

un mismo virus humano y aplicando sólo á dos de ellos la pomada de calomel, se vió en el testigo aparecer el chancro á los veintiocho días, mientras que á los sesenta y ocho nada se había presentado en los otros dos.

Al llegar al término de este resumen se habrá podido notar que no me he ocupado exclusivamente de los intentos y resultados de la sueroterapia antisifilítica, sino que enumeré también las otras experiencias que para procurar la prevención de la sífilis han instituido las grandes eminencias llamadas Metschnikoff y Roux.

Esto era necesario no sólo por el interés intrínseco de estas otras experiencias, sino porque son el complemento necesario de aquel estudio.

Se habrá podido ver que para la sueroterapia el terreno aún no es firme; pero que comienzan á colocarse algunos cimientos sólidos; que para otros procedimientos vacunales el terreno es menos sólido aún; pero que en cambio el mercurio, específico reconocido de mucho tiempo atrás por su acción curativa y también por su acción preventiva para los accidentes de futuro una vez establecida la sífilis, se ha mostrado también, aplicándolo conveniente y oportunamente en los puntos de inoculación el mejor medio para prevenir la aparición de la terrible enfermedad.¹

México, mayo 2 de 1906.

R. E. CICERO.

CLINICA EXTERNA.

Conservación de la membrana del tímpano después de la trepanación del mastoide y extirpación del martillo.

El hecho con que vengo á dar cuenta á esta Academia tiene alguna importancia desde el punto de vista de la terapéutica quirúrgica de las otitis purulentas complicadas, tanto porque

¹ Después de presentado este trabajo á la Academia se han tenido noticias publicadas hasta en la prensa de información y por lo mismo de todos conocidas, de que Metschnikoff y Roux han empleado su pomada preventiva con éxito en un experimento hecho con un estudiante de medicina de París.—N. del A.

en él se obtuvo la conservación de la membrana del tímpano después de la extirpación del martillo, cuanto porque las consecuencias fisiológicas de este hecho anatómico han beneficiado considerablemente á la enferma de que se trata.

He aquí la observación á que me refiero: En los primeros días de junio del año próximo pasado se me llamó á ver una enferma de otitis aguda de naturaleza gripal. Los datos que recogí, fueron estos: Sra. R., de nacionalidad alemana, como de 28 años de edad, de buena constitución y quien nunca había sufrido de los oídos. Me refirió que hacía 20 días, en la declinación de un catarro gripal, tuvo un dolor muy fuerte en el oído derecho: llamaron á su médico de cabecera quien le hizo la paracentesis de la membrana del tímpano, dando salida á un líquido sanguinolento, y en los días siguientes á un pus amarillo verdoso y espeso; que éste salía á veces en muy pequeña cantidad, lo cual originaba intensos dolores en el fondo del conducto y atrás de la oreja, y una reacción febril de medio grado á un grado cuando más; pero que todo este cuadro se modificaba favorablemente por la aplicación repetida de curaciones antisépticas, húmedas y calientes; que la audición llegó á disminuir tanto, que no podía afirmar si realmente oía con el lado derecho; que á la sensación de obstrucción del oído se agregaban constantemente zumbidos de tonalidad grave y una pesadez muy marcada al nivel del apófisis mastoide y de la región temporal, desde donde irradiaban los dolores á la mitad correspondiente de la cabeza.

Hecho el examen físico encontré el pabellón de la oreja casi en su posición normal, ligeramente edematosas las paredes superior y posterior del conducto auditivo externo; roja, opaca y notablemente gruesa la membrana del tímpano, en la cual no se veían los puntos de referencia normales. Como á dos milímetros atrás y á la altura del centro de la membrana, existía una pequeñísima perforación por donde escurría difícilmente un pus espeso, amarillo y ligeramente verdoso. La región mastoidea estaba de un color rosado y algo edematosa; y haciendo presión al nivel del *antro*, la enferma acusaba un dolor in-

tenso el cual iba disminuyendo poco á poco á medida que se aproximaba al vértice del apófisis: también estaban dolorosas, pero en débil grado, las inserciones superiores del esterneocleido, aunque completamente normal la región que ocupa el paquete vásculo-nervioso que contiene la vena yugular después del golfo.

La reacción febril era remitente subiendo en las mañanas á tres décimos de grado y en la noche á un grado, alcanzando esta última cifra cuando la cantidad de pus que salía era insignificante. Ningún síntoma indicaba que estuviera afectado alguno de los importantes órganos que están muy cerca de la caja y las celdillas mastoideas.

