría reemplazar á la trepanación mastoidea dando lugar á la evacuación del pus y á la desaparición pasagera de la supuración.

Bien pues, á estos tratamientos médicos locales, debo recordar, la aplicación de un tratamiento general en los sifilíticos y tuberculosos, esto es, la medicacion específica y reconstituyente. Pero analizando un poco, se vé, que todos los medios usados en el tratamiento médico están muy lejos de ser radicales y excentos de peligros, por cuya circunstancia, creo poco en su eficacia. Toda vez que se sospeche la existencia de una coleccion purulenta en la apofisis mastoidea, lo lògico es, aplicar inmediatamente el tratamiento de los abcesos oseos en general, esto es, facilitar la evacuación del pus y establecer una fístula artificial, por donde seguirá eliminándose el pus, hasta la curación definitiva.

El tratamiento quirúrgico debe recomendarse casi siempre y lo más pronto posible, puesto que con

la intervención precoz, cree Broca podría detenerse en su marcha la mastoiditis de Bezold y el retardamiento de la operación, podría en cambio ser de fatales consecuenrias.

La intervención consistirá en abrir el foco generador del pus, el antro y las celulas mastoideas, resecándose así mismo, si es necesario, la estremidad de la apófisis, se abrirá igualmente el abceso cervical en su porción más declive por delante ó por detrás del esterno cleido mastoideo, con objeto de establecer un drenage conveniente. Esta operación bien sencilla, si se práctica con todos los cuidados consiguientes, fué desacreditada en el siglo pasado, debido al abuso é ignorancia de sus reglas por muchos médicos que la practicaban.

Al historiar el nacimiento y la evolución de la trepanación mastoidea, debo recordar que Riolan en 1649 y Rollfink en 1656 fueron los primeros que propusieron la perforación de la apófisis mastoidea para evacuar las colecciones purulentas intramastoideas y aún para curar la sordera, pero sin dar las indicaciones precisas de la intervención.

A principio del siglo XVIII J. L. Petit y Heurmann fueron los primeros que usaron la gubia y el martillo para trepanar la apófisis, contra un abceso y una carie del hueso.

En 1776 el médico militar Jasser perforó por casualidad la apófisis mastoidea cariada con un estileto, prévia incisión de la piel y consiguió hacer desapare-

cer en un soldado una otorrea antigua acompañada de dolores internos.

Repitió la operación, pero usando el trocar en otros casos con resultados favorables y describió el procedimiento que lleva su nombre.

Tuvo imitadores y un sin número de médicos la practicaban, afirmándose que la operación de la trepanación mastoidea no traía consecucncias sérias y que al contrario era sumamente útil en la mayoría de los casos. Pero este entusiasmo del primer momento decayó bien pronto, hasta el descrédito de la operacion á fines del siglo pasado á consecuencia de la muerte de M. Berger, médico del Rey de Dinamarca que sucumbió víctima de una trepanación que se le practicó contra una sordera en el año 1791, para durar este descrédito, por más de cincuenta años, desechándose la intervención quirúrgica, aun en los casos de abcesos mastoideos, cuya abertura se imponían.

Fué rehabilitada sin embargo esta intervención á principios de este siglo por Dezeimeris en 1838, Demonvilliers en 1839, Forget en 1849, Toynbee y Von Tœeltsch en 1860, Seutex. Meniere y Delaissement en 1868 y secundados más tarde por Jacoby, Follin Hartmann y Bezold.

A partir desde este momento Colles, Barvelle y otros operan en Inglaterra con resultados satisfactorios. Troeeltsch considera á la abertura mastoidea como una operación de urgencia, que debe saber hacer todo médico, como la traqueotomia ó la

herniotomia y por fin se hace clásica la abertura de la gran célula mastoidea y el antro, según las indicaciones de Schwartze de Alemania, el cual llevó á la otología, á un período verdaderamente floreciente.

