
CLINICA INTERNA.

LAS OTITIS MEDIAS SUPURADAS.

SEÑORES ACADÉMICOS:

Con el noble deseo de adquirir un asiento a vuestro lado, para aprender y *procurar colaborar* en vuestra ya elevada esfera de acción desde el punto de vista científico, vengo a sujetar a vuestro recto juicio estos apuntes, sin pretensión de más originalidad, que la relativa a las observaciones que se refieren a algunos casos clínicos por mí atendidos.

LAS OTITIS MEDIAS SUPURADAS.

ETIOLOGIA.

La infancia y la adolescencia, épocas de la vida en las que se sufre el ataque de las fiebres eruptivas, de afecciones catarrales y de otras diversas de las vías aéreas superiores, son también las privilegiadas para las infecciones supurativas de la oreja media. Siguen en orden decreciente la edad adulta, y por último, la vejez, en la que muy rara vez se observa. La herencia no es un factor de importancia apreciable, como lo es y mucho para las otosclerosis.

Las otitis medias supuradas pueden reconocer una causa general o una local:

(A). *Otitis de causa general.*—A éstas pueden referirse las que se han visto aparecer en el curso o en la defervescencia de las fiebres graves: (1) el tifo, la fiebre tifoidea, la meningitis cerebro-espinal, (2) las colibacilosis, etc. En efecto, se ha observado la aparición de un absceso superficial en panadizo, o una supuración de la oreja, originados de la misma manera en la defervescencia de la fiebre tifoidea y de la neumonía; en el seno de la Sociedad de Medicina Interna, se refirieron, en alguna sesión, casos semejantes, después de una colibacilosis en niños de tierna edad. Es seguro que la transmisión a distancia, de los gérmenes infecciosos, se verifica en estos casos por vía circulatoria.

Hay otras enfermedades que se colocan entre las causas generales de estas otitis, y aunque es perfectamente concebible que pueden serlo por el mismo modo de transmisión expresado, ello debe ser excepcional, pues casi siempre dan lugar antes a inflamaciones sépticas de las vías respiratorias superiores, de donde se propagan a la trompa de Eustaquio y de ésta a la caja timpánica: tales son las fiebres eruptivas, particularmente el sarampión y la escarlatina, la gripa, la tuberculosis y la sífilis.

Otitis medias supuradas de causa local.—La oreja media por su situación anatómica, es bien protegida contra la acción directa de los gérmenes patógenos del exterior, de manera que la infección primitiva de ella por lo general se observa, o bien cuando existe una perforación (3) de la membrana timpánica motivada casi siempre por un padecimiento curado de tiempo atrás, en cuyo caso un baño de inmersión, o una corriente de viento con polvo, bastarían para determinar la afección supurativa, o bien acontece en maniobras torpes para extraer cuerpos extraños del conducto auditivo

(1) Los Pabellones de tíficos del Hospital General, dan su contingente al Pabellón de Oto-rino-laringología.

(2) Un caso de estos fué observado en el Hospital General.

(3) Cuando la perforación se amplía o ha sido destruída toda la membrana por un padecimiento que después ha curado completamente, la mucosa de la caja se cutefiza, ofreciendo así mayor resistencia a infecciones ulteriores.

cuando se ocasiona alguna efracción penetrante y séptica de la membrana del tímpano.

Otras ocasiones, la infección de la caja es determinada por meningitis consecutivas a padecimientos del conducto auditivo: otitis externas, o bien eczemas, micosis, ulceraciones neoplásicas o sifilíticas, etc., que ofrecen terreno apropiado para el desarrollo de los gérmenes piógenos.

Pero las afecciones locales, que casi siempre son el precedente causal de las otitis medias supuradas, son las inflamatorias que se propagan por la trompa de Eustaquio, o sean las de las vías aéreas superiores: fosas nasales, naso-faringe, orofaringe y laringe, particularmente las de la naso-faringe, bien que sus inflamaciones sean primitivas, o dependientes de algunas de las enfermedades generales antes enunciadas.

PATOGENIA.

En las supuraciones de la oreja media, la asociación de los gérmenes es la regla, máxime después de la perforación del tímpano: excepcionalmente, con cuidadosa asepsia en las curaciones, se puede evitar simbiosis ulterior a dicha perforación. Tal sucedió en el caso de una señorita de nuestra alta sociedad en el que por estudios bacteriológicos frecuentes, los neumococos causantes del padecimiento se dejaron aparecer como los patógenos únicos en el pus obtenido de la caja timpánica, siendo de notarse que dieron lugar a fenómenos de infección general muy intensos, los que fueron cediendo con inyecciones de suero antineumocócico. (1)

En la mayoría de los casos de otitis media supurada aguda, en los que he podido contar con el estudio bacterioscópico del pus, se han encontrado predominantes en número los neumococos. En mucho menor número de casos ha predominado la asociación de estreptococos con estafilococos.

(1) En este caso, poco antes de que se supiera el resultado del examen bacteriológico, se aplicaron asépticamente, por un distinguido cirujano, dos inyecciones de suero antiestreptocócico. Dos semanas después, al verificarse la defervescencia del estado febril, aparecieron en el sitio de su aplicación, otros tantos abscesos en los que al estudio bacteriológico se encontraron neumococos exclusivamente.

Estas observaciones generales concuerdan con las de los autores europeos.

En las otitis medias supuradas crónicas son múltiples las especies microbianas que en su secreción se encuentran, particularmente en las fétidas, en las que dominan los anaerobios.

En las otitis crónicas es el estafilococo uno de los que se encuentran en mayor número, en menor el estreptococo y el neumococo. En un caso del Hospital General se encontró además el bacilo de Koch, y en otro el espirilo de Schaudin.

Por más que en cada uno de éstos dos grupos de otitis medias supuradas, agudas y crónicas, las diversas especies microbianas, no dan lugar en general a caracteres anatómicos ni clínicos que les sean específicos, se concibe por el resultado del examen bacterioscópico del primero y el de los últimos dos casos de que acabo de hacer mención, la importancia que puede tener como guía para el tratamiento.

ANATOMIA PATOLÓGICA.

Las lesiones de la caja del tímpano, ocasionadas por inflamación supurativa, tienen diferentes caracteres según que ésta sea aguda o crónica, y dentro de las que corresponden a estas dos modalidades clínicas existen diferencias de grado, de localización y de profundidad, a las que se agrega en algunos casos crónicos la tendencia a degeneración colesteatomatosa.

