

que el número de accesos de tos disminuía después de las dos o tres primeras cloroformizaciones. En ocasiones, al empezar a dar el cloroformo, cuando aparece el período de excitación, se provoca el acceso de tos que se apaga inmediatamente si se aumenta la cantidad de cloroformo. He aplicado la anestesia cloroformica una o dos veces a la semana y durante dos o a lo más tres septenarios.

De todas maneras, si consideramos que muchísimos enfermos de coqueluche duran desde 6 semanas hasta 4 meses y que no pocos mueren por complicaciones bronco-pulmonares o mecánicas y que todos se deterioran notablemente en su estado físico, estamos obligados a poner en juego todos los recursos modernos para tratar de remediar, hasta donde sea posible, los estragos de la coqueluche y tratar también de evitar el mal por medio de la inmunización profiláctica, que es hoy una halagadora esperanza.

México, noviembre 12 de 1913.

*J. Cosío.*

---

---

### **Ligeros apuntes sobre la osteo-periostitis directa consecutiva a las otitis medias.**

---

Las enfermedades de la caja del tímpano son las más frecuentes y las más graves de entre las que afectan al complicado aparato auditivo. Las otitis agudas, según la virulencia del agente infeccioso que las origina, tienen una evolución más o menos ostensible, algunas veces grave; pero son de entre ellas las que exponen menos la vida de los enfermos, porque su resolución y su curación se verifican espontáneamente o porque tenemos medios eficaces, rápidos y casi siempre seguros para combatir las y evitar las complicaciones, que no por ser raras dejan de ser rápidamente mortales. Las otitis purulentas crónicas de evolución insidiosa, muy frecuentemente vistas con indiferencia por los pacientes y aun por los médicos, que pocas veces causan molestias o dolores, son las más peligrosas por sus consecuencias, las que alteran y destruyen profundamente los tejidos, las que preparan verdaderamente una explosión que hace sus efectos a veces a grande distancia en la profundidad de los órganos más nobles del cráneo. (Inflamaciones de las meninges, del cerebro y cerebelo, infecciones de los senos, etc.). No sin razón los otólogos consideran como un axioma: "EL INDIVIDUO QUE TIENE PUS EN LA OREJA MEDIA LLEVA EL GERMEN DE LA MUERTE." No solamente son importantes por el peligro inminente a que exponen la vida, basta considerar que las complicaciones no mortales, las que destruyen una función sensorial, la más intelectual de los sentidos, sujetan al paciente a la triste y penosa vida de los sordos, atormentados por los zumbidos y los vértigos; segregados de la sociedad, inútiles para

hacer alguna carrera, y, sobre todo, si son niños de corta edad, condenados a la sordo-mudez. Razones son éstas para que le concedamos al estudio de esta afección toda la importancia que merece, tanto más, cuanto que en la actualidad la terapéutica especial ha hecho grandes progresos y el conocimiento de sus consecuencias y peligros es cada día más extendido.

Me ha llamado la atención, para el asunto de este trabajo, una de las complicaciones que aunque no es de las más importantes, necesita, a mi juicio, ser estudiada; y una vez que la experiencia le conceda la autonomía necesaria, colocarla en el lugar que le corresponde entre las que son ya bien conocidas. Me refiero a la **OSTEO-PERIOSTITIS CONSECUTIVA A LAS OTITIS MEDIAS**. Esta complicación, negada por algunos autores, dió lugar a que yo vacilara cuando tuve a mi cargo el servicio de oto-rino-laringología del Consultorio Central, en presencia de numerosos casos de peri-mastoiditis supuradas que fueron curadas por la incisión conocida con el nombre de Wilde. Entonces, por la urgencia de una intervención, practiqué esta incisión provisionalmente, en abscesos de la región mastoidea, poseído de las ideas que aún reinan entre muchos otólogos, de que la peri-mastoiditis no es más que la endo-mastoiditis exteriorizada, con el fin de mejorar las condiciones de los enfermos, mientras acudían al Hospital General para que se les hiciera una intervención formal. En muchos enfermos, adultos generalmente, pude encontrar, haciendo una exploración cuidadosa, la existencia de alguna fístula o de lesiones huesosas de la pared externa del mastoide, que no dejaban duda de su origen endo-mastoideo; pero en otros, niños especialmente, estas lesiones no existían: el hueso privado de su periosteo conservaba su aspecto normal sin tener ninguna señal que hiciera sospechar la existencia de una endo-mastoiditis. Estos enfermos fueron atendidos en el citado Consultorio, y pude observar que la evolución se hacía como en un absceso de otra región, que el hueso desnudo se cubría rápidamente, que la herida se cicatrizaba sin accidentes y que las más de las veces, cuando la otitis aguda había sido la causa del absceso, se curaba; no sucediendo lo mismo con las otitis crónicas que persistían con su fístula timpánica. Las condiciones especiales en que se hacía ese servicio no me permitieron hacer historias clínicas, ni obtener los datos estadísticos que ahora me servirían para apoyar mis ideas; pero mis observaciones me dejaron la convicción de que estaba en un error creyendo que sistemáticamente debía aceptar el axioma de que: **"NO HAY PERI-MASTOIDITIS SIN ENDO-MASTOIDITIS,"** y desde entonces, aunque pocos, he tenido hechos que confirman que **LA PERIOSTITIS EPI-MASTOIDEA O DE CUALQUIERA OTRA REGION PERI-AURICULAR PUEDE SER DETERMINADA POR LA PROPAGACION DIRECTA DE LA INFLAMACION DE LA CAJA DEL TIMPANO, SIN INTERVENCION DE LA ENDO-MASTOIDITIS.**

