

TRABAJOS REGLAMENTARIOS

Reflexiones acerca del tratamiento quirúrgico de la Oto-Mastoiditis crónica.

Por el Dr. PEDRO PEREDO.

LA historia de la terapéutica quirúrgica nos enseña, con hechos manifiestos los grandes progresos alcanzados en estos últimos años por la Cirugía y, muy particularmente, los de la Cirugía especial. No cabe duda que las especialidades han visto ensancharse el horizonte de su campo de acción; y, gracias al progreso y a la perfección de la técnica, así como a las nuevas conquistas que ha logrado la Cirugía general, han salido de los límites estrechos en que desarrollaban su actividad. Así la otología, rama especial que ha adquirido un lugar importante entre las demás especialidades, ha evolucionado notablemente, realizando grandes adelantos; entre ellos citaré solamente: el *vaciamiento petro-mastoiideo*, las *operaciones craneo-encefálicas* por lesiones de origen ótico; *las de las venas yugulares y senos venosos*, también del mismo origen; la *trepanación del laberinto*, etc., etc. No podía ser de otra manera, dada la competencia de los otólogos, contemporáneos. Su práctica frecuente, sus grandes conocimientos anatómicos, su habilidad operatoria y la perfección de la técnica, los ha llevado a obtener grandes triunfos y a resolver problemas hasta hace poco sin solución posible. Debemos elogiarlos; debemos aplaudir que hayan visto coronadas con el éxito muchas audaces intervenciones que basaron en sus grandes aptitudes. Pero no debemos desconocer que ha pasado en otología lo que en otras especialidades: se ha ido más allá; se ha abusado, debido a la confianza que inspiran los deslumbrantes éxitos obtenidos por manos maestras y se ha caído en la exageración, con detrimento de la bondad de los métodos, ya sancionados por la práctica y con menosprecio del mérito de los que han consagrado estudio a la perfección y adelanto de sus conocimientos.

En cirugía, no son los métodos, siempre buenos, puesto que sirven de enseñanza y guían la mano del que opera, son las circunstancias propias a cada caso, los detalles anatómicos y patológicos individuales, las particularidades especiales a cada constitución, etc., los que hacen fracasar los buenos procedimientos, desviándolos del punto de mira a donde van dirigidos, cuando se apartan de lo normal.

Por eso es que en cada caso debemos hacer un diagnóstico, un pronóstico y establecer un tratamiento especiales y no sentar como regla general un principio de técnica, si no es susceptible ésta de sujetarse o acomodarse el caso concreto. Muchos de los errores, muchos de los fracasos son debidos a no usar del propio raciocinio al solucionar los múltiples problemas que se nos presentan para dilucidar y determinar lo que a cada caso conviene. Hay ideas exclusivistas que debemos apartarlas de una técnica rigurosa para no ir más allá, ni caer en la exageración o, cuando menos, para no hacer nada inútil ni que destruya el éxito que buscamos, o cause perjuicios a nuestros operados.

Estas reflexiones me las han sugerido unas conclusiones que, en forma algebraica asienta S. Laurens en su magnífica *Chirurgie Oto-Rhino-Laryngologique* al hablar de las indicaciones de la intervención, en las mastoiditis. Dice así: "*mastoiditis en el curso de una otitis aguda = trepanación simple de la apófosis. — Mastoiditis en el curso de una otorrea crónica = vaciamiento petro-mastoideo.*"

Los hechos demuestran que hay mastoiditis agudas, nacidas de otitis agudas, que se curan sin trepanación. La miringotomía, aceptada por todos, es el recurso supremo que suele curarlas. El mismo Laurens la aconseja en otro lugar de su obra. Casi siempre que hay otitis aguda, hay mastoiditis, menos en los casos excepcionales en que no haya comunicación libre, entre la caja del tímpano y el antro mastoideo; pues formando una sola cavidad, fisiológicamente, la caja y el referido antro, no se explica que una inflamación de la mucosa de aquella no se propague a éste. Así es que habiendo otitis media aguda, patológicamente, debe existir una antritis mastoidea, que será más o menos aguda obedeciendo a la naturaleza de la infección, según las causas originales que la han determinado. Cuando una otitis purulenta aguda se acompaña de abundante derrame, los fenómenos mastoideos son más intensos, por la presión excéntrica que sufren las paredes del antro y porque favorece la reabsorción haciendo los fenómenos generales más alarmantes. Pero si oportunamente y con todos los cuidados se hace una amplia incisión en el tímpano, se vacía la cavidad tímpano-antral, y se favorece la canalización, las manifestaciones mastoideas disminuyen de intensidad, los síntomas generales van mejorando poco a poco y los peligros de complicaciones craneanas y de infecciones van desapareciendo, a medida que cede la presión y con ella la intensidad de la inflamación de la mucosa. Este es el caso común. No hablo de casos excepcionales en que la naturaleza etiológica del mal, la virulencia de la infección y otras causas de

