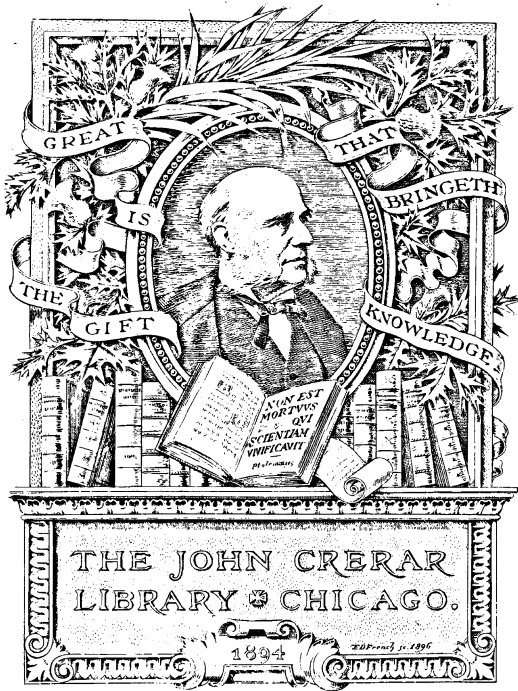


ACTAS DEL PRIMER CONGRESO ESPAÑOL
DE OTO-RINO-LARINGOLOGÍA
MADRID-1896





PRIMER CONGRESO ESPAÑOL

DE

OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

CELEBRADO EN MADRID

del 18 al 24 de Noviembre de 1896.

ACTAS DE SUS SESIONES

MADRID

2172.—ESTABLECIMIENTO TIPOGRÁFICO DE A. AVRIAL
calle de S. Bernardo, 92.

1897

A 70



CON motivo del llamamiento que el Dr. C. Compaired hizo á los oto-rino-laringólogos españoles mediante la carta inserta en el número 2.186 de *El Siglo Médico*, correspondiente al 17 de Noviembre de 1895 (1), reuniéronse el día 5 de Enero de 1896 en el Colegio de Médicos de Madrid, los especialistas residentes en la corte, y después de adherirse entusiastamente á la idea, hicieron el nombramiento de una Comisión organizadora, compuesta de los Doctores Uruñuela, Presidente; Cisneros y González Alvarez, vice-presidentes; Compaired, Secretario general; Forns, Secretario 2.º, y Rueda, Tesorero.

El domingo 12 del mismo mes comenzó sus trabajos la Comisión nombrada, teniendo su sesión en el citado Colegio de Médicos, y después de dividirse en tres Subcomisiones para mejor organizar y ejecutar los trabajos, aprobaron el siguiente Programa para la Comisión, y las BASES para el *PRIMER CONGRESO ESPAÑOL DE OTO-RINO-LARINGOLOGÍA*.

(1) Véase transcrita en la *Sesión inaugural*, Memoria del Secretario general del Congreso, Dr. Compaired, página 25.



616.00610

P600

254404



PROGRAMA

1.º La Comisión organizadora del *PRIMER CONGRESO ESPAÑOL DE OTO-RINO-LARINGOLOGÍA* se compone de los Doctores Uruñuela, Cisneros, González Alvarez, Compaired; Forns y Rueda, de Madrid, y de los siguientes representantes de provincias:

Dr. Verdós, de Barcelona; Dr. Sota y Lastra, de Sevilla; Dr. Moresco, de Cádiz; Dr. Casanova, de Valencia; Dr. Arrese, de Bilbao; doctor Furundarena, de Tolosa (Guipúzcoa); Dr. Aguirre, de Pamplona; Dr. Royo Galindo, de Zaragoza, y Dr. Santiuste, de Santander, nombrados todos por aclamación en la sesión preparatoria que tuvo lugar el 5 de Enero corriente en el Colegio de Médicos de Madrid, previa convocatoria publicada en la prensa profesional y política.

2.º La elección de cargos del Comité central tuvo lugar en la sesión del día 12 del actual, habiendo resultado elegidos:

Presidente, Dr. Uruñuela.—*Vicepresidente*, Dr. González Alvarez.—*Secretario general*, Dr. Compaired.—*Secretario segundo*, Dr. Forns.—*Tesorero*, Dr. Rueda.

3.º La Comisión organizadora es la encargada de llevar á cabo todos los trabajos hasta el momento de la sesión preparatoria del Congreso, y fijará la fecha, local y hora de esta sesión un mes antes, citando particularmente y por escrito á los Congressistas.

4.º La Comisión organizadora cuidará de hacer la propaganda del Congreso; solicitará el concurso de las Sociedades científicas y el apoyo moral y material de los Poderes públicos; gestionará de las Compañías

ferroviarias billetes con rebaja especial para los Congresistas y sus familias; cuidará de proporcionar cómoda y económica estancia en uno de los mejores hoteles de Madrid para aquellos que lo deseen; llevará á cabo los festejos que estime oportunos, recabando los permisos especiales para visitar los Museos, establecimientos oficiales, etc., etc., y recibirá y será responsable de las comunicaciones, instrumentos, preparaciones, etc., que remitan los Congresistas.

Los corresponsales de provincias asumen todos los deberes y derechos de la Comisión central, en la localidad de su residencia, dando cuenta mensualmente á la Presidencia de la Comisión central.

Si dichos representantes consideran conveniente nombrar un Comité regional, quedan facultados para ello, pero bajo su presidencia y responsabilidad, quienes, además, estarán encargados de entregar los títulos de miembro del Congreso.

5.º Finalizado el plazo de admisión de adhesiones, se publicará la lista de los Congresistas en la prensa profesional, y terminado el de presentación de trabajos ó de temas, se hará lo mismo; haciendo aparte una tirada del título de éstos y del nombre del autor, de la que se remitirá un ejemplar á cada miembro.

6.º La Comisión organizadora entregará recibo de las cuotas y de las comunicaciones, instrumentos, etc., que se la confíen, publicando la lista de dichos trabajos tres semanas antes de inaugurarse el Congreso, plazo improrrogable de admisión de trabajos, repartiendo nueva lista impresa de lo recibido á los Congresistas, á fin de que haya tiempo suficiente para reclamar á quien corresponda en caso posible de extravío.

Y 7.º Es de incumbencia de esta Junta el proporcionar local, personal de servicio, taquígrafos, etc., y cuanto sea necesario para efectuar el Congreso, presentando cuenta detallada de los gastos á la Mesa definitiva, su continuadora en funciones administrativas.

Aprobado este programa en todas sus partes, y bajo la presidencia del Dr. Uruñuela, se tomaron los acuerdos siguientes:

Fijar como fecha para la sesión inaugural del Congreso el domingo 18 de Octubre del presente año de 1896.

Establecer la cuota de 25 pesetas para dar derecho al título de Congresista.

Limitar hasta el día 30 de Junio próximo el tiempo para las adhesiones.

Y consignar tres días de sesión para el Congreso, en los cuales han

de exponerse los trabajos concernientes á las dos Secciones de Otorinología y de Laringología.

Las Subcomisiones en que se dividió la Junta para mejor realizar sus trabajos, fueron:

De propaganda, cuestiones administrativas y de orden interior, etc., los Sres. González Álvarez y Rueda:

Ordenación de festejos, etc., los Sres. Cisneros y Compaired.

Y para recabar apoyo moral y material de los Poderes públicos, los Sres. Uruñuela y Fornas.





BASES

PARA EL

Primer Congreso Español de Oto-rino-laringología.

I

La Comisión organizadora convoca á los especialistas y aficionados á la Oto-rino-laringología para la celebración en Madrid, el día 18 del próximo Octubre, del primer Congreso español de las mencionadas especialidades, dedicado á tratar asuntos propios de las mismas ó que estén íntimamente relacionados con ellas.

II

El número de socios es ilimitado, y para inscribirse como tal bastará manifestarlo á la Comisión organizadora ó sus corresponsales en provincias, satisfaciendo la cuota de 25 pesetas antes del 30 de Junio próximo.

III

Los Congresistas podrán presentar las comunicaciones que estimen convenientes, con tema á su elección, bastando tan sólo anunciar el

título ó tema del trabajo dos meses antes de celebrarse el Congreso, al objeto de poder publicar la lista de los presentados, y los entregarán al Secretario general con un mes de anticipación á la fecha designada para la sesión preparatoria.

Tendrán voz y voto en todas las sesiones y derecho á asistir á todos los actos oficiales y festejos que por y para el Congreso se organicen, y recibirán además gratis un ejemplar del libro de actas.

IV

En la sesión preparatoria del Congreso, que será presidida por el Presidente de la Comisión organizadora, dará cuenta el Secretario general de ésta de los trabajos hasta entonces efectuados, y se nombrará por los Congresistas una Junta nominadora para que proponga la Mesa definitiva del Congreso, que deberá estar constituida por un Presidente, dos Vicepresidentes, un Secretario general, dos Secretarios de actas, un Tesorero, y los Presidentes de honor que estime convenientes.

V

El Congreso se compondrá de dos Secciones, á saber: de Oto-rinología y de Laringología, y los Congresistas, presenten ó no trabajos, pertenecerán de hecho y de derecho á las dos. Cada Sección se reunirá independientemente y estará presidida por una Mesa de Sección, compuesta de un presidente, dos vicepresidentes y dos secretarios, y tendrá derecho á nombrar presidentes de honor.

VI

Cada Sección dispondrá de un día de sesión ó de dos, si tan numerosas fueren las comunicaciones que no bastase un solo día.

VII

El tiempo disponible para cada comunicación, oral ó escrita, no excederá de quince minutos, ni las rectificaciones de cinco, no pudiendo rectificar cada Congresista exponente más de dos veces, y el objetante una sola.

VIII

Los cargos que desempeñen los Congresistas serán honoríficos y gratuitos, y análogos en deberes y atribuciones á los correspondientes de las Sociedades científicas y Academias.

IX

Todo acuerdo del Congreso tendrá carácter definitivo, cuando se apruebe por mayoría absoluta de los Congresistas presentes.

X

Terminadas las sesiones de las dos Secciones, se reunirá el Congreso en pleno y se dará cuenta de los trabajos efectuados por las Secciones en particular, declarándose la clausura del Congreso, después de lo cual se votará la población donde deba efectuarse el *Segundo Congreso*, nombrándose la Comisión organizadora correspondiente.

XI

Los Presidentes y Secretarios generales y de Secciones compondrán, junto con el Tesorero, la Comisión encargada de publicar el libro de actas, lo que ha de efectuarse en el semestre siguiente á la clausura del Congreso, cuidándose de repartir un ejemplar á que tiene derecho cada Congresista, y entregará las cuentas y el sobrante, así en metálico, si lo hubiere, como de la edición, á la Comisión organizadora del inmediato Congreso.

XII

Los fondos del Congreso serán las cuotas individuales y los donativos espontáneos ó que se soliciten, y no podrán invertirse más que en los gastos materiales de la propaganda, de la celebración del Congreso y en la publicación del libro de actas.

XIII

Finalmente, la Comisión organizadora, mientras esté efectuando sus trabajos, ó la Mesa del Congreso cuando éste se halle en funciones, tienen amplias facultades para resolver cualquier conflicto ó duda no previstos en estas Bases generales.

El Presidente de la Comisión organizadora, DR. E. URUÑUELA.—*El Secretario general*, DR. CELESTINO COMPAIRED.

En cumplimiento de la regla 5.^a de las Bases-Programa de este Congreso, han figurado como Congresistas los señores siguientes:

Excmo. Sr. Dr. D. Julián Calleja, de Madrid.
Dr. D. Eustasio Uruñuela, de Madrid.
Dr. D. Celestino Compaired, de ídem.
Dr. D. Francisco Rueda, de ídem.
Dr. Letamendi, de ídem.
Dr. D. Rafael Forns, de ídem.
Dr. D. José Horcasitas, de ídem.
Dr. D. Luciano Barajas, de ídem.
Dr. D. Pedro Calderín, de ídem.
Dr. D. Emilio Pérez Moreno, de ídem.
Dr. D. Baldomero González Alvarez, de ídem.
Dr. D. José Ribera, de ídem.
Dr. D. Hipólito Rodríguez Pinilla, de ídem.
Dr. Carralero, de ídem.
Dr. Cisneros, de ídem.
Dr. D. José Campos, de ídem.
Dr. Gómez de la Mata, de ídem.
Dr. Mariani, de ídem.
Dr. D. Sixto Botella, de ídem.
Dr. D. Angel Traver, de ídem.
Dr. D. Aurelio Enriquez, de ídem.
Dr. Grinda, de ídem.

- Dr. D. Julio Robert, de ídem.
Dr. Llorente, de ídem.
Dr. D. Enrique Oliván, de ídem.
Dr. Viñals, de ídem.
Dr. Ezquerria, de ídem.
Dr. Buisen, de ídem.
Dr. Martínez Pacheco, de ídem.
Dr. Calatraveño, de ídem.
Dr. D. Higinio de la Torre, de ídem.
Dr. Moreno Pozo, de ídem.
Dr. D. Ricardo Botey, de Barcelona.
Dr. Karminski, de ídem.
Dr. Suñé y Molist, de ídem.
Dr. Verdós, de ídem.
Dr. Roquer Casadesús, de ídem.
Dr. D. Avelino Martín, de ídem.
Dr. D. R. Buñill Fors, de ídem.
Dr. D. F. A. Masip, de ídem.
Dr. D. Pedro Borrás, de ídem.
Dr. Castañeda, de San Sebastián.
Dr. Peláez, de Granada.
Dr. D. Marcelino de Vior, de Ribadeo (Coruña).
Dr. Barberá, de Valencia.
Dr. Casanova, de ídem.
Dr. Bartual, de ídem.
Dr. Orellano, de ídem.
Dr. Portela, de Cádiz.
Dr. Moresco, de ídem.
Dr. Royo Galindo, de Zaragoza.
Dr. D. Manuel Millaruelo, de Huesca.
Dr. D. Ruperto Aguirre, de Pamplona.
Dr. Sota y Lastra, de Sevilla.
Dr. Arrese, de Bilbao.
Dr. Santiuste, de Santander.
Dr. D. Domingo Quiroga, de Vitoria.
Dr. D. Joaquín Echenique, de Vitoria.
Dr. D. Francisco Sánchez Losa, de Torrejoncillo (Cáceres).
Dr. D. Miguel Más (de Murcia).

Las comunicaciones anunciadas fueron las siguientes:

Dr. Carralero (de Madrid).—«Recipiente auricular.»

2.^a «Otitis media supurada en los niños, su rebeldía, causas que determinan ésta y modo de corregirla.»

Dr. González Alvarez (de Madrid).—«Tratamiento de la obstrucción completa de la trompa de Eustaquio.»

2.^a «Exposición de un caso notable de sordomudez.»

Dr. Rueda (de Madrid).—«El cornete medio en la etmoiditis supurada.»

2.^a «El método conservador en las afecciones del ático.»

3.^a «Tumor laríngeo angiomatoso.»

Dr. Pinilla (de Madrid).—«Enfermedades reflejas y reflejadas de la nariz, garganta y oídos en los niños.»

2.^a «Aplicaciones del fonógrafo de Edison en el diagnóstico de ciertas enfermedades torácicas y laríngeas.»

Dr. Pérez Moreno (de Madrid).—«Contribución al estudio etiológico de las faringitis.»

Dr. Forns (de Madrid).—«Urticaria laríngea.»

2.^a «Datos para la historia de la Otología en España.»

3.^a «Exposición de cuadros murales.»

Dr. Uruñuela (de Madrid).—«Simplificación de la traqueotomía.»

2.^a «Tratamiento y curación de los pólipos laríngeos por las vías naturales.»

Dr. Compaired (de Madrid).—«El nuevo tratamiento del ozena.»

2.^a «Curación sin recidiva de dos casos de epiteloma del pabellón y conducto auriculares, por la amputación y tratamiento consecutivo con el clorato potásico.»

Dr. González del Campo (de Madrid).—«Tratamiento de la rinitis hipertrófica por la resorcina.»

Dr. Horcasitas (D. José) (de Madrid).—«Diagnóstico de los tumores laríngeos.»

Dr. Castañeda (de San Sebastián).—«Dos casos de complicación cerebral de origen otítico.»

2.^a «Sobre una forma de laringitis aguda de la infancia que se confunde con el crup.»

Dr. Suñé y Molist (de Barcelona).—«Osteitis necróticas altas del oído.»

Dr. Barberá (de Valencia).—«Tratamiento ortofónico de la parálisis unilateral.»

2.^a «Datos para el estudio de la sordomudez.»

Dr. Peláez (de Granada).—«Algunas consideraciones sobre las rinitis crónicas y el tejido eréctil de la mucosa nasal.»

Dr. Karminski (de Barcelona).—«Tratamiento de las supuraciones crónicas comunes de la caja.»

Dr. Botey (de Barcelona).—«Las inyecciones traqueales de creosota en la tuberculosis pulmonar.»

2.^a «Tratamiento de los zumbidos y de algunas afecciones del laberinto, por la punción de la membrana redonda seguida de aspiración.»

3.^a «Tratamiento de la desviación vertical del tabique cartilaginoso, con obstrucción nasal y lateralización de la punta de la nariz.»

4.^a «Tratamiento de las sinusitis fronto etmoidales y de sus lesiones intracraneanas.»

5.^a «La laringo fisura en el cáncer laríngeo.»

Y 6.^a «Presentación de varios instrumentos.»

Dr. Verdós (de Barcelona).—«Nuevos datos en favor de la curabilidad de la sordomudez.»

2.^a «Aloquiria auditiva y ruidos extracraneales.»

Dr. Arrese (de Bilbao).—«Sífilis hereditaria tardía y vegetaciones adenoides.»

Dr. Enriquez (de Madrid).—«Relaciones del artrismo con las afecciones naso-faringo-laríngeas y bronquiales. Necesidad de ampliar el campo de la especialidad al estudio de las afecciones del aparato respiratorio y circulatorio.»

Dr. Llorente (de Madrid).—«Intubación laríngea, sus indicaciones y estadística.»

Dr. Mariani (de Madrid).—«El humor herpético en la garganta.»

Dr. Botella (de Madrid).—«Sífilis bucal y faringo-laríngea. Su tratamiento por la cura mixta termal.»

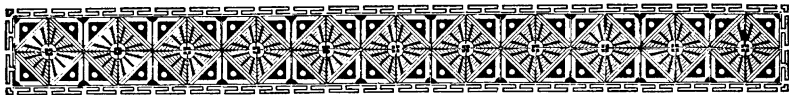
Dr. Vior (de Rivadeo, Coruña).—«Infecciones consecutivas á la perforación habitual del lóbulo de las orejas. Su carácter predominante.»

Dr. Roquer Casadesús (de Barcelona).—«Sobre el ictus laríngeo.»

2.^a «Cáncer laríngeo, aneurisma aórtico?—Traqueotomía.—Muerte.»

3.^a «Acerca de un caso de traqueoceles, ¿qué tratamiento es más conveniente?»





PRIMER CONGRESO ESPAÑOL
DE
OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

SESIÓN PREPARATORIA

CELEBRADA EL DÍA 18 DE NOVIEMBRE DE 1896

Abierta la sesión á las diez y quince minutos de la mañana, bajo la presidencia del **Dr. D. Eustasio Uruñuela**, dijo:

SEÑORES CONGRESISTAS:

A un motivo tan sólo debéis atribuir el que en estos solemnes momentos tenga yo la honra de dirigiros mi incorrecta palabra: á mi entusiasmo por la especialidad Oto-rino-laringológica. Y digo esto porque, como muchos de vosotros sabéis, soy enemigo de pronunciar discursos, no he sido el iniciador de la sublime idea de la celebración de este Congreso, y está en contra de mi carácter el aceptar puestos tan honoríficos como para mí inmerecidos.

Dicho esto, en descargo de mi conciencia, y persuadidos todos de que me hallo en este sitio, no por un acto espontáneo y volunta-

rio, sino por vuestra resolución inapelable, permitidme que con la mayor efusión de mi alma os salute á todos; dé la bienvenida á nuestros ilustres compañeros de provincias, y os exprese la manifestación más sincera de mi eterno agradecimiento, á vosotros mis queridos compañeros de Madrid, por vuestras deferencias y demostraciones de cariño, á las que no me considero acreedor.

Hora es, señores, de que, sacudiendo nuestra habitual apatía, nos exterioricemos, proporcionándonos en primer lugar la satisfacción de conocernos, de cambiar impresiones, de protegernos los unos á los otros en nuestra vida profesional, empleando la enseñanza mutua, es decir, enseñando todos y todos aprendiendo. De esta manera podremos generalizar ante el público la idea de nuestra especialidad científica, teniendo en cuenta que la división del trabajo y la especialización en las funciones sociales es ley de progreso para el individuo y la sociedad, siempre que no se pierda de vista la relación que tiene lo general con lo especial. Ahora bien, señores; nosotros hemos cumplido la misión con que nos habéis honrado en la medida de nuestras fuerzas. Es cierto que hemos hallado algunas dificultades, pero lamentándome tan sólo de vuestro error en la elección de Presidente de la Comisión organizadora, confío en que vuestra reconocida bondad é indulgencia ha de perdonarnos las faltas que hayamos cometido.

Después de los trabajos realizados para el mejor éxito de este Congreso, hemos conseguido una subvención de mil pesetas del Ministerio de Fomento, así como también un acuerdo del Ayuntamiento en que se nos conceden otras mil pesetas, las cuales se harán efectivas en el momento en que el Sr. Alcalde Presidente del Ayuntamiento de Madrid lo crea oportuno. Debemos, pues, mostrarnos agradecidos á tan dignas autoridades por la protección que nos han dispensado.

También tengo el mayor gusto en manifestar mi eterno reconocimiento y dar las gracias más expresivas al eminente Dr. D. Julián Calleja por las deferencias que nos ha dispensado y por el cariño con que ha mirado á este Congreso. El Dr. Calleja, no solamente ha puesto á nuestra disposición este Anfiteatro y la Facultad de Medicina toda, sino que también su influencia y gran valer,

á fin de que el primer *Congreso oto-rino laringológico español* se celebre con la mayor brillantez posible. Repito, pues, las gracias al bondadoso Sr. Calleja, y creo que en esto interpreto los sentimientos de todos los señores Congresistas que tienen la amabilidad de escucharme.

Antes de terminar, me considero en el deber de dedicar un cariñoso recuerdo á la memoria del que fué mi sabio maestro, al eminente Dr. D. Rafael Ariza, introductor y entusiasta propagandista de nuestra especialidad en España, así como también el dirigir un afectuoso saludo á todos los compañeros ausentes, especialmente á los sabios doctores Letamendi y Sota y Lastra. HE DICHO.

Ahora el Sr. Secretario dará lectura de los documentos que obran en su poder, y se servirá dar cuenta de los trabajos realizados por la Comisión.

El Sr. Secretario (Dr. Compaired).—Mis primeras palabras, señores Congresistas, son para dar el parabién á mis dignísimos colegas que asisten á este Congreso, puesto que podemos congratularnos, gracias á Dios, de vernos definitivamente reunidos. Digo esto, porque al fin vemos formado el Congreso después de los sinsabores y de las mil y una peripecias por que ha atravesado durante el período de su desarrollo. Uno mi voz á la del Sr. Presidente, para tributar el más alto homenaje de agradecimiento á nuestros compañeros, y al mismo tiempo para manifestar con él, el tributo de admiración que rindo al sabio eminente que en España fué el introductor de esta especialidad, al Dr. Ariza.

También debo expresar mi admiración al Dr. Sota y Lastra, la primera figura viviente actual de la Laringología española, después del Dr. Ariza.

Hecho esto, debo trazar á grandes rasgos la historia, no conocida de todos, de este Congreso. La celebración del mismo ha sufrido un período de laboriosa gestación, porque en vez de haberse celebrado el 18 de Octubre, ha tenido que aplazarse á la fecha en que hoy lo celebramos, á causa de hallarnos todos distanciados durante la intermedia época de verano, y por lo tanto incompletos y faltos de organización los trabajos preliminares. La Comisión organizadora ha procurado cumplir su misión lo mejor que le ha sido posible.

En su concepto, ha hecho poco comparado con lo que hubiera sido su deseo, y en su consecuencia, si alguna deficiencia se nota en nuestras gestiones, pido humildemente perdón á los señores Congressistas por no haber sabido interpretar sus deseos y complimentar fielmente la misión encomendada.

Como sabéis por el Programa que está impreso, se nombraron tres subcomisiones, una de ellas la de propaganda, la cual ha cumplido con su deber convocando á todos aquellos individuos que pudieran aportar algún contingente á este Congreso; otra, la subcomisión de festejos, que también tiene aprobados los que sean compatibles con nuestros recursos, y otra, para recabar el apoyo moral y material de los Poderes públicos, á fin de dar brillantez á nuestras deliberaciones. Respecto á esta última cuestión, aunque yo era pesimista, debo manifestar que el Sr. Uruñuela ha conseguido más de lo que en mi concepto se podía lograr; por tanto, creo que se le debía dar un voto de gracias por sus constantes trabajos.

Para celebrar este, que pudiéramos considerar como *ensayo* del primer Congreso español de Oto-rino-laringología, voy á leer las bases que se han acordado y que ya conocéis, por haberlas remitido oportunamente á todos los señores Congressistas ¹.

Después de proceder á la lectura de las cartas de los doctores Mariani y Calatraveño, excusándose de asistir al Congreso por sus muchas ocupaciones, y de las comunicaciones del Ministerio de Fomento concediendo *mil pesetas*, y del Ayuntamiento otras *mil pesetas*, con destino al Congreso, así como de la de ferrocarriles, denegando los billetes á mitad de precio para los Sres. Congressistas y familia, concedió el señor Presidente la palabra al Sr. Castañeda (de San Sebastián).

El Sr. Castañeda (de San Sebastián): He pedido la palabra para proponer un voto de gracias á la Comisión organizadora, y deseaba diéramos comienzo á los trabajos que hemos de realizar.

El Sr. Presidente: El Congreso se servirá designar los individuos que han de componer la Comisión nominadora.

¹ Véanse, así como la lista de señores congressistas y comunicaciones anunciadas, en la pág. 11.

Sin debate alguno fueron designados para esta Comisión los señores Verdós, Forns y Uruñuela, quienes, habiéndose reunido inmediatamente, designaron para los diversos cargos del Congreso á los señores siguientes:

MESA DEFINITIVA

DEL

PRIMER CONGRESO ESPAÑOL

DE

OÍO-RINO-LARINGOLOGÍA

Presidente efectivo.

Excmo. Sr. Dr. D. Julián Calleja.

Vicepresidentes.

Excmo. Sr. Dr. D. Modesto Martínez Pacheco.

Sr. Dr. D. Baldomero González Alvarez.

Secretario General.

Sr. Dr. D. Celestino Compaired.

Secretarios de Actas.

Sr. Dr. D. Sixto Botella.

Sr. Dr. D. Emilio Pérez Moreno.

Tesorero.

Sr. Dr. D. José Horcasitas.

SECCIÓN DE OTO-RINOLOGIA

Presidente.

Dr. Verdós (de Barcelona).

Vicepresidentes.

Dr. Suñé y Molist (de Barcelona).