La audición, tanto de la voz natural como del reloj, por la percepción aérea y huesosa era igual á cero. No se hizo el examen con los diapasones.

Como se ve, el diagnóstico era fácil, y pudo resumirse así: «Otitis media purulenta aguda del lado derecho y mastoiditis limitada al antro y á las celdillas mastoideas, con retención parcial del pus.

Ahora bien: teniendo en cuenta que la perforación de la membrana era muy pequeña, que estaba alta y además que la mucosa que tapiza ésta se veía claramente edematosa, triple causa de los fenómenos de retención intermitente, y cuyas consecuencias podían poner en peligro la vida de la enferma, aconsejé que se hiciera una amplia y profunda paracentesis de la membrana timpánica, con el objeto de canalizar la caja y las celdillas mastoideas; que se observara muy de cerca á la paciente, porque si la infección se había hecho ostensible en el mastoide, podía no bastar esta sencilla operación y presentarse la indicación formal y urgente de la trepanación del antro.

El médico de la enferma, Sr. Dr. Hitzig, acompañado de alguno de nuestros compañeros de esta capital, llenaron la indicación á que acabamos de hacer referencia: esto es, hicieron la paracentesis; pero sea porque la incisión no fué tan amplia como era necesaria ó porque sucedió lo que muy á menudo acontece en estos casos, que la herida cierra más pronto de lo que el

cirujano desea, el hecho fué que, después de un período de mejoría de unos ocho días próximamente, volvieron los fenómenos de retención, haciéndose más marcado el edema de la región mastoidea, más intensa la rubicundez y más persistentes los dolores: la reacción febril volvió á ser de 38 grados por la noche; y el 12 del mismo mes de junio que practiqué nuevo examen encontré lo siguiente: pabellón de la oreja notablemente separado de las paredes del cráneo; región mastoidea más dolorosa y edema más marcado, aunque sin cambio notable en el color de la piel: pared póstero superior del conducto auditivo más caída, y la perforación de la membrana del mismo tamaño y en el mismo lugar que en mi primer examen. Teniendo esto en consideración inferí que la mastoiditis no curaría por la simple incisión de la membrana timpánica, tanto más, cuanto que la intensidad del proceso inflamatorio indicaba que en el caso se trataba de una otitis flemonosa, la que, como es sabido, interesa profundamente la fibro-mucosa de la caja. En consecuencia, propuse y ejecuté al día siguiente, 13 de junio, la trepanación del mastoide y la extirpación del martillo, siendo eficazmente ayudado en esta operación por los Señores Doctores Bandera y Norma.

Anestesiada la enferma y desinfectado cuidadosamente el campo operatorio, practiqué una incisión hasta el hueso, de tres centímetros y medio de largo y á medio centímetro detrás del surco de inserción del pabellón: desprendí éste con el labio anterior de la herida hasta el meato del conducto auditivo huesoso, con el fin de buscar el borde posterior de dicho meato que forma el lado anterior del triángulo quirúrgico, así como la espina *suprameatum* que ocupa el ángulo ánterosuperior de la base de dicho triángulo. Encontrado este último punto de referencia, marqué tres milímetros atrás, el lado anterior del cuadrado huesoso que debía volar con el cincel. El lado superior, también de un centímetro de largo, y formado por la base horizontal del mismo triángulo, se marcó debajo de la raíz posterior del apófisis zigomático cuatro milímetros arriba de la espina de Henle: los lados inferior y posterior se marcaron á un centíme-

tro respectivamente de los lados opuestos ya descritos. Hechas las cuatro secciones, se levantó un cuadrado huesoso de medio centímetro de espesor, y debajo del cual brotó el pus espeso, amarillo verdoso y en cantidad como de 5 cc.

Lavada convenientemente la cavidad del absceso, se procedió á aumentar la brecha huesosa con las pinzas cortantes y á la raspa de sus paredes con la cucharilla de Volkman, quitando las fungosidades de que estaban llenas algunas celdillas. Hice en seguida el cateterismo del antro, raspé sus paredes é inyecté por él una solución débilmente antiséptica que salía con dificultad por el conducto auditivo á través de la perforación de la membrana.

Temiendo que no fuera completa la desinfección de la caja si me limitaba á ampliar la perforación de la membrana del tímpano; y temiendo, además, que en el caso en que ésta cicatrizará antes de la herida mastoidea, se estableciera en esta región una fístula necesaria, como he visto algunos casos, me resolví á extirpar el martillo que, como es bien sabido, forma la extremidad externa de la cadena de los huesecillos.