origen general, que se caracterizan por la profundidad de las lesiones, de gravedad extraordinaria, reclaman la ingencia de una antrotomía. En la inmensa mayoría de los casos aquella es la indicación capital, es lo que se debe hacer antes que recurrir a una antrotomía. No sólo para las mastoiditis agudas, sino para las que se exacerban durante el curso, de otitis medias crónicas con perforaciones insuficientes, que causan frecuentes retenciones del pus y determinan fenómenos mastoideos, la indicación, por el momento, no es otra. Numerosas mastoiditis agudas se han curado siguiendo esta práctica, que se ha hecho sistemática y aceptada por todos. Para que una mastoiditis aguda reclame una trepanación, se necesitan indicaciones muy especiales, que el mismo Laurens describe con profundo conocimiento. (1)

La segunda afirmación dice: "mastoiditis en el curso de una otorrea crónica = vaciamiento petromastoideo". Analizando los hechos de mi propia experiencia, me he encontrado perplejo para poder precisar los límites en que una otitis deja de ser aguda para convertirse en crónica. El tiempo se acepta para medir los caracteres de un proceso patológico y en mi concepto es un término vago, condicional, que no debe servirnos siempre de base para juzgar de la curabilidad o incurabilidad de un padecimiento. Son las dificultades que se oponen a la marcha hacia la curación, a que tienen tendencia todas las enfermedades; son los obstáculos que detienen su reparación; la profundidad de las lesiones; las alteraciones irreparables, que impiden que vuelvan los órganos a su estado anterior; en fin, son innumerables las circunstancias que, en cada caso, intervienen para favorecer o retardar los procesos, las que les dan la forma aguda o crónica. En otología no debemos tomar por base el *tiempo*, para formar nuestro juicio, ni mucho menos para fundar nuestro plan de conducta ni orientar nuestra técnica. La base debe existir en un examen cuidadoso de todas las circunstancias especiales del caso, en reunir todos los datos para hacer un diagnóstico y, sobre todo, llenar una a una, todas las indicaciones, ya sean las que resulten del examen y del diagnóstico, ya las que en el curso de la intervención se presenten. Es decir, que la anamnesis, la exploración y el diagnóstico, serán nuestra guía en los primeros momentos; pero la técnica se modificará según las indicaciones que surjan y las condiciones especiales a cada caso.

* * *

Se dice que hay verdadera mastoiditis cuando el apófisis reacciona por su cuenta, participando del proceso inflamatorio de la caja; se acepta, también, una forma latente; y se admite que el antro mastoideo puede desempeñar un papel enteramente pasivo y dejándose inundar por el pus, se convierte en un simple receptáculo. Esta clasi-

(1) La segunda afirmación es la que ha dado origen a estas reflexiones; por eso no insisto en lo que se refiere a la trepanación de la mastoide, como necesaria para el tratamiento de las mastoiditis agudas.

ficación basada en concepciones teóricas, no es clínicamente exacta, ni está basada en el tiempo, sino en las mil circunstancias de que he hablado; el empiema, es el estancamiento del pus resultado de la insuficiencia del drenaje que se verifica por la perforación timpánica a causa de la estrechez, de su situación alta, etc.; la forma latente se cree que es la inflamación crónica que evoluciona sordamente bajo diversas influencias y la verdadera mastoiditis aguda, la que se desarrolla con caracteres alarmantes, no es sino el resultado de una exacerbación debida a la virulencia de la infección, o a otras causas.

Clínicamente no debemos admitir más que un solo proceso que afecta distintas modalidades sujetas a circunstancias especiales y éstas modalidades están subordinadas a tres causas principales: el estado constitucional del individuo, el drenaje de las cavidades y la virulencia de la infección.

Según las estadísticas, una otitis aguda no debe durar más que de 2 a 3 semanas en los niños y de 4 a 6 en los adultos (Lirmayes) y sin embargo, hay otitis agudas muy virulentas que, por la situación baja y la amplitud de la perforación timpánica, se curan en unos cuantos días; otras, que sin ser muy virulentas, pero con perforación alta y estrecha, se hacen interminables; y otras, en fin, que aun teniendo reunidas favorablemente estas circunstancias, evolucionan muy lentamente, de una manera insidiosa, debido a que están influenciadas por un estado constitucional discrásico. Estas mismas causas que favorecen o estorban la curación de las otitis de la caja, influyen sobre las manifestaciones mastoideas: por eso vemos presentarse la reacción local en la mastoide, cuando hay una interrupción en el escurrimiento del pus; por eso se presentan, también, los fenómenos de infección local y general cuando la caja se infecta nuevamente.