Dr. Peláez (de Granada).

Secretarios.

Dr. D. Francisco Rueda.

Dr. González Campos.

SECCION DE LARINGOLOGIA

Presidente.

Sr. Dr. Roquer Casadesús (de Barcelona).

Vicepresidentes.

Sr. Dr. Castañeda (de San Sebastián).

Sr. Dr. Barberá (de Valencia).

Secretarios.

Sr. Dr. Carralero.

Sr. Dr. Gómez de la Mata.

Con lo cual se levantó la sesión.

Eran las once y veinte minutos de la mañana.



SESION INAUGURAL

CELEBRADA EL DÍA 19 DE NOVIEMBRE DE 1896

Abierta la sesión á las dos de la tarde bajo la Presidencia del **Exce-**
lentísimo Sr. D. Julián Calleja, se concedió la palabra al señor Secre-
tario general **Dr. Compaired**, quien leyó la siguiente Memoria:

EXCMO. SEÑOR:

SRES. CONGRESISTAS:

Cuando en el año de 1888 tuvo lugar en Madrid la celebración del Congreso Hidrológico nacional, á continuación del cual vino el de Ginecología, el que en este momento tiene la honra de saludaros y de dirigiros la palabra consultó con dos distinguidos profesores, hidrólogo respetable el uno, laringólogo consumado el otro, respecto de la oportunidad de congregar en la Corte un tercero de Laringología, como aquéllos y como el que hoy inauguramos, genuinamente español.

El número, relativamente exiguo entonces, de los que nos dedicamos á la triple especialidad oto-rino-laringológica, y la coincidencia de haberse reunido los dos anteriores Congresos en un lapso de tiempo bastante reducido, aparte de estar convocado el universal de Barcelona, fueron las razones poderosas, convincentes,

para que me hicieran desistir de tal empeño, y, por lo tanto, abandonar una idea concebida en la actividad de la vida científica común.

En ocasión en que hice un viaje á Barcelona, en Mayo del año 1894, y con motivo de una reunión familiar habida en casa del Dr. Roquer Casadesús, se habló de Congresos científicos y de la necesidad de reunir uno en España de oto-rino-laringólogos, pero sin que, por razones de mi precipitado regreso, quedara ultimada la idea, y menos formulado el plan para su realización.

En Octubre del pasado año de 1895 necesité residir unos días en Barcelona, á causa de una misión oficial del Ministerio de la Gobernación, Sección de Baños y Aguas minerales, y en dicha época tuve el gusto de conocer personalmente al reputado otólogo doctor Verdós, pero sin que en aquella visita se nos ocurriera al uno ni al otro conversar sobre asunto alguno del Congreso.

A los pocos días de mi regreso á Madrid, á principios del mes de Noviembre, recibí una cariñosa carta del citado Dr. Verdós, quien consultaba mi parecer sobre la oportunidad de celebrar un Congreso español de Oto-rino-laringología, y la contestación fué el mostrarme completamente de acuerdo, tanto, que le ofrecía dentro de dos días remitirle un número de *El Siglo Médico* en el que lanzaba á la publicidad la idea, por si tomaba cuerpo y se conseguía sumar adhesiones.

En efecto: la carta, inserta en el número 2.186 de *El Siglo Médico*, correspondiente al 17 de Noviembre de 1895, dice así:

«*Carta á los oto-rino-laringólogos españoles.*»

„Estimados compañeros: Desde hace algún tiempo viene germinando en mi mente la idea de saber la opinión de la mayoría de los que á estas especialidades nos dedicamos, acerca de celebrar *Congresos nacionales anuales de Oto-rino-laringología*, cual ocurre en Francia, Alemania, Italia y otras naciones.

„Hoy, decidido por convicción y porque á ello me estimula también un distinguido otólogo barcelonés, me atrevo á suplicaros

emitáis vuestro parecer, dirigiéndolo, sea ó no favorable, á mi nombre y vuestra casa, Carranza, 12, Madrid.

„Sin que el mío pueda ni deba hacer presión sobre el de los demás, creo debieran inaugurarse estos Congresos en Madrid, el próximo Mayo, al que seguirían en años sucesivos otros en Barcelona, Sevilla, Valencia, etc., etc.

„Creo inútil encarecer la alta importancia de estos Congresos, tanto por lo que concierne á la especialidad española y su difusión al público médico y profano, cuanto por el rango á que se la merece colocar con relación al extranjero.

„Así, pues, nada más añado, porque conceptúo innecesario razonar lo que seguramente estará en el ánimo de mis compañeros compatriotas, á los cuales tampoco cabe, sin duda ninguna, animar para la consecución práctica de la idea que tengo el honor de proponer.

„Recibid todos la expresión de mi afectuoso saludo, y queda á vuestras órdenes vuestro afectísimo compañero y amigo q. b. v. m.,

DR. C. COMPAIRED.

Madrid, Noviembre de 1895.

„Ruego á la Prensa profesional en general, y especialmente á la que cultiva la Otología, Rinología y Laringología en España, dé publicidad á esta carta, y por ello le quedaré reconocido.”

Ahora bien: desde el primer momento contestaron enviándome su conformidad y adhesión varios señores, entre los que debo citar á los Dres. Rueda, Gómez de la Mata, Forns y otros, el último de los cuales, con una actividad febril propia de la envidiable primavera de su vida y un entusiasmo hijo de sus actuales aficiones científicas, trabajó sin tregua ni descanso, ayudándome en la labor común, hasta conseguir se verificase la primera reunión en el Colegio de Médicos en el día 5 de Enero último, en cuya reunión se acordó el nombramiento de la Junta organizadora que ha venido

funcionando hasta el día de ayer, y que se hallaba formada de los señores

Uruñuela.....	Presidente.
González Álvarez.....	Vicepresidente.
Cisneros.....	Ídem.
Compaired.....	Secretario general.
Forns.....	Secretario 2.º
Rueda.....	Tesorero.

Habiéndose excusado y renunciado el cargo el Dr. Cisneros, ha venido esta Junta organizando la constitución del Congreso, ora en Subcomisiones, bien en particular, para recabar apoyo moral y material de los Poderes públicos—lo cual se ha conseguido merced á los constantes trabajos de los Sres. Uruñuela y Forns—y conseguir rebaja en los precios de los ferrocarriles, etc.

Respecto al apoyo material en forma de subvenciones, ha concedido el Ministerio de Fomento al Sr. Uruñuela, con destino al Congreso, mil pesetas, y el Ayuntamiento otras mil.

Las Empresas de ferrocarriles no han contestado á las solicitudes que se las dirigió, excepción hecha de la del Mediodía, que lo hace en un sentido negativo indirecto, toda que vez que promete conceder la rebaja, á condición de que no baje de 60 el número de congresistas que procedan de un punto determinado, y esto avisando con anticipación el día, tren, nombre de los viajeros, punto de procedencia, etc., etc.

Las circunstancias tristes y calamitosas por que atraviesa nuestra desdichada Patria; la época estival intermedia entre la primera reunión y convocatoria, y la fecha para la celebración del Congreso, y, por último, la premura en efectuar los trabajos preliminares para la definitiva inauguración del Congreso, fueron motivos suficientes, sumados á otros que no creo pertinente reseñar, para que, en uso de sus facultades, la Comisión organizadora trasladase al 18 de Noviembre la época de reunirse los señores Congresistas en sesión preparatoria, acuerdo que el Secretario general y el Dr. Forns, como Secretario 2.º, comunicaron por cartas particula-

res á todos los señores adheridos, además de anunciarlo en *El Siglo Médico*.

Además, y con arreglo á la regla 5.^a de las Bases-programa de este Congreso, se remitió profusamente á todos los señores Congressistas un impreso en que figuran los nombres de todos ellos y los títulos de las comunicaciones hasta dicho día (18 de Octubre) anunciadas, ofreciendo en él ir insertando en números sucesivos de *El Siglo Médico* los de las nuevas comunicaciones que fueran recibíendose, como así se ha cumplido.

En el día de ayer, 18 de Noviembre, plazo definitivo fijado por la Comisión organizadora y anunciado oportunamente, como he dicho antes, á todos los señores Congressistas por cartas particulares de esta Secretaría con el sello oficial del Congreso, y por *El Siglo Médico*, tuvo lugar la sesión preparatoria en el Paraninfo grande del Colegio de Medicina, en la que, con arreglo á las Bases-programa y después de breves frásas de salutación á los señores Congressistas forasteros, dirigidas por el Sr. Presidente, y de expresar un cariñoso recuerdo á la memoria del Dr. Ariza y del doctor Sota, repetido después por el Secretario, se nombró una Comisión nominadora, compuesta de los doctores Uruñuela, Verdós y Forns, para que eligiese la Junta definitiva del primer Congreso español de Oto-rino-laringología y las de las dos Secciones en que aquel se divide, ó sean de Laringología y de Oto-rinología.

La mencionada Comisión hizo la elección siguiente:

Presidente del Congreso: Excmo Sr. D. Julián Calleja.

Vicepresidente 1.º: Excmo. Sr. Dr. Martínez Pacheco.

Vicepresidente 2.º: Dr. González Alvarez.

Secretario general: Dr. C. Compaired.

Secretarios de actas: Doctores D. Sixto Botella y Pérez Moreno.

Tesorero: Dr. Horcasitas.

Para la sección de Laringología:

Presidente: Dr. Roquer Casadesús (de Barcelona).

Vicepresidentes: los Doctores Castañeda (de San Sebastián), y Barberá (de Valencia).

Secretarios: los Doctores Carralero y Gómez de la Mata.

Y para la sección de Oto-rinología:

Presidente: Dr. Verdós (de Barcelona).

Vicepresidentes: los Doctores Suñé y Molist (de Barcelona), y Peláez (de Granada).

Secretarios: los Doctores Rueda y González Campos.

Presidentes de honor: los Ministros de la Gobernación y Fomento, y los Doctores Sota y Lastra, Ramón y Cajal, Nieto Serrano, Letamendi y Rubio.

Con cuyo acto, y después de citar para la inaugural en el mismo local y hora de las dos de la tarde para el día de hoy, se levantó la sesión.

Tal es, señores Congressistas, consignada en breves palabras y forma escueta, la historia de la preparación y realización de este nuestro Congreso, y de los acuerdos reglamentarios tomados en la sesión preparatoria verificada ayer.

He dicho.

El Sr. Calleja: Señores Congressistas: En el día de ayer, como habréis deducido de la lectura del discreto discurso resumen que nos ha leído el Señor Secretario general, tuve noticia del honor que me dispensabais eligiéndome Presidente para este primer Congreso español de Oto-rino-laringología.

Quien conozca mi historia personal y pública debe comprender que al aceptar yo sin titubear, debía de haber razones de interés y de alguna trascendencia que hoy me toca manifestar.

Pero antes de las pocas palabras que voy á tener el honor de dirigiros, sean las primeras un saludo de respeto, de cariño y de admiración á nuestros dignísimos compañeros de profesión que en los Cuerpos de Sanidad del Ejército y de la Armada, en Cuba y Filipinas, están dando muestras constantes, como siempre lo hacen las clases médicas; de abnegación y patriotismo. (*Muy bien, muy bien*).

Ahora, después de cumplido este deber primero, me complazco en dirigir mi salutación más entusiasta á todos los señores Congressistas, y muy en especial á los que han abandonado su hogar y sus ocupaciones para dar esta muestra patente de amor hacia el progreso científico y esta prueba de compañerismo para apretar los lazos que deben reunir cada vez más á todos los individuos de la clase médica.

Yo confieso ingenuamente que los señores Congressistas han echado sobre sí una grandísima responsabilidad, sobre todo los iniciadores de este Congreso, porque no se trata de cuestiones de Medicina general, sino es que se trata de algunas especialidades, y sólo por serlo y por la índole é importancia de ellas, es por lo que entiendo que pesa sobre los iniciadores una inmensa responsabilidad.

Las especialidades en nuestra ciencia para mí pueden representar un elemento de progreso, el más firme, valedero y potente de todos, ó pueden constituir un verdadero factor de retroceso positivo en toda la Medicina. Mientras que la especialidad, y por tanto los especialistas, no entiendan que han de subordinarse á los principios generales y á los conocimientos del conjunto científico, es claro que representan el retroceso; y por el contrario, sometiéndose siempre á lo que es general y fundamental, representan un positivo progreso. Por consiguiente, aquí, este Congreso, como todo lo especial, ha de subordinarse siempre á lo general. No entiendo las especialidades médicas de otra suerte, sino como dirección única, como dirección sistematizada y de buena ley, de todos los conocimientos médicos convergiendo y encaminándose á un mismo objeto, á un fin determinado.

Bajo el concepto de especialidades, las que todos los señores Congressistas cultivan y de que este Congreso ha de ocuparse, tienen para mí una trascendencia inmensa. Yo veo á la voz y al oído como los instrumentos del alma, como los instrumentos más ciertos del entendimiento humano. Yo encuentro en el sentido del olfato y en el del gusto como los centinelas avanzados, como los baluartes de la vida vegetativa, determinando la selección de la alimentación y de la atmósfera que hemos de respirar. Es decir, que todos los factores substanciales de la vida individual y de la vida del alma, todo está abarcado en esas cuatro especialidades que constituyen el sujeto y el objeto de este Congreso. Bastaba esto para darle importancia positiva, y para que pesara una gran responsabilidad sobre sus iniciadores, pues el éxito fausto ó el fracaso no son cosa indiferente, ni leve.

Son, pues, estas especialidades de grande importancia por su

objeto; y por su calidad están bien clasificadas, no siendo necesario buscar para su determinación, como en otras, una técnica especial que es lo que á otras caracteriza; puesto que en éstas se halla bien determinada y bien fundada por la trascendencia de los órganos y funciones de cada uno de los fines que tienen en la vida del conjunto real.

Si, como yo no dudo, los señores Congressistas actuales han entendido las cosas de esta suerte, les auguro un próspero éxito, me lisonjeo de ello y les felicito de antemano. Si es que han entendido, como yo, que estas especialidades no son ramas desprendidas del árbol frondoso de la Medicina, sino que están encarnadas, y robusteciendo al tronco de que proceden, del que no se separan ni se separarán, entonces, repito que tendrán éxito en sus trabajos.

Sea, pues, bien venido el primer Congreso de estas importantísimas especialidades. El va tras de estos dos fines: va por un lado á enriquecer la Ciencia haciéndola progresar en ramas de las más interesantes que tiene, y por otro lado, va á estrechar los lazos de amistad y compañerismo entre los dignos individuos que la componen.

Bastan estas sencillas frases para comprender el buen éxito que debemos augurar á este Congreso. No necesitaba yo el conocimiento que tengo de la importancia y respetabilidad de los dignos individuos que lo componen; pero si alguna duda me hubiera cabido al interpretar la esencia del pensamiento fundamental que informará los trabajos científicos de los Congressistas, se habría desvanecido totalmente, ante su acto de benevolencia, su acto de bondad, designándome como Presidente de sus tareas, puesto que yo real y positivamente, por mi humilde personalidad, no debía ser la persona encargada de tan honrosa misión; quizá por esto no debiera haber aceptado, y sin embargo, he aceptado con satisfacción y lo agradezco por la significación que tiene; cuya significación á mi juicio tanto como á mí, les honra á todos los señores Congressistas y favorece á sus tendencias científicas. ¿Pues qué otra significación puede tener que la que acabo de dar como principio fundamental de las especialidades, el ser elegido una persona que es catedrático de Anatomía, y cuyos estudios han sido siempre de los que compo-

nen la base y fundamentos generales de toda la ciencia médica, y que pertenece á dos reales Academias, en la que ocupa un puesto no relativo á especialidades, sino que abarca el conjunto? Sólo á título, en mi concepto, de este recto principio y conocimiento es como yo lo he podido aceptar, y he aceptado con honrada gratitud, porque mi pequeñez no se desvanece por los puestos que ha ocupado. Por eso doy las gracias; pero al mismo tiempo, y esto es lo más importante para mí, debo felicitar á la Comisión organizadora de este Congreso español tan interesante, que entiende que la especialidad no es más que una rama subordinada á la general. He dicho. (*Grandes aplausos.*)

El Dr. Suñé (de Barcelona): Señores Congressistas: Después del sentido discurso, que agradecemos, pronunciado por nuestro ilustre Presidente, á mí me toca manifestar en nombre de Barcelona y de Cataluña entera, gloria científica de todas las provincias de nuestra comarca, el profundo sentimiento de gratitud por la buena acogida que hemos tenido en esta villa y corte.

La idea del Congreso español de Oto-rino-laringología genuinamente español, disgregado de los Congresos internacionales que se verifican en Europa cada cinco años, hubo de haber nacido en Cataluña, pero hemos dado la primacía á Madrid, porque recordamos con gratitud que la iniciativa del estudio de estas especialidades la debemos á una ilustre personalidad presente, al Sr. Martínez Pacheco, cuyo libro hemos estudiado en los albores de nuestras aficiones científicas, y además también á aquel que por voluntad de Dios no está presente, al eximio Dr. Ariza, que por voluntad divina está reposando bajo una losa cubierta de flores.

En nombre de Cataluña, de las especialidades que cultivamos y de mis compañeros todos, me doy por satisfecho y contento con la misión que se me ha confiado de dar las gracias en nombre de todos, y lo hago con entusiasmo y fe en el porvenir; porque no se trata aquí, como ha manifestado nuestro querido Presidente, de que estas especialidades sean como ramas desgarradas del tronco común, sino que todos nosotros, antes de ser especialistas, hemos sido médicos generales; no se trata de especialidades que no tengan que ver algo con la Medicina general; nuestras especialidades y todas

las demás, deben ser ramas del tronco común, cuya savia vivifica hasta las últimas hojas de este árbol.

Por consiguiente, todo lo que sabemos lo debemos á la Medicina clásica, á lo aprendido en las Universidades, porque hoy día el otólogo, al penetrar hasta las capas medias del cerebro, no se olvida de la Medicina en general, sino que tiene en cuenta que la Anatomía patológica le enseña que tras aquella lesión que parecía local se habían invadido regiones más nobles, y que, atendiéndolas, se podía salvar al enfermo. Por esta razón, el especialista tiene que fundar su conocimiento en las ideas generales médicas, empezando por la Anatomía y concluyendo por el conocimiento de lo que es la Medicina en nuestros días y siempre caminando al mayor progreso. He dicho.—(*Muy bien, muy bien.*)

El Dr. Verdós (de Barcelona): Señores Congresistas: Después de las manifestaciones que acaba de hacer mi íntimo amigo el Sr. Suñé, cumpliendo con el deber de expresar la gratitud que sentimos los médicos de Cataluña por la benevolencia y cordialidad que nos dispensáis los otólogos de Madrid, me creería dispensado de tomar la palabra, si no fuera por alguna insinuación de gran trascendencia que ha vertido aquí nuestro dignísimo Presidente, con un sentido práctico y un tino científico verdaderamente admirables.

El Sr. Calleja ha indicado aquí que pesaba una gran responsabilidad sobre los iniciadores de este primer Congreso español de Oto-rino-laringología, con motivo de esta lucha sempiterna que ha existido siempre entre los partidarios de las especialidades médicas y los de la Medicina general á este efecto, yo debo declarar: que entiendo que las especialidades no son más que una suerte de estados confederados, tributarios de la capital que les dió origen, que los sostiene y vivifica, y por esto debo declarar también que si llegara un día, que aseguro que no llegará, pero si llegara un día en que entre estos dos partidos se entablare la lucha y sonara la hora de sucumbir ó declararse independientes, con ser especialista, que nadie me busque con los que den el grito de independencia, porque yo estaré siempre postrado de hinojos ante la ciencia tradicional y prestándola mi concurso.

En este concepto creo que deben entenderse las especialidades,

y así, la pequeñísima parte que yo tomé en la iniciación de este Congreso fué para aportar nuevos datos á la Medicina general para su desarrollo.

Esta idea tengo yo de las especialidades; esto es lo que debía decir en descargo de esta responsabilidad que ha indicado nuestro Presidente que pesaba sobre nosotros los iniciadores del primer Congreso español de Oto-rino-laringología, por si pudiera sufrir ó sentir algún extravío hacia el sentido de esta independencia científica. He dicho.—(*Muy bien. Muy bien.*)

El Sr. Martínez Pacheco: Señores Congresistas: Mis plácemes y felicitaciones más cariñosas á todos los laringólogos de provincias que han tenido la bondad de acudir á este Congreso, no solamente en el mío propio, sino que creo hacerme intérprete de estos deseos, por la afición que hacia ellos existe por parte de los médicos que ejercen estas ramas de la Medicina en Madrid.

Agradezco bastante ese cariñoso recuerdo, más cariñoso que grande en su felicitación que el Sr. Suñé ha tenido la bondad de hacerme, recordando que yo escribí en mis mocedades la primera obra de las enfermedades acerca de los oídos. Es verdad, que en España se desconocía hace tiempo de manera fija el estudio de los oídos.

Recuerdo, y todos vosotros lo sabéis perfectamente mejor que yo, que pasaron nuestros predecesores una especie de vergüenza y algo de amargura cuando en el año 1810 (es una época muy lejana para nosotros), la *Gaceta* de Madrid publicó un trabajo de los Doctores franceses los médicos militares que acompañaron á José Napoleón, Percy y Puteau, á propósito de un excelente trabajo del Dr. Itard, de un caso de sordo-mudez, y esto fué una contestación de los dos médicos militares á una diputación de unos buenos señores, que eran individuos de la Sociedad económica de Amigos del País, á la cual estaba encomendado el Colegio de Sordo-Mudos. Porque uno de estos señores, que ni siquiera era médico, proponía un tratamiento para curar la sordo-mudez.

La contestación á la ignorancia de aquel pobre español fué la publicación en la *Gaceta* de Madrid del trabajo de los célebres doctores de Percy y Puteau, trascribiendo el caso de Itard, que sobresalía en estos asuntos.

Yo estudiaba todo eso en mis mocedades, y real y verdaderamente me dolía mucho y me afligía que en España no nos cuidásemos de una especialidad que daba tan buenos resultados en el extranjero, y por eso empecé á publicar esa modesta obra que habéis tenido la bondad de leer, y que os agradezco mucho. Desde entonces acá ha cambiado completamente esta especialidad, y no necesito probároslo, porque todos vosotros, con vuestro trabajo, habéis coadyuvado á ello, lo cual será ya una patente de nobleza, de ilustración y de progreso, que demostrará que en España se cultivan ya todas las ramas de las ciencias, hallándose colocada á la misma altura que están en el extranjero.

De esto me enorgullezco, y aunque yo he abandonado la práctica de la Medicina, desde mi rincón os admiro, os aplaudo, os felicito, y estaré siempre con vosotros. (*Aplausos.*)

El Sr. Presidente: Una sola palabra, no sólo para congratularme de las frases elocuentes y trascendentales que hemos oído pronunciar, lo mismo al Sr. Martínez Pacheco que á los dos dignos representantes de la ciencia catalana, sino para congratularme también ante el Congreso, y por consiguiente dar las más sinceras gracias al Gobierno de S. M., que encarga su representación á una de las personas á quienes los médicos debemos con justicia tributar siempre nuestros más cumplidos elogios, que es al digno Sr. Subsecretario del Ministerio de la Gobernación, Sr. Marqués de Vadillo.

El Sr. Marqués de Vadillo (Subsecretario del Ministerio de la Gobernación): No me atrevería yo, señores, á levantar mi voz, nunca autorizada, pero menos aquí que en otra parte, sino por las palabras lisonjeras que habéis oído de labios del Sr. Presidente del Congreso de Oto-rino-laringología. El ha dado las gracias á la representación del Gobierno en este sitio, y yo, que por mi parte no tengo autoridad de ninguna especie, he de confesar que he venido aquí respondiendo á una galante invitación del Presidente y por imposibilidad de hacerlo mi jefe el Sr. Ministro de la Gobernación, que desde luego se asocia, y en su nombre hago esta declaración, á todos los plácemes y felicitaciones que de labios autorizadísimos han salido para la ardua empresa é iniciativa que representan todos estos Congresos.

Realmente es consolador el que vaya desde luego nuestra patria, tan bien representada como aquí está, asociándose á ese movimiento general que las demás naciones nos ofrecen, aceptando el principio de asociación y responda con la celebración de Congresos, unas veces nacionales y otras internacionales, á la obra común del progreso científico.

Ya que estoy de pie, si me lo permite vuestra bondad, he de hacer notar que, en efecto, asistimos hoy á la inauguración del primer Congreso de este carácter, del primer Congreso nacional que tiene por objeto el cultivo de varias especialidades científicas; pero también sabéis todos los presentes que está anunciado para fecha próxima la celebración de un Congreso internacional de Higiene y Demografía.

Es decir, que España se asocia en este momento á las dos manifestaciones, que son síntoma de grandeza, en medio de nuestras desgracias, para caminar por esas sendas del progreso científico. Hoy inauguráis una parte principal, el año próximo se celebrará el próximo Congreso, y de este modo podremos hacer otra observación que en este momento vuestra presencia me sugiere y me aviva el recuerdo. Siempre los momentos de lucha y de dificultades para nuestro país, han sido los momentos de las grandes iniciativas.

El progreso y la creación de un gran centro de enseñanza para la Medicina, se debe principalmente en España, como sabéis todos, á una de nuestras grandes figuras en momentos en que acababa de formarse la unidad nacional. La figura del Cardenal Cisneros es aquella á la que podía referirme, hablando como catedrático de la Universidad de Madrid.

Por consiguiente, en estos momentos en que el Cuerpo médico, lo mismo en Cuba que en Filipinas, se asocia á la obra común y lucha heroicamente cumpliendo con sus deberes, vienen á marcarse en esta casa, asilo de la Ciencia Médica, esos primeros pasos por la senda del progreso de las Ciencias, señalándolo con la celebración de este primer Congreso nacional y en el próximo año por el Congreso internacional de Higiene. Todo esto revela algo grande que debe encontrar eco en nuestro corazón, ya que venimos dando muestras de patriotismo en medio de tantas dificultades como sur-

gen para nuestra querida patria. Por tanto, yo que vengo aquí por vuestra bondad, y puedo representar algo, porque tengo este encargo y no por lo que yo personalmente valgo, os felicito á todos, y más que nada por la oportunidad con que se celebra este Congreso, por lo que representa y por lo que ha de representar el que el año que viene se celebrará en esta corte.—(*Grandes aplausos.*)

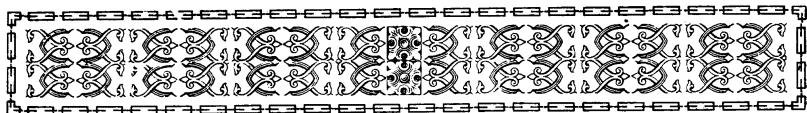
El Sr. Presidente: La Junta definitiva de este Congreso ha acordado que las sesiones sean diarias y que las de la Sección de Laringología se celebren de seis á nueve de la noche, y las de la Sección de Oto-rinología de diez á una de la mañana, con lo cual resultarán dos sesiones diarias, una para cada sección.

Igualmente se ha acordado que la primera sesión, perteneciente á la Sección de Laringología, se celebre esta misma noche á la hora indicada.