En las otitis agudas, la mucosa congestionada se hincha, y este engrosamiento congestivo de ella ocasiona el estrechamiento y aún la obstrucción transitoria de la trompa de Eustaquio; esta última, aumentando la estasis sanguínea de la mucosa de la caja, y el aumento de tensión del exudado. En cambio, la primera puede ser benéfica, en el sentido de oponer obstáculo al paso del líquido séptico al ádditus, al antro y demás células mastoides. En los casos de gran virulencia, o que la tensión intra-timpánica subsiste bastante tiempo, la mucosa se ulcera o se esfacela en algunos puntos. Este proceso ulceroso que se sucede a la vez en la membrana timpánica distendida, termina su perforación, si antes no ha sido prac-

ticada por el aurista. La baja de tensión que sigue a la perforación de la membrana, cuando no ha sido tardía, salva a las paredes huesosas, y a los huesecillos de alteraciones necróticas que conducen a las complicaciones más graves, laberínticas, encefálicas o de infección vascular y general. El sitio, la forma y la amplitud de la perforación espontánea, son variables, la mucosa, destruida en algunos puntos, es en otros engrosada, fungosa, y aun con producciones polipoides (a veces ulceradas), de volumen y consistencia variables. La perforación del tímpano es a menudo muy amplia, abarcando algunas ocasiones hasta el espacio marginal del círculo timpal. El pus destruye parcial o totalmente el martillo y el yunque; el estribo, por razón de sus conexiones amplias con la pared interna, ofrece mucha mayor resistencia a la acción necrótica de la supuración. Las paredes huesosas son el sitio de una osteitis proliferante, condensante, que es una reacción de defensa. Por lo demás, en los recalentamientos de este proceso crónico, en los que se exagera considerablemente la virulencia, la osteitis se hace destructora. El pus unas veces flúido, y espeso en otras, no es raro que tenga en suspensión grumos caseosos, o detritus de colesteatoma, y es casi siempre muy fétido.

OTITIS MEDIAS SUPURADAS AGUDAS.

SINTOMATOLOGIA.

Los síntomas de las otitis medias agudas son generales, funcionales y locales.

(A).—SINTOMAS GENERALES.

En los niños de muy tierna edad (los primeros), son los únicos que se pueden apreciar. Ahora bien, cuando esta afección es como sucede casi siempre, propagación de otra (la nasofaringe), por intermedio de la trompa de Eustaquio, los síntomas generales de aquella: fiebre, inquietud, convulsiones, se sobreponen a los de ésta, muchas veces sin que el clínico se dé explicación de este cambio, sino hasta que aparece por

una o por las dos orejas el escurrimiento revelador; o si el tímpano resiste bastante, un cuadro de meningismo, o el de la meningitis, pueden aparecer de manera inexplicable, si no se hace la exploración de los oídos.

A medida que se aumenta en edad, los síntomas generales, particularmente las reacciones nerviosas generales, calosfríos, fiebre, insomnio, decrecen en intensidad, así, son poco marcadas en el adulto, y menos aún en el anciano. (Salvo susceptibilidades especiales).

(B).—SINTOMAS FUNCIONALES.

Sordera, autofonía, zumbidos y vértigos. Poco más o menos, desde la edad de un año puede observarse si hay o no sordera, pero sólo desde que el niño puede expresarse, es cuando puede anotarse la existencia de las demás perturbaciones de orden funcional indicadas. Después de la perforación del tímpano, y mientras sirva de válvula de seguridad contra el aumento de tensión intratimpánica, disminuyen considerablemente y aun desaparecen, exceptuando la sordera, la cual subsiste mientras no se obtenga la curación. La inmovilización del tímpano y de la cadena de huesecillos hace que la transmisión de las ondas sonoras sea entorpecida, lo cual pone de manifiesto perfectamente las pruebas de Weber y de Rinne, Weber lateralizado del lado enfermo, y Rinne negativo de este mismo lado, indicando preponderancia de la transmisión huesosa sobre la aérea, al contrario de lo normal.

Los síntomas locales, consisten al principio en sensación de plenitud o de tensión dolorosa, y de latidos, en el oído enfermo, y en la cabeza. En relación de los progresos de la inflamación, y el aumento de tensión del exudado intratimpánico el dolor se exagera en la región del oído y del mastoide, del lado enfermo, hasta abatir el ánimo más levantado. Este dolor que se acompaña de irradiaciones instantáneas penosísimas, se agrava por los movimientos de la boca y de la faringe, y por el hecho de estornudar, toser y sonarse. Disminuye considerablemente al verificarse la perforación de la membrana, sea que esto suceda espontáneamente, o por la acción del aurista. Es frecuente que la presión en el mastoide provoque

dolor, así como es raro que esto suceda al hacer la tracción del pabellón de la oreja suficiente para el examen otoscópico.

SIGNOS FÍSICOS.

A la exploración otoscópica, se ve la membrana del tímpano, en los niños, sin transparencia, más o menos roja, y casi siempre deja de verse el apófisis externo del martillo. Aún que exista de hecho presión intratimpánica, esta no se manifiesta claramente, el bombeamiento de la membrana no se aprecia fácilmente a causa de la gran inclinación que en esta edad tiene sobre la pared inferior del conducto. Con los progresos de la edad, esta inclinación disminuye gradualmente hasta llegar a la que normalmente tiene en el adulto, de manera que desde la segunda infancia se perciben además de los signos ya señalados, el bombeamiento del tímpano hacia fuera, esto, en relación con la tensión intratimpánica, en la fase preperforativa de las otitis medias agudas, en las que por lo mismo, desaparece el triángulo luminoso inherente de la depresión que normalmente ofrece en su centro, hacia la pared interna de la caja. Al principio de la afección, y antes de que haya perdido su transparencia la membrana, se puede observar una línea curva acusando el menisco cóncavo del líquido en la caja. Cuando la perforación del tímpano acontece espontáneamente (1) tiene lugar en sitio muy variable, el cual por lo común se descubre una vez que se ha limpiado el campo de exploración, de los grumos espesos de pus que con frecuencia se adhieren a la membrana; entonces un reflejo pulsátil en un punto limitado de ella indica el sitio de su perforación cuando ésta es poco visible por la yuxtaposición de sus bordes, o bien cuando es reducida a un punto; otras veces la perforación da el aspecto de una pérdida de substancia, en cuyo caso es redonda u oval, siendo entonces muy fácilmente visible. En los casos que es muy difícil verla se hace la inspección a la vez

(1) Es de notarse que en México y juzgo también que en todos los lugares altos sucede con más facilidad que en los lugares bajos y que por lo mismo se explica que al contrario de lo que dicen algunos autores, (Descomps y Gibert), observemos que es frecuente la perforación espontánea en los adultos.

que la prueba de Valsalva. Cuando la perforación está en la membrana de Shrapnel tiene por esto un interés clínico particular, indicando la localización del proceso supurativo en el lóculo superior de la caja timpánica, o sea en el ático.

Es aceptado por la generalidad de los autores, y el razonamiento lo justifica, que la trompa de Eustaquio ha perdido su permeabilidad, tanto en el principio de la afección como en el período de estado.