En estos últimos tiempos 1889, nacen distintos métodos operatorios de Küster, Bergmann, Zaufal, Hartmann, Stake, etc., etc. que difieren poco, unos de los otros. Los primeros recomiendan el desprendimiento del pabellón, la abertura amplia del antro á la caja, la pared postero superior del conducto y aún hasta la pared externa del ático, dejando así descubierta en una gran cavidad osea, el conducto, la caja, el antro y las células mastoideas, procediendo primero por el antro para ir por el aditus hasta el ático, practicando en una palabra la antro-aticotomia. El último destruye igualmente la pared posterior del conducto, pero con la ayuda de un protector curbo en forma de S introducido en el ático aditus ó antro, procediendo primero por el ático para continuar hasta el antro por el aditus, esto es, práctica la ático antrectomia y de cuya descripción no me ocuparé. Sabemos que todo método operatorio puede ser objeto de pequeños variantes en cada caso en particular; así pues, si el catarro purulento está localisado esclusivamente en las células mastoideas y la caja se encuentra en condiciones normales, es evidente que la intervención se limitará á la simple abertura de las células y en caso contrario, cuando la caja se halle ataca-

da se comprenden que la abertura simple de las células, sería una intervención incompleta, debiendo entonces agrandarse suficientemente la brecha osea, para permitir la evacuación fácil del pus.

Con respecto al abceso cervical se procederá según las reglas generales de la cirugia, practicando la desinserción parcial del esterno-cleido-mastoideo ó bien practicando una incisión sobre el borde anterior ó posterior de este músculo en el sitio donde la fluctuación sea más aparente. Creo innecesario recomendar que la incisiónn debe ser lo más amplia posible, pues bien sabemos, que la rapidez de las curaciones de los flegmones en general, se halla en relación directa, con la estensión de las incisiones.

Pasaré ahora á hacer la discripción detallada de la operación de la trepanación mastoidea ó antro-aticotomia.

Después de afeitado el enfermo en toda la región temporal, se le coloca en una mesa de operaciones y se practica la desinfección del campo operatorio por medio de compresas asépticas; una vez verificado esto, se comensará la anestesia del enfermo y obtenida, se practicará una incisión de 8 á 10 centímetros de largo, paralela á la inserción del pabellón y á un centímetro hácia atrás para evitar de herir la arteria auricular posterior. Esta incisión que será profunda y descenderá unos dos centímetros por abajo de la apófisis mastoidea, difiere muchísimo según los operadores y así tenemos por ejemplo á

Politzer practicando una incisión en forma de ángulo, partiendo del vértice de la apófisis mastoidea para dirijirse á la base y luego hácia arriba y adelante á la terminación superior del surco retro-auricular.

Stake practica del mismo modo la incisión, pero termina por encima del pabellón contorneándola.

Practicada la incisión que comprende toda la porción blanda hasta el hueso, inclusive el perióstio y conseguida la hemostasia con pinzas Kocher ó de Pean, se levanta cuidadosamente el perióstio con una legra y se reclina de cada lado hasta descubrir la región del triángulo quirúrgico

En ciertas ocasiones cuando la capa osea está blanda y friable, el bisturí bastará para perforarla y abrir la células mastoideas; después se desprende la porción póstero superior del conducto membranoso de su inserción osea y se le incinde transversal y lo más profundamente posible cerca del arco ó anillo timpánico.

Antes de abrir las grandes células aéreas que se encuentran constantemente atrás y arriba de la caja y que se llama porción horizontal de la apófisis mastoidea ó antro mastoideo, se procederá á buscar el abceso cervical y á separar si es necesario los músculos que se insertan en la pared externa é interna de la apófisis, esto es, el esterno-cleido-mastoideo, el esplenio y el digástrico.