Las complicaciones de las enfermedades de la oreja son importantes bajo el punto de vista de su gravedad; no bien conocidas sino hasta que los progresos de la otología han hecho apreciar sus detalles clínicos y sus diversas manifestaciones, sobre todo las que se relacionan con los órganos contenidos dentro de la cavidad craneana. Muchas de ellas son mortales a pesar de los adelantos que esta rama especial de la Cirugía ha alcanzado para combatir las. Por desgracia, no siempre nos es dado a los médicos hacer un diagnóstico preciso y encontrar la relación etiológica entre muchos padecimientos cerebrales con lesiones poco aparentes o despreciadas aun por los mismos enfermos, localizadas en la oreja media. Mu-

chos casos de meningitis, de abscesos cerebrales o cerebelosos, de piohemia, de septicemia, son debidos, en la mayoría de las veces, a la propagación de una inflamación crónica purulenta de la oreja media que ha pasado inadvertida al examen del clínico.

Esta forma de otitis es la que da mayor contingente en las complicaciones de origen ótico; sigue la forma aguda y, por último, la simplemente catarral, aunque rara vez capaz de determinar la infección de las meninges. En los niños, sobre todo, la mortalidad por accidentes cerebrales es numerosa y muy frecuentemente éstos son determinados por padecimientos auriculares. Así lo prueban las estadísticas: Wreden encontró en 80 autopsias de niños, solamente 14 sin lesiones auriculares; y Kutscharianz, en 230 casos, sólo 30. Esta mortalidad, hasta hoy muy elevada, tendrá que decrecer cuando con el adelanto en los medios de exploración y la seguridad en la apreciación clínica de los síntomas propios de las complicaciones de origen ótico, estemos más familiarizados, más aptos, por tanto, para hacer un diagnóstico etiológico preciso y más seguros para instituir el tratamiento adecuado.

La gravedad de las complicaciones intra-craneanas de las otitis medias supuradas, en mi concepto, ha hecho que los otologistas se fijen de preferencia en ellas y les den toda la importancia que en realidad merecen, haciendo un estudio cada vez más completo y más profundo. Es verdad que son las que por su gravedad y por el interés científico para combatir las, han puesto en juego la sagacidad de los clínicos para diagnosticarlas y la habilidad de los operadores para tratarlas, hasta el grado de quedar bajo el dominio de la Cirugía otológica la resolución de la mayor parte de los difíciles problemas que no ha mucho tiempo se quedaban planteados. Sus esfuerzos marcan cada día un progreso, con una nueva conquista en los procedimientos operatorios, basados en los conocimientos más perfectos de la evolución, la marcha y los accidentes a que dan lugar.

No es mi intención hacer una descripción de las diversas complicaciones de las otitis medias, pues sería superior a mis fuerzas, y, sobre todo, no tendría interés, por no poder agregar nada a tanto como existe en la riquísima literatura que se ocupa de este asunto. Solamente describiré una de ellas que, a mi modo de ver, merece un lugar en la clasificación establecida, lugar que algunos autores le han negado y otros sí se lo dan, pero sin otorgarle la importancia que merece; pero antes creo conveniente recordar algunos de los detalles anatómicos de la caja del tímpano que explican la facilidad y hacen comprender el mecanismo de la propagación de las infecciones en derredor de la oreja.