El que esto escribe, nunca ha intentado comprobar experimentalmente la veracidad de este aserto en la consideración del dolor, y de la agravación probable de la infección al repasar en cierto modo la misma vía de su penetración a la caja. No así en la fase post perforativa, en la que la descongestión de ésta y la de la trompa por el hecho mismo de la depleción del pus, la hace recobrar su permeabilidad, así, la he podido comprobar muchas veces por medio de insuflaciones a la Politzer, que uso con un fin terapéutico después de haber procurado la desinfección de la naso-faringe.

Descomps y Gibert, entre otros autores, señalan como frecuentes las adenitis mastoideas, retroauriculares, parotideas, pretragianas, y sobre todo, las cervicales superiores profundas, respondiendo a las supuraciones de la oreja media, y pudiendo evolucionar también hacia la supuración. En mis ya numerosas observaciones personales no he encontrado adenitis sino cuando existe infección del conducto auditivo, o bien la imputable a la faringitis causal primitiva, o la relativa a una osteoperiostitis flemonosa del mastoide.

Evolución. Las Otitis medias supuradas, pueden seguir en su marcha tres caminos; la curación, el paso al estado crónico las complicaciones.

(A). La curación se obtiene mediante un tratamiento local y general bien dirigido, sobre todo local, al contrario de lo que antes afirmaban muchos médicos (en la actualidad muy pocos por fortuna) de que la anemia y el linfatismo son los únicos causantes y sostenedores de la afección y por lo mismo esperaban todo del tratamiento general exclusivo.

(B). El paso al estado crónico es la regla en los niños *de muy tierna edad* que no han logrado su curación, pues en ellos son raras las complicaciones; en ellos la membrana del tímpano

ofrece muy poca resistencia a su distensión por el pus, de manera que aún suponiendo el caso de que la punción, o mejor dicho la incisión terapéutica no haya sido precoz, la perforación espontánea no se hace esperar mucho, y resultando muy corta la duración de la hipertención intratimpánica, no se desarrolla la osteitis destructora. A mayor abundamiento, el antro que es la única celdilla mastoidea en esa época, por su situación alta relativamente a la caja, y la oblicuidad del ádito, no retiene el pus, y por tanto, tampoco se desarrolla con frecuencia esa forma de osteitis. Así, consecutivas a otitis agudas sólo desde la edad de cinco años he observado las mastoiditis necrosantes. Ahora bien, es racional pensar que algunas de las meningitis de los niños imputadas casi siempre a una infección intestinal hayan sido ocasionadas directamente por propagación de infección superativa del oído, no percibida por una imperforación de la membrana.

TRATAMIENTO.

DEBE SER PROFILÁCTICO, GENERAL Y LOCAL.

En todas las enfermedades infecciosas que tienen manifestaciones inflamatorias de las fosas nasales y de la faringe, deben prescribirse medios para la desinfección de estas partes, no sólo para atenuar en ellas la acción de los gérmenes de la enfermedad que las produce, sino para evitar también la simbiosis con los habituales de la supuración que haría más efectiva y peligrosa su propagación; la misma indicación subsiste para los casos en que las mismas regiones sean infectadas primitivamente. Además, durante la fase más aguda de esas infecciones se debe evitar sonarse la nariz de un modo violento, pues el aumento de presión a que esto da lugar, puede ocasionar arrastre de sus gérmenes con la corriente de aire hacia la trompa de Eustaquio. La desinfección a que antes hice referencia, se hace generalmente con atomizaciones de aceite o vaselina líquida esterilizados, mentolados o resorcinados, para la nariz, y naso-faringe, y la de la faringe oral con pequeñas duchas locales de solución de tetraborato de sodio al cuatro por ciento o de fenolsalil al cuatro por mil.

(B.) Tratamiento general. Salvo alguna rara contraindicación es conveniente la administración de un purgante al principio, no sólo con el fin de obtener una ligera derivación, esto es secundario, sino para prevenir las perturbaciones digestivas que muy frecuentemente ocasiona la deglución de las secreciones sépticas de la garganta, el dolor, el reposo inopinado a que se ven obligados los enfermos; todo esto por supuesto sin perjuicio de llenar las indicaciones que reclama una enfermedad general si existe.

(C.) Tratamiento local. Este no sólo debe dirigirse directamente a la afección del oído enfermo, sino también a las afecciones de la nariz y de la garganta causales, debiendo usar para esto los medios señalados a propósito del tratamiento profiláctico. Hacia la región del oído y del mastoide, se aplicarán al principio instilaciones de glicerina fenicada ligeramente cocainada y algo caliente dentro del conducto auditivo, a lo cual es bueno agregar las curaciones húmedas calientes, abarcando hasta el mastoide. Tan pronto como la sintomatología y por la inspección de la membrana del tímpano se infiere la hipertensión intratimpánica, se procede a hacer la incisión, no solamente "paracentesis" de la membrana, previa una desinfección cuidadosa de la oreja externa. La anestesia será general, cuando se trate de un niño o de una persona pusilánime; el cloruro de etilo o la mezcla conocida con el nombre de somnoformo, administrados con la mascarilla especial encuentran en estos casos una de sus indicaciones, o bien se emplea el éter o el cloroformo.

En los adultos se emplea casi siempre la anestesia local, suficiente en la generalidad de los casos. Esta se puede obtener con varias preparaciones; sólo me ocuparé de las más conocidas, las que como se verá difieren esencialmente en la elección de las sustancias que desagregando o impregnando la capa epidérmica de la membrana timpánica, hacen efectiva la acción de la cocaína; son principiando por la más antigua:

La mezcla de Bonain cloruro de Cocaína, mentol y fenol; partes iguales. Para aumentar el efecto anestésico se acostumbra adicionársele en la actualidad, solución oficial de cloruro de adrenalina en la misma proporción de los demás componentes.

Un pequeño algodón empapado de esta mezcla se aplica exactamente en el sitio de elección durante tres a cinco minutos como máximo.

El líquido de Gray: Alcohol y aceite de anilina C. C. gr..... 5.00
Cloruro de cocaína de 0.50 a..... 1.00

A esta fórmula suele agregarse un centímetro cúbico de solución oficial de cloruro de adrenalina. Acostado el paciente se le instilan diez gotas al oído enfermo, obteniendo el efecto anestésico a los diez minutos poco más o menos.

MEZCLA DE BLEGVAID:

Cloruro de cocaína..... 1 gr.
Acido salicico..... 1 „
Alcohol rectificado... .. 1 „
Sol. clor. andrenalina al 0 por mil, diez gotas.

Se empapa un pequeño algodón y se aplica al sitio elegido durante veinte minutos, tiempo suficiente para obtener una buena anestesia.