En nombre de S. M. el Rey Don Alfonso XIII y en el de la Reina Regente, declaro abierto el primer Congreso español de Oto-rinología.—(*Grandes aplausos y muestras de aprobación.*)



SECCIÓN DE OTO-RINOLOGÍA



SECCIÓN DE OTO-RINOLOGÍA

SESION CELEBRADA EL 20 DE NOVIEMBRE

PRESIDENCIA DEL DR. VERDÓS (DE BARCELONA)

Abierta la sesión á las diez y treinta minutos de la mañana, el Sr. Presidente dijo que la Mesa había acordado nombrar Presidentes de honor de la Sección á los Doctores Rivera, Moreno y Pozo, Forns y Cisneros. A seguida se leyó el siguiente trabajo:

DATOS PARA LA HISTORIA

DE LA

OTOLOGÍA ESPAÑOLA

por el Dr. Forns.

SEÑORES:

Al reunirnos por vez primera en el presente día los otólogos españoles, creo que debemos tributar público homenaje al conspicuo anatómico, especialísimo en el conocimiento y preparación de temporales, Dr. D. Marcos Viñals y Rubio, antiguo conservador-preparador de la Facultad de Medicina de Madrid, descubridor de mu-

chísimos detalles anatómicos del aparato auditivo, como se podrá apreciar en el ejemplar de la reimpresión que acompaño (1) de su tan notable como desconocida Memoria, titulada: *Nueva descripción de la porción petrosa del temporal, manifestando varios descubrimientos hechos en el órgano interno del oído*, habiendo legado gran número de temporales, maravillosas obras de arte disectórica, de las cuales la mayor parte se conservan en el Museo Orfila de París.

Dicen los Doctores Maestre de San Juan y Remírez, en una nota que figura en las páginas 120 y 121 de la versión española del *Tra-tado de Anatomía médico-quirúrgica y topográfica*, de E. l'Étrequin: "El Dr. Viñals, á pesar de tener hechos sus trabajos hacía mucho tiempo, presentó en el año de 1838, á una comisión de profesores del Colegio de San Carlos de Madrid, una preciosa colección de temporales humanos, donde se hallaba perfectamente preparado el oído interno, y expuso con repetidas demostraciones sus descubrimientos sobre el verdadero paso de la cuerda del tambor, así como el de varios otros puntos del oído interno, cuya colección se conserva en los gabinetes anatómicos de la Facultad de esta corte. En el año de 1841 leyó una Memoria sobre sus descubrimientos en el oído interno á la Real Academia de Ciencias Naturales de Madrid, donde hizo también presente, para su comprobación, una magnífica colección de temporales, delicadamente preparados, que tiene en su poder. Esta Memoria fué impresa y remitida en el año 1843 á varias corporaciones científicas, nacionales y extranjeras, habiendo merecido su aprobación y especiales felicitaciones por las de París y Barcelona. Ultimamente ha tenido ocasión, en su viaje científico á París para el estudio de la formación de museos anatómicos, de demostrar sus descubrimientos á los principales profesores de aquella Escuela, y someterlos al dictamen de la Academia de Ciencias.,"

"M. Cruveilhier, así en la primera edición de su *Anatomía descriptiva*, año de 1837, como en la segunda de 1845, cuando trata del órgano de la audición, dice que M. Huguier ha observado que la

(1) Ejemplar que ha sido enviado á cada Sr. Congresista particularmente. Si alguno no lo ha recibido, puede reclamarlo al Dr. Forn's.

cuerda del tambor no lleva el camino ordinario; mas no indica de un modo exacto su trayecto y dirección. Aun cuando las fechas á que hacen referencia las observaciones del Dr. Huguier sean casi las mismas que las del Dr. Viñals, no guardan ninguna relación; además, no se hallaba descubierto hasta la publicación de la Memoria del Dr. Viñals el nuevo camino de la cuerda del tambor, puesto que Cruveilhier no ha hecho más que una ligera insinuación, pero sin expresar su dirección ni salida. Esto hace que se considere al Dr. D. Marcos Viñals como el autor que realmente ha descubierto el trayecto y salida de la cuerda del tambor, como hemos tenido ocasión de verlo repetidas veces en sus preparaciones.,

Asimismo el Dr. D. Juan Creus, en la página 464 de su *Tratado elemental de Anatomía médico-quirúrgica* (segunda edición: Madrid, 1872), reconoce que el Dr. Viñals fué el primero que describió el trayecto de la cuerda del tambor.

De la mogografía del Dr. Viñals debo decir que es una obra como se hacen pocas, y tiene un extraordinario mérito, que aumenta en valor cuando se considera la época de su publicación. No es dicho trabajo la obra de un anatómico, ni tampoco la de un otólogo anatomista: *es la obra de D. Marcos Vinals*; tiene un sello personalísimo; se refleja en ella al osteófilo del temporal, que se pasó días y más días sierra en mano y empuñando el buril con aquella inimitable habilidad que le caracterizó, en persecución de tal cual canalículo, que, ora resultaba ser, bien un conducto nervioso, bien un continente de delicado órgano, ó bien un simple conductillo nutricional. Todo para el eminente Viñals aparecía como objeto de primordial interés, al extremo que todavía hoy, nadie ha descrito, con la prolijidad que él lo hizo, el sin fin de pequeños conductos tan hábilmente demostrados en los ejemplares que de él he visto, estudiado y admirado, y que obran hoy en poder del sobrino del insigne anatómico, nuestro excelente compañero Dr. D. Francisco Viñals, constituyendo una colección selecta de primorosos trabajos sobre huesos secos, que ningún otólogo debiera desconocer.

Enumerar cuáles son los detalles anatómicos por él descritos antes que por otro escritor alguno, y aun por nadie hasta la fecha utilizados, sería para mí cosa muy grata si no resultara inoportu-

na. Baste saber que cuantos accidentes observó en el sinnúmero de temporales que pasaron ante su escudriñadora mirada han sido motivo de especial descripción, resultando de ello un trabajo interesantísimo que debe leer todo otólogo, pues por serlo dominará la anatomía auricular, y podrá, en consecuencia, admirar las filigranas que, más que para oídas ni leídas, son para gozarse uno en la satisfacción de comprobarlas.

Empero de esta misma riqueza de detalles nace la natural confusión para quien no sea muy anatómico.

Sucede con esta Memoria algo análogo á lo que acontece con un manjar exquisito, que el poco inteligente no lo puede paladear, porque adquieren tal magnitud las minucias que desprecian los anatómicos descriptivos, que llegan á perder su importancia muchos detalles que para éstos son primordiales. Y fuente de confusión podría ser para el poco pertrechado de conocimientos la circunstancia de que el Dr. Viñals, no obstante ser un artífice tan pulcro é incansable en el arte de preparar huesos secos, y tan por nadie hasta el día superado, parece que no sintió entonces igual vocación por el estudio de las partes blandas del aparato auditivo, pues todas sus consignaciones personales se refieren al *continente* óseo, sin hacer más que simples alusiones al *contenido* descubierto y descrito por otros, dejando por esta causa de dar cabal noticia del servicio ó uso á que están destinados muchos conductos y otros accidentes de forma que describió con extraordinaria prolijidad (1).

Por tales motivos dije que D. Marcos Viñals no dejó una monografía de anatómico ni de otólogo, sino de un apasionado de las maravillas morfológicas del hueso temporal.

Finalmente, señores, no quiero terminar mi tarea sin dejar transcrito el verdadero camino de la cuerda del tambor, tal y como lo describe Viñals y relatan ampliamente en la citada nota los doctores Mestre de San Juan y Remírez, y que á la letra dice: "Entre la apófisis mastoides y estiloides, al lado externo del punto en donde el conducto del nervio facial comunica con la cara inferior de la

(1) En las preparaciones del oído interno hechas por D. Marcos, hay el original detalle de usar éste, para demostración de conductillos óseos, pelos fuertes de barbas de gato, que por ser muy finos en la punta penetran bien por los más pequeños canaliculos.

porción petrosa del temporal, suele verse el principio del conducto de la cuerda del tambor, el que otras veces se abre muy arriba en el mismo conducto del facial; desde el principio ambos conductos se separan, y el de la cuerda del tambor se dirige hacia afuera y arriba para abrirse al lado posterior é interno del anillo óseo que se ve en el feto, y que es el sitio de implatación de la membrana timpánica; á veces se abre en la misma ranura interrumpida en este punto. El mencionado conducto se le ve renacer en la parte superior, precisamente en donde se continúa el *casi semicírculo* (llamado círculo óseo en el feto); en este punto se hace horizontal, y caminando como al lado externo del conducto del músculo interno del martillo, con la separación de una línea, y un poco más bajo que él, va á abrirse en el ángulo entrante que forma la porción escamosa con la petrosa en el temporal, para terminar en un medio canal unas veces, y otras en un verdadero conducto que se encuentra en la extremidad posterior de la grande ala del esfenoides.—He terminado.

DISCUSIÓN

El Dr. Uruñuela felicita al Dr. Forns y dedica un cariñoso recuerdo á la memoria del eminente anatómico D. Marcos Viñals.

El Dr. Forns da las gracias al Dr. Uruñuela, y recomienda la lectura de la Memoria de referencia, cuya reimpresión se está haciendo.

DOS CASOS

DE COMPLICACIÓN CEREBRAL DE ORIGEN OTÍTICO

por el Dr. Ramón Castañeda (de San Sebastián).

Si la técnica operatoria de las complicaciones intracraneanas de origen otítico se halla bien establecida, gracias á los trabajos modernos, no sucede lo propio en cuanto al diagnóstico preciso, que deja todavía mucho que desear, y en cuanto nos sea posible debe-

mos contribuir á su esclarecimiento. Con este fin hago relación de los dos casos siguientes:

1.º Se trataba de una niña de siete años de edad, procedente de un pueblo cercano, que me fué presentada por un compañero á consecuencia de fenómenos nerviosos consecutivos á una otorrea izquierda no muy antigua. Como antecedentes, nacimiento prematuro, á los siete meses, desarrollo lento, algo tardía en el uso de la palabra, nada de sífilis, escrofulismo y otros antecedentes hereditarios. El verano del 93, á consecuencia de los baños de mar, tuvo una otitis media aguda supurada, que curó en pocos meses, cuyo tímpano, algo espesado, presenta una cicatrización postero-inferior bien consolidada. El invierno último, después de fuertes dolores en el oído izquierdo, se estableció una supuración, que al principio debió ser moco-purulenta, pero que á mi inspección era sero-purulenta, con enrojecimiento y tumefacción del tímpano y un reflejo luminoso pulsátil postero-superior, sitio de la perforación; el conducto auditivo atrexiado por ligero descenso de la pared postero-superior; el estilete denuncia la presencia de algunas fungosidades que sangran. No presenta tumefacción de la región mastoidea, ni grandes dolores. Hace unos quince días, antes de mi examen, disminuyó la supuración de su oído izquierdo, que era algún tanto abundante, y coincidiendo con esta disminución se presentó una hemiparesia del brazo derecho con movimientos convulsivos de los dedos índice y medio de la mano derecha, ligera cefalalgia y algún vértigo. No presenta oscilaciones térmicas, delirio, coma, vómitos ni otros síntomas meningíticos. Hace unos cuatro días se presentó paresia en los movimientos de la pierna derecha. No existe hemianopsia, y conserva los reflejos pupilares, y el examen al oftalmoscopio acusa congestión venosa de la pupila. No hay afasia. El solo síntoma psíquico es la debilidad de la memoria.

Como los síntomas de compresión cerebral en el lado izquierdo son evidentes y han coincidido con la disminución de la supuración del oído del mismo lado, procedemos á la trepanación, empezando por practicar la operación de Stacke modificada por Schwartz, apertura del antro mastoideo seguida de la del ático. Las cavidades de las células mastoideas son muy pequeñas y no encierran sino

muy escaso pus, mientras que del ático se retiran con la cucharilla granulaciones fungosas y mezcla de pus fétido y caseoso. Limpio el campo operatorio, no se encuentra comunicación directa á las meninges por proceso destructivo, y en su vista, por un pequeño golpe de gubía se hace saltar el techo de la caja, quedando al descubierto la dura madre en una extensión de cerca un centímetro. Aparece ésta normal y sin formar hernia. Con una aguja larga y esterilizada y la jeringuilla de Pravaz se hacen diversas exploraciones en busca del foco en dirección del lóbulo temporal y hacia su parte superior, retirando sólo líquido aracnoideo y después la aguja obturada por substancia nerviosa. En vista de lo infructuoso de nuestras investigaciones, procedimos á la cura, difiriendo una nueva exploración, á la que no accedió la familia. La enfermita salió curada de su operación á los veintiséis días, habiendo desaparecido los fenómenos de temblor, pero persistiendo la paresia de la pierna y del brazo derechos. Por noticias posteriores supimos que los fenómenos de compresión se acentuaron y á los dos meses falleció.

Este caso se presta á algunas consideraciones. El absceso cerebral de fecha reciente debía existir y ser poco voluminoso, y su situación no debió ser la común en el lóbulo temporal, dado su origen, puesto que los síntomas eran más propios de localización en la circunvolución parietal ascendente y tercio medio del surco de Rollando ó en el segmento posterior de la cápsula interna según Nothnagel. Los abscesos cerebrales de origen auricular tienen casi siempre su asiento en el lóbulo temporal; los abscesos frontales, parietales ú occipitales son más raros, y sólo puede pensarse en ellos cuando los síntomas funcionales corresponden á esta localización.

En el niño cuyas células mastoideas son rudimentarias, los abscesos cerebelosos son muy raros. Cerebrales ó cerebelosos, se hallan siempre situados del lado de la lesión auricular, y hay que ir á buscarlos en el lóbulo temporal.

La localización de los abscesos del cerebro, dice Broca (*Bulletin de la Societé anatomiq.* de París, 1894, pág. 561), es difícil de precisar antes de la intervención, y los formados á distancia de los focos de caries ósea suelen precederse por lesiones de la dura ma-

dre vecina de estos focos. La intervención operatoria amplia no descubre á veces la existencia de esa meningitis de la base, pero la posibilidad de esta complicación no debe impedir al operador para intervenir.

En este caso no existía comunicación directa entre el foco de pus y la superficie del cerebro. Hartmann y Garnault son de parecer que muy frecuentemente esta continuidad no existe y el transporte de los elementos infecciosos se hace por los linfáticos. La marcha apirética ha sido observada por Politzer, y cita diversos casos donde aparecen de improviso síntomas cerebrales graves sin haberse precedido más que de una cefalalgia á sitio fijo persistente.

No terminaré estas particularidades sin recordar que Lannois y Jaboulay, en un caso presentado á la Sociedad francesa de Laringología, etc., aconsejan el empleo de un trócar con aspiración para buscar el absceso y evitar que las agujas delgadas se obturen por la substancia nerviosa.

El segundo caso se refiere á un capitán de ejército, de cincuenta años, bien conformado, de naturaleza robusta y sin antecedentes morbosos que pudieran tener relación con la enfermedad actual. Nunca se había quejado de los oídos.

Fui llamado en consulta con dos compañeros, porque hacía tres días que empezó á quejarse de fuertes dolores en el oído izquierdo á consecuencia de un catarro por enfriamiento, y que fueron acentuándose y extendiéndose á toda la cabeza, viéndose por su intensidad obligado á llamar á su médico, el que dispuso algunos calmantes.

Con gran sorpresa para el médico, al siguiente día de su visita pudo comprobar los síntomas de una meningitis brusca, que fué confirmada por el otro colega. En efecto, pude apreciar á mi llegada una excitación general con pérdida de la inteligencia. El enfermo se lleva frecuentemente la mano á la cabeza como indicando su intensa cefalalgia, tiene náuseas y fiebre de 39°8, pulso frecuente y contraído; más tarde presenta estrabismo convergente, miosis, contractura y temblor del brazo derecho.

No pudiendo atribuir á otra causa más directa esta meningitis que á la otalgia primitiva que abrió la escena, examino sus oídos

y puedo apreciar que el tímpano derecho está normal; no así el izquierdo, que aparece rojizo en toda su extensión y borradas sus referencias, con un abombamiento por detrás del mango del martillo indicando la presencia del algún exudado inflamatorio; hago una paracentesis amplia en este punto que da salida á exudado serosanguinolento no muy abundante, sin nada de pus y propio de una otitis media aguda catarral. A pesar de esto y del tratamiento propio de la meningitis, el enfermo muere en cama con todos los síntomas de una parálisis general antes de las cuarenta y ocho horas de haber estallado los primeros síntomas meningíticos y á los cinco días de su primera otalgia.—¿Cómo se ha producido esta meningitis?

Sabemos que las meningitis consecutivas á las afecciones del oído reconocen en general dos modos patogénicos: la propagación puede hacerse por *contigüidad*, por alteración de las paredes de la caja ó del peñasco, produciendo una paquimeningitis (que muy á menudo es una barrera protectriz á la extensión de los desórdenes, como he tenido ocasión de observar en piezas anatómicas de la magnífica colección de Politzer, en este caso inadmisibles, en razón de la rapidez de los accidentes); ó bien se establece la propagación por *continuidad* y, sin necesidad de paquimeningitis protectriz, la infección llega á las meninges por el laberinto y conducto auditivo interno. Queda, sin embargo, un grupo de lesiones á *distancia*, en las que no se toca una relación topográfica ó patogénica satisfactoria entre la lesión del oído y la meningitis consecutiva explicada por Lœwemberg por el transporte de los microbios por las células migratrices en los espacios linfáticos, no produciendo desorden en su recorrido y manifestando su acción nociva allí donde se detienen. Maggiora y Gradenigo, en sus investigaciones microbiológicas del oído, han demostrado que los mismos bacilos pueden encontrarse en los líquidos de las otitis catarrales que en las purulentas.

La intensidad de la infección depende de la actividad de los microbios invasores y de la acción bactericida de la mucosa y del líquido segregado. Lannois atribuye á la mucosa del oído medio cierto poder bactericida, aunque no dice sea semejante al de la mucosa

nasal demostrado por las investigaciones de Würtz y Lermoyez, puesto que no distingue diferencia patogénica entre la otitis media catarral aguda y la otitis media purulenta aguda; siendo los mismos los microbios que determinan la una y la otra, todo depende de la resistencia del organismo al ataque, por las condiciones especiales en que se encuentre.

Las complicaciones craneanas otíticas presentan su mayor contingente debido á las otitis purulentas crónicas, y con mucha menor frecuencia á las otitis purulentas agudas, y dice Garnault que es preciso no olvidar que la simple afección catarral del oído medio puede, aunque rara vez, determinar la meningitis. No conocía ningún caso, y la presencia del que he tenido el gusto de exponeros ha sido, por lo original, para mí motivo de enseñanza. — He dicho.

DISCUSIÓN

Dr. Botey.—Felicitó al Dr. Castañeda por el resultado obtenido en uno de sus casos. Cree que la mayoría de los abscesos cerebrales no traumáticos son de origen otítico, y que su diagnóstico topográfico preciso es innecesario. Dice que todos los abscesos otíticos cerebrales son peripetrosos, y que sin precisión diagnóstica debe intervenir se trepanando la mastoidea, perforando el techo timpánico, incindiendo la dura madre, procurando insistir en persecución del foco purulento, que seguramente hubiera encontrado el Dr. Castañeda si hubiera repetido las punciones.

Dr. Botella.—Pregunta si el segundo caso pudo ser un nefrítico con síndrome de uremia.

Dr. Uruñuela.—Felicitó y aplaude el proceder del Dr. Castañeda. Dice que en un caso en que diagnosticó absceso cerebral, practicó la trepanación mastoidea, buscó el pus, que no encontró, y curó el enfermo; y en otro semejante el enfermo murió á las cuarenta y ocho horas.

Dr. Fornes.—Se complace en felicitar al Dr. Castañeda por su hermosa comunicación, y dice que, según sus investigaciones bacteriológicas, no corresponde la gravedad de las otitis medias á tan cual especie microbiana sino más bien á las condiciones orgánicas del enfermo, y que ni todas las otitis medias pueden producir abscesos cerebrales ni todos los abscesos cerebrales son de origen auricular.

Dr. Castañeda.—Da los gracias á las señores que le han honrado con sus observaciones, y contesta al Dr. Botey que duda mucho que hubiera llegado á encontrar el absceso cerebral y que, por lo mismo, careciendo de los elementos para establecer un diagnóstico de localización precisa, aplazó la intervención y luego fué desechada ésta por la familia, como ocurre en muchos casos. Cree que con muchos los casos de abscesos cerebrales que no producen paqui-meningitis protectrices, como en el caso que se discute. Dice al Dr. Botella que los médicos que visitaban anteriormente al enfermo de referencia hicieron el análisis de la orina y descartaron todo proceso renal; y que, como dijo, había fenómenos auriculares que podían ser causa del cerebral síndrome. Se complace de que el Dr. Uruñuela haya visto casos análogos, cree que debe intervenirse hasta donde se pueda, y opina como el Dr. Fornes en lo concerniente al papel de los microorganismos patógenos.

Ocupa la presidencia el Dr. Suñé y Molist (de Barcelona).

NUEVOS DATOS

EN FAVOR DE

LA CURABILIDAD DE LA SORDOMUDEZ

por el Dr. P. Verdós (de Barcelona).

Cuando en el año de 1892 publiqué mi tratado sobre *La Sordomudez y su curabilidad*, establecí los fundamentos racionales del tratamiento de la sordomudez basándome en la experiencia de dos notables casos que hasta aquel entonces había tenido la fortuna de tratar con éxito feliz. La favorable acogida que de mi trabajo hicieron los otólogos de diversos países, las cartas de felicitación que con tal motivo me dirigieron auristas de gran valía con quienes nunca había tenido tratos, el haberse agotado en poco tiempo la edición de mi obra y el haberme pedido permiso para traducirla á

varios idiomas, constituyeron para mí poderosos acicates para hacerme proseguir con ahinco el estudio teórico-práctico de tan interesante cuestión, al objeto de ver si llegábamos á reducir á la más mínima expresión, ya que no es posible hacerlo desaparecer, este vasto grupo social constituido por el mundo de los sordomudos, cuya existencia viene á representar el oprobio y la afrenta de la otología.

Desde aquella fecha hasta el momento actual los casos por mí tratados constituyen ya una regular serie, y si bien los éxitos no han sido siempre favorables, se eleva, no obstante, el número de curaciones á la importante cifra de una docena. Si cada uno de nosotros pudiera aportar un contingente análogo de curaciones de esta naturaleza, y yo creo que entra de pleno dentro de los límites de lo posible, calculad el número de individuos que se habrían arrebatado de las garras de la sordomudez, que, como os he dicho antes, constituye la más vergonzosa afrenta para nuestra especialidad. Yo de mí sé deciros, al menos, que cada vez que tropiezo con un sordomudo, me avergüenzo y desespero de nuestra actual impotencia. Y cuando visito alguna de estas escuelas en donde se reúnen vastas colecciones de sordo-mudos, entonces mi ánimo se abate y reniega de esta especialidad, para cuyo perfeccionamiento todos nos desvelamos y desvivimos de continuo.

No os sorprenderá, por tanto, dados mi acendrado cariño á la especialidad y el ardor que para su perfeccionamiento siento con tanto entusiasmo como todos vosotros, no os sorprenderá, digo, que hoy, en pleno Congreso otológico, vuelva yo á insistir sobre este punto que considero de la más alta trascendencia clínica. Y siento necesidad de volver sobre tan interesante cuestión, porque estoy persuadido de que no todos los otólogos españoles están convencidos de la facilidad en llegar á curar ciertos casos de sordomudez, cuando son medicados en tiempo oportuno. Yo sé que alguien ha dicho que estas curaciones de sordomudez por mí alcanzadas eran á costa de un pacienzudo trabajo en enseñar á los sordo-mudos la pronunciación, trabajo que no todos los otólogos estaban en el caso de realizar. Esta aseveración constituye un crasísimo error: la misión de un aurista no es la misión de un pedagogo. Para enseñar la

pronunciación, ahí teneis el método oral, que, como todos los demás métodos de enseñanza de los sordo-mudos, no es más que un suplemento á la impotencia del aurista. Al otólogo le corresponde curar la otopatía causante de la sordera, y una vez ésta se ha vencido, una vez el individuo puede distinguir las voces y las palabras, entonces y sólo entonces reaparece esta miraculosa facultad del lenguaje hablado que por sí sola bastaría para caracterizar la especie humana. El trabajo del otólogo queda, pues, reducido al tratamiento de una otopatía; tratamiento que podrá ser más ó menos duradero, según la antigüedad del mal, pero que no exige ningún otro esfuerzo ni más particulares aptitudes que las especiales para ser aurista. No porque el tratamiento resulte algo largo á veces, debemos abandonarlo, si con su empleo hemos de hacer fructífera nuestra intervención.

Pero para colocarnos en todos los terrenos, aceptemos de buen grado que el tratamiento de la sordomudez sea largo y penoso, y veamos si esto autoriza á cruzarnos de brazos y á dejar abandonados á estos desgraciados seres á su inmensa desventura, ó si nosotros tenemos medio de prevenir y de llegar á tiempo á la curación de estos procesos de la infancia que engendran la sordera y consecutivamente la mudez. ¿De qué depende la sordomudez? La experiencia que en este asunto he llegado á adquirir creo que me autoriza para afirmar en términos categóricos que la inmensa mayoría de casos de sordomudez dependen de rinitis catarrales contraídas en los primeros meses de la vida, que se propagan luego á las trompas y á las cajas timpánicas, determinando sordera análoga á la sordera transitoria que aparece en el curso del coriza agudo de los adultos. Y comoquiera que estos fenómenos pasan desapercibidos por los que cuidan al pequeño ser, de aquí que el mal se establezca á permanencia y quede establecida la sordera, y que al llegar la época en que la criatura debe empezar á pronunciar los primeros monosílabos, y viendo que lleva en esto cierto retraso, entonces se despierta la curiosidad de los padres; éstos hacen las más elementales pruebas para ver si su hijo oye, y una vez se han convencido de la sordera, se entregan al abandono, creyendo que aquella criatura es sordomuda de nacimiento. Cuando os encontréis frente un

caso de esta naturaleza, por más que los padres aseguren que su hijo es sordomudo de nacimiento, preguntadles si su hijo, cuando lactaba, se veía obligado á dejar el pecho con mucha frecuencia porque se le cortaba la respiración, y os contestarán afirmativamente. Preguntadles si su hijo dormía con la boca abierta por no poder respirar por la nariz, si dormía con el sueño muy agitado y si moqueaba más de lo regular, y á todo ello os contestarán siempre en sentido afirmativo. En la inmensa mayoría de casos, por no decir siempre, encontraréis vestigios de una rinopatía que explique perfectamente la existencia de la sordera. Y quedaréis más y más convencidos de ello cuando, dirigido el interrogatorio en este sentido, las familias os explicarán con toda espontaneidad que habían tenido que acudir varias veces á las unturas de aceite caliente, de manteca de cacao y á todos los recursos que emplea el vulgo para combatir los catarros nasales de la infancia, sin que con ello alcanzaran el menor alivio. De modo que casi siempre se ve ligado el padecimiento del oído á una rinopatía.