Bien sabido es que el revestimiento mucoso de esta cavidad se continúa por intermediario del círculo timpanal con la piel del conducto auditivo externo, y que ésta, a su vez, en la parte huesosa de este canal, está tapizando el hueso de tal manera, que tanto en el interior de la caja como en el conducto, la mucosa y la piel se continúan haciendo las veces de periosteo.

No obstante esta particularidad, las funciones de estas dos regiones tienen caracteres distintos, tanto por la naturaleza histológica de los elementos de que se componen, como por la división que el tímpano hace del conducto huesoso para usos distintos.

La pared interna de la caja, constituida por el promontorio, es una lámina huesosa, delgada, perforada de dos orificios: la ventana del vestíbulo u oval y la ventana del caracol o redonda; el nervio y la arteria timpánicos atraviesan el

promontorio, y en la parte posterior el canal de Fallopio, que aloja el nervio facial. Esta configuración nos explica la facilidad con la cual se afecta el nervio facial y se propagan las infecciones de la caja al laberinto.

La lámina huesosa que forma la pared superior es muy delgada; suele ser dehisciente y es atravesada por delgados vasos que comunican la circulación de la mucosa con la de las meninges.

La pared inferior, también delgada y dehisciente, forma el golfo de la vena yugular, y nos explica la posibilidad de una trombosis o de una flebitis bajo la influencia de la osteitis o por el paso de los agentes infecciosos.

En la pared anterior desemboca el canal tubario y abajo de él una lámina huesosa delgada separa la caja de la arteria carótida.

La pared posterior comunica con el antro-mastoideo por el ádito, cuyo orificio está en la parte superior; las celdillas limítrofes del apófisis rodean este canal y son muy fácilmente infectadas.

La caja está separada del exterior principalmente por el tímpano y por el anillo huesoso que le sirve de marco, el que tiene la particularidad de permanecer sin soldarse al conducto huesoso en los niños de muy tierna edad; lo que aumenta en ellos la facilidad del despegamiento, la infiltración del periosteo y la formación de abscesos peri-auriculares.

Todas las paredes están perforadas por pequeños y estrechos canales que dan paso a los vasos sanguíneos y linfáticos, así como a los nervios, haciendo, por tanto, posible la transmisión de una infección por estas vías, en todas direcciones.

Como se ve, la inflamación de la caja puede propagarse por continuidad o por contigüedad a los órganos que la rodean y determinar complicaciones que pueden clasificarse de una manera artificial, en: intra-craneanas, extra-craneanas y meso-craneanas, según el camino que siga la infección. Las intra-craneanas pueden propagarse por vía directa por los vasos a través de las dehiscencias huesosas, de la sutura petro-escamosa, por intermediario de las células mastoideas que limitan la pared posterior de la caja, o bien por la perforación de las paredes a consecuencia de la osteitis o de la caries. Según el sitio de estas lesiones así será la localización de las complicaciones: las de la pared superior determinarán las complicaciones en la fosa cerebral media; las de la pared posterior, en la fosa cerebral posterior. Las extra-craneanas son las que se propagan por los vasos linfáticos y sanguíneos a distancia o por continuidad, como: las linfangitis, adenitis, parotiditis, adeno flegmones, etc.; o por contigüedad a través de los tejidos de revestimiento del conducto, como: la periostitis peri-auricular que determina complicaciones en la cara externa de la mastoide, en la escama del temporal, en la articulación temporo-maxilar, etc.; y la osteitis destructiva y la carie, que, destruyendo las láminas huesosas que limitan la caja en sus paredes inferior y anterior, ocasionan las lesiones de la vena yugular y de la carótida.

Por complicaciones meso-craneanas debemos entender aquellas que han sido determinadas por la extensión de la infección de la caja por contigüedad de tejidos en el espesor mismo del temporal y de los huesos adyacentes; así creo que deben clasificarse, por ejemplo: la mastoiditis y la celulitis-mastoideas, la laberintitis, las osteo-mielitis y la flebitis de los huesos del cráneo.