La incisión se hará con el cuchillo lánceolar especial para el objeto, o con otro que sea de hoja fina y estrecha, sea en el cuadrante postero inferior que es el más accesible, o en el antero inferior, y siempre de abajo hacia arriba, suponiendo la cabeza en la posición vertical. La amplia incisión semilunar de concavidad superior que limita un segmento de la mitad inferior del tímpano, enrasando su inserción inferior, y practicada de adelante hacia atrás, (Moure) es excelente, pues para que sea eficaz la acción terapéutica de la incisión debe asegurar la fácil depleción de la caja del tímpano. De otra manera se sucederá el paso al estado crónico, con todas sus consecuencias, o alguna complicación, siendo de estas la mastoiditis supurada aguda, necrosante, la inmediata casi siempre. Por supuesto que en el caso de una perforación espontánea, si está bien situada, pero es pequeña, se debridará sencillamente; y si está alta se hará una nueva, salvo el caso de una perforación

en la membrana flácida de Shrapnell, en la que sólo una ampliación está indicada, cuando se la considere insuficiente.

Si la afección casual de la naso-faringe se ha enfriado, deben hacerse en seguida de la perforación insuflaciones por la trompa, sea a la Valsalva, o la Politzer, pues en esas condiciones, por lo regular ha recobrado su permeabilidad.

Todos los autores están de acuerdo en que para obtener la curación sin tropiezo, sea muy amplia la canalización de la caja timpánica a través de la membrana y del conducto, pero no lo están en lo que respecta al empleo de los lavatorios, pues mientras unos los proscriben completamente alegando que el líquido lleva la infección más profundamente, otros los prescriben aún. Considero que la primera afirmación es demasiado absoluta, y que sólo cabe cuando el líquido que se emplea para los lavados es irritante, cuando es proyectado con mayor fuerza de la debida, y en los casos de deficiencia en la asepsia en las manipulaciones de su aplicación. Un líquido isotónico, aún cuando su poder antiséptico no sea muy poderoso, es el que debe usarse. Los irritantes, por poco que lo sean, contribuyen a desagregar los epitelios de la caja, de la membrana y del conducto, los cuales ya tienen motivo de alteración bastante, en su contacto incesante con la supuración. Yo prescribo una solución esterelizada de tetraborato de sodio al 5% para ser aplicada tibia y a débil presión, cada dos o tres horas cuando el escurrimiento es abundante, siguiendo con una instilación de alcohol, para que seque pronto el conducto, protegiendo en seguida con algodón aséptico, y recomendando (cuando el escurrimiento es muy abundante), que en la noche no se aplique algodón, sino exteriormente una compresa de gasa aséptica flôja, que se fija con un pequeño bendaje. Es conveniente hacer que los interesados se penetren bien hasta donde es posible de la idea de la asepsia, para que resulte eficaz su ayuda en el tratamiento. Este proceder encuentra su máximum de aplicación, cuando por circunstancias especiales no se le puede dar al aurista la oportunidad de hacer él mismo las curaciones diariamente.

Cuando oportunamente se han llenado las indicaciones de un buen drenaje por la perforación timpánica y por el conducto, y completado las curaciones apropiadas para favore-

cerlo e impedir a la vez la entrada de gérmenes nuevos venidos del exterior, la curación se obtiene en general rápidamente.

OTITIS MEDIAS. SUPURADAS CRONICAS.

SINTOMAS.

Las otitis crónicas son más habitualmente la continuación de una otitis media aguda, mal atendida o no atendida, circunstancias que favorecen el mal estado general, diátesis linfática, la alimentación insuficiente y el hacinamiento en las habitaciones; a estas circunstancias debidas a la miseria, hay que agregar otras, las enfermedades generales que tan marcadamente alteran la nutrición, la diabetes, la tuberculosis y la sífilis.

Pero no hay que olvidar que lo que alarga particularmente el estado de otorrea de una manera indefinida, es la insuficiencia de drenaje y la falta de asepsia, de donde, la mucosa irritada constantemente por el pus, se hace el sitio de yemas fungosas. Estas a su vez sostienen la otorrea haciendo el tratamiento más difícil y por ende el pronóstico. Es así como se verifica el paso de la otitis aguda al estado de crónica, siendo de notarse que cuando la afección es bilateral, se observa con frecuencia una marcha paralela del padecimiento en ambos oídos.

Una de las cosas que se invocan como favoreciendo el paso al estado de cronicidad, son las irrigaciones o lavatorios de los oídos; ya expresé antes mi opinión sobre el particular, sancionada por la práctica, de manera que aquella afirmación solo es justificable cuando la práctica de los lavados es hecha sin vigilancia ni guía de persona competente.

Otras ocasiones la otitis media crónica, aparece de una manera insidiosa, sin los antecedentes aparatosos de la otitis aguda previa, lo que explica a veces la deficiencia de datos para el conmemorativo; se puede decir que entonces no hay más antecedentes que los que de la alteración funcional, y dolores difusos intermitentes que han podido ser atribuidos a otras causas que a otitis agudas, esto se observa particularmente en

los niños debilitados, heredo-sifilíticos, en los tuberculosos y en los ancianos.

Habiendo sido señalado implícitamente, el modo de principio de la afección, el enfermo de hecho se nos presenta habitualmente con sólo los siguientes síntomas: escurrimiento de pus más o menos antiguo, de uno o de los dos oídos, y sordera no muy pronunciada.

SIGNOS FÍSICOS.

El pus llama desde luego la atención por su aspecto, más fluido, menos flemoso que en los casos agudos, seropurulento, algunas veces con grumos caseosos en suspensión, sanguinolentos en otras, y de un olor muy fétido, verdaderamente repugnante; de cantidad variable según los casos, es sin embargo escaso en la mayoría de ellos.

Al examen otoscópico, después de haber limpiado el conducto se notan las paredes de éste, algo rojas, desepiteliadas en algunos puntos, en el fondo algunas veces yemas carnosas o pequeños polipos: más comunmente se puede observar el tímpano perforado o más o menos destruido, siendo variable el sitio de la perforación, de la misma manera que sus dimensiones: cuando es amplia o está destruida completamente, se ve a través de ella la mucosa de la caja, de color rojo violáceo y casi siempre granulosa, algunas veces, permite ver los huesecillos o restos de ellos. Cuando la perforación está situada en la membrana flácida se puede apreciar a través de ella, que la cabeza del martillo ha sido más o menos destruida.