Dado este encadenamiento de los hechos, preguntémosnos ahora si debemos continuar en expectación ó si debemos tomar la iniciativa, no ya para curar, si que también para prevenir esta clase de procesos que tan fatales consecuencias traen detrás de sí. Yo entiendo que está en nuestras manos el secreto de la profilaxia y de la terapéutica de tan embrollados casos. Todos sabemos la escasa ó nula importacia que se da á las rinitis agudas de los primeros meses de la vida, precisamente la época más peligrosa para que aparezca la sordera, hasta el punto de dejarlas abandonadas, ó todo lo más tratarlas, como he dicho anteriormente, con unas uncciones de aceite ó de manteca de cacao en el dorso de la nariz. Ahora bien; si estos casos fueran cuidados por el especialista, á buen seguro que las cosas no llegarían á la gravedad que con frecuencia suelen alcanzar. Levantemos, pues, unánimes nuestras voces para que llegue á oídos de todos los médicos generales, que la desidia en el tratamiento de estas afecciones nasales, al parecer tan sencillas é inocentes, constituye un verdadero crimen. ¡Ah! si yo, en vez de dirigir la palabra ante expertos otólogos, como los que me dispensan la honra de escucharme, pudiera hablar ante un Con-

greso de pediatras, les inculcaría con todo el calor de mis convicciones estas sanas ideas para convencerles de que es un delito de lesa ciencia dejar abandonados esta clase de procesos, á los que no se da ningún valor. Y una vez hubiera llevado el convencimiento en el ánimo de todos ellos, y éstos, penetrados de la verdad, entregaran á las manos del especialista esta clase de enfermos, entonces consideraría definitivamente resuelto el problema de la profilaxia de la sordomudez.

Pero supongamos que el mal no se ha podido evitar y que la sordera precursora de la mudez ha quedado establecida. En este caso, la oportunidad en el tratamiento constituye el factor más importante para alcanzar la curación. En el realismo de la vida encontramos que cuando los enfermos acuden al gabinete del otólogo llevan ya algunos años de enfermedad, durante los cuales, habiendo estado los nervios acústicos substraídos á esta suerte de masaje vibratorio que para su desarrollo y buen funcionamiento en ellos determinan los diversos ruidos que percibimos sin cesar, como todo órgano que no funciona, se atrofian, y su funcionalismo queda anodado. Si las cosas han llegado á esta altura, por más empeño que ponga el otólogo en buscar la curación, resultará siempre estéril y vano. Pero hay que andar con muchísimo tiento en diagnosticar la atrofia de los nervios y de los centros acústicos, porque yo tengo casos curados de sordomudez que habían sido diagnosticados por ilustrados colegas míos, de atrofia y parálisis de los nervios acústicos, y á pesar de esto, han llegado á oír y á hablar. Mientras los nervios reaccionen al diapason craneal, por pequeña que esta reacción sea, puede haber esperanzas de obtener un éxito feliz. Si la reacción acústica falta en absoluto, entonces empeñarse en el tratamiento sería una verdadera temeridad. De aquí que debemos todos trabajar con ahinco para conseguir que los enfermos acudan á los dispensarios otológicos en época oportuna para poder triunfar del mal.

En corroboración de estas ideas voy á exponer sumariamente la historia de dos casos clínicos, que no dudo han de resultar para todos instructivos é interesantes. Refiérese el primero á una niña de unos cuatro años de edad, de temperamento linfático y de buena

constitución. Esta niña, que tiene una marcada predisposición á resfriarse, ó sea lo que se ha dado en llamar diátesis catarral, ya en los primeros meses de su vida sufría con extraordinaria frecuencia de obstrucciones de la nariz por coriza agudo, que, más tarde, pasó al estado crónico. Ni la familia, ni el médico de cabecera daban importancia alguna á estos estados catarrales, al parecer tan inofensivos, y por esto no se les atribuía ningún valor. Pero llegó la época en que la criatura debía empezar á hablar, y viendo que transcurría el tiempo sin que aprendiera el más fácil monosílabo, empezó á despertarse la inquietud de la madre, que veía aumentarse las desdichas de su viudez con la desgraciada suerte de su tierna hija. Consultóse con el médico de la familia, y creyendo éste que sólo se trataba de un simple retraso en el desarrollo, se limitó á prescribir algún tónico y aconsejar que se tuviera paciencia, porque el tiempo se encargaría de despejar aquella incógnita. Sumisa la familia á los consejos del médico, esperó tiempo y más tiempo para ver si aquellos pronósticos se realizaban. Mas viendo que el habla no aparecía, la impaciencia de aquella desventurada madre no pudo contenerse ya más, y decidió ir á consultar á un especialista. Llevada la niña al gabinete de un otólogo, fué debidamente examinada, y viendo aquél que la criatura no daba señales de oír los más sendos gritos y que era difícil apreciar si percibía ó no el diapasón á través de los huesos del cráneo, pronunció el fallo de incurabilidad por parálisis de los nervios acústicos. Para nada nos interesa aquí describir la desesperación y desconsuelo de aquella afligida madre, pero éstos fueron la causa de que alguien le indicara que antes de entregarse al abandono corroborara su desdicha con mi opinión. Así lo hizo, en efecto, y al presentar á su hija á mi privada clínica, pude convencerme de que la transmisión aérea de toda clase de sonidos ó de ruidos estaba en absoluto abolida en aquella pobre criatura. Por fortuna, al aplicarle el diapasón en diversos puntos de la bóveda craneal, pude observar que la niña fijaba poderosamente su atención y que aun en algunos momentos asomaba en sus labios una sonrisa, lo que me demostraba que la sensibilidad acústica no estaba aún del todo extinguida. Enlazando estos síntomas con la historia de los catarros nasales que esta criatura había presentado, y

muy especialmente con la rinitis crónica por mí diagnosticada, y viendo que las trompas de Eustaquio estaban obstruidas y que las membranas timpánicas se hallaban un tanto hundidas hacia las cajas, creí que aquel caso de sordomudez caía de lleno dentro del grupo de los curables. Así lo manifesté á la madre de la enfermita, la que prometió someterse estrictamente á mis prescripciones. Se instituyó el tratamiento ordinario de la rinitis catarral crónica, se practicaron insuflaciones por la nariz con la pera de Politzer y la movilización del tímpano por medio del aparato de Delstanche, y en menos de dos meses se alcanzó la curación, oyendo la enferma perfectamente bien y estando, por tanto, en condiciones de aprender el lenguaje hablado, lo que realizó en el breve espacio de tiempo de unos pocos meses.

Este es el caso de curación más rápida que yo he podido alcanzar de entre todos los de análoga naturaleza que se han sometido á mis prescripciones. Y este caso demuestra á todas luces que cuando la función propia de los nervios acústicos no está aún anonadada, puede vencerse la sordera causante de la mudéz. Pero la rapidez de la curación de esta enferma significa, á mi manera de ver, que el mal más bien radicaba en el aparato de transmisión del sonido que en el de recepción. Los nervios acústicos, como todos los demás del cuerpo, una vez han sido presa de la atrofia, necesitan mucho más tiempo para su restablecimiento, como lo demostraré el segundo caso que voy á relatar y que fué por mí expuesto, con presentación del enfermo, ante la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, en su sesión de 1.º de Abril de 1895.

El niño á que se refiere esta observación, cuando fué presentado por mí á la Real Academia de Medicina, contaba diez años de edad y no la de diez y seis, como por error de imprenta seguramente se consigna en el acta inaugural de aquella Corporación; y oía y hablaba perfectamente, hasta el punto que hacía dos años que asistía al colegio y había aprendido á leer y escribir correctamente. Este niño fué presentado á mi clínica cuando sólo contaba la edad de cuatro y medio á cinco años. Los síntomas que entonces presentaba eran los de un catarro nasotubárico crónico, con obstrucción de las trompas y notable hundimiento de los tímpanos hacia las cajas.

La audición era absolutamente negativa por la vía aérea y casi nula por la vía craneal. Únicamente cuando el diapasón vibraba con mayor intensidad en algún punto del cráneo, el niño indicaba percibirlo ligeramente. Animado por anteriores triunfos, indiqué á la familia que, sin poder prometer nada en concreto, se vislumbraba un rayo de esperanza que animaba á emprender el tratamiento. Celosos los padres de la salud de su hijo, decidieron seguir incondicionalmente las prescripciones que yo les trazara, con todo y estar bajo la presión del parecer de otros otólogos que habían predicho la incurabilidad. El niño Enrique Usich fué sometido desde luego al tratamiento del catarro nasal, á las duchas de Politzer y á la movilización del tímpano, ejecutado todo ello por la familia y sin que viniera á la clínica más que cada quince días, lo que prueba que no se necesita destreza alguna especial ni gran caudal de paciencia para obtener estas curaciones. Al cabo de algunas semanas notóse que la percepción craneal era más positiva y que empezaba á despertarse la percepción aérea, pues dando fuertes gritos en la boquilla de un cornete acústico, el niño hacía ademanes de entender algo, así, como en un principio señalaba que nada oía. Esta mejoría en la audición fué acentuándose poco á poco, hasta que al cabo de unos siete ú ocho meses entendía todo cuanto se le decía. De modo que si se le indicaba que fuera en busca de algún objeto, corría presuroso á cumplir el encargo, con lo cual demostraba, no sólo que oía, sino que distinguía el valor de todas las palabras. Pero Enrique no hablaba, y no sólo no hablaba, sino que ni siquiera pronunciaba un monosílabo. Fué preciso que transcurriera más tiempo, cerca de un año más, para que el niño empezara á pronunciar los primeros monosílabos, y más tarde palabras sueltas, para acabar, con el enlace de las palabras, por poseer este don maravilloso del habla.

¿Qué había ocurrido en este enfermo para que la curación se hiciera esperar tanto tiempo? Yo creo que aquí las lesiones se habían extendido ya de una manera real y positiva á los nervios y aun á los centros acústicos. ¿Y quién sabe si las zonas de la corteza cerebral encargadas del lenguaje hablado habían sufrido también los efectos del quietismo y se hallaban atrofiadas? La manera de evolucionar y desarrollarse el lenguaje en esta criatura lo hace suponer así, de la

misma manera que el retorno tan gradual y paulatino de la audición hacen sospechar que los nervios y los centros acústicos estaban atrofiados, y que sólo á fuerza del estímulo continuo que en nuestros oídos determina el ruido que se percibe sin cesar, se nutrieron y desarrollaron dichos nervios y centros acústicos hasta ponerse en condiciones de funcionar con toda libertad.

La elocuencia con que hablan los dos casos que acabo de relatar, creo que autoriza sobradamente para conceder una importancia extraordinaria á los catarros nasales de la infancia en el mecanismo patogenético de la sordera y de la mudez. Pero debo consignar aquí que no es patrimonio exclusivo de esta clase de procesos el determinismo de la sordomudez. Todas las afecciones de la nariz, del cavum nasofaríngeo y del istmo de las fauces capaces de propagarse á las trompas eustaquianas y á las cajas timpánicas, son susceptibles de engendrar la sordera y consecutivamente la mudez. Entre los enfermos de esta naturaleza que actualmente tengo en tratamiento, hay dos que deben su sordera á simples adenomas tonsilares. Los dos oyen ya bien, pero el uno todavía no ha empezado á hablar, mientras que el otro, llamado J. Subirats, cliente del Dr. Montero, repite ya casi todas las palabras que se le dicen. En éstos ha sido preciso destruir los adenomas para lograr la curación de la sordera.

Como comprenderéis, estos casos en nada se separan de lo que observamos á diario en la clínica. ¿No vemos acaso de continuo las grandes hipertrofias tonsilares determinar en los adultos oclusiones tubáricas, salpingitis y lesiones diversas de las cajas, susceptibles todas ellas de engendrar la sordera? ¿No consta de una manera positiva, y cada uno de nosotros puede corroborarlo con su personal experiencia, que el desarrollo de tejido adenoideo en el cavum nasofaríngeo es capaz de determinar, y determina con mucha frecuencia, lesiones importantes en los órganos auditivos capaces de dar lugar á intensa sordera? Pues todo esto que estamos sacados de comprobar en los adultos, y principalmente durante la segunda infancia, puede igualmente evolucionar ya desde los primeros meses de la vida y dar lugar al desarrollo de la sordomudez. La única diferencia que hay estriba sólo en la edad en que el

mal se presenta. Si estas otopatías se presentan cuando ya la criatura ha aprendido á hablar y tiene fijas en su memoria las nociones del lenguaje, en este caso la sordera no irá seguida de mudez. Pero si los trastornos del oído aparecen antes, entonces el sordo ha de ser indefectiblemente mudo. Pero como estos puntos vienen extensamente desarrollados ya en mi *Tratado de la Sordomudez*, me creo dispensado de insistir más sobre ellos.

Mi principal objeto, al dedicaros estos mal trazados párrafos, ha sido el de evidenciar la grandísima importancia que tienen los procesos nasofaríngeos de los recién nacidos en la determinación de la sordomudez y poner á la vez de manifiesto la facilidad en obtener la curación de esta verdadera calamidad si se acude en tiempo oportuno. Los casos que he relatado habrán podido convenceros de que la curación de la sordomudez no constituye ningún secreto, y que para llegar á ella no hacen falta más aptitudes y habilidades que la oportunidad en la medicación. No lo dudéis ni un solo instante: el día en que el público se persuada de que los corizas de la infancia son afecciones de capital importancia; el día en que los médicos generales fijen en ello su atención y cuiden debidamente estos procesos hasta hoy desatendidos, y para hablar con más sinceridad todavía, el día en que sean mandados al gabinete del especialista esta clase de enfermos á quienes hoy todo el mundo desatiende, entonces la otología habrá resuelto uno de sus más grandes problemas: el de la profilaxia de la sordomudez. Trabajemos, pues, todos con ahinco para sacar de las tinieblas á los que no están iniciados en esta clase de estudios. Propalemos, en bien de la humanidad y de la ciencia, las sanas ideas de la otología actual, y veréis cómo á la vuelta de algunos años el número de sordomudos disminuirá de una manera notable, de la misma manera que se han ido extinguiendo aquellas grandes epidemias que diezaban la humanidad á medida que la luz de la higiene se ha extendido por todo el mundo civilizado. —He dicho.

DISCUSION

Dr. Forns.—Felicita al Dr. Verdós por su brillante comunicación, por su tendencia y por los resultados obtenidos. Dice que la sordomu-

dez es en algunos casos congénita, pero no en tantos como se cree por la generalidad.

Que los casos de sordomudez pueden clasificarse clínicamente en tres agrupaciones: en la primera comprende las consecutivas á la falta de reabsorción del tejido conjuntivo gelatinoso que durante la vida fetal llena las cajas timpánicas, y dice que la mayoría de los casos se deben á la obstrucción tubárica que acompaña á las rinitis gonorreicas de los recién nacidos, análogas en gravedad y patogenia á las oftalmías purulentas de los mismos. Se reconocen por el estado del órgano auditivo, por las retracciones fibrosas timpánicas y la imperforación más ó menos completa de ambas trompas de Eustaquio. En la segunda incluye los casos debidos á rinopatías no ligadas al nacimiento, sino remotas, y comprende los casos descritos por el Dr. Verdós. Finalmente, la tercera está constituida por aquellos otros que presentan integridad del aparato nasal, de las trompas y de las porciones externa y media del aparato auditivo, y son debidos á lesiones del laberinto, del nervio acústico ó de los centros nerviosos auditivos.

Los enfermos del segundo grupo son curables en su mayoría, mientras que los del primero y último se curan raras veces.

Dr. Botey.—Dice que los casos que ha visto son de obscuro y difícil diagnóstico, y que felicita al Dr. Verdós por sus éxitos.

Dr. Uruñuela.—Felicita al Dr. Verdós y anima á los señores Congresistas á que se ocupen de tan interesante tema. Cree que son siete ú ocho los casos vistos en su consulta, dos de ellos de origen cerebral, uno de estos de naturaleza tuberculosa, según pareció más tarde á distinguidos psiquiatras, y del otro no pudo hacer diagnóstico preciso. Dice que el Sr. Forns ha puesto los puntos sobre las íes al establecer su clasificación de sordomudos que le parece muy práctica; y entiende que los casos curables son debidos á afectos nasales, dando cuenta de uno, visto también por el Dr. Castañeda, que tenía catarro naso-faríngeo, vegetaciones adenoideas y otitis catarral por propagación tubárica, que curó al cabo de seis ó siete meses de tratamiento adecuado.

Dr. Verdós.—Agradece los datos que se han aportado para ilustrar su comunicación, diciendo que su Memoria sólo hace referencia á los casos consecutivos á rinopatías. Admite gustoso las observaciones tan prácticas que le han dirigido los Doctores Forns, Botey y Uruñuela y les da las gracias por las frases halagüeñas que le han dedicado.

ALOQUIRIA AUDITIVA Y ZUMBIDOS EXTRACRANEALES

por el Dr. Pedro Verdós (de Barcelona).

Los casos de aloquiria auditiva, lo mismo que los de zumbidos extracraneales, se presentan con tanta rareza que pocos son los otólogos que hayan tenido ocasión de observarlos. Con respecto á la aloquiria auditiva, he de declarar que yo no conozco publicada más que una sola observación, presentada por mi distinguido amigo el Dr. Gellé á la sociedad de Biología de París, en su sesión del 14 de Enero de 1888. En cuanto á los zumbidos extracraneales, nuestro caudal clínico no es ya tan limitado, puesto que algunos autores, y de una manera especial el eminente Politzer, se ocupan de ellos, bien que señalándolos como una verdadera rareza. Y bajo este supuesto, entiendo que todo lo que sea atesorar datos ha de contribuir poderosamente á la resolución de éstos tan intrincados cuanto extraños problemas de la patología del oído. Es por esto que he creído de mi deber dar cuenta á los ilustrados miembros de este Congreso del curioso caso mí por observado, que podrá servir tal vez en su día para aclarar este capítulo de nuestra Patología especial.

Estas dos formas de alteración neurósica del aparato auditivo no se habían visto hasta la fecha actual, al menos que yo lo sepa, reunidos en un mismo enfermo. El caso que voy á exponer se hace también interesante por esta nueva circunstancia, por aparecer en un mismo individuo la aloquiria y los zumbidos extracraneales.

Trátase de una mujer de unos cincuenta años de edad, soltera, de temperamento linfático, de constitución obesa y sin antecedentes patológicos dignos de especial mención. Esta enferma hacía algún tiempo que presentaba los síntomas vagos de una neurastenia, y era oportuna y debidamente medicada por mi buen amigo el ilustrado miembro del cuerpo médico municipal Dr. Espadaler. Pero viendo éste que el mal no cedía y que los principales síntomas emanaban del aparato auditivo, la dirigió á mi clínica privada, para que yo me

hiciera cargo del caso y viera si encontraba en los oídos el foco generador del mal.

Interrogada la enferma, decía que su principal molestia estribaba en un zumbido continuo que percibía constantemente á la distancia de dos ó tres metros de sus oídos. Estos zumbidos eran comparados por la paciente al ruido de un escape de vapor. De vez en cuando, y principalmente cuando se encontraba en medio del silencio, se añadía á aquel zumbido otro parecido á la voz humana en bajo tono. Estos zumbidos tan especiales, percibidos á distancia del aparato auditivo, alarmaban de tal suerte á la enferma que la ponían en continua excitación cerebral.

Reconocidos los órganos auditivos, no pudo encontrarse lesión alguna material que diera explicación plausible del caso. Los conductos auditivos y las membranas timpánicas en completa normalidad. Las trompas eustaquianas permeables como en el estado normal. Nada por parte de la nariz ni del naso-farinx que pudiera hacer entrever la propagación de algún proceso hacia las cajas. Estas en completo estado fisiológico. En un palabra, los órganos de transmisión del sonido se hallaban en el más perfecto integrismo. Cuando se trataba de inquirir la reacción de los nervios acústicos, podía apreciarse que éstos reaccionaban fisiológicamente por la voz y varias clases de sonidos. Es decir que no existía ni el más ligero grado de discesea. Pero cuando se trataba de examinar la conductibilidad del sonido á través de las paredes craneales, entonces se ponían de manifiesto los fenómenos de la aloquiria con una limpieza y claridad sorprendentes.

Aplicando un diapasón vibrante en cualquier punto de la pared craneal, *el sonido era percibido por la enferma á unos dos metros de distancia del lado opuesto* al en que el diapasón se había aplicado. El diapasón vertical era percibido á igual distancia, pero en la parte posterior de la enferma. Iguales fenómenos se manifestaban empleando el acúmetro de Politzer ó el reloj de bolsillo. El fenómeno clínico no falló nunca: cada vez que se repetía el experimento se obtenía idéntico resultado. No sucedía así cuando la fuente sonora, ya fuera ésta uno cualquiera de los diapasones que empleamos á diario, ya el acúmetro, ya el *remontoir* de bolsillo, se

aplicaba á la distancia de diez ó quince centímetros del conducto auditivo. En estas circunstancias la percepción se hacía siempre á unos dos ó tres metros de distancia, pero unas veces era percibida en el mismo lado en que se aplicaba el manantial de sonido y en otras era percibida en el lado opuesto. De modo que en este caso la aloquiria no era constante. La reacción eléctrica de ambos nervios acústicos era normal.

Se emplearon todos los medios conocidos para disminuir estos fenómenos de hiperexcitabilidad, y si bien en un principio el mal parecía aminorar, quedóse luego estacionario, sin que pudiera alcanzarse una curación definitiva.

Si tratáramos ahora de indagar la naturaleza del proceso capaz de engendrar tales desórdenes y el mecanismo patogenético en virtud del cual éstos se desarrollan, nos perderíamos en un laberinto de hipótesis, dentro del que, con dificultad hallaríamos la salida. Sabemos por la patología general, que la aloquiria consiste en percibir una sensación en el lado opuesto al en que éste ha tenido lugar; y sabemos, por las observaciones publicadas por Obermeister, Ferrier, Fisher, Leyden, Hammonel, Hutchinson y Brown-Sequard, que los fenómenos de aloquiria se presentan generalmente en individuos tabéticos ó afectados de lesiones medulares. Ahora bien; mi enferma jamás presentó síntoma alguno que indicara, no ya la existencia, sino ni siquiera la iniciación de proceso medular alguno. ¿A qué causa obedecía, pues, su aloquiria? La enferma del Dr. Gellé tampoco era tabética ni histérica, pero presentaba evidentes lesiones en los oídos medios, tales como otitis crónica en el período de hiperplasia y de reblandecimiento. Además, la enferma de Gellé presentaba una hiperexcitabilidad extraordinaria de uno de los oídos, y el Dr. Gellé, apoyado en esta circunstancia, admite que la excitabilidad exagerada de uno de los oídos, hacía que se percibieran en él los zumbidos fraguados en el oído opuesto y que al mismo tiempo el aparato de acomodación biauricular podía dejar de funcionar con igual energía en un lado que en otro, y de aquí naciera la percepción de los zumbidos en el lado opuesto del en que se figuraban. En mi enferma, ninguna de estas circunstancias tenía lugar, y por esto yo he de

preguntarme nuevamente. ¿A qué causa puede atribuirse su aloquiria?

Si enlazamos los fenómenos de aloquiria con los fenómenos propios de los zumbidos extracraneales, ya que enlazados venían en la enferma de mi observación, tal vez nos orientemos un tanto para vislumbrar la significación fisio-patológica que de una manera más ó menos aproximada puede darse á estos rarísimos fenómenos con que de vez en cuando se tropieza en el escabroso terreno de la clínica.

Es creencia generalmente admitida por los otólogos y sancionada por la indiscutible autoridad de Politzer, que los zumbidos sin lesión material de los órganos auditivos reconocen por causa algún trastorno circulatorio del laberinto ó una irratibilidad especial del cerebro ó de las meninges. En mi enferma, yo me atrevería desde luego á descartar toda idea de perturbación circulatoria del laberinto, porque la integridad con que los nervios acústicos reaccionaban á todos los medios con que cuenta la otoscopia actual y la falta de otros síntomas que suelen acompañar á los trastornos circulatorios del laberinto abonan esta presunción. De aquí que me veo inducido á admitir que el foco generador de aquella escena patológica radicaba, ya en el cerebro ya en las meninges. Pero como las nociones que poseemos sobre anatomía y fisiología de los centros acústicos, son hoy por hoy tan limitadas, me veo en la precisión de dejar en suspenso la resolución de este problema y sólo apuntar el caso clínico á fin de que conste y pueda ser meditado el día en que, perfeccionados nuestros conocimientos, podrá intentarse la resolución de estos tan interesantes cuanto arduos problemas de la otología y de la neuro-patología.

DISCUSION

Dr. Forn: Felicita de nuevo al Dr. Verdós por su curiosa observación, que es interesante y rara. Entiende que es necesario almacenar casos semejantes en espera de plausible explicación, la cual no se obtiene actualmente porque los otólogos no estudian del teléfono que representa el aparato auricular, más que el órgano emisor, prescindiendo

casi por completo de los órganos transmisor y receptor. Que hasta tanto que los otólogos sean, además, concienzudos anatómicos é histólogos de los centros acústicos, de ese laberinto interno mucho más intrincado que el laberinto petroso, como reconoce su sabio maestro el doctor Ramón y Cajal, no se aclararán aquellos casos como el presentado por el Dr. Verdós; y alienta á los señores Congressistas á emprender el estudio del *verdadero oído interno*, ó sea del aparato receptor de su comparación, cuya patología nos es desconocida.

OCUPA LA PRESIDENCIA EL DR. VERDÓS

OSTEITIS NECRÓICAS ALTAS DEL OÍDO

por el Dr. Suñé y Molist de (de Barcelona).

SEÑORES:

Propongo llamar osteitis altas del oído á las que se manifiestan hacia la parte superior del hueso temporal (porción escamosa), y ofrecen necrosis limitada en un punto aislado que radica á un nivel muy superior al conducto auditivo, ó muy superior al ático.

Convendréis conmigo en que las periostitis agudas iniciadas en el conducto, ó dependientes de mastoiditis supurada con perforación de la cortical mastoidea é irrupción de pus en el periosto, etc., pueden extenderse á toda la región temporal; habréis visto, muchas veces, como yo, formarse un gran absceso sub-perióstico en toda la región temporo-mastoidea, con frecuencia descuidado de tal modo que el pus ha permanecido semanas enteras bañando la superficie ósea. Pues bien; en todos estos casos, vaciado el absceso á favor de amplia y profunda incisión, habréis hallado la capa cortical del hueso en perfecto estado de integridad, al explorarla con el dedo ó con el estilete. Verificada la evacuación, cualquier líquido antiséptico que se inyecte con fuerza dentro del foco, basta para que todo desaparezca en pocos días, aunque la caja tim-

pánica continúe en estado de inflamación supurativa, lo cual reclama más largo y asiduo tratamiento.