El sitio donde debe verificarse la trepanación, ha dado lugar á puntos de reparo diversos, según los

autores y por cierto muy mal conocidos hasta las investigaciones de Schwartzer, Hartmann, Bezold y Politzer en Alemania, Duplay y Ricard en Francia, Max Ewen y Treves en Inglaterra, Allen y Knapp en América.

Chipault divide la apófisis mastoidea en cuatro cuadrantes, por una línea vertical y otra horizontal; esto es, dos cuadrantes anteriores y dos posteriores. Estos dos últimos, corresponde al seno lateral y de los anteriores, el inferior corresponde á la punta de la apófisis, mientras que el superior, es el que está en relación inmediata con las células mastoideas y corresponde sobre el esqueleto del cráneo á una superficie lisa que Chipeault la llama *triángulo quirúrgico retro-meático.* Esta superficie se halla limitada hácia arriba por una cresta ó línea horizontal prolongación del borde superior ó raíz posterior de la apófisis zigomática; hácia atrás y abajo por la cresta ó surco vértico mastoideo y adelante por el borde póstero superior del conducto auditivo oseo y la espina supra-meatica de Henle.

Inmediatamente después de la espina de Henle y por debajo de la cresta horizontal prolongación de la apófisis zigmática existe una región triangular cribada de orificios vasculares que Chipault llama *zona-cribada-retro-meática.*

Ahora bien, es justamente por esta zona cribada que se penetrará al antro-petroso sin dificultad alguna, apesar de la situación y relación poco exacta del antro, puesto que puede variar en un mismo sujeto

de uno á otro lado. Sin embargo se aplicará el escoplo en ese mismo sitio ó á una distancia de 7 á 14 milímetros detrás de la inserción del pabellón y á la altura del borde superior del meato auditivo y se hará penetrar á pequeños golpes de martillo, por cuanto es el tiempo de la operación que más cuidado requiere y en una dirección casi horizontal y de atrás hácia adelante.

Procediendo así la dura madre y el seno transverso están al abrigo de toda lesión, pues penetrando directamente hácia adentro se heriría con seguridad el seno lateral y hácia adelante, adentro y arriba se entrará la á fosa cerebral media y hácia adelante adentro y abajo se herirá el canal del facial.

Se ve pues, que el operador tiene que proceder con gran cuidado en esta parte de la operación, sin descuidar por otra parte las anomalias posibles.

Se hace saltar la parte superior de la pared posterior del conducto oseo y se cae sobre el antro, que es grande ó pequeña y fácil reconocerlo con un estileto ó sonda canalada convenientemente encurvada.

Ahora se procederá á buscar el orificio del aditus y penetrar por ese canal hasta la caja y una vez hallada, se mantendrá la sonda canalada, que colocándola como es debido, será confiada al ayudante, para proceder entonces à hacer saltar poco á poco, la pared externa del aditus.

Entonces tendremos una amplia excabación fácil

curetearla para destruir las fungosidades ó las partes atacadas de osteitis.

El curetage debe practicarse lo más suave posible, pues no hay qu olvidar las relaciones intimas del aditus y del antro con el canal semi-circular transverso, el acueducto de Falopio y el cerebro.

Dado el caso que el ático ó *mur de la logette* como dicen los franceses, se halle atacada de carie, se comprende que es necesario derribarlo y entonces valiéndonos el protector curbo de Stake introducido por el conducto auditivo para colocarlo por detrás de esta avansada osea, se procederá á hacer saltar dicha porción osea sobre el protector sostenido fijamente Se procederá á la limpieza de la cavidad supra timpánica por el curetage y una vez practicada se terminará lo intervención de la mastoiditis de Bezold con la abertura amplia del flegmon del cuello por delante ó detrás del borde del esterno-cleido-mastoideo.

Después se practicará un prolijo lavaje con soluciones anticépticas, se cauterisará y desinfectará las paredes del antro, caja etc., con soluciones fuertes de ácido fénico ó cloruro de zinc al 10 %.