La osteitis de las paredes de la caja, es la regla, y se manifiesta al clínico, tanto por los grumos o partículas huesosas flotantes en el pus, como por su fetidez, y directamente por medio del estilete que encuentra puntos desnudos rugosos, y a veces pequeños secuestros. Al propagarse la osteitis en profundidad, con el tiempo, verificase en dos procesos; uno, que se sucede en las superficies, en contacto directamente con el pus, es destructivo, y el de las capas más profundas, condensante, protector, que más tarde podrán ser las que sufran la destrucción. Según el sitio de su preponderancia, estas ostei-

tis van preparando, el género de complicación que más precozmente le suceda, si es que hay tiempo de una segunda; así la predominante de la pared inferior por el estancamiento de pus en el receso sud-timpánico, dará lugar a las complicaciones sinuso-yugulares, la de la pared anterior a una ulceración de la carótida; la de la pared interna a la parálisis del facial, y a las laberintitis con las perturbaciones funcionales correspondientes; la de la pared superior a las infecciones meningoencefálicas.

SINTOMAS GENERALES Y FUNCIONALES.

El dolor a que dan lugar las osteitis crónicas es sordo, vago, a veces mal localizado, con exaservaciones intensas semejando jaquecas o neuralgias, que tan pronto aparecen como desaparecen sin causa apreciable, otras ocasiones no hay ningún síntoma doloroso, hasta que, por alguna retensión de pus o por los progresos de la oteitis hay un recalentamiento del proceso. Entonces aparecen síntomas generales de infección, calosfríos, fiebre, etc., cuando la osteitis se ha propagado al ático, a la ventana oval y hacia el laberinto, el enfermo sufre cefalalgia, vértigos, nistagmus y sensaciones subjetivas diversas, relativas a la función, esto es lo que se llama laberintismo, síndrome que corresponde en su tanto, al meningismo, y que como éste, cura por la trepanación mastoidea y la canalización conveniente; son estados irritativos de inflamación atenuada, son gritos de alarma que avisan la proximidad inminente de las verdaderas complicaciones. Algunas veces los dolores dan lugar a perturbaciones funcionales simpáticas en la oreja sana, otras a fenómenos de tos refleja, por la irritación a distancia del nervio glosó faríngeo del neumogástrico, y de la cuerda provocan náuseas, vértigos, salivación y perturbaciones del sentido del gusto, respectivamente. Se han señalado síntomas nerviosos de origen central, como son ataques convulsivos, epiletiformes, estado de neurastenia, agorafobia, perturbaciones de la vista. En menor grado estos fenómenos se traducen por pesantez en la cabeza, ineptitud en el trabajo, sobre todo el de actividad cerebral, modificaciones del carácter que se hace taciturno y triste. En razón de que

el nervio facial apenas está cubierto por una delgada capa huesosa, la inflamación de la pared interna de la caja al propagarse profundamente puede ocasionar su congestión y aún su edematización, la que dentro de las paredes inextensibles de su canal huesoso, da lugar a lesiones del nervio que explican los accidentes que se pueden observar: paresias de la cara del lado enfermo o verdaderas parálisis uní o bilaterales, completas o incompletas, pero que curan cuando la otitis es bien atendida, las parálisis completas irremediables son en los casos de otorreas antiguas con osteitis de la pared interna que han terminado por ahogar el nervio. La sordera no es en general muy acentuada. El Rinne es negativo del lado enfermo, y el Weber lateralizado de este mismo lado.

EVOLUCION.

La otitis crónica supurada franca, es de pronóstico variable, puede curar a la larga con un tratamiento bien dirigido, en cuyo caso el tímpano se cicatriza, la cuteización se extiende a la mucosa de la caja. Como no puede hacer restauración completa de todos los elementos de la oreja media, alterados más o menos profundamente por la supuración, tampoco puede haber restablecimiento íntegro de la función, pero con todo, es de anotar que en general no queda muy entorpecida mientras no haya alteraciones en el laberinto. Además, al faltar la protección de la membrana del tímpano, puesto que es difícil su restauración en perforaciones que se han sostenido por tanto tiempo, o bien porque son tan amplias que significan la destrucción total de la membrana, los oídos quedan siempre en inminencia de reinfectarse si no se toman las debidas medidas de protección, al menos mientras se termina el proceso de cuteización, esas medidas protectoras pueden consistir (como veremos adelante, al hablar del tratamiento), sea en la aplicación de tímpanos artificiales con todas las precauciones de asepsia, o bien en la portación constante de una delgada capa de algodón en el oído.

Cuando las otitis crónicas no son curadas o han recibido un tratamiento inadecuado, lo cual sucede con frecuencia, más o menos lenta pero siempre progresivamente siguen agrá-

vándose en relación con la propagación de la osteitis mural, además de la de los huesecillos que rápidamente ocasiona su destrucción. Por otra parte la retención del pus por las neoformaciones fungosas dan lugar a recalentamientos que son el precedente más o menos próximo de las graves complicaciones.

Uno de los modos de evolución de estas otitis es la formación del colesteatoma el cual consiste en una masa o conjunto de grumos de color blanco nacarado, de superficie brillante y de consistencia blanda al grado de que los dedos pueden desmenuzarlo, está constituido por capas estratificadas de celdillas corneas dispuestas en capas concéntricas entre las cuales se encuentran detritus diversos en descomposición, grasas y cristales de colestestina, algunas veces en el centro del tumor se encuentra un pequeño secuestro, resto de los huesecillos, o fragmento desprendido de las paredes. Su volumen varía en límites muy amplios, puede ser muy pequeño, o alcanzar el volumen de una nuez, de manera que en su alojamiento ocasiona destrucciones huesosas a veces increíbles, así lo vemos llenar la caja, ádito, el antro y demás celdillas mastoideas y hasta invadir la base del craneo. Además existe un viciamiento para las formaciones colesteatomatosas, pues se observa que después de su extirpación y limpia de la cavidad que los contenía, hay tendencia a su reproducción, de manera que el colesteatoma es fatal si no se interviene con la oportunidad y amplitud necesaria. El colesteatoma cuya patogenia ha sido motivo de numerosas discusiones es según opinión, generalmente hoy aceptada, el resultado de ese esfuerzo de cuteización de la caja y sus dependencias, pero que resulta fracasada por la insuficiencia de nutrición y el estado de maceración constante en un pus en el que pululan los anaerobios y donde se efectúan las fermentaciones pútridas que explican el olor particularmente repugnante de las orejas colesteatomatosas. El agua las hincha y este modo de ser higroscópico, dá la razón de la agravación que se observa en estos casos con los lavados al grado de provocar con frecuencia el recalentamiento de la otitis con dolores intensos y fiebre.