Para la extirpación de este hueso, siempre he recurrido al procedimiento clásico; esto es, limitarlo por dos incisiones paralelas y próximas á sus bordes, las cuales se reúnen en la extremidad de dicho hueso; pero á fin de hacer presa segura y poderlo desarticular fácilmente del yunque, después de la sección del músculo interno, lo tomo con un polipotomo, el de Wilde, por ejemplo, y con asa doble, lo cual tiene la ventaja de evitar la sección del huesecillo, inconveniente que Luc señala al procedimiento en cuestión.

Terminada la operación se hizo un amplio lavado con solución caliente de cianuro de mercurio al uno por cinco mil, lo que nos permitió asegurarnos de que entre la caja y la herida mastoidea había una amplia y fácil comunicación. Esponjeadas convenientemente las heridas, procedí á la colocación del apósito taponando con gasa yodoformada estéril el conducto auditivo externo, y la brecha mastoidea, en la cual no se colocó ni un solo punto de sutura para curar á fondo.

La enferma no tuvo otra incomodidad que algo de basca el primer día, probablemente debida al cloroformo. La temperatura osciló, durante un mes que duró la cicatrización, entre 36° y 36°8. Solamente hubo ligerísima molestia en la herida los dos primeros días: al tercero se hizo la primera curación con todas las precauciones del caso; y viendo que el pus era en pequeña cantidad, decidí hacer las curaciones cada tercer día: á las dos semanas había cicatrizado la membrana del tímpano cerrándose la caja, cicatrización que fué favorecida indudablemente por la falta del martillo; quince días después fué completa y definitiva la cicatrización del mastoide y de la herida cutánea.

Una semana más tarde hice un nuevo examen y encontré lo siguiente: la voz natural era oída á 8 metros, la voz cuchicheada á 3 metros. El reloj era oído al contacto tanto por el meato auditivo como por la trasmisión huesosa sobre el mastoide. No se hizo el examen con los diapasones. Al examen físico: cicatriz retroauricular de dos y medio centímetros de largo, ligerísimamente deprimida; el conducto auditivo normal y la membrana del tímpano cerrando la caja y presentando las particularidades siguientes: naturalmente no existía el martillo, y por lo mismo no se veía el mango y la apófisis externa; en lugar de este último se notaba la parte superior de la rama vertical del yunque sobre la cual se apoyaba la membrana timpánica: en ésta no se veía el triángulo luminoso ni presentaba la depresión que le es característica debido seguramente á la falta del músculo tensor.

Como consecuencia de esto, la presión de la cadena sobre la membrana de la ventana oval era insignificante, lo cual explica la audición del lado operado así como la falta de zumbidos de oídos, síntoma que molesta considerablemente á los enfermos.

Las ventajas que derivan de la conservación de la membrana del tímpano son fáciles de reconocer. En primer lugar, los enfermos no quedan sujetos á la otorrea constante ó intermitente como se observa cuando la caja queda abierta y es fácil-

mente accesible á los agentes patógenos; por otra parte, apoyándose la membrana sobre la cadena trasmite á ésta las vibraciones y la audición es mejor que cuando aquélla no existe; y si se sujeta el enfermo al masaje del oído por algún tiempo, la audición puede mejorar un poco más.

Como dije antes, no me resolví á ampliar simplemente la abertura de la membrana del tímpano, por temor de que ésta cicatrizara antes que la herida del mastoide y antes que la desinfección de la caja fuera completa, lo que daría por resultado una fístula necesaria según he podido observar algunos casos. Uno de ellos, el más notable, es relativo á una enferma operada en Guadalajara, quien lleva constantemente una fístula tan amplia que parecía otro conducto auditivo colocado detrás del pabellón.

Apenas es necesario recordar que el mejor medio de prevenir los accidentes simplemente molestos, graves ó mortales que sobrevienen en el curso de una otitis media aguda, es practicar precozmente y de una manera amplia y profunda la paracentesis del tímpano. Precoz, para suprimir el dolor y desinfectar la caja evitando así que el derrame se haga purulento, ó si lo es ya, para que no invada las cavidades accesorias ó inmediatas á la oreja media. Amplia, esto es, de modo que comprenda cuando menos la cuarta parte de la circunferencia de la membrana con el fin de hacer sensible sobre la marcha del proceso los efectos de la canalización; y profunda, especialmente en los casos de otitis flemonosa, con el objeto de hacer al mismo tiempo la escarificación de la pared interna de la caja.

México, mayo 23 de 1906.

F. VÁZQUEZ GÓMEZ.