El antro y las células mastoideas parecen tener una susceptibilidad muy grande para las infecciones, probablemente debida a su constitución anatómica que favorece el estancamiento del pus. Las lesiones de la caja y del antro mastoideo no siempre caminan paralelamente; aun estando sujetas al mismo proceso y aun estando influenciadas por las mismas causas: en la caja son menos frecuentes las lesiones profundas; durante mucho tiempo la mucosa reacciona, se defiende y protege a los huesos que tapiza; mientras que en el antro, la mucosa se destruye muy pronto, las células se alteran, se infiltran y acaban por dejar las paredes huesosas expuestas a la osteitis o a la necrosis. De allí depende que las intervenciones en la mastoide, para ser eficaces, necesitan ser amplias y completas; no así las de la caja, que deben ser superficiales y limitadas. En la mayoría de los casos, bastan una buena canalización y cuidado de asepsia, para curar lesiones antiguas, cuando ya no existe comunicación con el antro, o cuando la mastoiditis ha desaparecido. Durante mi práctica en el Consultorio central de la Beneficencia pude observar varios casos, en niños, de mastoiditis purulentas que se abrieron y curaron espontáneamente; algunos después de la eliminación de secuestros huesosos, dejando íntegra la caja del tímpano y normales las funciones auditivas.

En estos últimos años he tenido oportunidad de operar, en condiciones muy semejantes, varios enfermos, siempre jóvenes, en los que, a pesar de lo antiguo del padecimiento ótico, ha bastado el simple vaciamiento de la mastoide para curar la mastoiditis y hacer desaparecer la otitis media que les dió origen. Se deja entender que en estos casos han intervenido circunstancias análogas y que si me he concretado a hacer la simple antrotomía, ha sido porque había adquirido la confianza, basada en el estudio del enfermo, de que las lesiones del oído medio eran fácilmente reparables. El éxito operatorio coronó mis esperanzas y el resultado, desde el punto de vista de la audición, no dejó que desear. No debemos olvidar que el vaciamiento petro-mastoideo compromete grandemente la función auditiva y no siempre es tan *radical* como se supone.

Muchos *vaciados* por manos hábiles han conservado, además, fistulas interminables y parálisis faciales incurables.

El vaciamiento de la caja no debe siempre considerarse como un complemento de la trepanación mastoidea, sólo por el hecho de que la mastoiditis se desarrolle en el curso de una otitis antigua; debe tener sus indicaciones precisas, las cuales se deben valorizar antes de la intervención y confirmar plenamente en el momento operatorio. ¡Cuántos operadores confiesan haber hecho vaciamentos innecesarios, cuando una simple trepanación hubiera bastado! ¡Cuántos se han lamentado de dejar, como una marca operatoria indeleble, una parálisis facial! ¡Cuántos se han visto obligados a intervenir varias veces para destruir una fístula rebelde! ¡Cuántos han soportado el anatema de los que han quedado sordos!

El ideal del otólogo debe consistir en salvar del peligro al que lleva una otitis que se complica, sin perder de vista que el éxito no será completo mientras sea solamente quirúrgico y que debe cuidar de que la función auditiva sufra lo menos posible, así como evitar la parálisis facial que causa un efecto moral desastroso y destruye fácilmente la reputación más bien adquirida. No cabe duda de que la curación radical expone más frecuentemente a la lesión del facial; es indudable, también, que por cuidadosa que sea la intervención en la caja, al extraer los huesecillos y raspar sus paredes, se pueden producir alteraciones que modifiquen o anulen completamente las funciones de la audición. Si esto no es absolutamente necesario, no debe hacerse y la necesidad debe estar fundada en la existencia de lesiones profundas de la mucosa, de los huesecillos y de las paredes de la caja. Es preferible, en muchos casos, dejar lesiones superficiales, para combatir las más tarde, por la vía directa del conducto auditivo, aunque para ello se necesite otra intervención, que exponer a los enfermos a los peligros señalados. Si se les consultara, estoy seguro de que aceptarían, aunque fuera a costa de nuevos sacrificios.