Se taponará con gasa iodoformada la herida mastoidea y se establecerá la comunicación por una mecha el antro, caja, etc. con el orificio practicada en el cuello en la porción inferior del abceso, con objeto de drenarlo convenientemente.

Se ponen uno ó dos puntos de suturas con seda ó crin de Florencia en cada estremidad de la inci-

sión mastoidea con objeto de disminuir su amplitud; curación comprensiva.

Se practicará curaciones diarias, según la cantidad de pus excretada así como las cauterizaciones de los botones carnosos demasiados exuberantes.

Debido á esta operación que practicada con todos los cuidados necesarios, no es tan peligrosa como se creia, se obtienen curaciónes que con otros tratamientos no se consiguen sinó eternisar la afección. Sin embargo, todo síntoma anormal, despues de la intervención, como ser la cefalea, la elevación de temperatura, el debilitamiento etc. debe hacernos sospechar en la formación inicial, de un abceso encefálico y sí los síntomas persisten, autorisará al médico á una nueva intervención en el acto, con objeto de obtener aunque no siempre, una reacción favorable, pero en cambio la espectación, será casi siempre, de fatales consecuencias.

Antes de terminar, quiero hacer constar los accidentes de esta intervención. Es menester cuidarse en lo posible de herir la vena oxipital, pues entonces tendremos como consecuencia un derrame de sangre estremadamente abundante en el campo operatorio, como le ha ocurrido en un caso á Moos en 1890 y otro á Lichtwitz el año 1896; este derrame sanguineo si bien fácil de cohibir por la compresión digital atrás y abajo de la apófisis, no deja de ser un sério inconveniente por la prolongación consiguiente de la operación.

Otro accidente, consiste en que perdiendo el seno

lateral sus relaciones normales, esto es, avansando sobre el cuadrante autero superior, sitio de la trepanación y al practicarse esta, se abrirá igualmente el seno lateral, que dará por resultado otro gran derrame sanguineo; será tratada por un taponamiento anticéptico y sí la hemorragia no es abundante se continuará con la operación y en caso contrario se efectuará un taponamiento fijo por algunos dias, antes de continuar nnevamente con la intervención— Como se ve, este accidente con las prácticas anticépticas actuales, no reviste mayor gravedad, pero no por eso, dejan de tener sus inconvenientes, por la prolongación ó postergación por algunos dias de la operación.

En cambio la herida del canal semi-circular externo reviste suma gravedad por la infección del laverinto y la meninguitis casi siempre consecutiva.

Es igualmente grave la lesión del nervio facial que dará por resultado las parálisis más ó menos completas según el grado de intensidad de la lesión, como así mismo la abertura de la fosa cerebral media que generalmente corresponde á la línea supra-mastoidea y que reviste una gravedad relativa por la meninguitis consecutiva que puede presentarse.

OBSERVACIONES

I

N. N. argentino de 56 años de edad, casado, se presentó al consultorio del Dr. Obejero con una afección del oido izquierdo.

Antecedentes hereditarios—Sin inportancia.

Antecedentes individuales—Sarampión en la infancia, frecuentes resfrios en la edad adulta.

Ha tenido á los 54 años de edad una fuerte influenza que lo obligó á permanecer en cama por unos diez días y consecutivamente se le presentó una supuración del oido izquierdo que curó bien pronto con unos lavajes, pero quedando en cambio, un poco sordo del oido correspondiente.

Dos años después, debido á las molestias que sintió del mismo oido, se resolvió recurrir al médico, y fué entonces que lo vió el Dr. Obejero, quien comprobó la existencia de una otitis externa forunculosa aguda izquierda, que no cedía á los tratamientos ordinarios. Tratándose de un hombre fuerte, robusto y en sospecha de una diabetes, se hizo practicar el analisis de las orinas y el examen demostró la existencia de 41.50 gramos de azúcar por litro.

Sometido entonces á un severo régimen anti-diabético, mejoró rapidamente de su otitis externa, pero sin restablecerse por completo la curación.