Estos son los casos comunes y vulgares, los más frecuentes, los que he visto centenares de veces en Barcelona (sobre todo en épocas de epidemias de infecciones eruptivas: sarampión, escarlatina, etc.). Pero la excepción de esto, lo que se aparta de las reglas en esas infecciones agudas en que el estreptococo piogeno invade como reguero de pólvora el tejido celular periótico, es la *necrosis puntiforme, aislada, perforante*, que pasa todo el espesor de la escama cual pequeña abertura hecha con taladro, ó *trefina*, y á través de la que puede verse la dura madre. Concededme que en muchos casos la abertura de un absceso supramastoideo permite ver ó tocar en la capa cortical del hueso una perforación necrótica, y esto es lógico y explicable: porque el origen de este absceso externo es sencillamente la endomastoiditis supurada que se ha fraguado paso al exterior, invadiendo el pus por de pronto el espacio subperióstico y provocando periostitis y hasta miositis, etc. Pero el sitio de elección de la perforación ósea (salvo en las mastoiditis llamadas de Bezold) está en el trapecio quirúrgico de Botey, es decir, en la parte antero-superior de la apófisis, siempre al nivel de la base del peñasco, siempre en relación de contigüidad con las cavidades ó areolas mastoideas.

Las localizaciones necróticas que tengo el honor de someter á vuestra consideración ilustrada, son, como acabo de indicar, aisladas, pequeñas y en la misma escama del temporal, lejos de la cavidad mastoidea, y no relacionadas con la caja, ni con el ático (á lo menos macroscópicamente).

Sólo he visto esta anómala necrosis en tres casos. En todos ellos el mal empezó por otitis media aguda, perforación espontánea del tímpano y evacuación del pus al exterior. Simultáneamente á los primeros dolores, se presentó tumefacción detrás de la oreja y hacia arriba, síntomas de periostitis que invadió rápidamente toda la región temporal hasta producir edema del párpado y región zigomática; tacto elástico á la exploración, fluctuación profunda al día siguiente; contracciones del músculo crotáfites muy dolorosas, impidiendo la masticación. Incisión extensa hasta el hueso paralela á

las fibras del músculo, salida de pus inodoro, amarillo (*loable*). Al explorar en el primer caso con el dedo, aséptico, la pared ósea del absceso, el pulpejo se deslizó sobre la escama desnuda sin hallar osteogenesis ni fungosidades; pero en un sitio inferior, á un centímetro por encima de la *spina supra meatum*, ó á dos centímetros, verticalmente, de distancia del conducto auditivo externo, es decir, á un nivel más alto que la superficie superior del peñasco, se notó una pequeña depresión, la cual, explorada luego con un estilete rígido se manifestaba profunda, de todo el espesor de la escama; el estilete tocó la superficie elástica de la dura-madre. Separando los bordes de la incisión con ganchos, vi la perforación, casi circular, dentellada, algo granulosa y cruenta, no mayor de tres milímetros. Por si hubiese absceso extradural, agrandé la abertura con gubia delgada y martillo y descubrí la dura-madre íntegra, algo hiperemiada. No habiendo ningún síntoma cerebral, no quise incidirla, ni hacer temeridades en busca de un absceso inconcebible. Quedó la lesión reducida á una herida ósea quirúrgica, á modo de grosera trepanación; suturé la incision tegumentaria, excepto en su extremo declive, por el cual se evacuó pus aséptico y se inyectó agua félica durante tres días, sin tubo de drenaje (que no los uso nunca), y en menos de una semana se curó la herida. A los veinte días ya no se notaba depresión ósea al través de la piel en el sitio *trepanado*. La osteogenesis cicatricial fué rápida y completa, y entre tanto se curó la otitis media supurada con inyecciones débiles de cloruro de zinc, y sedimentando yodoformo en la caja á beneficio de la perforación timpánica.

En los otros dos casos, con análogo síndrome, la necrosis punticular de la escama se encontraba, más ó menos, en análogo sitio; siempre á un nivel superior al plano que pasa por la cara superior del peñasco. Ved ahí por qué me permito llamar osteitis necróticas *altas* del oído á estas lesiones, que tanto montaría llamar necrosis puntiformes ó circunscritas de la escama temporal.

Quedan así expuestos los hechos clínicos, con la facilidad que proporciona la reseña de toda cosa vista y tocada, pero la interpretación ó la patogenia de los mismos ya es más difícil. Vengo á dilucidarla con vosotros y á oír vuestro parecer; antes os daré mi opi-

nión, pero opinión vacilante, porque ni me satisface, ni está libre de objeciones. Yo me aventuro á creer que la destrucción limitada del hueso no podía proceder de dentro á fuera, porque no hubo acceso extra-dural, ni paquimeningitis. Posiblemente el pus que se acumuló entre el hueso y el periostio dió lugar á regeneración trófica rápida de los capilares que atraviesan el hueso en un punto limitado, y se verificó necrosis por mengua de riego; ó bien los estrep-tococos se enfocaron en aquel sitio destruyendo el hueso como en esas caries sifilíticas que perforan el tabique nasal. Menos llevo á explicarme la propagación del proceso piógeno desde la caja, salvo admitiendo la invasión del microbio patógeno por la vía capilar ó por la linfática, siguiendo el periostio del *tegmen timpani* hacia el conducto y de éste el periostio contiguo de la región temporal. Dejo todo esto á vuestro criterio, que yo no he venido á ejercer de maestro, sino á aprender algo, y mucho, en esta comunidad de otólogos españoles aquí reunidos, á quienes estimo como amigos y profesores distinguidos.—He dicho

DISCUSIÓN

Dr. Botey: Felicita al Dr. Suñé por el interés que despierta su comunicación. Cree que esas necrosis altas del temporal son debidas á una otitis media perióstica profunda, propagada á través del conducto auditivo externo, constituyendo una periostitis mastoidea ó de la parte superior del temporal. Son de difícil diagnóstico, y quizá pueda ayudar á formularlo el que el meato auditivo esté tumefacto y estenosado. Su causa es la inflamación del periostio con exudación sero-purulenta que obstruye los vasos y mortifica el hueso, bien como tiene lugar en las mastoiditis.

Dr. Forns: Cree interesante el caso, y dice que encuentra analogía con otro visto por él hace más de un año, el cual enfermo presentaba un absceso intraaoneurótico del crotáfites, que al ser excindido dió más de 120 gramos de pus y fué ocasionado por una otitis media catarral, no supurada, consecutiva á un baño de mar, en un joven de veintisiete años, con gran desarrollo orgánico. ¿Habría algún foco necrótico pequeño? No lo cree. Encuentra la analogía entre los dos casos por ser lesiones

supuradas de la región temporal sin patogenia conocida, pues sus investigaciones sobre linfáticos no le han podido explicar el mecanismo de esta infección. ¿El caso del Dr. Suñé sería una necrosis sifilítica? El observado por el Sr. Forns no era sifilítico.

Dr. Uruñuela.—Marca las diferencias entre los casos de los Doctores Suñé y Forns. Considera imposible explicar de un modo satisfactorio la patogenia del caso que se discute, y ruega al Dr. Suñé, como autoridad indiscutible en la materia, que proponga una interpretación.

Dr. Peláez.—Busca la solución patogénica en una propagación subdural. Dice que la dura madre reacciona en su parte periférica ó más superficial igual que el periostio. Según demostró Trolard, la dura-madre tiene dos hojas, independientes en el raquis y fusionadas en el cráneo, constituyendo la externa el periostio endocraneal. El techo de la caja y la pared superior del conducto auditivo externo tienen perforaciones casi microscópicas que establecen relación de continuidad entre el periostio y la dura-madre, y por esta vía subdural se podría propagar una afección de la caja ocasionando periostitis extra é intracraniales, seguidas de osteites necróticas, limitadas por las excepcionales condiciones de vascularidad.

Dr. Robert.—Cree que en toda mastoiditis hay un punto necrótico, y que igual ha ocurrido en el caso del Dr. Suñé.

Dr. Suñé.—Añade que su enfermo tenía tumefacción ligera, pero total, de la piel del conducto auditivo externo, á lo cual no dió importancia porque la atribuyó á la supuración y á las maniobras efectuadas para conseguir su limpieza. Le satisface la interpretación del Dr. Peláez, y dice que estas cuestiones de fina anatomía son pocos los españoles que gozan el privilegio de resolverlas. Finalmente, cree que la abertura amplia tiene muchas ventajas y ningún inconveniente.

EXPOSICIÓN DE CUADROS MURALES

DESTINADOS

A DEMOSTRAR LA ANATOMÍA DEL APARATO AUDITIVO

por el Dr. R. Forn's.

El Dr. Forn's presenta veinte cuadros de 1,75 metros de alto por 90 centímetros de ancho, en lienzos pintados al óleo, que constituyen parte de la Iconoteca Oto-rino laringológica que viene ejecutando para sus explicaciones, así de los cursos oficiales en la Facultad de Medicina de Madrid, como en aquellos otros libros que dará en la Escuela práctica de Especialidades médicas.

En lo concerniente á Anatomía macroscópica, la mayoría de las figuras son sacadas de las preparaciones naturales de su colección particular, y los nueve cuadros últimos son fiel reproducción, ampliada y gigantesca de los trabajos de Retzius (de Stockolmo).

El índice de las figuras es el siguiente:

Cuadro núm. 1.—Representa el *pabellón auricular*, en seis figuras: de éstas, las dos superiores muestran el esqueleto y músculos intrínsecos y extrínsecos; las dos centrales, las arterias de las caras ántero-externa y póstero-interna, juntamente con los troncos de la temporal superficial y de la auricular posterior; y las dos inferiores las venas y nervios de las dos caras del pabellón.

Cuadro núm. 2.—Representa el *conducto auditivo externo*, en cuatro figuras: en una se ve unido al pabellón auricular provisto de piel; en otra, unido al pabellón, pero reducido á su parte esquelética; en otra, en un corte vertical y en otra en un corte horizontal.

Cuadro núm. 3.—Representa la *caja timpánica en sus paredes anterior y posterior*, mediante dos figuras.

Cuadro núm. 4.—Representa la *caja timpánica*, principalmente en sus *paredes externa é interna*, y comprende cinco figuras:

1) Membrana timpánica vista por fuera. 2) Membrana timpánica vista por dentro, con martillo y yunque. 3) Pared interna; promontorio y ramos del nervio de Jacobson; acueducto de Falopio en su porción vertical. 4) Un corte vértico-transverso de la caja. 5) Articulación del martillo con el yunque.

Cuadro núm. 5.—Huesecillos del oído, en nueve figuras. 1 y 3) Martillo. 2) Yunque. 4, 5 y 6) Estribo. 7 y 8, Corte horizontal de la membrana timpánica á nivel del cuello del martillo y de la extremidad del mango del mismo. 9) Corte horizontal de la base del estribo aplicada á la ventana oval.

Cuadro núm. 6.—Vista general de las diversas partes del oído medio, en doce figuras. 1) Vista por fuera y adelante de la caja timpánica, trompa de Eustaquio, músculo interno del martillo, cadena de huesecillos, cuerda del tambor y ganglio geniculado. 2) Vista por arriba de la caja timpánica, trompa, músculos interno y anterior del martillo, cadena de huesecillos, músculo estapedio y nervios facial, cuerda y estapedio. 3) Topografía anatómica de la región mastoidea hasta el seno lateral. 4, 5 y 6) Tres figuras esquemáticas que representan tres cortes verticales de la trompa. 7, 8, 9, 10, 11 y 12) Seis figuras que representan otros tantos cortes verticales diferentes, en un supuesto vaciado de la trompa.

Cuadro núm. 7.—Huesecillos del oído y parte del oído interno, en tres figuras. 1) Caja con cadena de huesecillos completa, relaciones de los extremos de ésta y laberinto membranoso. 2) Dos estribos con su músculo para explicar su fisiología. 3) Laberinto membranoso y nervio auditivo con sus primeras divisiones.

Cuadro núm. 8.—Porción ósea del oído interno, en dos figuras: 1) Temporal donde aparecen tallados los conductos semicirculares y el caracol, y donde se ven también las células mastoideas. 2) Conductos semicirculares, vestíbulo y conducto auditivo interno.

Cuadro núm. 9.—Laberinto membranoso, en tres figuras: 1) Corte vertical del caracol, conductos semicirculares y vestíbulo. 2) Caracol visto por la base. 3) Caracol visto por el vértice.

Cuadro núm. 10.—Ramificación del nervio acústico, en tres figuras; en una es visible el ganglio de Scarpa; en otra éste, el de Böttcher y el de Corti; y en otra sólo las ramas nerviosas.

Cuadro núm. 11.—Vestíbulo, en dos figuras, en sus dos paredes principales interna y externa y en las regiones próximas, superior, inferior, anterior y posterior. También se representan en parte en esta figura, las relaciones del vestíbulo con la caja, con los conductos semicirculares y con el caracol.

Cuadro núm. 12.—Laberinto membranoso, en tres figuras: 1) Visto por detrás y adentro. 2) Visto por delante y afuera. 3) Visto por arriba y adentro.

Cuadro núm. 13.—Laberinto membranoso, en diez y siete figuras: 1) Vestíbulo visto por delante y afuera. 2) Utrículo con su recessus, mácula y expansiones nerviosas. 3) Ampollas de los conductos semicirculares anterior y externo en sus embocaduras utriculares vistas por detrás y afuera. 4) Mácula acústica del sáculo. 5) Conjunto de lo representado en las figuras 2 y 3. 6) Parte del utrículo, su recessus y conducto utrículo-sacular visto por abajo. 7) Ampollas de los conductos semicirculares anterior y externo, vistas por delante, arriba y adentro. 8, 9 y 10) Ampolla del conducto semicircular anterior, vista por arriba, en corte transversal y en corte vertical. 11, 12 y 13) Ampolla del conducto semicircular externo vista como la precedente. 14, 15 y 16) Ampolla del conducto semicircular posterior, vista como la precedente. 17) Caracol visto por abajo.

Cuadro núm. 14.—Laberinto membranoso, en siete figuras: 1) Vista por afuera, arriba y atrás del utrículo con su recessus y mácula, ampolla del conducto semicircular anterior y conducto semicircular externo en totalidad. 2 y 3) Membrana timpánica secundaria vista de canto y por una de sus caras. 4) Conducto coclear aislado visto por delante y abajo. 5) Caracol membranoso visto por delante, ventanas oval y redonda, utrículo y sáculo é inyección vascular de toda la pieza. 6) Conducto coclear aislado visto por arriba. 7) Laberinto membranoso entero envuelto por el tejido perilinfático y con inyección vascular.

Cuadro núm. 15.—Caracol membranoso, en nueve figuras. 1, 2, 3, 4, 5 y 6) Cortes radiales verticales, á distintos niveles de la rampa acústica. 7) Disposición histológica de una parte de la membrana de Reissner. 8) Detalles de la superficie de la papila acústica basi-

lar, en la vuelta de la base. 9) Detalles de la superficie de la papila acústica basilar, en la parte media de la primera vuelta.

Cuadro núm. 16.—El órgano de Corti y demás partes de la papila acústica basilar, en once figuras: 1, 2, y 3) Tres cortes verticales radiados á distintos niveles, con detalles histológicos y terminaciones nerviosas. 4) Células plasmáticas y epiteliales. 5, 6, 7, 8 y 9) Células pestañosas externas. 10) Corte vertical radiado de la papila acústica basilar, destinado á ver a disposición de las células de Claudio internas, de las terminaciones nerviosas y de los elementos de la membrana basilar. 11) Parte de la superficie de la papila acústica basilar en la mitad de la vuelta contral próxima á la vuelta de la base.

Cuadro núm. 17. Vista superficial de la papila acústica basilar, en cuatro figuras: 1) Detalles de la parte media de la vuelta central. 2) Detalles de la vuelta central, junto á la vuelta del vértice. 3) Detalles de la vuelta del vértice en un recién nacido. 4) Parte de la superficie de las células pestañosas en un recién nacido, donde carecen de pestañas.

Cuadro núm. 18. Caracol membranoso, en seis figuras: 1) Células pestañosas en el hombre adulto. 2) Superficie de las células pestañosas en un recién nacido y en la misma región de la figura precedente, con células supernumerarias. 3) Células de la estría vascular, con un pequeño capilar sanguíneo. 4) Habénula perforata, con las aberturas de los conductos nerviosos. 5) Surco espiral interno con el vaso espiral y mostrando expansiones del ramo basilar, que en un punto pierde la vaina de Schwann en parte y en otro atraviesa la membrana basilar. 6) Parte del techo del túnel de Corti, con la implantación de los pilares, células de Deiters y partes próximas.

Cuadro núm. 19. Caracol membranoso, en ocho figuras: 1) Parte de la superficie de la papila acústica basilar unida á sus envolturas. 2) Manojos aislados de los haces nerviosos externos correspondientes á la vuelta del vértice. 3) Células conjuntivas de la capa de sostén de la membrana basilar. 4) Capa de hacecillos de la membrana basilar, irregularmente ordenada. 5) Parte de la membrana basilar, en la cual se ve la habénula perforata, el arranque

de las células en fila del surco espiral interno y parte de la zona externa. 6, 7 y 8) Tres cortes de la membrana tectorja vistos desde la membrana basilar y correspondientes cada uno á cada una de las tres vueltas del caracol.

Cuadro núm. 20. Laberinto membranoso, en 32 figuras: 1) Corte vértico-transverso de una parte de la ampolla anterior. 2) Plano semilunar de esta misma ampolla. 3) Mayor amplificación de dicho plano. 4) Células del epitelio del plano semilunar, vistas de lado. 5) Corte vertical del septo transverso con la cresta acústica de la ampolla anterior en la proximidad del centro. 6) Id. id. id., de la ampolla externa. 7) Núcleos pigmentarios en las células epiteliales de la pared lateral de una ampolla. 8) Corte transversal del conducto semicircular externo, con varias papilas en la superficie interna del mismo. 9) Epitelio de un conducto semicircular con estrías de la pared membranosa. 10) Epitelio del rafe de un conducto semicircular. 11) Papila de la pared membranosa de un conducto semicircular. 12) Detalle de la misma en mayor aumento. 13, 14 y 15) Haces nerviosos aislados con diferentes terminaciones en las células de la cresta acústica de las ampollas. 16, 17, 18, 19, 20 y 21) Células filiformes aisladas, de la cresta acústica de una ampolla. 22) Corte transversal de un tubo ampular, con el rafe epitélico y tejido perilinfático adherido. 23) Corte vertical de la pared del *recessus utriculi* con la mácula y las ataduras de los haces nerviosos. 24) Epitelio de las células laterales estriadas y ramificadas de la pared del utrículo. 25) Otolitos de la mácula acústica, del *recessus utriculi*. 26) Haces nerviosos aislados con células ciliadas y filiformes de la mancha acústica del *recessus utriculi*. 27) Corte vertical de la pared del sáculo con la mancha acústica. 28) Detalle de la pared fascicular del sáculo, con células epiteliales. 29) Terminación del sáculo por abajo y de la mácula acústica; conducto de reunión de Hensen y su tránsito al acueducto del caracol hasta terminar en saco ciego. 30) El vértice del caracol, con inyección vascular, visto por arriba. 31) El vértice del caracol visto por afuera y abajo. 32) Mitad superior del caracol vista por la superficie de sección.,

Estos cuadros murales de Anatomía otológica, del Dr. Forns,

fueron expuestos en los claustros de la Facultad de Medicina, en tanto celebró su primera sesión la sección de Oto-rinología; de ellos se hicieron justos y numerosos elogios, y en nombre de los congresistas, los Doctores Verdós y Peláez, felicitaron al autor y se felicitan á su vez de que los alumnos del Dr. Forns tengan la fortuna de encontrar tan útiles y brillantes elementos de enseñanza como representan las 148 figuras comprendidas en los referidos cuadros.

Se levantó la sesión á la una de la tarde.





SEGUNDA SESIÓN CELEBRADA EL 21 DE NOVIEMBRE

PRESIDENCIA DEL DR. SUÑÉ Y MOLIST (DE BARCELONA)

Se abrió la sesión á las diez y quince minutos de la mañana:

CURACION SIN RECIDIVA
DE DOS CASOS DE EPITELIOMA DEL PABELLÓN
Y CONDUCTO AURICULARES
POR LA AMPUTACIÓN Y TRATAMIENTO CONSECUTIVO
CON EL CLORATO POTÁSICO

por el Dr. Compaired (de Madrid).

SEÑORES:

Todos sabéis que el epitelioma primitivo del pabellón y del conducto auriculares, como en cualquiera otra parte del organismo humano, suele comenzar por uno ó varios nódulos que se ulceran, cubriéndose de costras y simulando al principio un eczema ó un lupus.

Asimismo, que la clínica demuestra á diario la perfecta inutilidad de todos los tratamientos médicos, y que, por lo tanto, sólo la cirugía es la relativamente eficaz.

Aun ésta suele resultar inútil en absoluto, porque tan maligna

enfermedad se reproduce más ó menos pronto, y en muchas ocasiones existen actos cruentos en los que hay que atacar una gran extensión de terreno; la cicatrización se hace de una manera lenta é insidiosa, y á veces, sin alcanzar ésta, viene la reproducción ó la repululación.

Ahora bien; el tratamiento por la resorcina, propuesto no hace mucho por los cirujanos alemanes, no da, á mi juicio, tan buen resultado como el de espolvorear la herida con el clorato potásico.

He aquí, en comprobación de mi aserto, los dos casos siguientes:

Observación primera.—El día 12 de Noviembre de 1895 ingresó con el número 66 en la *policlínica Cervera*, de mi dirección, Francisco Cruceta, de sesenta y siete años de edad, natural de Madrid, cesante, habitante en la calle del Espíritu Santo, núm. 6, aquejando una extensa ulceración con supuración icorosa del oído derecho, de tres años de fecha, la cual comenzó, según el enfermo, por un grano que le salió en el conducto auditivo correspondiente.

Presentaba una úlcera de bordes irregulares elevados, callosos, con un fondo mamelonado duro, de color gris pálido, y que ocupaba toda la concha, lóbulo y conducto auditivo externo en una extensión de centímetro y medio.

Los ganglios submaxilares de este lado estaban infartados.

El diagnóstico de epiteloma fué confirmado por el análisis histológico practicado en la Facultad de Medicina por el Dr. Forns, quien lo calificó de epiteloma glandular.

Se le sometió al tratamiento clásico del raspado, seguido de los toques con el cloruro de zinc, sin resultado alguno hasta el día 4 de Diciembre, en que le operé, extirpándole por completo todo el pabellón y conducto auricular hasta su porción cartilaginosa.

La doble incisión confluyente en un ángulo agudo por su parte superior é inferior comprendiendo en su centro toda la oreja, se extendía por abajo hasta cerca del ángulo del maxilar inferior.

Practiqué esta incisión doble extensa, á fin de extirpar los ganglios y un pequeño trozo de parótida algún tanto sospechosa.

Las curas subsiguientes á la operación consistieron en expolvorear la extensa solución de continuidad con clorato potásico en polvo y cubrirla con la gasa iodoformizada.

El día 28 de Enero se le dió el alta definitiva por cicatrización completa. Hasta el día de la fecha no se ha reproducido.

Observación segunda. —D. N. B., vecino de Madrid, de cincuenta y tres años, vino á mi consulta particular el día 21 de Marzo de 1894, aquejando una ulceración de la concha y de todo el conducto auricular del lado izquierdo, de dos años de fecha, encontrando á éste casi estenosado por completo á causa de las granulaciones existentes en la ulceración, y el pus semi-concreto que lo rellenaba.

Los bordes de la úlcera de la concha, duros, irregulares, salientes, ranversados, sólo se extendían por fuera hasta el lóbulo y el helix. Su fondo, gris sucio, duro, irregular, sangraba al frotarlo con el algodón en rama.

Limpio de pus el conducto, pude á duras penas introducir un espéculum delgadito, con el que llegué á poder apreciar no era muy profunda la invasión maligna hacia el tímpano, toda vez que sólo invadía el conducto óseo.

Había empleado el enfermo innumerables remedios prescriptos por varios señores médicos y por curanderos, infructuosamente; y aunque por pura fórmula, lo sometí al tratamiento por la resorcina, con lo que nada conseguí.

El día 6 de Abril le operé, amputándole todo el pabellón y conducto auriculares, practicando la primera incisión cutánea á bisel á expensas de su cara externa, extirpé dos ganglios submaxilares infartados, y sometí al enfermo al tratamiento seco de espolvorear la solución de continuidad con el clorato potásico en polvo, cubriéndole con la gasa de iodoformo. Pude darle el alta el día 27 del mes de Mayo, sin que tampoco se haya reproducido hasta la fecha.

El diagnóstico clínico fué también confirmado por el examen histológico.

¿Se reproducirá en estos enfermos la neoplasia maligna? Ni me atrevo á afirmarlo ni á negarlo; mas lo temo por la ley patológica general que impera en esta clase de neoplasias.

En ambos he podido conseguir salvar el oído, sin ulteriores consecuencias graves. *²

¿Cómo obra en tales casos el clorato potásico?

¿Modifica la proliferación celular, activa la cicatrización y cambia la manera de ser de la nueva piel formada?

No lo sé: pero creo que además de activar la cicatrización, mantiene en la herida una constante asepsia, favorable al enfermo.

A mi juicio, estos dos ejemplos son dignos de tenerse en cuenta para ensayar esta terapéutica ulterior al acto operatorio, y sin optimismos de ningún género, esperar algún resultado más favorable que con los tratamientos clásicos comúnmente empleados.

Y por lo menos, si no pone al enfermo al abrigo completo y absoluto de redicivas, mis dos ejemplos demuestran que en casos de esta índole, la amputación total del pabellón y conducto auriculares, así como de los ganglios infartados que existan y puedan apreciarse, seguido de la cura seca por los polvos del clorato potásico y la gasa al iodoformo, dan una tregua al proceso morbozo, traducible por una curación temporal digna de tenerse en cuenta.

DISCUSION

Dr. Forns: Felicita al comunicante por su Memoria y por el éxito terapéutico. Dice que el primer caso era un adenoma carcinomatoso, según análisis practicado en su laboratorio particular.

Haciéndose cargo de la pregunta del Dr. Compared en lo referente á la acción local del clorato potásico, dice que cree que si la propagación patógena obedece á reglas anatómicamente preestablecidas, que los procesos morbosos no van como globos libres, sino por la carretera real, y que las cuestiones terapéuticas respondbden en gran parte á las leyes químicas. Y dice esto, para fundar su opinión sobre el principio de que al descomponerse los cloratos en contacto con substancias orgánicas, lo efectúan con rapidez, por dar lugar á reacciones exotérmicas, desprendiendo ozono ó sea oxígeno naciente. Este ozono puede atenuar los microbios cancerosos, si es que existen; puede contrarrestar ciertas toxinas ó ciertos virus, como ocurre con el virus lísico; y puede ocasionar la regresión celular de tejidos hipergenéticos, si se acepta la teoría celular. Sea la que se fuere la teoría patogénica del cáncer, que se acepte, en todo caso cree que da una explicación plausible la acción ozonógena propuesta.

Dr. Botey: Dice que él hubiera extirpado en el primer caso el con-

ducto auditivo óseo, pues prefiere cortar todo lo más posible, y que la superficie ósea puede cubrirse con un colgajo cutáneo. Cree que ni es explicable la acción del clorato potásico, ni dará resultado. Que lo que hay que hacer es operar antes que aparezcan adenitis por infección, aunque á veces los enfermos vienen en este período á consultarnos.