Es difícil, en verdad, hacer un diagnóstico exacto de las lesiones de la caja, pues si bien es cierto que en general están en relación con la época del padecimiento, también es cierto que muchas causas bien conocidas producen lesiones profundas, inmediatas, que alteran

su constitución anatómica (discracias, escarlatina, difteria, gripa, etc.) de tal manera, que sólo una operación radical las puede curar. Aun fuera de esos casos excepcionales, el problema es difícil de resolver, pues estando las manifestaciones del antro y de la caja relacionados íntimamente por sus dos cavidades comunicadas entre sí formando un círculo vicioso, no es fácil saber en qué lugar existen las lesiones principales que dan origen a la supuración inagotable; si alguna de ellas hace un papel solamente pasivo o si las dos reaccionando aisladamente, siguen su evolución propia. La experiencia enseña que muchas mastoiditis, en su principio, se curan cuando se ha puesto en práctica un tratamiento racional contra la otitis media que les dió nacimiento; y, también, enseña que muchas otitis no se curan mientras existe una mastoiditis crónica o latente, con exacerbaciones, que producen abundante pus y éste tiene forzosamente su salida a través de la perforación del tímpano. La precisión de las indicaciones operatorias depende de un buen diagnóstico, y el diagnóstico está basado en el estudio atento de la marcha del padecimiento y del conocimiento exacto de las condiciones especiales a cada enfermo: así no haremos nada inútil ni dejaremos de hacer lo que conviene. Sin embargo, debemos estar prevenidos para llenar las indicaciones que surjan en el curso de una intervención, por causas inesperadas o por datos no apreciados por el diagnóstico.

*
* *

Después del entusiasmo con que muchos operadores vieron el éxito obtenido por la curación radical, considerada quirúrgicamente, se ha despertado, desde hace algunos años, una reacción en contra de este procedimiento, que no sin razón lo juzgan demasiado radical. Con él se perseguía un fin solamente: la curación de una otitis crónica supurada, penetrando a través de la mastoide complicada, hasta el fondo de la caja del tímpano, extrayendo los huesecillos, con excepción del estribo, destruyendo el tímpano, raspando las paredes para eliminar las fungosidades y los pólipos: en una palabra, se dejaba la oreja media, el ático, el canal ático-antral y la cavidad mastoidea libres de toda causa que pudiera entretener la supuración y, por medio de procedimientos autoplásticos se realizaba la epidermización de toda esta vasta brecha huesosa. El éxito en la mayor parte de los casos correspondió al ideal quirúrgico; pero se daba un golpe de muerte a la función auditiva. El primer deber de un cirujano en la actual época conservadora, es salvar la vida del paciente, cuidando de conservar los órganos con las funciones a que están destinados; de otra manera sus éxitos no son completos. Con el nombre de *operación radical conservadora* o el de *ábito-antrostomía*, se describe una operación en la que se respetan los huesecillos y la membrana del tímpano. Fué practicada por Heath, en Londres en 1907; (1) lo siguieron

[1] Comunicación leída en el XIV Congreso Italiano de Oto-rino-laringología, verificado en Roma, en Octubre de 1911.

Smith, Urbanschitsch en 1908; y después, Bondy, Barany y otros de la escuela vienesa, han relatado nuevos casos en los que han logrado conservar y mejorar la audición. Malm, Politzer, Lermoyez, Rueda, de Madrid, también admiten los buenos resultados obtenidos en algunos casos y creen, con algunas discordancias, que las indicaciones deben estar basadas en cierto grado de audición aérea, en que la caja esté sana o que no haya sufrido alteraciones profundas, etc.; por el contrario estará contraindicada cuando existan fenómenos laberínticos, lesiones huecosas de la caja o un cotesteatoma. Estas discordancias hacen presumir que se necesita unificar la opinión para precisar las indicaciones. Respeto al éxito quirúrgico, sin duda, no superará a la operación radical; ésta es más segura en sus resultados puesto que destruye todas las lesiones preexistentes. Hasta ahora no se puede juzgar de la adito-antrostomía; no es suficiente el número de casos para asegurar que la función auditiva se conserva intacta o se mejora, ni que las ventajas acústicas de esta intervención le den la preferencia sobre la curación radical. El profesor Citelli (de Catane) ha hecho una modificación al procedimiento conservador que consiste: en extraer el yunque y el martillo sin luxar el estribo y evitar la raspa de la pared laberíntica y del ádito; con lo cual consigue dejar al estribo su movilidad y alejar los peligros de una infección del laberinto o de una neuritis, o una parálisis del facial. Cree que con esta modificación, la función auditiva se conserva mejor y se alejan los accidentes a que exponen los otros procedimientos. Cita dos observaciones que comprueban sus aseeraciones. El mismo confiesa, que en caso de inéxito, queda el recurso de la curación radical clásica o la intervención por el conducto, para la extracción de los huesecillos, la destrucción de fungosidades o de pólipos, la raspa de las paredes de la caja.