Fué en esas condiciones que marchó al campo, para volver tres meses después con atroces dolores, tumefacción del conducto auditivo externo del pabellon y empastamiento pronunciado de la región retro-auricular.

Se le ordenaron fomentos calientes con una solución de timol al 1/1000 y se insistió de nuevo en el régimen prescripto anteriormente y que el enfermo había descuidado con la mejoría obtenida.

Al cabo de los tres primeros días el enfermo sintió alguna mejoría, bajando la temperatura de 39° á 40° en que se mantenía con pequeñas remisiones matinales, á casi la normal y practicado el exámen: no se pudo llegar á reconocer el fondo del conducto auditivo externo, debido á la estrechez que presentaba. La abundante supuración que existía, se sospechó fuera proveniente de la caja, y en vista de la mejoría, se insistió en el tratamiento instituido, en la esperanza de que no se llegaría á una intervención quirúrgica por creerse que la inflamación fnera perimastoidea y consecutiva á la afección del conducto.

Pero es al cabo de dos semanas que el enfermo sintió nuevamente recrudecer los dolores intensos intermitentes de la apófisis, que se irradíaban hácia las partes laterales del cuello; el corrimiento de pus de abundante que era, disminuyó considerablemente, hasta desaparecer casi por completo, haciéndose los movimientos laterales del cuello sumamente penosos é iniciándose bien pronto una tume-

facción difusa por abajo de la apofisis mastoidea, que fué creciendo hasta formar un verdadero flegmon. La piel rubicunda y dolorosa á la presión, constatándose del mismo modo el dolor apofisario.

Mientras la tumefacción re'ro-auricular había disminuido considerablemente, los síntomas se agravaban del lado del cuello y la presión ejercida sobre el tumor fluctuante no determinaba ningún corrimiento de pus por el conducto auditivo externo.

Se sospecha en la mastoiditis de Bezold, y dado las condiciones excelentes en que se encuentra el enfermo, por la disminución considerable de la glucosa de la orina, se propone y es aceptada la operación, procediéndose á á efectuar la antro-aticotomía por el Dr. Obejero, para dejar así descubierta en una gran cavidad ósea, el conducto, la caja, el antro y las células mastoideas.

Evitaré de describir los por menores preparatorios de la intervención que ya he mencionado en el capítulo de tratamiento, y sólo referiré en este caso que, una vez eliminada la delgada capa de tejido compacto, se encontró el interior de la apófisis revestido de tejido fungoso rodeado de pus. Vaciada la apófisis se encontró una ancha abertura en la parte infero-interna que comunicaba con el absceso del cuello.

Previo curetaje de la apófisis y contrabertura del absceso cervical en el borde anterior del externo-cleido mastoideo, se practicó la evacuación del pus,

y después de prolijo lavado, se drenó convenientemente, practicándose un vendaje compresivo.

No cabe la menor duda que este caso debe ser referido á la mastoiditis de Bezold.

Practicóse lavajes diarios, y la cantidad de pus excretada fué disminuyendo, pero á los veintitrés días de la intervención, sobrevinieron alteraciones meníngeas graves, que terminó rápidamente con la muerte del sugeto. La intervención se practicó en Agosto del 92.

No fué posible practicar la autopsia.

II

N. N., vasco francés, de 49 años de edad, dedicado á trabajos de campo, soltero y con 30 años de residencia en el país.

Antecedentes personales—Manifiesta no haber padecido nunca de otra afección que la blenorragia, adquirida en su juventud.

Su padecimiento actual comenzo en Abril del 97 por una abundante supuración del oído derecho, siendo atendido por el médico de la localidad, donde reside.

Habiendo transcurrido más de un mes en manos de su médico, sin conseguir ningún alivio á su mal, dicho facultativo le aconsejó la necesidad de bajar á esta Capital á objeto de ser operado, recomendándolo, con tal motivo al consultorio del Dr. Obejero.