La disposición anatómica intratimpánica explica la localización del proceso supurativo que a veces se observa, y a este

respecto merece mención especial la supuración del receso supratimpánico, que es la que se hace paso a través de la membrana flácida, y que limitan abajo, los pliegues de la mucosa de la caja, a la que a manera de minúsculas tiendas de campaña, le forma soporte la cadena de los huesecillos, constituyendo arriba los lóculos conocidos con los nombres de pequeña bolsa o cavidad de Prussak, y la grande de Kretschmann que comunican entre sí; y aún cuando existen también comunicaciones con la parte timpánica de la caja, estas son estrechas y se tapan fácilmente por el hecho mismo de la inflamación. En cambio tienen amplia comunicación otras, con la embocadura del ádito, y por medio de éste con las células mastoideas, de manera que a las múltiples rinconadas del ático y del mastoide invadidas por el pus, es difícil darles canalización apropiada de donde resulta también la dificultad para su curación.

La marcha clínica de esta variedad de otitis es en general insidiosa, lenta, con escurrimiento escaso, algunas veces no apreciado por el enfermo mismo. Sin embargo, por la coexistencia con una mastoiditis crónica y la proximidad del pus a la cavidad encefálica y al laberinto, los síntomas son a veces penosísimos y tienen una significación formidable para un mal pronóstico próximo si no se interviene oportunamente: cefalalgia, fenómenos de meningismo y de laberintismo.

Al examen otoscópico se encuentra una perforación en cualquier punto de la membrana flácida, más comunmente arriba y adelante de la apófisis externa del martillo; más rara vez se encuentra destruida esta membrana en su totalidad y el muro del loculillo. Al observarse entonces con más facilidad el interior de la caja, es común encontrar sólo restos de la cabeza del martillo que ha sido destruida por la supuración. En la maniobra de limpiar la cavidad del ático a través de esa amplia perforación no es raro observar vértigos.

Las otitis crónicas tuberculosas tienen también una marcha insidiosa a la vez que destructora, son por lo común infecciones secundarias de otra pulmonar o laríngea en cuyo caso puede presumirse su diagnóstico. Los casos en que se encuentra el bacilo de Koch en el pus de la otorrea, sin afección tuberculosa de otra región son raros y el diagnóstico no

puede ser establecido con precisión sin la ayuda del examen bacterioscópico. Cuando esto sucede, la operación de cura radical que debe practicarse lo más prontamente posible, desvía casi siempre hacia la curación esa afección que de otra manera había de terminar fatalmente. Un caso de estos tuve oportunidad de tratar en el Hospital General de la manera dicha, con el éxito más completo.—Las determinaciones sifilíticas exclusivamente limitadas de la oreja media, deben ser rara vez observadas, máxime cuando que las osteitis que determinan, tienen tendencia a invadir desde luego el laberinto (1).

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico de las otitis medias crónicas no ofrece dificultad, los antecedentes y el olor especial hacen suponerlo desde luego, el exámen otoscópico dá la seguridad. Los casos que han ofrecido algunas dudas a un exámen superficial son los de eczema crónico del conducto, con alteración de la capa cutánea del tímpano, pero la falta de perforación confirmada por la insuflación de la caja, por una parte y por otra la demarcación clara del mango del martillo sin haber desaparecido la umbilicación normal de la membrana, aclaran esas dudas. Además el eczema primitivo del conducto es rara vez localizado exclusivamente en él, se puede encontrar en el surco retroauricular a la vez que en otras partes del cuerpo. Cuando hay coexistencia de la otitis y del eczema, siendo este último

(1) Una niña de 10 años y de constitución endeble, ingresó al servicio de Oto-rino-laringología del Hospital General, con una otitis media doble, crónica. Se procedió al examen bacteriológico, el que con sorpresa, nuestra denunció la presencia de espirilos de Shaudin además de los microbios vulgares de la supuración, estafilococos, etc. La marcha no había ofrecido ninguna particularidad, los síntomas no eran más que sordera, por lesión del aparato de transmisión según las pruebas del diapazón; el pus era abundante y fluído; al examen otoscópico ambas membranas tenían una amplia perforación en su mitad inferior. De manera que no se hubiera hecho el diagnóstico de especificidad sifilítica hereditaria, sin el concurso del examen bacteriológico del cual se infirió con acierto el tratamiento general, que con el local, han determinado una mejoría considerable en relativo poco tiempo.

provocado por el pús irritante de aquella, tampoco pueden quedar dudas después del examen otoscópico.

El diagnóstico de la naturaleza de la otitis media es en muchos casos de suma importancia según se infiere de las observaciones que acabo de mencionar, de manera que siempre que sea posible debe procurarse el exámen bacteriológico del pus, para determinar dicho diagnóstico.

TRATAMIENTO.

Cuando un caso de otitis media supurada se ha prolongado más de dos meses sin observar la tendencia a la curación, se piensa en el paso probable al estado crónico. Al hacer el exámen del tímpano se encuentra una perforación pequeña y a menudo mal situada, en cuyo caso no es suficiente que sea grande. La indicación es clara: amplia incisión o debridación en lugar declive, insuflaciones a la trompa y curaciones locales por el aurista mismo, tendiendo a facilitar el drenaje de la caja a la vez que a realizar la asepsia de la región, sin descuidar el tratamiento general que el caso indique. En el caso de una otitis crónica perfectamente confirmada, previa desinfección del conducto, se llenarán, si proceden las indicaciones antes dichas en lo que se refiere a la amplitud de la perforación de la membrana tímpanica, y si no hay fungosidades se establecerá el tratamiento metódico por medio de instilaciones de eterolado de yodoformo.

Después de algún tiempo he podido observar en algunos casos así tratados, y en esas condiciones una rápida mejoría y algunas curaciones.

Cuando hay polipos y tejido fungoso, se hará la extirpación de éstas a la vez que la de los huesecillos que en este caso no llenan su función y están más o menos necrosados, así se facilitará la raspa de la caja que será muy cuidadosa, siguiendo con las instilaciones expresadas.

En el caso de encontrar detritus colesteatomatosos desde luego se procederá a la operación de la cura radical, para la que se diagnosticará a la vez la extensión de las lesiones. La misma operación es la base del tratamiento en todas las demás formas de otitis crónicas otorreicas que han resistido los

demás medios terapéuticos y se acompañan de mastoiditis igualmente crónica y fungosa.

Cuando hay recalentamiento de estas lesiones lo que con frecuencia se observa en la práctica de Hospital, más frecuentemente se hace ostensible, primero por fenómenos locales dolor y empastamiento hacia la región mastoidea, los que dan a la indicación operatoria un carácter de suma urgencia pues la osteitis ha tenido tiempo de profundizarse en todos sentidos, haciendo inminentes las más graves complicaciones.