Yo creo, según la técnica de estos procedimientos, que no son una modificación del vaciamiento clásico: éste tiende a hacer desaparecer el antro y sus células, abriendo ampliamente ádito, ático y caja, para convertirlas en una superficie escavada, tapizada por la piel, sin dejar huellas del oído medio; de esta manera, el oído interno se hace superficial. Esta es la base fundamental, por eso creo que se le llama radical. Los otros procedimientos dejan la caja con sus huesecillos o sin ellos, penetrando a través del antro y del ádito con el objeto de combatir las lesiones, respetando también, la membrana del tímpano, todo con el fin de conservar la audición.

¿Llenan los fines que persiguen estos procedimientos conservadores? El tiempo lo dirá; mientras los resultados prácticos obtenidos de numerosos casos, no nos demuestren que se realizan las ventajas quirúrgicas sin dañar las funciones auditivas, no debemos aceptar a ciegas las conclusiones, hasta hoy teóricas, a que se ha llegado. Estas tendencias conservadoras demuestran la idea de oponer un dique a los intervencionistas radicales y la conveniencia de limitarse a combatir solamente los lugares afectados y de no hacer, en una palabra, sino aquello que está precisamente indicado.

Ahora, para llegar a precisar, hasta donde es posible, la\$ indi-

caciones, no veo la necesidad imprescindible de destruir la pared posterior del conducto ni destapar el ádito, ni abrir el ático, si por los medios clínicos puede uno apreciar las condiciones en que se encuentran la caja del tímpano y el oído interno. Si las presunciones de la existencia de lesiones profundas, irreparables por los esfuerzos naturales, por los medios médicos o por las pequeñas intervenciones directas por la vía del conducto, se confirman, una vez vaciada la mastoide, el camino está señalado: hay que hacer la operación radical clásica o conservadora según el grado de la audición y la necesidad de conservarla. Pero si hay razones que hagan adquirir la probabilidad de que las lesiones de la oreja media son susceptibles de curar por otra vía y por otros medios, lo racional es detenerse en la frontera del oído medio, no penetrar a él: hacer solamente el *vaciado mastoideo*; evitamos así la lesión del facial, las complicaciones laberínticas y conservamos la audición.

Esta es la conducta que particularmente he observado; y los resultados de mi corta experiencia y de mi limitada práctica, me han convencido de que la mejor manera de no dañar la audición, está en tratar las supuraciones óticas vaciando, primero, la mastoide, cuando no haya indicaciones especiales, y curar por las vías naturales las lesiones de la caja, cuando el vaciamiento no haya sido bastante; y, en último caso, completar la intervención con el vaciamiento de la roca, cuando lo exijan las circunstancias.

*
* *

Buen tiempo hace que la conmoción política actual me ha privado de recibir publicaciones de Europa que me tendrían al tanto de los progresos alcanzados en esta especialidad; lo último que he leído, fué un artículo publicado en la *Revista Española de Laringología, Otología y Rinología* publicada en Madrid (tomo IV agosto de 1913) por el doctor Falgar, en el que se muestra muy partidario de la operación radical conservadora.

Al hacer la relación de cuatro casos operados por él, dice que afirma su criterio, el cual es semejante al de Rueda y Botey, Lermoyez, Citelli y Ruttin, y agrega: "si queremos obtener beneficios reales de la misma (la ádito-antrostomía) únicamente en aquellos casos que las lesiones radiquen de preferencia o manera exclusiva en el antro y células peri-antrales". Si el sitio de las lesiones sirve de base para dirigir la intervención, ¿qué razón hay para destruir la pared posterior del conducto, abrir el ático, raspar las paredes de la caja y extraer los huesecillos?

Más adelante, apoyando el criterio de Citelli, dice, que en caso de duda sobre la importancia y sitio de las lesiones, está indicada la radical conservadora, y apoya la opinión de Botey expuesta en el Congreso de Sevilla de 1910, al proponer la trepanación simple de la mastoide en las otorreas crónicas con lesiones en el antro y las células ve.

cinas, sanos o poco menos, ático y caja y cuando exista regular audición en el oído afectado y estar en el otro abolida.