Dr. Compaired: Agradece la felicitación del Dr. Forns, y se la devuelve, por considerar que la Anatomía y la Química son dos poderosos auxiliares clínicos, y por la interpretación que ha propuesto para explicar la acción del clorato de potasa, con la que está conforme.

Dice al Dr. Botey que él hubiera extirpado más si lo hubiera considerado necesario; empero el tejido era sano y por esto lo respetó. Cree que las trasplantaciones inmediatas de colgajos, post-operatorias, se efectúan, y vale más el proceder de Thiérchs, del que ha obtenido buenos resultados.

TRATAMIENTO

DE LAS

SINUSITIS FRONTALES CRÓNICAS

Y DE SUS LESIONES INTRA-CRANIANAS CONSECUTIVAS

por el **Dr. Ricardo Botey** (de Barcelona).

SEÑORES:

He tenido ocasión de tratar tres enfermos de sinusitis frontal, dos de ellas seguidas de complicaciones cerebrales graves, que condujeron al sepulcro á uno de ellos, salvándose afortunadamente el otro.

Si juzgara por mi estadística, debería creer que la mortalidad por el empiema del seno frontal es extraordinaria, y la penetración

del proceso morbozo á la cavidad encefálica frecuente, pues de estos tres casos de sinusitis frontal crónica por mí observados en el espacio de dos años, en uno sólo únicamente quedó confinado el proceso morbozo en la cavidad del antro frontal. Mas todos sabéis que por lo general estas lesiones no alcanzan proporciones tan considerables, sobre todo si se diagnostican á tiempo y se tratan oportunamente.

Prescindiendo ahora de algunos otros casos, que naturalmente también he observado, de sinusitis frontal aguda y sub-aguda consecutivos á un fuerte coriza, á la grippe, etc.; susceptibles de curación en el espacio de algunos días con el simple cateterismo, cuando es posible; con insuflaciones de aire, lavados, extirpación de la cabeza del cornete medio, si el afecto se declara en rebeldía temporal, etc., sólo me voy á ocupar aquí, con la brevedad que requiere un trabajo destinado á ser leído en esta nuestra primera reunión, del empiema frontal crónico, tributario de una trepanación, por exigirlo así las circunstancias del caso y principalmente de las lesiones intra-craniales consecutivas que pueden sobrevenir, obligándonos á una intervención más atrevida.

En el primer caso de sinusitis frontal crónica que trepané, se trataba de una joven de diez y nueve años, Ramona Mir, que padecía desde cerca de dos años una supuración de la fosa nasal derecha, la que apareció pocos días después de haber sufrido la difteria.

Después de haberla visto en consulta con el Dr. Soler y Buscallá, vino á consultarme el 13 de Agosto de 1894, y su aspecto era desnutrido y demacrado. Existía exquisita sensibilidad al contacto en la región del ángulo interno y superior de la órbita, esto es en la pared inferior del seno frontal derecho, al propio tiempo un ligerísimo edema de esta región, lo propio que del párpado superior. Además aquejaba violentas punzadas pulsátiles en la región supra-orbitaria, principalmente por la noche.

La rinoscopia me demostró una tumefacción considerable del cornete medio derecho; la presencia de fungosidades en el infundíbulo y muy escasa cantidad de pus en el meato medio.

Se trataba probablemente de una sinusitis frontal complicada,

quizá de una etmoiditis supurada, y posiblemente de un empiema del seno maxilar del propio lado. El lado opuesto se hallaba en buen estado y la dentadura toda en perfecto estado de integridad.

Translucidez del seno maxilar opuesto y obscuridad sensible del probablemente afecto, el cual, presentaba una sombra semilunar debajo del párpado inferior. Con la pequeña lámpara de Caldwell, oculta en un pequeño cilindro de metal agujereado en un costado para que únicamente pase la luz por aquella ventanita y de que me sirvo para el diagnóstico de las mastoiditis latentes (Vease mi trabajo: "Diagnóstico y tratamiento de las mastoiditis,"), pude notar alojándola lo más profundamente, bajo el extremo interno del arco orbitario, que el lado derecho era notablemente más obscuro que el izquierdo.

La punción exploradora con el método Litchwitz del seno-maxilar, en el meato inferior, me demostró la existencia de pus, caseoso y nauseabundo. No permitiendo la enferma la avulsión del segundo ó tercer molar superior para el tratamiento del seno, decidí por la abertura grande con el trócar de Krause por el meato inferior.

Procedí pues, á la operación el 4 de Octubre de 1894. Afeitados los dos tercios internos de las cejas y convenientemente desinfectada la región, se cloroformizó la paciente, ejecutando entonces una incisión á lo largo del tercio interno del reborde orbitario superior, incisión que se prolongó sobre la raíz del dorso nasal en la extensión de algo más de un centímetro y que alcanzó hasta el hueso. Separados el periostio y las partes blandas hacia arriba y abajo, y apartados los labios de la herida con un pequeño escoplo, fui separando la lámina externa del seno frontal, inmediatamente por encima de la raíz de la nariz y de la línea media.

Un pus cremoso asomó luego, junto con algunas granulaciones, á los primeros golpes de escoplo. Dilaté la abertura ósea en la extensión de unos 15 milímetros transversalmente y de unos 9 ó 10 en el sentido vertical. Raspé las granulaciones, primero con la cucharilla que me sirve para las mastoides y luego con la del ático, con el fin de poder alcanzar todos los rincones angulosos de este seno. Con un escoplo algo delgado hice saltar una buena porción del suelo

nasal en su mitad posterior, y aproximándome siempre al tabique por temor á caer en la cavidad orbitaria. La abertura, aunque ejecutada con sumo cuidado y poco á poco, fué la mayor posible, y al practicarla hice saltar fragmentos de las células etmoidales anteriores, quedando así una amplia comunicación entre las fosas nasales y el seno frontal. Como había ensayado en el cadáver más de una vez esta operación, sabía de antemano que era muy fácil penetrar en la órbita, fracturando el hueso lagrimal ó la cara externa del etmoides, láminas muy frágiles y delgadas; por esto insistí é insistió, en tomar la precaución de rozar, casi el tabique nasal al pretender hacer saltar la pared infero-interna de este seno.

Dirigidos, pues, los golpes de escoplo lo más atrás y adentro posible, y una vez tocadas todas las superficies raspadas con una solución de cloruro de zinc al 20 por 100, insufflé iodoformo en la cavidad y coloqué una mecha de gasa iodofórmica, compuesta de varias tiras de un centímetro de ancho por 5 de largo, á través de la abertura craneal, por el agujero inferior del seno hasta que aparecieron sobre la cara superior del cornete medio.

Los resultados de la operación fueron inmejorables; sin quitar el vendaje, á los cuatro días extraje por la nariz la gruesa mecha de gasa. A los siete renové la cura exterior, hallando la herida operatoria casi completamente cicatrizada por primera intención. Entonces no puse de nuevo gasa en el seno frontal, pues por su abertura inferior era algo difícil; limitéme á insuflar en su interior polvos de aristol y ácido bórico en partes iguales sin lavaje alguno. Renové la cura de la herida externa y seguí insuflando aquellos polvos una vez al día con un insuflador ordinario convenientemente encorvado, del propio modo que un porta algodón nasal, y al quitar el vendaje por segunda vez, á las ocho días, hallé la herida completamente cerrada, y cuyos rastros, una vez crecidos los pelos de las cejas, apenas han de engendrar la menor deformidad desagradable á la vista, estando convencido, por lo contrario, que ha de pasar casi completamente desapercibida la pequeña cicatriz.

La supuración fué reduciéndose en pocos días á casi nada, quedando completamente suprimida á las seis semanas de la operación. Examinada posteriormente esta cavidad con la rinoscopia

posterior, se vió seca, cubierta de epitelio, de un color pálido en toda su cara posterior, pues la anterior, por donde se trepanó, no era visible. Era visible también una pequeña porción de sus caras externa é interna, secas y pálidas del mismo modo.

Obré de este modo después de haber leído los resultados inseguros y sujetos á recidivas, obtenidos por los que no se cuidan de raspar convenientemente todos los rincones de este seno; no procuran reseca una porción de las células etmoidales anteriores, casi siempre afectas, lo propio que el seno maxilar, tarde ó temprano; no establecen una amplia comunicación entre el seno frontal y la fosa nasal correspondiente, haciendo saltar el suelo de aquel en su porción más posterior é interna. Con estos inconvenientes quedaba una cicatriz hundida y deforme en la región superciliar, por la necesidad que había de dejar una abertura en aquel sitio, con el fin de ir lavando, desinfectando, raspando y cauterizando el seno hasta que estuviese en condiciones de cerrar la abertura exterior, dando por curado el proceso morboso.

Siendo la abertura suficientemente amplia no hay necesidad de colocar un tubo de goma en el conducto de comunicación entre el seno frontal y el meato medio, como lo hacen Ogston y recientemente Liu. Esto, lo propio que el estilete especial, etc., destinado á este objeto constituyen una complicación inútil, tanto que en el primer caso que se me presente de operación de esta índole, pienso hasta suprimir la mecha de gasa, que puse en este operado, valiéndome de un simple porta-algodón nasal convenientemente encorvado.

El empiema maxilar de esta enferma se curó poco tiempo después del del seno frontal.

Este modo de proceder en las sinusitis frontales crónicas supuradas, creo constituye un perfeccionamiento, pues evita las recidivas, abrevia la curación y no engendra cicatriz deforme en la frente.

Mas no aparecen siempre en la práctica los casos tan claros y fáciles de dominar como el que á grandes rasgos os acabo de referir.

Mi segundo enfermo, á pesar de una lucha enérgica y desesperada de bastantes semanas de duración, acabó por morir, malogrando mis desvelos, sinsabores y cuidados.

He ahí su historia clínica:

OBSERVACIÓN II.—*Osteomielitis sub-aguda de los senos frontales y del frontal, con perforación de este hueso y de la pared posterior del seno izquierdo.—Infección meningo-cerebral, trepanación penetrante de ambos senos y del cráneo, absceso intracerebral, absceso sub dural y fungosidades meníngicas.—Raspado, desinfección, drenado.—Hernia cerebral inflamación consecutiva.—Extirpación de la porción herniada.—Muerte por meningo-encefalitis.*

El 4 de Diciembre de 1895, fui llamado en consulta por los doctores E. de Sisternes (de Mataró) y R. Sellas (de Llevaneras), para ver á un enfermo de esta población que desde unos veinte días padecía dolores intensos de la cabeza, acompañados de abatimiento general y de hinchazón del lado izquierdo de la frente.

El médico de cabecera (Dr. Sellas) y el Dr. Sisternes principalmente, dando pruebas de una ilustración poco común entre los médicos rurales, entraron en sospechas de que podía tratarse de una sinusitis frontal grave; y luego de haber celebrado entre ellos dos ó tres consultas y de haber el primero dilatado un absceso sub-perióstico que el paciente presentó en el centro de la abolladura frontal izquierda, celebramos la junta los tres en el mismo pueblo de Llevaneras, adonde me trasladé.

Nada de antecedentes morbosos. Su padre y su madre gozan de perfecta salud. Sus dos hermanos son robustos. No hay tuberculosis ni sífilis en los ascendentes y colaterales.

El enfermo, postrado en el lecho, está pálido, enflaquecido y en un estado semi-comatoso. Las pupilas se contraen perezosamente. Temperatura: 38,1. Pulso: 54. Existe una tumefacción de la glabella y de la región frontal izquierda de un rojo sombrío en su centro y con un trayecto fistuloso á dos y medio centímetros de la línea media y del arco superciliar. En el centro de la abolladura frontal izquierda, una incisión profunda y oblicua hacia arriba, atrás y afuera de unos 8 centímetros de longitud, ejecutada por el médico de cabecera.

Celebramos la consulta, y yo dije á los doctores Sisternes y Se-

llas que, en mi concepto, se trataba de un empiema del seno frontal izquierdo con *cierre completò del canal fronto-nasal*, puesto que en el meato medio no había encontrado el menor rastro de pus ni de serosidad purulenta; cosa para mí muy rara, y que explicaba quizá la rápida gravedad alcanzada por los síntomas generales en tan pocos días. Además, añadí, existe un absceso sub-dural en comunicación con las meninges y con la substancia cerebral al nivel del extremo anterior de la primera circunvolución frontal, ó mejor dicho, del primer surco frontal, á unos dos centímetros del borde anterior del lóbulo frontal y á igual distancia de su borde interno. Esta comunicación forma un trayecto, *al parecer fistuloso*, dirigido directamente hacia atrás y por lo tanto paralelo á la cara orbitaria de las dos primeras frontales y á la cara interna de la primera circunvolución de este nombre.

Decidimos operar al paciente cuanto antes, á pesar de su mal estado general, que, á decir verdad, nos inspiraba serios temores, pues, según observó el médico de cabecera, en los últimos días el enfermo, por dos veces consecutivas presentó un pulso muy tardío, vómitos frecuentes, colapso y una respiración entrecortada y estertorosa que hizo presagiar un desenlace rápido y funesto.

Habiéndose despejado algo el estado semicomatoso del enfermo, se le trasladó á Mataró al día siguiente; y á las cuarenta y ocho ó setenta y dos horas, esto es el día 8 de Diciembre de 1895, secundado por mis ayudantes y con la valiosa cooperación de los doctores Sellas y Sisternes, puse en ejecución la maniobra operatoria.

Afeitada la ceja izquierda, una buena porción de cabello de la región frontal y desinfectada, la región, se cloroformizó al paciente sin dificultad alguna. Entonces, y tomadas las precauciones antisépticas más rigurosas, practiqué una incisión curva desde la mitad del arco orbitario hacia adentro, y siguiendo éste hasta algo más de un centímetro de la raíz del dorso nasal, en el centro de la incisión curva y perpendicularmente, á ella ejecuté otra incisión recta de unos cuatro centímetros de longitud, y dirigida hacia arriba y á la derecha. Alcanzado el hueso, separé el perióstio de los tres colgajos en una extensión suficiente, principalmente hacia abajo y con el

escoplo y el martillo separé la tabla externa del seno frontal izquierdo, inmediatamente por encima de la raíz de la nariz. El hueso, muy fríable, cedió con facilidad, apareciendo granulaciones y pus por la pequeña abertura ejecutada á los primeros golpes del escoplo. Ensanché la abertura hacia arriba, sin rebasar el plano medio, y hacia la izquierda, cortando la tabla externa del frontal inmediatamente por encima del arco orbitario superior y en una extensión de unos veintiocho milímetros hacia arriba y de unos dos centímetros hacia afuera; resultando un absceso irregularmente triangular con punta dirigida hacia la izquierda sobre el arco orbitario y base contra el plano medio.

La cavidad de este seno bien al descubierto, se halló repleta de granulaciones de color algún tanto pálido y cuyo aspecto recordaba algo el de los pólipos mucosos de las fosas nasales. Raspado este seno en todos sus rincones y principalmente en sus fondos de saco angulares, superior y externo, que eran muy prolongados, tanto que el externo, pasando por encima de la órbita, alcanzaba el tercio externo del reborde orbitario; raspado, pues, este seno y cuando me disponía á hacer saltar el suelo del seno frontal hasta el meato medio, como en el caso anterior, suprimí este importantísimo tiempo operatorio al encontrarme con la pared postero-superior de este seno ampliamente perforada, y por lo tanto, en plena comunicación con la masa encefálica. Además, un poco más arriba y afuera el hueso frontal se hallaba también perforado, en el sitio indicado más arriba, en donde penetraba un estilete á una profundidad de cuatro ó cinco centímetros, como ya he dicho.

La dura-madre, como ya he dicho, estaba fungosa y adherida á la masa encefálica; *ningún latido se percibía en ella*. Después de haber extirpado con sumo cuidado el tejido de granulación de la dura-madre, que formaba en el interior de la abertura ósea un relieve circular saliente de unos dos centímetros escasos en contacto por su borde interno con la perforación craneana, que no me atreví á agrandar en este sentido por temor á herir el extremo anterior del seno longitudinal; después de extirpado, repito, este tejido fungoso incindí crucialmente y con sumo cuidado, la dura-madre circundante, de un color sonrosado violáceo, hallando debajo un pu-

trflogo sanguíneo purulento con detritus meníngeos y cerebrales abundantes que eliminé con cuidado con las esponjas y un fino chorro tibio de solución bórica esterilizada, pues Adam Kierretz ha recientemente demostrado que el ácido fénico al medio por 100 y el sublimado al 1 por 10.000 altera seriamente la substancia cerebral; el ácido bórico, por el contrario, inyectado en la misma pulpa de un hemisferio no determina el menor transtorno, aun utilizando una solución saturada.

Raspé entonces con sumo cuidado todo el tejido patológico que pude hasta que hallé substancia cerebral sana. Mas el dedo insinuado por entre la dura-madre y el cerebro, en una profundidad muy limitada, me demostró que existían adherencias más extensas, sitios reblandecidos principalmente por debajo del seno longitudinal. Lo que indicaban fosos de encefalitis y probablemente algunas pequeñas colecciones purulentas, más ó menos difusas y diseminadas, aunque muy reducidas probablemente de volumen.

Sin embargo, el trócar, al atravesar los tejidos, hacía apreciar muy cerca de la superficie cerebral, un ligero aumento de consistencia, y no obstante, no se presentó durante el acto operatorio hernia cerebral sensible, ni aparecía la menor señal de pus; únicamente presentáronse entonces en la periferia de la porción de masa encefálica puesta al descubierto sensibles latidos que trascendían un tanto á la porción central.

Tocadas las superficies de ambos senos frontales con una solución de cloruro de zinc al 18 por 100; lavada superficialmente la perforación craneana y la masa cerebral, di mi intervención por terminada, pues el paciente había estado bajo la anestesia clorofórmica durante el espacio de cerca de cuatro horas; y por más que no quedaba del todo satisfecho por haber respetado el extremo anterior del seno longitudinal y algunas fungosidades situadas bajo él; puse un tubo de drenado sin agujeros laterales, en el trayecto fistuloso, hasta la profundidad de unos 5 centímetros; insuflé iodoformo; taponé los senos frontales, lo propio que la abertura craneana con gasa iodofórmica, aplicando finalmente algodón y un vendaje apropiado.

16 DICIEMBRE.—Apirético siempre. El enfermo se levanta de la

cama para comer, lo que verifica con excelente apetito, acostándose después á las dos horas. Curación, raspado más profundo de las granulaciones antedichas. Durante este acto operatorio secciono, al parecer, el seno longitudinal, mas la hemorragia no es considerable y se cohibe con la compresión digital prolongada, aplicación de dos pequeños puntos de sutura en el extremo inferior de la incisión de la raíz y dorso nasal.

30 DICIEMBRE.—El enfermo se traslada desde San Andrés de Llevaneras á la clínica para ser curado. Dice su padre, que lo acompaña, que durante la última semana transcurrida ha sido en el pueblo curado su hijo aprisa y con alguna irregularidad. Mas el Dr. Sellas, que también lo acompaña, lo niega, diciendo que durante la noche el paciente se quita el vendaje, pues encuentra al día siguiente la herida en parte al descubierto. Dado el carácter díscolo y rebelde del operado y teniendo en cuenta la ilustración de mi compañero, doyle la razón y advierto al enfermo que si continúa apartándose el vendaje hacia atrás y arriba porque le incomoda algo la visión, no respondo de las consecuencias funestas que pueden sobrevenir, puesto que la herida puede infectarse si no se había infectado ya; puede sobrevenir una hernia cerebral, y entonces la situación resultar sumamente grave.

Asiste á esta curación mi amigo el distinguido médico é histólogo, el Dr. D. Augusto Pí y Gibert, y por consejo suyo se recoge el pus extraído, destinando una parte de él á ser examinado al microscopio y cargando con la otra parte una jeringa de Pravatz, con la que se inoculara en el tejido subcutáneo del vientre de un conejillo de Indias todo el contenido.

Al propio tiempo el Dr. Pí y Gibert me entrega el dictamen histo-bacteriológico de las porciones de tejido extirpados durante la operación y en las dos curas sucesivas; hela aquí:

“Análisis de unas producciones tumorales procedentes de las cubiertas cerebrales, región frontal, remitidas por el Dr. R. Botey:

„Del estudio histológico del conjunto de todos los cortes verificados en estas producciones resulta, que están constituidas por un tejido parecido al de los mamelones carnosos, es decir, un tejido embrionario surcado por infinidad de vasos sanguíneos, los cuales

ofrecen soluciones de continuidad, que dieron lugar á hemorragias más ó menos extensas.»

„Respecto al origen y causa de esta inflamación, creo poder afirmar por los datos negativos, que no se trata de una inflamación tuberculosa.

„El enfermo marchó como siempre, por su propio pie de la clínica, yendo aquel día con su familia á recorrer las principales calles de Barcelona, permaneciendo en el Parque más de una hora. El día era algo húmedo y soplabá un vientecillo desagradable; esto probablemente hizo que pillara un fuerte constipado, agravándose algo su estado general al anochecer.

„8 ENERO.—Su médico de cabecera me escribe diciéndome, entre otras cosas de menor importancia, que “el operado se ha agravado de tal modo, que ha sido absolutamente imposible, no sólo practicar las inyecciones de tuberculina de Koch, si que también volver á su visita; pues la temperatura había descendido á 36,6; el pulso á 64; el paciente estaba semi-comatoso, con las pupilas bastante dilatadas y con vómitos biliosos sin náuseas. Además, la hernia cerebral está muy aumentada, ofreciendo la herida un aspecto grisáceo, mandando pus sanioso por los orificios de los tubos de drenaje. Por otra parte, la respiración es muy irregular, intermitente y con inspiraciones profundas, como en la meningitis tuberculosa. Trazando rayas en el vientre se observa la mancha meningítica, el enfermo tiene anorexia, estreñimiento rebelde con el vientre aplanado, abatimiento sensible, soñolencia, y cuando se le interroga, contesta conscientemente con monosílabos...”

He ahí el estado actual del paciente, según los datos tomados por mi ayudante el Dr. Karminski:

Soñolencia y abatimiento moral; sin embargo, contesta bien á cuanto se le pregunta, sin equivocar concepto alguno, mas no provoca conversación alguna y absolutamente nada dice si no se le interroga y saque de su amodorramiento. La cara y las partes visibles del cuerpo están muy pálidas. El enflaquecimiento general acentuado. Temperatura: 37,8; pulso: 96, regular y bastante lleno.

En vista del estado en que se hallaba la porción de cerebro herniada, ejecuto un corte horizontal profundo al nivel del anillo her-

nario, esto es, algo por encima de la perforación craneana, y separo toda la masa cerebral saliente que encuentro en gran parte fungosa y cuyos surcos, circunvoluciones, substancia blanca y gris apenas si puede diferenciarse. Sin embargo, con las tijeras curvas se va quitando después todo lo que parece fungoso; se raspan las granulaciones del borde interno de la perforación ósea y todo lo que se puede por debajo de él, quedando al descubierto en el fondo del anillo óseo de la perforación únicamente substancia blanca cerebral, al parecer en estado de integridad.

La hemorragia fué bastante abundante, mas se cohibió con la compresión prolongada, del modo y forma que he descrito más arriba. Desinfectado el campo operatorio con una solución bórica caliente al 3 por 100 y cuidadosamente esterilizada, se aplicó para evitar una nueva hernia cerebral, una placa aséptica de aluminio agujereada en varios puntos á modo de una criba y recortada exactamente como los contornos de la perforación frontal. Colócase encima otra placa igual, recubierta de cinco ó seis capas de gasa yodofórmica y entre las dos gasas también, terminando la cura del modo ordinario, pero poniendo menos algodón y colocado un vendaje muy compresivo, reforzado con una venda de goma.

El enfermo, aparte de algunos vómitos, soportó bastante bien la operación, que duró cerca de dos horas; la respiración fué durante ello siempre muy regular, mas el pulso en los últimos momentos se convirtió en muy débil y frecuente.

La porción de cerebro extirpado pesaba 25 gramos justos, después de haber permanecido siete meses en alcohol de 40 grados, lo que indica que en el acto de ser extraída pesaría unos 29 á 30 gramos.

El paciente presenta durante todo este día el mismo estado semi-comatoso. Por la tarde á las tres, la temperatura era de 37,7 y el pulso de 118 pulsaciones por minuto. Noche á las nueve. Temperatura 38,0; pulso 112. No se queja de dolor alguno. Habla poco, más contesta perfecta y correctamente á todas cuantas preguntas se le hacen. Respiración normal. Pulso regular, pero muy débil. Café fuerte y una poción con cafeína.

9 FEBRERO. — Mismo estado que el día anterior, pulso menos dé-

bil. No quiere tomar nada. Con dificultad es posible darle un poco de caldo, que vomita inmediatamente. *Contesta perfectamente á las más variadas preguntas*, mas con suma concisión. Mañana á las ocho. Pulso 104. Temperatura 37,9. Noche 38,3 y 84.

13 FEBRERO. — La situación se despeja; aparece alguna alegría en el rostro del paciente. Mañana. Temperatura 37,3. Pulso 70. Noche. Temperatura 37,6. Pulso 72. Come un poquito de gallina y un poco de sopa, mas sin apetito. Retención de vientre desde el día de la operación. Píldoras purgantes. Facultades intelectuales completamente libres; habla algunos ratos, explicando lo que vió en Barcelona días pasados. Le hago sumar, restar y multiplicar mentalmente y verifica bien las operaciones, pero con alguna lentitud. Se sienta en la cama una hora. Palidez del semblante.

15 FEBRERO. — El enfermo se levanta para ser curado de nuevo, pues el vendaje se ha desprendido. Permanece sentado en la habitación leyendo un libro casi toda la mañana. Las facultades intelectuales están en perfecto estado de integridad; sostengo con él una conversación muy variada, en la que le hablo de muy diferentes asuntos; de su familia, de su pueblo, de geografía, de doctrina, de agricultura, de viajes, de amores, etc., pero á todo contesta perfecta y correctamente, de modo que no encuentro el vacío dejado en la inteligencia de este enfermo por la extirpación de bastantes centímetros cúbicos de substancia gris del extremo anterior de las dos primeras circunvoluciones frontales.

En vista de las excelentes condiciones en que se encuentra el operado, me propongo dentro de cuatro ó cinco días, si persiste el recobro de fuerzas y la mejor nutrición, cerrar la herida con un colgajo lateral ósteo-periostio-cutáneo por resbalamiento. Para ello y previos ensayos en el cadáver (que hice días pasados y que pienso repetir hoy), ejecutaré una incisión alrededor de la pérdida de substancia, para refrescar la abertura, y después cortaré, un centímetro más ancho que la abertura craneana, un colgajo *autoplástico por resbalamiento de Kænig*, esto es, un colgajo que llevará adherida á su cara interna porciones de substancia, ó sea, procedentes de la tabla externa y el periostio de la misma.