Examinado el paciente por el distinguido Profesor, se constató una otitis media purulenta con perforación del cuadrante póstero inferior del O. D. y muy espesado el resto de la membrana, observándose al mismo tiempo una caída muy manifiesta de la pared póstero-superior del conducto. La apófisis mastoidea muy dolorosa á la presión; la piel roja, tensa, y tumefacción dolorosa en la parte lateral derecha del cuello. No se constató fluctuación alguna en esta región, pero, sin embargo, ejerciendo una presión muy moderada sobre el cuello, se consiguió ver el corrimiento de pus en el conducto auditivo externo.

Síntomas subjetivos de poca importancia. Temperatura 38°. Se diagnosticó una mastoiditis de Bezold, y se propuso en el acto la intervención quirúrgica, que aceptada, se procedió á la trepanación, que dió por resultado el vaciamiento de pus contenido en las células mastoideas. Cerca de la punta, en la parte interna, se constató la existencia de una perforación no muy amplia, pero sí lo suficiente para dar libre paso á una sonda canalada, que penetraba en el abceso del cuello; alargada la incisión de la piel, se vació completamente la colección purulenta. Practicóse la contra-abertura al nivel del borde posterior del externo mastoideo á cuatro traveses de dedo de la punta de la apófisis, y lavado convenientemente, se estableció el drenaje mediante gasa-iodoformada de la cavidad ósea superior con el abceso cervical. Existió cierta

dificultad para conseguir hacer pasar la mecha de la parte superior á la incisión inferior, pero esto se consiguió mediante una larga pinza que atravesaba la herida de parte á parte. Vendaje compresivo, etc.. etc.

La intervención ha comprobado, pues, el diagnóstico formulado, habiendo tenido oportunidad de observar este caso á los pocos días de ser operado y practicarle curaciones por una deferencia del operador Dr. Obejero.

Las curaciones diarias demostraban la disminución del pus y el estado siempre favorable de la región enferma, llegando á obtenerse su curación al mes y medio, para regresar á su residencia de campo á mediados de Agosto del 97.

Además de esta afección el enfermo vino muy aniquelado por unas diarreas profusas y continuas, mejorando debido al tratamiento y régimen instituido. A éste enfermo se recomendó muy especialmente comunicara el estado de su salud al cabo de los seis meses, y es sensible que hasta la fecha no se haya recibido comunicación alguna de él.

III

L. G. de 32 años, casado, natural del Azul, provincia de Buenos Aires.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales—Sarampion en la infancia Durante el invierno del 89, enfermedad aguda

febril que le dejó como consecuencia zumbidos y torpeza del oido que ha ido progresando paulatinamente hasta alcanzar el grado pronunciado de sordera.

En Junio del 96 fuertes dolores de cabeza y oidos, alternándose á los pocos días, dichos dolores en el oido derecho, para aparecerle en cambio úna supuración abundante á los cuatros días.

En el oido izquierdo al contrario los dolores se hicieron más intensos y continuos, cuyos sufrimientos intolerables le obligaron á tomar cama.

En estas condiciones lo vé el distinguido especialista Dr. Muñoz, quien constató: otorrea abundante del O. D. y del O. I.: pabellón rojo, caliente, edematoso, ligeramente rechazado hacia adelante, infiltración retro-auricular que se propaga hacia abajo en la parte supero-lateral del cuello.

Dolor expontáneo y á la presión de la apófisis mastoidea excitabilidad exagerada á la palpación de la piel lateral del cuello, cuyos movimientos están limitados por el dolor que experimenta al ejecutar el más mínimo movimiento Conducto auditivo con paredes infiltradas. Tímpano rechazado hacia afuera, despulida, coloración amarillenta. No hay pus en el conducto.

Practicada la paracéntesis timpánica, se obtiene un corrimiento abundante de pus y la disminución de los dolores intensos del primer día.