Repetiré, para terminar algunas de las palabras del doctor Rueda: "el ideal operatorio va por el camino de quitar las lesiones y conservar el oído. Es sabido que en las supuraciones mastoideas con invasión de la caja la lesión de ésta juega un papel secundario en el proceso, aunque sea inicial, pues el curso ulterior demuestra que se hace preponderante la mastoiditis y que curada esta, aquellas lesiones mejoran o desaparecen, empleando si es necesario, medios sencillos de curación por el conducto. Se concibe, además, que cualquiera mutilación intra-timpánica que supone alteración o deterioro en los medios de transmisión de los sonidos, ha de acarrear forzosamente una perturbación profunda en la fisiología del oído." Esta opinión favorece la idea expuesta, de la inutilidad de llegar hasta la caja del tímpano, mientras no se encuentren lesiones o razones poderosas que la justifiquen. El mismo doctor Rueda ratifica este concepto diciendo: "siempre en el acto operatorio, puede decidirse lo que se deba hacer, según las lesiones que se vean", y, sin embargo se declara partidario de la radical conservadora que él llama de tipo acústico y la practica aunque no encuentre lesiones o razones que la impulsen a abrir el ádito, sano: destruir la pared póstero-superior, del conducto, también sana, lo mismo que la pared externa del ático. Después de todo esto, no me explico cómo pueda quedar la caja intacta, como él dice. Según todo lo anterior parece que esta última parte de la operación lleva un fin explorador más que quirúrgico, y casi innecesaria, en mi concepto, en la mayoría de los casos.

No parece lógico que estas ideas expresadas, que son las que casi forman mi criterio, nos lleven por caminos distintos; y, sin embargo, así es.

Durante el tiempo que tuve a mi cargo el servicio del Hospital General, a pesar del ambiente de libertad quirúrgica, a pesar de la responsabilidad moral atenuada, con que se procede, y a pesar de la inferioridad moral y social que indebidamente atribuye uno a los enfermos que allí se curan, hice varios vaciamientos clásicos en casos graves, ingentes, en los que estaba indicado el procedimiento, y quedé satisfecho; pero también practiqué algunos, que me dejaron arrepentido, porque fueron, tal vez, innecesarios, porque teniendo lesiones en la caja tan poco apreciables, podrían haberse curado, con solo el vaciamiento mastoideo, exponiéndolos a menos peligros y con probabilidades de conservar o aun mejorar su audición.

Las siguientes observaciones no las hago constar con todos los detalles clínicos acostumbrados porque no hice su historia en su oportunidad, creyendo que, por ser de casos alistados, no tendrían gran importancia; ni me pensé que alguna vez me pudieran servir, por eso es que sólo/cito en concreto, las circunstancias propias a cada uno que tienen interés para el objeto que me propongo. La última, está más detallada y en ella está condensada mi manera de pensar y de proceder, por eso no la acompaño de un análisis detenido.

Observación I.—La señorita M. de 20 años, se presentó en mi consultorio con un recado del doctor F. V. Gómez en el que me recomendaba una intervención urgente. *Antecedentes:* catarro nasofaríngeo. *Diagnóstico:* Mastoiditis aguda en el curso de una otitis crónica, con perforación timpánica en el cuadrante pósterosuperior. *Intervención:* Antrotomía amplia hasta levantar la cortical externa de la apófisis. *Resultado:* curación sin accidentes; la otitis sanó y la perforación cicatrizó después de un tratamiento médico; la audición se mejoró notablemente. Han transcurrido ocho años de salud inalterable.

Observación II.—La señorita N., de San Juan Teotihuacán, como de 22 años se me presentó con un padecimiento que sufría desde 8 años antes. *Diagnóstico:* Otitis crónica supurada, perforación timpánica en el cuadrante ántero inferior, pequeña y mastoiditis latente. *Intervención provisional:* miringotomía, que mejoró el estado general y los signos mastoideos. Regresó a su pueblo. Poco tiempo después, volvió con los mismos síntomas. Convencida, aceptó operación que consistió en antrotomía amplia. Más tarde, ampliación de la fístula timpánica y raspa de fungosidades. *Resultado:* Curación completa; la audición, si no mejoró, quedó en bastante buenas condiciones.

Observación III.—Niño como de 8 años, recomendado por el doctor R. Icaza, en estado caquéctico. *Antecedentes:* otorrea antigua consecutiva a sarampión. *Diagnóstico:* absceso mastoideo por otitis crónica; tímpano destruido casi en su totalidad, adherencias y ulceraciones en la pared interna de la caja; audición muy imperfecta. *Intervención:* abertura amplia del absceso; (sin cloroformo) raspa y regularización de los bordes huesosos, de lo poco que quedaba de la pared externa de la mastoide; extracción de pequeños secuestros. *Resultado:* proceso de cicatrización muy lento debido al estado general; (clínicamente tuberculoso) persistencia de una fístula retroauricular durante seis meses. Por fin, la fístula cicatrizó y se curaron las lesiones del oído, casi espontáneamente. Actualmente su estado general ha mejorado notablemente y su audición casi abolida. Refiero este caso para demostrar que los esfuerzos naturales son susceptibles de reparar lesiones profundas y graves aun en los enfermos, como este, a no dudar tuberculoso, en quienes está contraindicada una intervención seria.