18 FEBRERO. — Al curar el enfermo, este mediodía se encuentra

que existe un estenso absceso sub-perióstico, extendido encima del frontal y los extremos anteriores de ambos parietales. El pus es espeso y sanioso; sin embargo, no huele mal. Emerge también pus por entre la dura-madre y el craneo, en el borde interno de la perforación. Esta fué la causa probable de lo insólito de la temperatura y la repentina y considerable agravación del operado en tan pocas horas. Mañana. Temperatura. 40,2; pulso 132. 10 de la noche. Temperatura 38,4, pulso 128. La evacuación del pus hizo descender á las pocas horas el termómetro de cerca dos grados. Por la noche, á última hora, el estado de inconciencia y de suma agitación ha desaparecido; el paciente, aunque muy postrado, conoce á todo el mundo, y contesta con *si ó no* á todas mis preguntas. Toma sin resistencia alguna la medicina, el caldo y un poco de vino.

19 FEBRERO. — Mañana. Temperatura 38,4, pulso 146. Noche, á las 9. Temperatura 39,1; pulso 150. Igual estado que el día anterior.

20 FEBRERO.—A pesar de la gravedad del operado, se dilata el absceso sub-perióstico exterior, saliendo unos 40 gramos de pus espeso y sin olor. El extremo anterior del parietal derecho en su proximidad á la línea media se halla muy rugoso y perforado en una extensión de algunos milímetros; el estilete lo atraviesa de parte á parte, alcanzando la dura-madre, cuya consistencia parece estar disminuida. Salen algunas gotas de pus por esta nueva perforación craneal. Las cosas puestas en este terreno me declaro de antemano vencido, y considero, por lo tanto, completamente imposible la salvación de este desgraciado paciente. No lucho más ya, me limito á lavar la herida, colocando sobre ella un vendaje apropiado.

Temperatura por la mañana (antes de la evacuación del pus): 39,8; pulsaciones por minuto 138. Noche. Temperatura; 38,7; pulso, 130. Color encendido.

21 FEBRERO.—Mañana. Temperatura: 39,1; pulso, 132. Subdelirio. Poción con quina, bromuro y ioduro de potasio. Caldo con yemas de huevo. Pupilas dilatadas y perezosas. Noche. Temperatura: 39,9; pulso, 148.

22 FEBRERO.—Mañana. Temperatura: 39,3; pulso, 154. Delirio agudo; agitación extrema; carfología; respiración entrecortada con

estertores agónicos. Fallece por fin el infeliz enfermo con una temperatura de 40,2, á las cinco de la tarde.

La familia se niega á la autopsia.

Este caso que hemos expuesto es una muy larga historia clínica, por creerla de sumo interés, se presta á algunas reflexiones.

No se trataba de un proceso tuberculoso, puesto que además de las pruebas aducidas durante el curso de mi relato anterior, el conejillo de Indias inoculado por el Dr. Pí y Gibert, ofreció solamente una elevación de temperatura de algunas décimas: pues de 37,8 que tenía cinco minutos después de la inyección, alcanzó á las veinticuatro horas la cifra de 38,9, decayendo poco á poco la temperatura hasta llegar á los cuarenta días á la normal.

Creo á pies juntillas, señores, que los casos desgraciados deberían publicarse con preferencia á los felices, por más que no halaguen tanto á nuestro amor propio aquellos. La razón de éste mi modo de pensar está en que con los reveses y desengaños nos instruimos muchísimo más que con los éxitos, que muchas veces nos engañan, dándonos una confianza y seguridad que no debemos tener.

Este caso prueba hasta la evidencia que el cerebro es muy tolerante para los traumatismos operatorios, enseñándonos que así como ha desaparecido hoy día el miedo al peritoneo, debe desaparecer también el miedo á las meninges y masa encefálica. Todo estriba, á parte de las precauciones y cuidados especiales que requiere esta nueva cirugía, en hacer lo contrario de lo que hacían los antiguos cirujanos; en efecto, estos lavaban los instrumentos y sus manos *después* de la operación, nosotros debemos lavarlo y desinfectarlo todo *antes*.

Por último, el resultado desgraciado de este operado nos indica la conveniencia de obrar sin temor, ejecutando en las paredes del cráneo una abertura tan grande como sea necesario para poder extirpar perfectamente todas las fungosidades en los casos de osteitis con absceso intracraneano, sea de la naturaleza que fuere, puesto que no hay que temer la hernia cerebral si el encéfalo no se inflama, ó sea si no se infecta, en cuyo caso su aplastamiento sobre el anillo óseo que lo estrangula daría lugar en breve á la gangrena

más ó menos extensa y profunda de su corteza, y á abscesos de la substancia subcortical. Aun en estos casos, ha de ser suficiente la excisión de las porciones esfaceladas, seguidas de dilatación de los abscesos junto con una desinfección rigurosa de los tejidos para ver desaparecer la hernia ó encefalocele adquirida; bastando tomar la precaución de aplicar un vendaje muy compresivo para evitar la recidiva, en el bien entendido de que si ésta se presenta deberá siempre atribuirse á una falta de asepsis ó á que han permanecido en la cavidad craneana algunos tejidos infectados.

OBSERVACIÓN 3.^a—*Sinusitis frontal derecha con retención de pus y sin empiema de los demás senos nasales.—Síntomas cerebrales graves.—Trepanación del seno.—Perforación patológica de la pared postero-superior del mismo en su tercio externo, del tamaño de una lenteja.—Agrandamiento hacia afuera de la abertura craneana.—Ensanchamiento de la perforación ósea posterior del seno.—Dura-madre fungosa.—Absceso sub-dural.—Raspado, lavado y desinfección.—Punciones cerebrales negativas.—Cicatrización de la abertura de la pared posterior del seno por un tejido fibroso.—Amplia comunicación del seno frontal con el meato medio (segunda operación, dos meses después) como en el primer caso clínico expuesto más arriba.—Colgajo ósteo-periostio-cutáneo de Kœnig.—Curación.*

Hace escasamente siete meses, esto es, el 22 de Marzo del presente año, vino á consultarme un labrador de Tortosa, de veintiocho años de edad, llamado Jaime Grau, por unos dolores muy intensos en el ojo derecho y raíz de la nariz, que padecía desde que estaba constipado, hacía por lo menos tres semanas. Su médico de cabecera, el Dr. Sabater, le aconsejó viniera á consultarme, temiendo algo serio relacionado con el al parecer fuerte coriza que sufría desde algunos días.

Ningun antecedente especial. Cornete medio muy tumefacto y llenando todo el meato correspondiente: Turgencia considerable también del cornete inferior. La cocaína logra apenas disminuir en volumen, mas descubre la presencia del pus en el infundíbulo, cateterismo del seno, imposible sin la extirpación de la cabeza del cornete medio.

Senos maxilares transparentes, lo propio que ambos párpados inferiores. La perforación en el meato inferior del seno maxilar derecho con un fino trócar es negativa. Fosa nasal derecha normal.

24 MARZO.—Extirpación de la cabeza del cornete medio derecho.—No obstante, me es imposible sondarlo. Sale un pus seroso, mezclado con sangre en muy escasa cantidad. El enfermo experimenta un ligero alivio.

27 MARZO.—Sensibilidad al tacto extraordinaria de la región frontal al nivel de la raíz de la nariz. Tumefacción edematosa del hueco orbitario en su ángulo supero-interno. Abatimiento. El enfermo no puede conciliar el sueño hace tres noches. Temperatura 38,2; pulso, 88. Anorexia casi completa. Le prohibo venga á mi gabinete, prometiéndole ir á verle en su domicilio, calle del Príncipe de Viana, núm. 1, al día siguiente.

28 MARZO.—Algún sub-delirio durante la noche anterior. Temperatura, 38,4; pulso, 92. Vómitos, postración física acentuada y estado soñoliento. Propongo á la familia del enfermo la trepanación, que es aceptada y que ejecuto al día siguiente.

29 MARZO.—Cloroformizado el paciente y afeitada la mitad interna de la ceja derecha y secundado valiosamente por los doctores D. Francisco Ortíz, Enrique Lacal y Grau, ejecuto una incisión á lo largo del borde orbitario superior, etc., como en los dos casos anteriores; desprendo el periostio, y con el escoplo y el martillo haga saltar la tabla externa del seno en el sitio correspondiente. Aquella es muy delgada y friable. Emerge en seguida pus sanguinolento en abundancia, sin hallar fungosidades; la mucosa se encuentra solamente enrojecida y tumefacta, sangrando al menor contacto del estilete. Unicamente veo algún tejido de granulación en el tercio interno de la pared postero-superior de este seno. El estilete descubre allí una falta de resistencia, y conozco que penetraría en la cavidad craneana; me abstengo, pues, de sondar profundamente este sitio, dado que aun siendo el instrumento perfectamente *aséptico*, á su paso á través de las granulaciones infectadas se cargaría de gérmenes piógenos que sembraría luego bajo las meninges y en la substancia cerebral no infeccionada quizá aun.

Raspo con sumo cuidado estas granulaciones, valiéndome de una

fina cucharilla y de la cureta doble de Krause para las fungosidades nasales. Agrando hacia afuera la abertura de la tabla exterior del frontal algunos milímetros, puesto que por más que me encuentro con un seno frontal algo grande unos cuatro centímetros de ancho por dos y medio de altura y con el tabique medio colocado muy hacia la izquierda (cosa observada por mí en la mayoría de piezas anatómicas que poseo), me es muy difícil, aun valiéndome de unos escoplos acodados, especiales y de mi invención, que luego os mostraré, el agrandar y regularizar la abertura de la pared postero-superior de este seno, por encontrarse demasiado arinconada en la proximidad del ángulo externo del mismo.

Con estos escoplos de que os hablo, y que se encargan al propio tiempo de apartar la dura-madre, agrando la abertura de la pared posterior del seno frontal, saliendo á los pocos golpes, ejecutados con suma cautela, algo más de tres cucharaditas de pus sanioso y de mal carácter. Sin embargo, la dura-madre solamente está fungosa y reblandecida en la extensión de algunos milímetros; los bordes de la abertura, de unos once milímetros de diámetro, recubren en la periferia una membrana sana y (al parecer) resistente aunque bañada por el pus. Unicamente existen en el centro estas fungosidades del volumen de un guisante, las que extirpadas con cautela también, descubren una pequeña solución de continuidad en las meninges. Con un fino escalpelo ejecuto una pequeña incisión crucial en la dura madre, cuyo centro pasa por la pequeña abertura. Levanto los cuatro puntos uno por uno adheri los á las demás cubiertas cerebrales y al mismo encéfalo. Rasgo con sumo cuidado todo el tejido patológico subyacente hasta hallar la substancia nerviosa sana. Luego introduzco en la profundidad de unos tres centímetros un pequeño trócar de un milímetro de diámetro hacia la derecha primero, vuelvo á introducirlo hacia abajo en vista de no haber hallado nada, y finalmente un poco hacia adentro sin resultado alguno también.

Como es imposible suturar los cuatro colgajitos dures, por su pequeñez y por lo reducido y profundo del sitio; me limito á desinfectar bien la región con una solución de cloruro de zinc al 5 por 100 esta vez. No cuidándome de restablecer comunicación alguna del

seno con la cavidad nasal, cuyo conducto fronto-nasal por otra parte se halla casi completamente obstruido. Iodoformo en polvo; trocitos de gasa iodofórmica con la que relleno la cavidad del seno, algodón fenicado y un vendaje á propósito, sin aplicar sutura alguna en la herida cutánea.

30 MARZO.—Temperatura 37,6 y pulso 84 á las ocho de la mañana; cabeza despejada; cara risueña; ningún dolor.—Sopa de sémola dos veces al día.—Noche, á las ocho, temperatura 37,3. Pulso 80.

15 ABRIL.—Hace más ya de ocho días que el enfermo se levanta y viene á curarse en mi gabinete. Come perfectamente, y la perforación de la pared posterior del seno frontal se rellena de tejido embrionario de excelente carácter.

15 MAYO.—La abertura posterior del seno frontal se encuentra ya casi completamente cerrada por la adherencia de la dura-madre en la periferia y por la formación de tejido resistente y fibroso en el centro. La cavidad del seno frontal sigue supurando algo, principalmente al nivel del suelo y en los alrededores de la abertura del canal fronto-nasal, en donde se han formado algunas fungosidades. Raspado de estas fungosidades y cloruro de zinc al 15 por 100.

3 JUNIO.—No pudiendo continuar así las cosas, propongo al enfermo una segunda operación, que es aceptada. Acto seguido, y estando de antemano prevenido, me traslado á su domicilio, se le cloroformiza, y con un fino escoplo, como en el primer caso descrito más arriba, labro una amplia comunicación entre el seno y el meato medio, haciendo saltar una buena parte de su porción más posterior é interna, mas cuidando de no perforar la lámina cuadrangular del etmoide que se encuentra aquí menos apartada, ni de lesionar la pared interna de la órbita muy delgada.

Colocada una gruesa mecha de gasa iodofórmica, una vez bien raspada la comunicación artificial, bien desinfectada con el cloruro de zinc al 15 por 100 y cohibida la hemorragia, que es por cierto abundante: me propongo tapar la abertura externa del frontal con un colgajo auto-plástico ósteo-periostio-cutáneo de Kænig.

Naturalmente, por encima del sitio en donde se suturó el colgajo quedó una superficie cruenta en la que se veía al descubierto el diploe del hueso frontal. Y por más que á esta altura y en este

sitio se hallan de nuevo reunidas las dos láminas óseas que forman el seno la capa de hueso era bastante delgada y estuvo á punto muchas veces de perforar ó cuando menos de fisurar la lámina vítrea. La porción de hueso puesta al descubierto por la traslación del colgajo resultó mucho menor en superficie que la de éste, puesto que no habiendo habido en realidad pérdida de tegumento externo, la porción de piel triangular que formaba principalmente el labio superior de la abertura, una vez despegada de sus adherencias, se deslizó hacia arriba, ocupando y por lo tanto cubriendo una buena parte del sitio puesto al descubierto por el colgajo.

Iodoformo, gasa, algodón fénico y un vendaje apropiado.

1.º JULIO.—La epidermización se ha extendido tan rápidamente á partir de los dos injertos que prendieron, que considero inútil el sembrar algún otro. El colgajo ósteo-perióstico tiene bastante resistencia aunque algo desigual. Sale cierta cantidad de moco pus, por la abertura de comunicación del seno frontal con el meato medio, en el cual se observan algunas granulaciones, que cauterizo con el cloruro de zinc puro colocado al extremo de un estilete encorvado cargado de un poco de algodón.

28 JULIO. — Curación definitiva de la herida frontal y de la cavidad del seno que ya no supura, y ofrece (en lo que puede observarse con el espéculum nasal y por reflexión con un diminuto espejillo laríngeo) una superficie tersa á intervalos anacarada y brillante y de un sonrosado pálido y desigual. En efecto, dada la enorme abertura que existe en el suelo de este seno y teniendo, por otra parte, en cuenta que la *bullá etmoidalis* y las células etmoidales anteriores, junto con la cabeza del cornete medio fueron suprimidos por la operación, queda la suficiente luz para explorar con un espejillo laríngeo de un centímetro de diámetro, introducido en la fosa nasal, previa colocación del espéculum, casi toda la cavidad del seno rugosa y desigual en las regiones anteriores, lo que se logra fácilmente colocándole hacia arriba como en la rinoscopia posterior.

De todo lo anteriormente observado creo podemos deducir las siguientes conclusiones:

1.ª En las sinusitis frontales con retención absoluta ó casi abso-

luta de pus, hay que trepanar por la vía frontal lo más pronto posible.

2.^a Abierto el seno y raspado y desinfectado convenientemente, pudiéndose perfectamente cerrar, de primer golpe la herida exterior, con tal de labrar una amplia comunicación del seno con el meato medio, la que se logra sin necesidad de aplicar tubo de drenaje alguno.

3.^a Cuando se presentan síntomas cerebrales tales como soñolencias, vómitos, etc., hay que temer una perforación de la pared posterior de este seno y la penetración del pus en la cavidad encefálica. En este caso hay que abrir lo más pronto posible la pared posterior del seno luego de trepanado, raspar las granulaciones y poner al descubierto sin temor alguno toda la dura-madre fungosa, raspándola, y explorar después con un fino trócar la masa encefálica por no ser esta maniobra en nada peligrosa si es bien ejecutada.

4.^a Si llegamos á tiempo, nos encontraremos con una colección purulenta extra-dural y por más que ésta pueda estar granulosa la lesión es perfectamente curable.

5.^a Cuando no intervinimos oportunamente ó lo hacemos con temor, la lesión se generaliza y el enfermo puede morir.

DISCUSION

Dr. Forn: Felicita al Dr. Botey por los casos primero y tercero. El segundo caso, interesantísimo, es análogo pero mucho más grave que otro visitado por él en el cual, á consecuencia de una caída, se ocasionó una sinusitis frontal con perforación ósea pequeña y gran absceso subdural que curó en poco tiempo, después de una operación amplia. El segundo caso del Dr. Botey cree que era tributario en su último período de una amplia craniectomía, pues así se hubiera podido salvar al enfermo y de otro modo la muerte era inevitable, como ocurrió. Cree que la craniectomía difícilmente tiene otra indicación más justificada que en el caso del Dr. Botey, que es operación que en sí no entraña gravedad extrema, y que en la microcefalia, donde se aplica más comúnmente, tiene menos justificación.

Dr. Compaired: Cree muy verosímil suponer por los datos expuestos

que se trataba de una manifestación local tuberculosa ó sifilítica, pues sólo así se comprende una osteomielitis tan aguda de la bóveda craneal.

Dr. Botey: Considera expuesta la craniectomía, y no la practicó porque no lo ha leído ni en los autores modernos. Duda con el Dr. Compaired de la naturaleza del mal, en el caso segundo, que pareció una osteomielitis infecciosa aguda. No se pudo comprobar la naturaleza tuberculosa.

TRATAMIENTO DE LA RINITIS HIPERTRÓFICA

POR LA RESORCINA AL 100 %.

por el Dr. D. José González Campo.

I

SRES. CONGRESISTAS :

La rinitis hipertrófica, ora se deba á degeneración mixomatosa de la mucosa nasal, ora sea la consecuencia del coriza crónico originada por hiperplasia del tejido conjuntivo submucoso, es afección sobrado frecuente en nuestro país para merecer la atención de cuantos á la Rinología se dedican.

Por la obstrucción nasal que determina, no puede verificarse en las condiciones hígidas convenientes la respiración fisiológica, en la cual el aire inspirado ingresa por la nariz, penetrando en la trama bronco-pulmonal en cantidad menor de la debida, y tal vez esta sea la razón de un hecho que he observado con extraordinaria frecuencia, como seguramente os habrá ocurrido á vosotros, y es la casi constante rinitis hipertrófica de los tuberculosos del pulmón,

simultaneidad de afecciones que no depende del acaso, sino que, á mi juicio, está mantenida por estrechos vínculos de causa á efecto, concediendo yo la prioridad cronológica á la lesión nasal, que acarrea escasa y deficiente ventilación pulmonal.

La hipertrofia de la mucosa que tapiza las fosas nasales, más común en el cornete inferior que en el medio y superior, tabique y suelo, productora de multitud de trastornos mecánicos y reflejos á más del señalado, ha sido rebelde á todos los medios curativos hasta el día instituidos, ya se tratara de la forma difusa ó de la circunscrita. La dilatación progresiva por medio de bujías de diverso calibre, el amasamiento y la electrolisis son ineficaces; la cauterización química con las sustancias hasta la fecha usadas, es dolorosa y susceptible de producir adherencias; la galvanocaustia, que para ser provechosa ha de ser profunda, provoca hemorragias, produce ulceraciones, senos, punto de partida, á las veces, de infecciones post-operatorias, á más de que existen multitud de enfermos en los que por circunstancias especiales no puede emplearse este procedimiento. De aquí las ventajas del que voy á exponeros, ventajas que estimo numerosas, puesto que cura la afección, y esto lo hace sin apelar á medios cruentos, por lo que se someten bien al método todos los enfermos, y no requiere del médico la posesión de aparatos especiales, lo cual pone el tratamiento al alcance de todos los pacientes, así de las grandes capitales donde existen varios especialistas á quienes consultar, como del habitante en apartadas localidades, sin recursos ni facilidades para acudir allá donde su mal pueda ser convenientemente tratado.

II

El Dr. Marage dió cuenta en el año anterior de un tratamiento farmacológico de las vegetaciones adenoideas para los enfermos en que por varias circunstancias no conviniese el quirúrgico, y que consistía en toques con algodón empapado en solución acuosa de resorcina al 100 por 100, ó sea á partes iguales. Las superficies así

tratadas se recubren de una capa blanquecina, sin sobrevenir dolor ni reacción inflamatoria. Según el autor, bastan de seis á diez y seis sesiones, repetidas cada dos ó tres días, para conseguir la curación sin producir otro trastorno que una pasajera faringitis catarral.

Nuestro querido amigo el Dr. Compaired ensayó este nuevo tratamiento, y pronto vió que desgraciadamente el buen éxito no correspondía á las afirmaciones del autor que lo recomendaba, afirmando dicho compatriota nuestro de un modo categórico que, fuera de los casos en que las vegetaciones adenoideas se hallan escasamente desarrolladas, son poco fibrosas y no originan ningún trastorno de índole general ó local, más bien resulta contraproducente el empleo de la resorcina al 100 por 100, porque, en virtud de la reacción inflamatoria local que determina, aumenta las alteraciones respiratorias nasales, y, aun en los casos favorables, la terapéutica resulta larga, enfadosa para el enfermo, y de resultados poco seguros.

Dicho distinguido Dr. Compaired concibió, después de tal fracaso, la idea de emplear este tratamiento en la hipertrofia de la mucosa nasal, siendo los resultados tan favorables, que me animaron á someterlos á vuestra consideración.

De dos grupos de enfermos he de daros cuenta. Uno, el primero por antigüedad y por derecho propio, el de los enfermos tratados por el Dr. Compaired en la Policlínica Cervera, á la que con alguna asiduidad tuve la honra y el gusto de asistir en el pasado curso; otro, el de los enfermos sometidos á igual tratamiento en mis consultas privada y pública. El primero comprende una multitud de enfermos, que seguramente pasan de un centenar; el segundo caso se refiere á un tercio del anterior. No he de detallaros historias, ni de individualizar los casos de ambos grupos; no analizo: me limito á hacer una síntesis lo más breve y compendiada posible.

La resorcina en solución acuosa al 100 por 100, en toques ó embadurnamientos en las fosas nasales provoca en los primeros momentos sensación de escozor y ardor intensos, seguidos á los pocos instantes de estornudos é hipersecreción sero-mucosa; efecto natural y de antemano previsto, por cuanto á esta concentración resulta un líquido irritante, y la irritación de la pituitaria determina hi-

perhemia, que se revela á la inspección y se traduce por el estornudo y el aumento de secreción. Esta molestia dura más ó menos, según la susceptibilidad del individuo y su potencia reaccional, pero por término medio es de media á una hora, pasada la cual el enfermo ve trocada en sequedad la abundante exudación anterior. Al día siguiente se encuentran adheridas á los repliegues de la mucosa concreciones mucosas blanquecinas, de albúmina coagulada, que se desprenden fácilmente con una ducha nasal, viéndose la mucosa pálida, seca y retraída, comprobando el enfermo subjetiva y nosotros objetivamente que la respiración nasal es más fácil, y más amplia la luz de la fosa nasal en tratamiento. Estos toques los hemos repetido en días alternos, ó dos veces por semana, y produciendo siempre análogos efectos, al poco tiempo hemos podido darlos más de tarde en tarde, hasta suprimirlos por completo, después de un tiempo que varía entre dos y cuatro meses.

Estas curas pueden hacerse en ambas fosas nasales en la misma sesión, en el caso de que la hipertrofia sea bilateral, porque como no producen reacción inflamatoria, sino simplemente hiperhémica y exudativa, no oponen obstáculo de ningún género á la inspiración nasal ó fisiológica.

El único inconveniente que en el tratamiento hemos advertido, es la producción de eczemas químicos ó irritativos en las ventanas de la nariz y labio superior, en los enfermos que no cuidaban mucho de limpiarse mientras duraba el período exudativo, y que, por lo tanto, dejaban en contacto de su piel el líquido que salía de las fosas nasales; pero esto no es otra cosa que lo que ocurre en el coriza agudo, sin que en este caso tenga nada de particular, ni se le conceda la menor importancia. Lo hemos combatido cuando se presentó con pomada de ácido salicílico y óxido de zinc, y ahora lo prevenimos con la práctica sencilla de embadurnar con manteca de cacao, ú otra substancia grasa cualquiera, las ventanas de la nariz antes de dar los toques.

De entre todos estos enfermos he de hacer notar tres, y los tres pertenecen al grupo de los observados en mi consulta. Uno es una señora con obstrucción tan completa de la fosa nasal izquierda, que en varias consecutivas sesiones no puede hacer pasar á la faringe

el estilete porta-algodón, y una vez estatuido el tratamiento que me ocupa, á las cinco ó seis curas, practicadas en días alternos, logré hacerle penetrar en la faringe sin violencia de ninguna especie, mejorando rápida y notablemente, hasta recibir el alta á los cuarenta y tantos días de tratamiento. Otro caso notable es el de una señorita con hipertrofia mucosa de ambos cornetes inferiores, más acentuada en el izquierdo, tratada anteriormente por duchas con resorcina en solución hidro-alcohólica ligera, sin que con ellas experimentara ningún alivio; después del segundo embadurnamiento hecho por mi con resorcina al 100 por %, advirtió mejoría ostensible, comprobando yo de visu la disminución de la hipertrofia en ambas fosas.

Y para que no se me tilde de apasionado por el nuevo tratamiento, cito el tercer caso, que es el de un señor de treinta y nueve años, neurósico, en el que la susceptibilidad para el medicamento que estudiamos está tan aumentada, que no me fué posible hacerle más que una sola cura, pues le produjo tales molestias y una rinitis catarral tan intensa, que hube de desistir de seguirlo empleando, debiendo hacer constar que lo propio me ocurrió tiempo después al hacer al mismo individuo cauterizaciones lineales profundas, á pesar de la previa aplicación de cocaína.

Resumiendo, para terminar, lo más saliente de mi humilde é insignificante trabajo, concluyo sentando:

1.º Que la rinitis hipertrófica es susceptible de curación sin apelar á medios cruentos, por los toques con solución acuosa de resorcina al 100 por %.

2.º Que la duración del tratamiento oscila ente dos y cuatro meses, advirtiéndose alivio desde las primeras sesiones.

3.º Que en los casos estudiados no ha producido más trastornos que en algunos un eczema de las ventanas de la nariz y labio superior, evitable, y de fácil curación si llega á producirse.

4.º Que en sólo un caso hubo de suspenderse el tratamiento, siendo debida esta suspensión á hipersusceptibilidad del enfermo.

He dicho.

DISCUSION

Dr. Castañeda: Felicita al exponente, y dice que ensayará el remedio propuesto, ya que no es cáustico; por esta acción ha tenido que abandonar el ácido crómico, que se difunde, y usa la galvanocaustia, porque con ella destruye *localmente* la hipertrofia del tejido cavernoso. ¿Cómo se explica esta acción regresiva sobre el tejido eréctil no siendo cáustica la resorcina? Cree que lo escuchará con gusto el Congreso.