Repasaré brevemente la técnica de la operación: Incisión hasta el hueso, retro-auricular a tres milímetros del surco y paralela a él, principiando de la punta del mastoide abajo hasta contornear la parte superior de la inserción del pabellón hacia arriba. Desnudamiento del periostio, hemostasis, ataque al cincel y al martillo en la zona triangular limitada adelante por una línea cuatro milímetros atrás del conducto auditivo, arriba por la prolongación de la raíz posterior de la apopsis zigomatica, y atrás por la sutura petro-escamosa señalada por el límite de las rugosidades para las inserciones musculares. En los casos en que la otitis remonta desde la infancia, para llegar al antro con el cincel y el martillo se tiene necesidad de atravesar por una capa demasiado gruesa, a veces de 20 milímetros, de tejido huesoso, eburneo.

El antro es pequeño, lo que a veces hace difícil encontrarlo, algunas ocasiones para lograrlo hay necesidad de orientarse con el protector de Escat colocado desde la caja timpánica. Se procede a circunscribir y a destapar con el cincel sobre el mismo protector como guía la pared externa del labio, y en seguida se hace la raspa minuciosa del antro, de las celdillas mastoideas y de la caja, los que siempre están fungosos y teniendo especial cuidado de buscar y extraer el martillo y el yunque.

Excisión de la pared posterior del conducto cartilaginoso previo ensanchamiento de su abertura, por dos insisiones paralelas que llegan hasta la cuenca, canalización de las cavidades por esta misma abertura del conducto y sutura de la herida operatoria de las partes blandas.

Por supuesto que la mayor asepsia es la regla en esta como en toda grande operación, los cuidados ulteriores quedan ver-

daderamente sencillos, después de la primera curación que se quita a los 4 u 8 días de la operación, las curaciones se reducen a limpia mecánica y llenamiento de ácido bórico esterilizado, este modo de proceder simplifica de tal manera la duración del tratamiento post-operatorio hasta reducirlo a 30 días poco más o menos (1).

El tratamiento general en ningún caso debe ser descuidado y se relacionará según los casos con el resultado del examen bacteriológico.

(1) Esta descripción es la de la operación típica, pero ya se supone que según cada caso se harán variantes al rededor de ella que tiendan todas a la limpia completa de los tejidos lesionados y a una canalización perfecta.

México, a 29 de Junio de 1912.

R. TAPIA Y FERNÁNDEZ.

DICTAMEN.

ACERCA DEL TRABAJO ANTERIOR.

En cumplimiento de lo mandado por esta Academia y de conformidad con lo prescrito por el Reglamento respectivo, la Comisión que subscribe, tiene el honor de presentar el dictamen que se le ha encomendado, sobre la Memoria "Las Otitis Medias Supuradas," del Señor Doctor Ricardo Tapia y Fernández, que para optar a la plaza vacante en la Sección de Oto-rino-laringología presentó a esta Academia.

*
* *

El tema escogido por el autor es de aquellos que siempre están a la orden del día; pues aunque mucho se ha avanzado en el terreno clínico y mucho se ha conseguido con los ade-

lantos de la terapéutica moderna, las supuraciones de la oreja media siempre aumentan sus víctimas cada día. Con gran desconsuelo observamos que estas afecciones, *siempre graves* por los accidentes inmediatos que determinan, así como por las complicaciones a que los enfermos están tan frecuentemente expuestos y que ponen en inminente peligro su vida, sean vistas con tanta indiferencia, no sólo por los mismos pacientes o sus familiares, cuando aquellos son niños, sino aún por muchos médicos quienes sin haber hecho un examen concienzudo para darse cuenta exacta del padecimiento, se conforman con prescribir cualquier cosa: agua fenicada, por ejemplo, sin evitar con ésto los peligros inherentes a su evolución que los expone a accidentes graves o, cuando menos, a la sordera irremediable, a la sordo-mudez o al tormento constante del zumbido, de los vértigos, etc.

Las múltiples causas determinantes de estos padecimientos, que han alcanzado un lugar preponderante en nuestro medio social, son bien conocidas; siendo esto así y, teniendo algunos recursos con que librar a nuestros enfermos de molestias o de peligros más o menos grandes, estamos en la obligación de poner todo nuestro empeño para conseguir tan humanitarios propósitos.

El número de enfermos que sufre otitis medias agudas supuradas, como una herencia legada del sarampión, de la escarlatina, de la difteria o de la tos ferina, etc., es muy numeroso y, más aún, el de los que llevan un escurrimiento purulento crónico de la caja del tímpano, determinado, las más de las veces por el paso al estado crónico de las otitis agudas supuradas.

Estas afecciones disminuirán notablemente en un porvenir no muy remoto, cuando su tratamiento esté bajo el dominio del Otologista y cuando se les dé la importancia, que por su gravedad merecen, el lugar que les corresponde en el cuadro nosológico y cuando lleguemos a adquirir, también, el convencimiento de que en algunos casos pueden ser evitables, siempre que los enfermos sean atendidos convenientemente.

Penetrado el Doctor Tapia y Fernández de la importancia que tiene el conocimiento clínico de las afecciones supurativas de la oreja media; convencido del éxito del tratamiento

cuando es bien dirigido, así como de la gravedad del pronóstico, ha estado en nuestro concepto, atinado, al hacer la elección de este tema de excepcional importancia, por lo cual merece nuestro elogio.

Solamente de una manera general juzgaremos su trabajo: pues siendo un asunto tan extenso sería imposible analizar los conceptos emitidos en forma tan concreta sin entrar en detalles y minuciosidades que saldrían de los límites de este dictamen.

El tema es tan extenso y de tal importancia, que no han bastado las 25 páginas que el Doctor Tapia Fernández ha escrito para abarcar en los distintos capítulos en que ha dividido su trabajo, todos los asuntos interesantes, ni mucho menos entrar en detalles, siempre necesarios, en una Memoria de Concurso.

A no dudar, su trabajo es laborioso, pero incompleto y adolece de algunas deficiencias. Es de lamentarse que conocidas las aptitudes del concursante y teniendo los elementos de que dispone, no haya escogido como tema uno solo de los capítulos para hacer su Memoria, como la sintomatología, la patogenia, el diagnóstico, las complicaciones o el tratamiento, que le habrían proporcionado un contingente de elementos suficiente, para desarrollar su tesis, basándose en los datos de su observación personal y con mayores probabilidades de alcanzar un éxito más a la altura de sus reconocidas aptitudes.

Además de la ligereza con que trata algunos de los asuntos de su Memoria, ésta se reciente de la falta de originalidad: sus conceptos carecen de novedad y, con excepción de algunas interesantes apreciaciones que hace sobre algunos casos clínicos observados en su práctica, no encontramos nada que indique el fruto de su experiencia ni el resultado de sus investigaciones.