Observación IV.—El día 8 de junio de 1916 se presentó en mi consultorio la señora C. V. de R., de 30 años; madre de dos niñas sanas; no refiere, entre sus antecedentes patológicos, nada digno de llamar la atención; es de complexión robusta y ha sido de buena salud. Su enfermedad actual data del día 22 de abril del corriente año. Este día, a consecuencia de un enfriamiento anterior que le determinó un catarro nasal y laríngeo, sufrió un dolor intenso en el fondo del oído derecho que le inquietó durante la noche; al día siguiente, por la noche, se acrecentaron sus molestias; pues además del dolor, tuvo reacción febril, sordera y sensación de plenitud en el fondo del oído; todo este cuadro de síntomas mejoró ligeramente después de haber sentido que

había escurrido abundantemente un líquido sanguinolento por su oído. Consultó con su médico de cabecera el señor doctor F. de P. Estrada quien le prescribió lavados antisépticos y algún analgésico; no obstante este tratamiento, los dolores volvieron a ser intensos y entonces consultó a un especialista: éste siguió un tratamiento análogo, sin obtener más que un alivio pasajero; mas, en vista de la persistencia y exacerbación de los dolores, único síntoma que le molestaba y el continuo escurrimiento de pus, después de más de un mes de tratamiento, solicitó la opinión del señor D. T. y J. quien le indicó la urgencia de operarla. La enferma, impresionada por este juicio y temerosa de una operación, hizo otra consulta a otro médico especialista, quien confirmó lo dicho por el anterior, insistiendo en que debía operarse con urgencia. Sufriendo cada vez más, alarmada por las opiniones acordes de los dos últimos médicos y en un estado de nerviosidad grande, tal vez con la esperanza de encontrar quien la curara sin operación o quien pensara de distinto modo, acudió a mí. Después de un exámen cuidadoso pude darme cuenta de que existía una inflamación aguda, purulenta de la caja del tímpano; extendida hasta el antro de la mastoide; que había determinado la perforación del tímpano; que esta perforación era pequeña y estaba situada en el cuadrante pósterosuperior; que el pus, abundante, salía con presión, con intermitencias rítmicas isócronas con el pulso. Por el lado de la mastoide existía una sensibilidad exagerada a la palpación superficial y por la presión digital se despertaban dolores intolerables en toda la región, pero especialmente en la punta; la piel estaba lisa, delgada sin edema pero ligeramente enrojecida, debido esto, probablemente, a la aplicación de tintura de yodo o a la acción del calor húmedo con que se había tratado. Omito mencionar otros muchos síntomas objetivos y subjetivos, tanto locales como generales, por no ser demasiado cansado y porque se encuentran siempre en casos parecidos.

Hecho mi diagnóstico: *oto mastoiditis sub-aguda con perforación timpánica*, quedaba, para resolver el problema, buscar la terapéutica; no cabía vacilación, había que abrir ampliamente el tímpano, había que dar amplia salida al pus que llenaba el antro y las células mastoideas y dejar para más tarde una intervención mastoidea, si esto resultaba insuficiente. Logré convencer a mi enferma de la necesidad de esta pequeña operación; logré, por de pronto, calmar un tanto sus sufrimientos y mejorar su estado general, que era lamentable, haciendo curaciones asépticas, húmedas y calientes y prescribiendo algunos calmantes. Algunos días después, cuando las condiciones fueron favorables, practiqué una miringotomía amplia con anestesia local, con la solución de Bonain, en el cuadrante pósteroinferior. El resultado favorable no se hizo esperar: se estableció una canalización fácil; cesó la tensión en el interior de dichas cavidades; los fenómenos de reabsorción se detuvieron y con el alivio de los síntomas locales, el estado general mejoró notablemente, tanto, que, inesperadamente, no vaciló la enferma en suspender su curación para hacer un viaje de recreo a San Luis Potosí.