Todos estos procesos pueden combinarse o desarrollarse aisladamente; así vemos frecuentemente una infección de la oreja media propagarse a través del antro mastoideo a las celdillas del vértice del apófisis, determinar una osteitis y la perforación al nivel de la ranura digástrica y terminar con un flegmón

profundo del cuello, constituyendo la mastoiditis de Bezol; una flebitis de los senos puede determinar abscesos metastáticos; una mastoiditis, causar una leptomeningitis, un absceso cerebral o cerebeloso, una trombo-flebitis, etc.

Hay una periostitis del conducto llamada primitiva, ocasionada por un fórnulo, un traumatismo o una infección de causa externa; puede tener caracteres semejantes a los de la periostitis de la caja; pero de esta forma no me ocuparé, sino de la que tiene su origen en una supuración localizada en la oreja media, sin participación de la endo-mastoiditis supurada.

La clínica ha demostrado con hechos elocuentes la existencia de osteo-periostitis peri-auriculares que han tenido su punto de partida en una otitis media. Duplay, Güisé, Frassant, Lorens, etc., admiten que la fibro-mucosa de la caja inflamada y ulcerada, despegada del hueso subyacente, permite la infiltración del pus bajo el periosteo del conducto, para extenderse sobre la cara externa del apófisis mastoide. Por este mecanismo debemos explicar las peri-mastoiditis y osteo-periostitis que se manifiestan en derredor del meato auditivo, cuando el conducto cutáneo y las cavidades mastoideas están sanas. Politzer y otros otólogos han creído encontrar siempre relación entre una periostitis y una endo-mastoiditis, y condenan la simple incisión de Wilde por el hecho de haberse presentado accidentes serios en individuos que llevaban una mastoiditis crónica fistulosa y en quienes, como se comprende, no bastó al tratamiento. Se deduce de esto: que no deben imputarse a la intervención los accidentes referidos, sino más bien a una falta de precisión del diagnóstico.

Creo con Duplay, con Botey y otros, que hay en realidad una exageración, y que las ideas de los detractores a este respecto son muy exclusivas, al grado de creer en la necesaria coexistencia de la endo-mastoiditis con la peri-mastoiditis y de juzgar tímidos o ignorantes a los que proceden de distinta manera.

La incisión de Wilde, que no debe hacerse sino en los casos en que esté indicada, es decir, en aquellos en que la supuración esté fuera de la pared huesosa, ha sido condenada sin justificación, pues a nadie se le ocurre pensar que con ella puedan curarse las endo-mastoiditis supuradas.

Si algunos casos de curación de una endo-mastoiditis por una simple incisión se han presentado en la práctica, han sido por error. Yo mismo he tenido un ejemplo, por fortuna con feliz éxito, en una niña que se me presentó con un absceso retro-auricular que reclamaba urgentemente su abertura; creí, sin haberme dado cuenta exacta de la causa que lo originó, que se trataba de un simple flegmón, pues no había signos de mastoiditis y sí, los de una otitis media complicada de eczema del conducto externo y del pabellón. Algunos días después de la intervención pude apreciar que existía una pequeña fístula sobre la base del mastoide que llegaba al antro, de donde extraje un pequeño secuestro huesoso; pero en vista de la marcha rápida hacia la curación, de no haber ningún accidente intracraniano que me obligara a hacer una trepanación, ni nada que me hiciera temer un desastre por una operación inadecuada, me abstuve de intervenir y, en poco tiempo, tuve la sorpresa de ver cerrada la fístula, cicatrizada la herida y curada la otitis aguda complicada de la perforación timpánica, que fué la causa de este accidente.

Este solo hecho no bastará para justificar mi conducta, ni para pensar que una simple incisión pueda instituirse como tratamiento en las endo-mastoiditis. De la misma manera creo que no está justificada la antrotomía sistemática en la osteo-periostitis peri-mastoidea en los casos dudosos en que faltan datos