Pocas son, en verdad, las objeciones que pudiéramos hacer sobre los distintos puntos que comprende este trabajo en lo que se refiere a la exposición, al método y orden con que están presentados; nuestra labor, por tanto, se reduce a señalar solamente algunas de las deficiencias de que adolece: y esto de una manera general, pues siendo el tema tan complejo, sería imposible entrar en detalles y sólo señalaremos nuestra

inconformidad sobre algunas aserciones, sintiendo que el resultado práctico de las observaciones clínicas y de las investigaciones personales del autor de la Memoria, no hayan contribuido especialmente, al desarrollo de este tema tan interesante.

Al hablar de la etiología de las otitis medias supuradas de causa general, señala la frecuencia con que se presentan como complicación de las enfermedades infecciosas: tales como la escarlatina, el sarampión, la difteria, la gripa, el tifo, la fiebre tifoidea, la meningitis cerebro-espinal, etc.: pero no hace referencia a las modalidades clínicas especiales que las caracterizan, ni a la gravedad relativa, ni a las indicaciones terapéuticas que tienen que variar según sea la causa etiológica que las determinen, lo cual sería muy importante conocer.

Como dice muy bien, las lesiones anatómo-patológicas que caracterizan a las otitis supuradas son muy distintas según la marcha aguda o crónica de la afección de que se trata; pero hay alguna confusión en su descripción y no especifica las lesiones propias de la edad y las que determinan ciertos estados patológicos: como el reumatismo, la tuberculosis, la diabetes, la sífilis, etc.

Llama la atención que al hablar del tratamiento local de la otitis media supurada aguda, no haga, con el detalle que merece, las indicaciones precisas para el momento de hacer la miringotomía. El conocimiento de los síntomas que indiquen las lesiones producidas y los peligros, son los que, valorizados convenientemente, guiarán la mano del Otologista, para hacer una miringotomía o la seria abertura del antro mastoideo. Esto hace falta en la descripción referida para saber cuando se debe intervenir sin el temor de hacer una operación inútil o con la seguridad de salvar al paciente de un peligro inminente.

Al hablar de la evolución y refiriéndose al paso de la forma aguda a la forma crónica, dice el Doctor Tapia y Fernández, que esa es la regla en los niños de muy tierna edad; que son raras las complicaciones y que la perforación espontánea del tímpano no se hace esperar mucho, debido a la poca resistencia de esta membrana. No estamos enteramente de acuerdo con estas aserciones: los niños de tierna edad padecen muy

frecuentemente otitis agudas supuradas que muchas se curan solas y que pasan inadvertidas, estas son las que son ocasionadas por catarros banales de la naso-faringe; las que tienen por causa gérmenes virulentos como los de la escarlatina, el sarampión, la gripa, etc., son las que tienen mayor tendencia a la cronicidad. Respecto a la resistencia del tímpano, creemos que de una manera general, no se puede afirmar nada: pues numerosos son los casos en que el tímpano se perfora después de varios días de resistir a una fuerte tensión del líquido purulento que llena la caja, al grado de formar una bolsa que hace hernia a través del conducto auditivo, lo cual no es muy frecuente en el adulto. La causa patogénica o la naturaleza más o menos virulenta de los microbios que han determinado la otitis, nos dará la explicación de este hecho. Así se explica también la reacción general demasiado intensa y grave que suele presentarse en los niños, en los que apenas se han podido apreciar los signos objetivos de una otitis aguda con un ligero derrame purulento.

El tratamiento general de las otitis purulentas agudas tiene que obedecer a múltiples indicaciones; y contamos con elementos terapéuticos de no escaso valor para moderar las manifestaciones generales de la infección otógena. Se han ensayado con éxito los tratamientos: anti-estreptocócicos, anti-neumocócicos, anti-diftéricos, según sea la causa determinante de la otitis; se emplean también los anti-térmicos y los analgésicos. Estos agentes, solos, o hábilmente asociados a otros, nos proporcionan preciosos recursos, si no para combatir de una manera segura los múltiples síntomas, sí, cuando menos, para disminuir los padecimientos del enfermo, favorecer su evolución y disminuir los peligros de una infección que rápidamente los puede llevar a un funesto desenlace.

El autor hace una extensa y bien razonada descripción de la miringotomía y del tratamiento local post-operatorio, o del que conviene cuando el tímpano se ha perforado espontáneamente; pero casi nada dice del que se refiere a la otitis aguda, antes de la perforación, ya sea espontánea o quirúrgica, y cuando no se puede intervenir aunque se tengan las mayores presunciones de que existe pus en la caja del tímpano. Este período precursor de la perforación, merece una atención es-

pecial: pues el tratamiento local, no operatorio, es valioso cuando menos para moderar el dolor, la hipertención de la caja, la congestión vascular y todos los demás signos subjetivos y muchas manifestaciones generales. Algunas sorpresas han desarmado a los Otólogos en vista del cambio favorable que han visto en enfermos próximos a ser operados, teniendo la convicción de la existencia del pus y de la necesaria intervención. Tal vez la poca virulencia del agente patógeno, la facilidad de reabsorción del exudado purulento, a alguna causa que esté lejos de ser bien interpretada, expliquen éstos, no excepcionales, casos de curación de otitis supuradas agudas. Es posible que el tratamiento general y el local combinados, tomen una gran participación para favorecer la resolución y en tal virtud debemos darle la importancia que merece.

Haciendo justicia al Señor Doctor Tapia y Fernández debemos aclarar que en su Memoria, hasta donde es posible dadas sus dimensiones, consigue su propósito y que, en general, el orden y método con que está escrita, revela los conocimientos y aptitudes que no en vano ha adquirido durante su provechosa práctica.

Dicho Doctor ha desempeñado el cargo de Médico del pabellón de Oto-rino-laringología del Hospital General durante cuatro años, en donde ha podido demostrar su habilidad como operador, su prudencia y su acierto en la práctica de esta importante rama de la medicina; ha presentado en varias sociedades científicas algunos trabajos: en la Sociedad de Cirujanos del Hospital General presentó una que lleva el título de "La Laringostomía" y otro en la de Medicina Interna que se ocupa de la "Meningitis de causa otógena," tratada por el vaciamiento mastoideo; trabajos que han merecido los elogios de sus consocios.

Considerando personalmente no bastarían nuestras palabras de elogio para enaltecer sus méritos: ha sido un constante luchador, es altruista, estudioso, cumplido y ha ocupado siempre un lugar muy distinguido entre sus compañeros y en la sociedad por su honorabilidad profesional.

Por lo expuesto, la Comisión que subscribe, somete a la

aprobación de esta respetable Academia las siguientes conclusiones:

1^a Es de aceptarse al Señor Doctor Ricardo Tapia y Fernández como Miembro de esta Academia de Medicina en la Sección de Oto-rino-laringología.

2^a Publíquese su Memoria en la "Gaceta Médica."

México, 24 de julio de 1912.

FRANCISCO VAZQUEZ GÓMEZ.

PEDRO P. PEREDO.

RAFAEL SILVA.