Se instituye fomentos calientes y reposo, en la creencia de que bien pronto disminuirían los sínto-

mas agudos por diagnosticarse una simple perimastoiditis sin participación del tejido óseo. Pero al cabo de pocos días el edema retro auricular aumentó considerablemente, el pabellón aumentó su rechazo hacia adelante, y la infiltración lateral del cuello progresó hasta alcanzar cuatro dedos por encima de la clavícula, abarcando de delante á atrás una extensión de ocho centímitros. A la palpación se constató la sensación de una placa dura englobando toda la mitad izquierda del cuello, que se encontraba completamente deformado, y que mirado de perfil aparecía abultado del mismo lado.

Una leve presión del tumor, hecha de abajo á arriba, hacía surgir pus en el conducto auditivo externo, á través del tímpano, donde se había efectuado la paracéntesis.

Sentado entonces el diagnóstido de mastoiditis de Bezold, le fué practicada la intervención el 15 de Julio del 96 por el Dr. Muñoz en el Hospital Militar, de donde es Jefe del servicio de la especialidad.

Incisión arciforme clásica. Autrectomía — Vaciamiento del pus contenido en las células mastoideas y comprobación por la sonda canalada en la cara interna de la apófisis, una perforación que comunicaba con el absceso cervical.

Contrabertura del cuello en el borde posterior del externo-mastoideo, y no pudiéndose encontrar el límite inferior del absceso, se le practicó una segun-

da incisión paralela á la anterior, más atrás y abajo, que dió por resultado la abertura del mismo.

Amplios lavajes de bicloruro de mercurio al 1 °/₀₀ (al 1/4 en el conducto). Suturas de la primera incisión y drenaje con gasa-iodoformada—Curación compresiva.

La temperatura, que el día de la operación era de 39° 2', bajó al siguiente día á la normal, conservándose así, en los días sucesivos. Curaciones cada dos días, y á los ocho, se levantan las suturas, estando totalmente cicatrizada la primera incisión del cuello, que no había sido infectada.

A los dos meses y medio fué dado de alta el enfermo, completamente curado.

Actualmente, hadiéndome sido enviado por el Dr. Muñoz, he tenido oportunidad de ver á este sugeto, en perfectas condiciones de salud, con las cicatrices operatorias, y prestando sus servicios como soldado del Cuerpo de Bomberos de la Capital.

BENJAMÍN S. GONZÁLEZ.

Proposiciones accesorias

I

La mastoiditis de Bezold, es una afección estremadamente rara.

II

El mejor tratamiento de la hipertrofia de la amigdala, es la cauterización ignea.

III

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

Julio 7 de 1898.

Nómbrase á los SS. Académicos Doctor Pedro Lagleyze; Profesor titular Dr. Eduardo Obejero y Profesor Suplente Dr. Diógenes Decoud para que, constituidos en comisión, se sirvan dictaminar sobre la admisibilidad de este trabajo.

ENRIQUE E. DEL ARCA
LUIS M. ACUÑA

Buenos Aires, Julio 23 de 1898

SEÑOR DECANO:

Transcribo á contiuuación el acta labrada con motivo de la tésis presentada por el ex-alumno Benjamín S. González:

« En el local de la Facultad á 22 de Julio de « 1898, reunidos los que suscriben encargados de « dictaminar respecto de la admisibilidad de la té- « sis presentada por el ex-alumno Benjamín S. Gon- « zález que versa sobre «Consideraciones sobre la « Mastoiditis de Bezold» resolvieron admitirla con « lo que terminó el acto.

« Firmados: Lagleyze., Eduardo Obejero, D. « Decoud; firmado Zenón Aguilar, Pro-sccretario.»

LUIS M. ACUÑA

Julio 23 de 1898

Entréguese al interesado esta tésis para su impresión debiendo fijarse por secretaría el día en que haya de ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCA

LUIS M. ACUÑA