precisos para afirmar la existencia de una endo-mastoiditis. ¡Cuántos otólogos han penetrado al antro y han abierto las demás cavidades del apófisis sin encontrar lesión alguna! Duplay refiere el caso de un enfermo a quien abrió un voluminoso absceso retro-auricular para darle algún alivio mientras estaba en condiciones de operarlo, creyendo que se trataba de un absceso del mastoide exteriorizado. Cuatro días después hizo una trepanación, no encontrando huellas de inflamación. Este mismo autor refiere, como frecuentes en el curso de la inflamación de la caja del tímpano, las adenitis retro-auriculares y los adenoflegmones del cuello; por lo tanto, hay que tomar en cuenta, en los casos dudosos, la posibilidad de la formación de un absceso peri-mastoideo independiente de toda lesión del antro, para no exponerse a hacer una operación, como la antrotomía, que por más inocente o exenta de peligros que la juzguemos en manos hábiles, resulta inútil, laboriosa y puede retardar la curación, si la comparamos con la sencilla incisión de Wilde. Lue, después de la observación minuciosa de algunos casos análogos, concede también la razón a esta incisión recomendada por Duplay.

El diagnóstico en muchos casos es delicado y no bastan los síntomas para normar la conducta del operador; hay que esperar en los casos no graves ni urgentes a que la evolución del proceso aclare las dudas, y, si a pesar de todo, hay vacilación, la conducta será: abrir el absceso con una simple incisión provisional, dispuestos a proceder de otra manera si la exploración hecha en el fondo de la herida nos demuestra la existencia de una fistula o lesiones huesosas que hagan sospechar el origen endo-mastoideo de la supuración.

Recientemente he tenido un caso en que esta conducta ha quedado confirmada. Se presentó en mi servicio en el Hospital General un enfermo con un escurrimiento de pus por la oreja izquierda y un enorme flegmón de la región mastoidea, extendido desde la región temporal hasta la cara lateral del cuello; la piel, enrojecida, edematosa y muy sensible a la presión; el surco retro-auricular, borrado completamente y la oreja llevada hacia adelante y también edematosa; sobre la región mastoidea había un punto sensible a la presión profunda; temperatura de 38°5, cefalea y excitación nerviosa. El padecimiento fué originado por un traumatismo del tímpano que determinó su perforación y una otitis media aguda que comenzó con dolor intenso en el fondo del oído, fiebre, sordera, sensación de plenitud y escurrimiento sero-sanguinolento. Al examen otoscópico pude apreciar, con gran dificultad por la estrechez del conducto, que había una perforación postero-inferior del tímpano, que la caja estaba llena de pus y que tanto aquella membrana como las paredes del conducto estaban bajo la influencia de una inflamación aguda.

Aun cuando no había punto fluctuante, la indicación era precisa, como era indudable la existencia profunda del pus; había que abrir ampliamente la región retro-auricular. Al día siguiente hice una incisión amplia y profunda hasta llegar al hueso, y no habiendo encontrado el foco purulento, me dispuse a hacer la trepanación mastoidea; despegué el periosteo de esta región y el correspondiente a la pared posterior del conducto que estaba infiltrada y se dejó despegar fácilmente; cuando esta maniobra la hacía cerca del límite inferior de la incisión, con sorpresa vi aparecer algunas gotas de pus cremoso, bien ligado; busqué el lugar de donde salía y me cercioré de que sobre el borde anterior del apófisis había una pequeña cavidad subperióstica; examiné con cuidado toda la superficie huesosa que había desnudado, sin encontrar lesión alguna

ni huella de osteitis; con el estilete busqué divertículos o trayectos que me condujeran al sitio de origen del pus, sin encontrar nada; solamente me llamó la atención el engrosamiento y la rubicundez de la pared posterior del conducto auditivo. En vista de este resultado prescindí de abrir el antro como lo había pensado, pues nada me hacía sospechar que la supuración fuera de origen endomastoideo. Hice una canalización con gasa, curando a fondo la herida, y esperé el resultado. A las pocas horas la temperatura bajó a la normal para no volverse a elevar; el dolor local y la cefalea desaparecieron poco a poco; solamente el extenso edema subsistió durante cuatro o cinco días, pero reduciéndose notablemente cada día; la supuración, después de la primera curación, fué poco abundante y en relación con la superficie cruenta; el escurrimiento del oído fué siendo cada día menor hasta desaparecer. Se dió de alta con su herida cicatrizada y curada de la perforación timpánica; la sordera no ha desaparecido aún en la actualidad y el zumbido persiste, aunque con muy poca intensidad.