Después de algún tiempo, cuando habían transcurrido más de *cuatro meses* desde el principio de su padecimiento, sintió recrudecerse su enfermedad, de tal manera que, violentamente dispuso su viaje deregreso. Se me presentó con síntomas alarmantes: su estado general minado por la fiebre y los sufrimientos, revelaba una infección intensa; localmente existían ya los síntomas claros de la mastoiditis aguda: dolor intenso espontáneo y continuo irradiado a medio cráneo y en dirección del músculo externo mastoideo; a la presión se marcaba más sobre la punta de la mastoide; había tortícolis; la piel enormemente infiltrada, sensible y enrojecida; el pabellón de la oreja notablemente levantado, por el conducto auditivo escurría un pus fétido, espeso, amarilloverdoso, en pequeña cantidad; la perforación quirúrgica del tímpano se había estrechado visiblemente y tanto el tímpano como la piel del conducto participaban del edema inflamatorio que les rodeaba. No cabía duda de que ya no era un simple empiema del antro, sino una verdadera *osteitis mastoidea* recrudecida por la difícil canalización y exacerbada por la falta de cuidados o por una nueva infección, la que se presentaba con los caracteres graves que he señalado. Era un caso de urgencia y como tal, debía intervenirse enérgica y rápidamente. ¿Qué había que hacer? Lo aconsejado por la mayoría de los otólogos es: *el vaciamiento petro-martoideo*; pero yo, en vista de las circunstancias especiales, no seguí este consejo, dejándolo para después, si era necesario. (1) Me concreté a hacer la *trepación completa del antro y de todas las células huesosas peri-antrales*: es decir, levanté toda la tabla externa, de la base a la punta de la apófisis; pues el antro y las células de la punta, ensanchadas, formaban una sola cavidad llena de un pus concreto, revestido por una membrana piogénica azulosa, que le daba el aspecto de un coágulo sanguíneo; llegué a tener un momento de vacilación al pensar que, por una anomalía o por la osteitis destructiva podía ser el seno venoso lateral lo que tenía a mi vista, duda que se disipó cuando haciendo presiones con la punta de un dedo ví escurrir el pus y cambiar de aspecto lo que creí podía ser el seno descubierto. Convencido de que no era, continué con confianza la excavación, sirviéndome de la pinza-gubia y de la cucharilla, hasta llegar a la punta de la mastoide, esperando encontrar allí alguna fístula que dejando el paso libre al pus, me explicara el dolor y la infiltración marcados a lo largo del externo mastoideo, que había creído probable en vista de que los síntomas locales coincidían con los descritos en la mastoiditis de Bezold. Mas por fortuna no fué así: no encontré fisura ni dehiscencia huesosa y lo comprobé, comprimiendo profundamente la región sin ver refluir el pus hacia la cavidad huesosa, ampliamente abierta.

Exploré cuidadosamente el canal tímpano-antral con el protector de Stacke y luego con un estilete, y lo encontré permeable, libre de fungosidades y sin que pudiera encontrar ninguna lesión hue-

(1) Acompañado por los señores doctores Francisco de P. Estrada, quien dió el clorofor-
mo, y Mario Torroella y dos enfermeras, practiqué la operación el 10. de septiembre de 1916.

sosa. Lo que me llamó la atención, y lo hago constar por el interés que tiene para justificar mi intervención, en la forma en que la hice, fué que el nervio facial quedó probablemente descubierto en algún punto de su trayecto intra huesoso; pues cada vez que tocaba el fondo de la brecha huesosa o hacía alguna ligera presión, con las mechas de gasa, se despertaban los reflejos en los músculos de la cara; lo cual me fué advertido varias veces por el compañero que practicó la anestesia.

Después de una inyección de alcohol yodado por el conducto, el que salió libremente por el canal, hice otra de agua oxigenada pura; toqué el referido trayecto con tintura de yodo y apliqué una curación a fondo con gasa yodoformada, sin poner suturas.

A los seis días (7 de septiembre de 1916) quité la primera curación: encontré la mecha de gasa del conducto absolutamente seca; la herida en las condiciones más favorables. El estado general bastante bueno a excepción de los trastornos ocasionados por los vómitos clorofórmicos que duraron dos días. El pulso no había pasado de 80; y la temperatura máxima fué de 36°6, y así siguió en lo sucesivo. Las curaciones se continuaron cada tres o cuatro días, siendo las primeras un tanto dolorosas. Como a los diez días exploré el tímpano y la función auditiva, encontrando la herida perfectamente cicatrizada y la agudeza auditiva enteramente normal. La cicatrización fué lenta; pero sin salirse de los límites de lo normal. En la actualidad, (8 de noviembre) es completa y la enferma está totalmente curada.

México, noviembre 22 de 1916.

Pedro P. Peredo.