Los primeros síntomas que se presentan son ocasionados por la inflamación del periosteo de la caja y de las paredes del conducto auditivo y se manifiestan por un dolor intenso, profundo, exacerbado por la presión en el conducto auditivo, por los movimientos del maxilar y por los estiramientos del pabellón de la oreja. Como consecuencia de la infiltración del periosteo o de su despegamiento, las paredes del conducto se hinchan y estrechan su cavidad, llegando a obstruirla al grado de no permitir la exploración profunda. Al examen superficial se nota la piel edematosa, ligeramente enrojecida y sensible al contacto del estilete. Cuando la infección se ha exteriorizado, aparece en la región retro-auricular un edema duro y doloroso que borra el surco y se extiende rápidamente al derredor del oído, desviando el pabellón de la oreja hacia adelante, o hacia abajo y adelante, según que la propagación de la infiltración se hace por la pared posterior o superior del conducto. Cuando está invadida la pared anterior o superior, se presentan los fenómenos de la artritis tèmpero-maxilar: edema, rubicundez de la piel, dolor en los movimientos del cóndilo que impide la abertura de la boca, y, algunas veces, trismus del masetero; frecuentemente los ganglios peri-auriculares se infartan y se supuran y dan lugar a un verdadero flegmón que evoluciona de una manera independiente de la periostitis. La fiebre aparece desde los primeros momentos, intensa y con exacerbaciones vespertinas, para hacerse irregular después o aun desaparecer, según la virulencia del germen que la origina y la marcha que sigue la infección.

Algunas veces los fenómenos inflamatorios, espontáneamente o bajo la influencia del tratamiento local (curaciones húmedas calientes), desaparecen, o bien terminan por la formación de un absceso sub-perióstico que se hace subcutáneo después, para abrirse al exterior, dejando en su fondo el hueso desnudo; éste se cubre de granulaciones muy pronto, y el absceso evoluciona normalmente hasta su curación. Cuando la destrucción del periosteo priva de nutrición al hueso subyacente en extensión o en profundidad, éste se necrosa y forma secuestros que se eliminan muy lentamente, dando lugar a fístulas y a supuraciones prolongadas; en ocasiones las lesiones son más profundas y extensas, complican gravemente el resultado final y hacen el pronóstico más delicado. Estas lesiones, extendidas hacia la región zigomática, dan lugar a la osteitis destructiva de la articulación tèmpero-maxilar, a la necrosis, a la artritis fungosa y a las vastas necrosis del arco zigomático y de la rama ascendente

del maxilar inferior. Estas son las más frecuentes y las que pudiéramos llamar de continuidad; pero hay otras, más graves aún, que son debidas a la propagación de la infección, ya sea por los conductos vasculares, por las dehiscencias huesosas o por el avance lento y progresivo de la necrosis huesosa; me refiero a la osteomielitis de los huesos del cráneo, a la meningitis y encefalitis, a la infección del seno transversal a través de la pared posterior del conducto auditivo que da lugar a la flebitis, a la tromboflebitis o a la piohemia; y en fin, a los profundos y gravísimos adeno-flegmones del cuello. Por fortuna estas complicaciones son raras y casi siempre están subordinadas al estado general del paciente. Por esto es que el pronóstico es más grave si estos accidentes se presentan en adultos afectados de linfatismo, sífilis, diabetes o tuberculosis y menos si se desarrollan en niños o en jóvenes sin antecedentes diatésicos.

Al hablar de los síntomas he dejado descritos los elementos para hacer un diagnóstico diferencial con algún otro padecimiento semejante; sólo quiero insistir en algunos detalles que evitarán la duda cuando se sospeche una endomastoiditis. En la epi-mastoiditis u osteo-periostitis de la región mastoidea consecutiva a una otitis media, el edema inflamatorio es más generalizado y más precoz, pues se extiende a todas las regiones peri-auriculares, comenzando por el revestimiento fibro-cartilaginoso del conducto, el surco retro-auricular y el pabellón de la oreja. El enrojecimiento de la piel es más marcado al nivel de este pliegue, que se borra muy pronto, en donde forma una mancha semilunar siguiendo la línea de inserción del pabellón. El dolor tiene algo de especial, pues el espontáneo es muy intenso y difuso y el provocado se limita a la región pre-mastoidea, con la particularidad de que se exacerba con los movimientos del maxilar y con el estiramiento del pabellón de la oreja, lo que no pasa en la endomastoiditis.

El tratamiento tendrá que variar según sea el grado de intensidad de los síntomas y el período de evolución en que encontremos al enfermo. En los primeros momentos en que esta complicación se presenta pueden bastar los recursos de la terapéutica médica para obtener su resolución: los anti-flogísticos, los analgésicos, los calmantes, los anti-térmicos, etc., modifican favorablemente los síntomas generales; pero hay que darle la preferencia al tratamiento local, que consistirá en la desinfección cuidadosa del conducto y de la caja, si ésta está ampliamente comunicada con el exterior por una perforación del tímpano suficientemente grande y en lugar declive que permita hacer lavados abundantes y que garantice la canalización del pus; si esto no es así, la indicación capital está en hacer una miringotomía amplia que llene las indicaciones señaladas, y facilitar el drenaje del foco purulento con curaciones húmedas y calientes. Como esto es la regla y la insuficiente salida del pus es generalmente la causa etiológica principal, la atención del médico debe dirigirse especialmente en aprovechar las condiciones propias de la región y favorecer la canalización natural por el conducto, antes que proceder a hacer una intervención exterior que puede resultar inútil. Cuando no sea suficiente el tratamiento y los signos de la formación de un absceso sean claros, ya he dicho que *la incisión de Wilde* ESTA INDICADA Y DEBERA HACERSE EXCLUSIVAMENTE, SIEMPRE QUE SE TENGA SEGURIDAD EN EL DIAGNOSTICO; y solamente cuando haya vacilación, o que los síntomas no mejoren con la primera intervención, o cuando existan accidentes serios que hagan temer una complicación endo-craniana, entonces estaremos autorizados a abrir las cavi-

dades del apófisis mastoide. Si el sitio del absceso está en otra región, la indicación es la misma: abrir ampliamente y canalizar antes que exponer al paciente a complicaciones graves.

No estoy de acuerdo con algunos otologistas, que por el hecho de no haber obtenido éxito con una simple incisión de Wilde cuando el enfermo tenía endomastoiditis crónica supurada y fistulosa, han condenado y relegado al olvido ese tratamiento instituido por Duplay para las osteo-periostitis ajenas a toda supuración endo-mastoidea. La incisión de Wilde está indicada para esta complicación de las otitis; no hay que pedirle más, ni esperar que resuelva el problema de combatir las oto-mastoiditis purulentas. También estoy en desacuerdo con los que creen con Lermoyez que es preferible, en caso de diagnóstico dudoso, hacer una antrotomía BLANCA, como le llaman, en un mastoide sano, que dejar evolucionar al enemigo encerrado dentro del apófisis, por contentarse con hacer una simple incisión. En primer lugar, porque no creo tan inocente una trepanación, que expone a osteitis, a necrosis e infecciones o cuando menos a retardar la curación; en segundo lugar, si ha habido un error de diagnóstico y la incisión se juzga insuficiente, se puede proceder en seguida a abrir el antro o se aplaza esta segunda intervención, si no hay indicaciones especiales. Sólo la marcha atenta y la apreciación de los síntomas puede dirigir con precisión la mano del operador: el diagnóstico exacto es la base de una acertada intervención y sin él se puede cometer el error de abrir la piel dejando el pus dentro del mastoide o de trepanarlo inútilmente.

### Cuadro comparativo para el diagnóstico entre la Osteo-periostitis directa y la Mastoiditis.

Osteo-periostitis consecutiva  
a otitis media.

Mastoiditis consecutiva  
a otitis media.

#### I. Signos subjetivos:

Dolor espontáneo. Difuso, superficial y localizado a la región pre-mastoidea o peri-auricular.

Profundo, localizado en la región mastoidea, cefalea.

Dolor provocado. Exacerbado por la masticación, la presión del conducto y la tracción del pabellón de la oreja.

No influenciado por la masticación y la tracción de la oreja, y sí exagerado por la presión sobre la región mastoidea.

#### II. Signos objetivos:

Edema extenso, precoz, comprendiendo la piel del conducto y el pabellón de la oreja; rubicundez semi-lunar en el surco retro-auricular, el que se borra completamente.

Edema limitado, tardío, localizado en la región retro-auricular y algunas veces en la pared posterosuperior del conducto; rubicundez sobre la región mastoidea; surco no borrado.

#### III. Estado general:

Fiebre irregular y síntomas generales en relación con la temperatura.

Fiebre elevada, vértigos, náuseas, abatimiento, síntomas cerebrales, sobre todo en los niños.