Dr. Botey: Cree que este proceder, que se ha empleado para las vegetaciones adenoideas sin resultado, no puede prevalecer, pues es necesario destruir el tejido cavernoso de los cornetes, el cual no se modifica porque se ataque á la mucosa. Emplea en estos casos la galvanocaustia, y se vale de unos cauterios semilunares provistos de una placa protectora para el tabique. Otras veces emplea el ácido crómico, que tiene el inconveniente de destruir las glándulas. Cree que no hay necesidad de hacer otra cosa que lo que él ha expuesto.

Dr. Compaired: Dice que la resorcina no invalida la galvanocaustia, pues, como dijo el Dr. González Campo, la resorcina está indicada para la hipertrofia simple, generalizada, perfectamente lisa é igual, cuando no es conveniente la galvanocaustia. La resorcina no es cáustica y no provoca adherencias; no atemoriza al enfermo; no invalida la causticación y puede emplearla el cliente á domicilio. Tiene una acción curtiende local.

Dr. Forns: Felicita al Dr. González Campo y participa de las ideas del Dr. Compaired. Circunscribiendo la cuestión al terreno anatómo-patológico, dice que, según puede apreciarse en preparaciones que acompañan, hay casos de hipertrofia difusa con engrosamiento de la capa mucosa y escasísima hipergénesis del tejido cavernoso; existen otros de hipertrofia extraordinaria y hasta de aspecto poliposo, debidos al crecimiento del tejido eréctil; y finalmente hay casos mixtos. Los primeros se curan con la resorcina; los segundos con la extirpación y causticación galvánica ó con la electrolisis, y los terceros con ambos procederes, adecuando los tratamientos propuestos á las condiciones de la mucosa.

Dr. Uruñuela: Felicita al Dr. González Campo y dice que la resorcina es un poderoso descongestionante, al par que antiséptico y hemostático. Las soluciones que usa son al 30 y 40 por %, y al 10 por % en irrigaciones, y le han dado resultados sorprendentes.

Dr. Cisneros: Dice que pensaba decir que la resorcina es un buen me-

dicamento, pero que no invalida la galvanocáustica, la cual tiene algunos inconvenientes fáciles de obviar.

Para ello aconseja no cauterizar los puntos más prominentes del cornete inferior, ó hacerlo en puntos intermedios é insuflando polvos de dermatol sobre la superficie cauterizada; con ello se evitan las adherencias al tabique.

Teme que al curtir la mucosa se disminuya su secreción, y ello resulta peor que el mal primero. Desea que el empleo de la resorcina esté desprovisto de inconvenientes.

Dr. Botella: Dice que en tres casos que la ha empleado ha producido escaras, por lo cual cree que es cáustica. En uno de ellos existía gran hipertrofia, y el toque tuvo que ser violento.

Dr. Peláez: En una comunicación que tiene anunciada expone más detenidamente su concepto sobre las rinitis crónicas. Empero anticipa que la mayoría de las rinitis hipertróficas y atróficas toman origen en el tejido eréctil, y que las modificaciones de la mucosa son consecutivas. Conforme con este modo de pensar, cree que la cauterización galvánica es el mejor tratamiento y el de uso general. En determinados casos es inaplicable la resorcina por susceptibilidad individual, como dijo el Dr. González Campo, pero aun así debe aceptarse en aquellos otros en que la experiencia enseñe que da buen resultado.

Dr. Arrese: Se muestra partidario de los procedimientos rápidos, y prefiere la galvanocaustia ó la electrolisis (10 ó 15 miliámperes durante cinco minutos) que le ha proporcionado éxitos, no destruyendo el tejido, sino atrofiándolo.

Dr. González Alvarez: Dice que la resorcina que va bien en las hipertrofias de la mucosa es incapaz de atrofiar el tejido eréctil. Guiado por el método de Krishaber para las hipertrofias amigdalares, lo ha extendido al tratamiento de las hipertrofias de los cornetes, haciendo cauterizaciones punteadas con el gálvano, terminando la curación con el masaje manual de la mucosa.

El Dr. González Campo rectifica, y dice que el empleo de la resorcina al 100 por % corresponde al Dr. Compaired que se lo enseñó.

Contesta al Dr. Castañeda que no es cáustica esta solución, que cree posible que sin destruir el tejido reduzca la hipertrofia, porque constriñe los elementos anatómicos y coagula la albúmina, en el interior de éstos, después de atravesar la mucosa y ponerse en contacto del tejido submucoso.

Dice al Dr. Botey que es aplicable este tratamiento á las rinitis, por-

que no hay necesidad de destruir el tejido cavernoso. La galvanocaustia tiene inconvenientes hemofílicos, etc., porque produce las complicaciones que en la Memoria menciona. Las molestias que produce la resorcina son pocas y evita muchas operaciones. Agradece las frases de los Doctores Coimpaired y Forns, lo propio que al Dr. Uruñuela, y dice á éste que le aconseja use soluciones más concentradas, al 100 por %, pues es inofensiva.

Al Dr. Cisneros le dice que un solo inconveniente que tuviese la galvanocaustia, y reconoce algunos, haría preferible el uso de la resorcina, que no los tiene; ello no obstante, casos hay que deben cauterizarse. Dice al Dr. Botella que jamás ha visto escaras, y que es bueno no confundir con una escara la capa de albúmina coagulada de que habló.

Al Dr. Peláez dice que acepta su teoría, pero que la resorcina ejerce su acción también en el tejido eréctil. El enfermo que no pudo tratar era neurótico y lo mismo ocurrió con la galvanocaustia. Al Dr. Arrese que el tratamiento propuesto es menos conocido, pero mejor que la galvanocaustia y que la electrolisis está desechada ya; y dice al Dr. González Alvarez que el masaje tiene escaso valor.

TRATAMIENTO

DE

VÉRTIGOS, ZUMBIDOS Y DE ALGUNAS AFECCIONES DEL LABERINTO

POR LA PUNCIÓN DE LA

MEMBRANA REDONDA SEGUIDA DE ASPIRACIÓN

por el Dr. Ricardo Botey (de Barcelona).

En un trabajo que presenté en el X Congreso médico internacional de Berlín en 1890, al ocuparme de la avulsión del estribo en los animales, demostré también de paso que en ellos, "si se rasga una ó ambas membranas (la de la ventana oval, una vez arrancada la cclumela y la de la ventana redonda), perforándolas considerable-

mente, no sale más que una cantidad insignificante de perilinfa, puesto que ésta se halla detenida, tanto en el vestíbulo, en el caracol, como en los canales semicirculares, en cavidades capilares no elásticas, no contráctiles y cuyas paredes externas son rígidas. Por consiguiente, la adhesión molecular y la presión atmosférica impiden su salida. Si queremos hacer pasar la perilinfa al exterior, es necesario aspirar con un tubo capilar de vidrio, que podemos fabricar en el momento y con el cual atravesamos estas membranas.»

“En todos los casos, el animal, inmediatamente después de la operación, *no titubea* andando ni cae; la locomoción, el suelo y la posición de la cabeza son siempre absolutamente normales. Existe únicamente un ligero abatimiento, con disminución del apetito, que dura cuarenta y ocho horas, mas *sin el menor desorden de la coordinación de los movimientos*.. En los casos en que perforamos las membranas oval y redonda y aspiramos el líquido laberíntico, al cabo de algunos días la perforación de estas membranas está completamente cerrada; este cierre cicatricial tiene lugar también, aun cuando rompamos estas membranas en diversos sentidos. El proceso regenerativo es muy rápido y tiene lugar concéntricamente, etc.»

Estos mis experimentos anteriores prueban ya la perfecta inocuidad, en los animales, de la punción y aspiración de perilinfa por la parentesis de la membrana redonda.

Recientemente he repetido estos experimentos. Los resultados han sido idénticos á los primeros, y aun en el caso de no tomar la menor precaución antiséptica, los palomos no experimentaban por ello el menor inconveniente ulterior; la cicatrización de la herida y el restablecimiento de la función audifiva eran, como siempre, tan rápidas y perfectas.

En este mismo trabajo á que hago referencia me lamentaba de que el estribo y la ventana oval no estuviesen fácilmente al alcance de nuestra vista. Mas en cuanto á la ventana redonda en el hombre, esta es bastante más accesible que la oval. En primer lugar, por hallarse libre de base del estribo que la obture, en segundo lugar, por encontrarse más cerca de la porción de promontorio sensible directamente por la otoscopia, y en tercer lugar, por hallarse

en una región libre de obstáculos y apartada de órganos peligrosos.

Además, en bastantes enfermos se adivina perfectamente á través del tímpano el sitio que corresponde á la ventana redonda, y este es, como es sabido, en el cuadrante póstero-inferior y cerca del margen timpánico.

Previos ensayos en el cadáver, decidíme por el siguiente proceder operatorio.

Incisión circular en el borde posterior del tímpano, rozando su margen desde algo por debajo del pliegue posterior, siguiendo la inserción de la membrana timpánica y cortándola lo más cerca posible de su adherencia al hueso. Esta incisión se prolonga hacia abajo, hasta la cara inferior del conducto auditivo externo. Entonces se aparta hacia adelante, con un estilete plano, la membrana timpánica, descubriéndose la cabecita del estribo en el ángulo superior de la incisión, y hacia abajo y algo atrás, cerca del margen posterior del tímpano, la ventana redonda, total ó cuando menos parcialmente visible.

Si no bastase esta incisión, se prolonga algo por debajo del pliegue posterior, ó bien se corta perpendicularmente hacia adelante el tímpano por el centro de la incisión semicircular en una extensión de dos ó tres milímetros. En el caso de que quedasen pegados al borde posterior del margen timpánico algunos fragmentos de membrana que dificultaran la clara visión de la ventana redonda, pueden separarse en su base con un fino cuchillete ó mejor aún destruirse con un finísimo gálvano-cauterio.

En algunos casos puede ser conveniente ejecutar la operación en dos tiempos: Primero, practicar la abertura timpánica, y después de bien lavada y desinfectada la caja por dicha abertura, taponando el conducto auditivo externo con una tirilla de gasa iodo-fórmica; y segundo, continuar la operación, esto es, perforar la ventana redonda y aspirar el líquido laberíntico, ó sea la perilinfa á los tres ó cuatro días, cuando la reacción inflamatoria haya en gran parte desaparecido, lo propio que la hemorragia, la que siempre, por insignificante que sea, dificulta muchísimo la visión.

El pequeño trócar ó cánula punzante debe tener de medio á tres

cuartos de milímetro de diámetro; su curvatura es un ángulo obtuso á dos milímetros de su punta, como el que tengo honor de mostraros.

Introducido por la ventana redonda con la punta dirigida hacia arriba y algo hacia adentro, rozando suavemente el borde superior de dicha ventana redonda y la cara interna de la pared vestibular intermediaria entre esta ventana y la oval situada por encima, cae la punta del pequeño trócar inmediatamente por detrás del borde infero-posterior de la base del estribo, *no penetrando* la punta del instrumento en el sáculo ni en el utrículo, en una palabra, en el interior del vestíbulo membranoso que contiene la endolinfa; aquella, sobre todo si no es muy punzante, evoluciona constantemente sumergida en la perilinfa y pasa por entre la pared externa ó estapedia del vestíbulo óseo y las paredes externas del utrículo y del sáculo, como he tenido en diferentes veces ocasión de comprobarlo en el cadáver; pues he sabido que el vestíbulo membranoso, en su porción infero-externa, no adhiere á la cavidad ósea próxima á la ventana oval y redonda.

Ahora bien; si en lugar de dirigir, con sumo cuidado, la punta del instrumento hacia arriba y un poco hacia adentro, del modo que acabo de indicar, la inclinamos, primero un tanto hacia arriba y adentro y después directamente hacia adelante, penetramos directamente en la rampa timpánica del caracol, bañada, como sabemos, también por la perilinfa. Además, si dirigimos la punta del instrumento primero arriba y algo adentro, como en los dos casos anteriores y luego hacia atrás, aquélla va á parar rozando la cara externa de la ampolla inferior del canal semicircular vertical posterior ó interno, por lo que hay que ir con mucho cuidado con herirlo.

En ninguno de estos sitios recorridos por la punta del instrumento hay endolinfa; y si hemos procedido con cuidado es difícil lesionar ningún órgano peligroso. La rampa timpánica del caracol, sobre todo en esta región, no contiene órgano de Corti que pueda herirse; las manchas acústicas y los otoconios se hallan situados más hacia adentro, arriba ó atrás en el interior de las ampollas de los canales semicirculares membranosos que no pueden fácilmente rasgarse ó perforarse.

Puédese, si se quiere, perforar la membrana oval con un fino trócar lleno, y luego introducir por la abertura un fino tubo capilar, de vidrio encorvado convenientemente, que se encarga de aspirar la perilinfa en su campo de acción. Este sistema tiene la ventaja de ser cómodo y fácil, pues se puede fabricar en el acto un tubito capilar de estas condiciones, perfectamente esterilizado por el calor de la fusión del vidrio, y además verse perfectamente el líquido laberíntico correr á lo largo de sus paredes; lo que hace que sepamos á corta diferencia la cantidad de perilinfa que hemos extraído del laberinto, pudiendo retirarla cuando lo creamos oportuno, y además podemos cerciorarnos en el acto de si hemos ó no realmente penetrado en la cavidad perilinfática, y si se ha obstruido ó no la pequeña boquilla capilar del tubito por un fragmento de tejido.

Mas con el tubito de vidrio existe el peligro de su rotura en el interior del oído medio ó externo, y, lo que es más grave, en el interior del vestíbulo. En el primer caso, en efecto, poco cuesta en general su extracción con unas pinzas finas; mas en el segundo es muy fácil, ó casi seguro, que sea imposible, constituyendo entonces este accidente una complicación sumamente desagradable.

Sin embargo, en mis numerosos y repetidos ensayos en el cadáver he hallado que la punta encorvada del tubo capilar, rarísimas veces se rompe en el interior del vestíbulo; lo que se fractura fácilmente, por poco que se esfuerce la mano, es el resto del tubito de vidrio situado en la caja en el conducto auditivo óseo.

Por consiguiente, para mayor seguridad, es preferible valerse de una fina cánula metálica encorvada *ad hoc*, y cuyo borde cortante forme un bisel muy poco oblicuo, casi perpendicular al eje del tubo, pues á no ser así heriríamos forzosamente el vestíbulo membranoso sin provecho alguno, puesto que la boca de la cánula no alcanzaría aún la cavidad perilinfática, y en cambio la punta de aquella penetraría en el utrículo ó en el sáculo. En este caso, nuestro ojo no percibe la salida del líquido laberíntico.

Hay que procurar que la punta del instrumento sea bien cortante ó punzante, pues de lo contrario, en lugar de perforar, se desprende la membrana redonda en una parte de su contorno, dando lugar á una abertura permeable y permanente mucho mayor, por

donde se escapa perilinfa y por donde pueden pasar hacia el laberinto gérmenes peligrosos de infección supuratoria.

En algunos casos no es posible ver la ventana redonda, pudiendo sólo adivinarla. Entonces, sin embargo, siempre se puede observar, cuando menos, el borde saliente á modo de arco ó reborde orbitario que forma el promontorio por delante y arriba de la ventana redonda. Con este punto de referencia, torciendo el tallo de la pequeña cánula un poco hacia atrás á unos diez ó doce milímetros de su punta, y no olvidando que la membrana redonda está situada por debajo y atrás de este pequeño arco en una posición no vertical sino muy oblicua, casi horizontal, pues constituye, según mis estudios en el cadáver, parte del suelo ó pared inferior del vestíbulo; con estos datos y guiándonos por el tacto penétrese á través de la ventana redonda sin verla, siguiendo el borde cóncavo posterior de este arco siempre saliente, con la punta del instrumento, la que roza primero su segmento súpero-anterior y luego se dirige hacia arriba y algo atrás, penetrando en seguida, á través de la membrana que perfora dando al dedo una sensación novísima especial, en el vestíbulo la punta afilada.

En el cadáver puede cerciorarse de si se penetra bien en el vestíbulo por la ventana redonda, luego de perforada ésta con un estilete punzante y encorvado del modo antes dicho; introduciendo después por su abertura una pequeña cantidad de un líquido colorante, por medio de un tubito de vidrio capilar encorvado en su punta convenientemente, con el que de antemano hemos aspirado un poco de aquel líquido. Hecha esta operación como si se tratara de un vivo, hay que ver el resultado. Para ello, una vez separada la región temporal con el oído interno, etc., se ejecutan con una fina sierra de relojero dos cortes, uno vertical y ántero-posterior que pase por el centro de la caja y paralelamente al promontorio, con lo que quedan separados el oído externo, la caja y la mastoides que no hemos de utilizar, y otro horizontal que seccione el laberinto, pasando por entre la ventana oval y redonda y por el centro del conducto auditivo interno.

Hecho esto se nota el vestíbulo, principalmente en los alrededores de las ventanas oval y redonda, lleno de substancia colorante,

algo teñida la entrada de la rampa timpánica del caracol y la región del vestíbulo que linda con la ampolla inferior del canal semi-circular interno ó posterior; mas todo esto acontece dentro de la perilinfa, esto es, sin perforación del sáculo, del utrículo y de la ampolla del canal, y la substancia que inyectamos no desgarrá, lo propio que la punta del instrumento (si hemos procedido con gran cuidado), el vestíbulo membranoso, únicamente lo hunde y separa algo de sus paredes inferior y externa, en donde, como es sabido, tienen poca ó ninguna adherencia.

Probado con lo anteriormente transcrito la perfecta posibilidad de semejante operación en el vivo, la hemos ejecutado tres veces en éste, del modo siguiente, con excelentes resultados y sin que aconteciera nada grave ni tan siquiera alarmante.

El enfermo dos ó tres días antes se lava dos veces al día el conducto auditivo externo con una solución de bicloruro al 1 por 1000; instilándose después dos ó tres gotas de glicerina félica al 5 por 100 en el meato, y tapándolo luego con una bolita bien limpia del algodón fenicado. El día de la operación el conducto auditivo externo es lavado con una solución acuosa estéril de jabón, y á beneficio de un pincel aséptico que se introduce y agita en el interior del conducto varias veces una vez empapado en la solución jabonosa algo concentrada. Luego se limpia el jabón con un chorrillo de alcohol absoluto y se vierte en el conducto una solución de sublimado al 1 por 500, que se deja á permanencia durante un par de minutos.

Hecho esto se seca cuidadosamente el meato con algodón bórico esterilizado de la siguiente manera: Se arrolla alrededor de un estilete auricular un poco de algodón bórico ó hidrófilo, se sumerge en alcohol bórico concentrado y se quema aproximándolo á una llama hasta principio de carbonización, quedando entonces el algodón completamente estéril.

Bien secado el conducto, se vierte en él una gota de solución de clorhidrato de cocaína al 50 por 100, y además se coloca en el fondo del conducto auditivo óseo, en contacto con el timpánico, una pequeña bolita de algodón empapada en la misma solución y que permanece allí durante cinco ó seis minutos.

Entonces, si se retira la bolita, se seca el fondo del meato como

anteriormente, y por supuesto, esterilizados convenientemente todos los demás instrumentos, se practica en el tímpano la incisión descrita más arriba al hablar de nuestros ensayos en el cadáver. La hemorragia es casi nula, insignificante. Sin embargo, en alguna ocasión es lo bastante para dificultar la punción de la ventana redonda, por no verse bien ésta, bañada por una delgada capa de sangre.

Existen varios procesos laberínticos no bien definidos aún y caracterizados principalmente por zumbidos más ó menos intensos (y continuados, vértigos ó estado vertiginoso periódico, y disminución de la agudez auditiva, en los cuales, por lo tanto, no se hallan lesiones en la trompa ni en la caja, demostrando la investigación por medio de los cilindros de Kænig, del reloj y de los diapasones, que la conductibilidad no está alterada y únicamente la receptibilidad, ó sea el laberinto, es el sitio del proceso morboso. En muchos, por no decir en bastantes, de estos casos hay exceso de presión intralaberíntica, la cual guarda alguna analogía con las afecciones glaucomatosas del ojo.

En efecto, se designa con esta denominación á un conjunto de enfermedades distintas cuya característica común es el aumento de la tensión intraocular, aumento debido á la producción exagerada de los humores contenidos en el globo del ojo (Græfe). Es sabido que el trigémino influye muchísimo sobre esta presión, puesto que su estímulo hace ascender la columna mercurial, de los 30 milímetros ordinarios á cerca de 200, persistiendo esta tensión excesiva aun después de haber cesado la irritación. Para los oftalmólogos esta hipersecreción serosa debe atribuirse á una disposición artrítica hereditaria análoga á la del pericardio y de las superficies articulares; con ella existe degeneración ateromatosa de las paredes arteriales, espesamiento y retracción de la esclerótica, y para Donders una neurosis de los nervios ciliares que la engendraría por sí sola. Es de advertir que estos procesos morbosos no aparecen nunca antes de los cuarenta años.

Boucheron publicó desde hace algunos años, como todos vosotros sabéis (1880), más de un trabajo insistiendo sobre el mecanismo de ciertas sorderas graves, en las que la compresión laberíntica, que

bautizó con el calificativo de *otopiesis*, constituye el elemento patológico principal, afirmando con las ideas de numerosos autores que en la gran inmensa mayoría de casos la comprensión laberíntica es ocasionada por la penetración del estribo en el laberinto y por su inmovilización relativa en esta posición viciosa, en la que tiende á anquilosarse.

En ocasión del Congreso Médico de París en 1889, al exponer Boucheron este mecanismo, se me ocurrió en el acto una objeción, y ésta era que, dado que los líquidos son incompresibles, se concibe perfectamente que el hundimiento de la base del estribo engendre acto seguido compresión de la perilinfa sobre los elementos nerviosos terminales del nervio acústico; pero en los casos crónicos ó cuando la compresión es lenta la perilinfa tiene sobrado espacio para escaparse por el acueducto del vestíbulo y la endolinfa por el del caracol, Boucheron no halló modo alguno para destruir mi raciocinio y confesarme de plano que este era un argumento poderosísimo, en una palabra, fatal para su *otopiesis*.

Hay que admitir, sin embargo, este exceso de precisión intralaberíntica, por más que su íntimo mecanismo escape aún á nuestras investigaciones. Sea que haya exceso de secreción endo ó perilinfática, lo que probablemente acontecerá en los afectos agudos del oído medio, cuyos fenómenos congestivo-inflamatorios trascenderán al oído interno en ocasiones y en ciertos procesos exudativos y hemorrágicos del laberinto, que podrían calificarse quizá de *laberintitis serosa*, si no fuese poco menos que imposible un diagnóstico en el estado actual de la otología. Sea que la reabsorción, el desagüe del líquido laberíntico se verifique con dificultad, aun siendo su producción en cantidad normal, ya por hallarse estenosados ó obstruidos por la esclerosis los acueductos del vestíbulo ó del caracol, ya por dificultar esta reabsorción las sales calcáreas y el tejido fibroso interpuesto en la pared vestibular de la caja, el cual, como todos sabéis, al nivel del anillo fibroso que forma en la base del estribo llega á anquilosarlo aprisionando y constriñendo además los vasos de comunicación entre el vestíbulo y el oído medio que en varios sitios perforan esta pared, como lo ha demostrado mi maestro, el profesor Politzer, influyendo, por otra parte, poderosa-

mente en esta poca eliminación el estado ateromatoso de estos mismos vasos.

El laberinto es con mayor frecuencia de lo que se cree, sitio de hemorragias y exudaciones plásticas, ya de causa refleja, ya vasomotora, trofo neurótica, reumática, artrítica, sifilítica, etc , como he tenido alguna ocasión de observarlo en algún enfermo y de comprobarlo cuando experimentaba en palomos y gallinas extrayendo la columela y traumatizando la pared interna de la caja. Por lo tanto, la punción de la ventana redonda, comparable á la paracentesis de la córnea en el glaucoma estará indicada en todos estos casos, por más que no sean muy comunes y á veces resulten difíciles de diagnosticar en el estado actual de la ciencia otológica.

¿Qué nos indican y demuestran estas maniobras endo-vestibulares?

Estas intervenciones prueban:

1.º Que se puede, tomando rigurosas precauciones antisépticas, perforar y aun desgarrar la membrana oval del hombre, aspirando una pequeña cantidad de perilinfa (una gota ó fracción de gota) sin el menor peligro de infección ó de alteración grave de la agudez auditiva.

2.º Así como en los animales la membrana se regenera rápidamente, es muy fácil que en el hombre acontezca lo propio.

3.º Cuando existen síntomas evidentes de exceso de presión intralaberíntica, la punción y aspiración obran buen resultado sobre los zumbidos y vértigos, no modificando el estado de la audición cuando el proceso es crónico.

4.º En los ataques de infiltración aguda del laberinto es muy fácil que la punción obre verdaderas maravillas, sobre todo si el órgano de Corti y demás terminaciones memoriales no han sufrido más que una compresión pasajera.

5.º La punción y aspiración de la membrana redonda (que me propongo ensayar en mayor escala, no siendo esto más que una nota previa destinada á asegurarme la prioridad), quizá cumplan con el tiempo mayores indicaciones, encaminadas á modificar más de un proceso laberíntico hasta la fecha completamente fuera del alcance de la terapéutica.—He dicho.

DISCUSION

Dr. Uruñuela.—Felicitá al Dr. Botey y dirige un ruego á la Mesa y otro particular al Dr. Forns, para que teniendo en cuenta la importancia de esta comunicaci3n, y después de terminadas y contestadas las objeciones al Dr. Botey, dé el Sr. Forns, á continuaci3n, una conferencia verbal, con preparaciones anatómicas de su colecci3n particular, á fin de ilustrar al Congreso acerca de la posibilidad ó imposibilidad de llevar á cabo la intervenci3n operatoria que se discute.

El Sr. Presidente.—Considerando el gran interés terapéutico de la comunicaci3n del Dr. Botey y lo conveniente de completar dicho trabajo con otra comunicaci3n oral del Dr. Forns, como significó el Dr. Uruñuela, ruega á los señores Congresistas determinen si debe ó no accederse á lo propuesto por este Señor.

Dr. Arrese.—Cree debe aplazarse la discusi3n para el día próximo.

Dr. Compaired.—Cree tan difícil y erizada de peligros la operaci3n que propone al Dr. Botey, guiado como se halla por su espíritu innovador, por lo cual le felicita, que considera oportunísima la mayor aclaraci3n del tema por el Dr. Forns.

Dr. Peláez.—Siendo un asunto tan práctico propone se conceda al Dr. Botey el tiempo necesario y cadáver para que en la sesi3n próxima muestre prácticamente su operaci3n.

Dr. Forns.—Suplica se conceda al Dr. Botey el tiempo necesario, pues se propone demostrar que con la direcci3n ántero-superior que da el Dr. Botey á su trócar y con el grosor y longitud del mismo, ha de ocasionar graves destrozos, y desearía que el Dr. Botey dispusiese de todo el tiempo necesario para convencerle de lo contrario. Dijo que la aspiraci3n es casi ilusoria y la riqueza vascular del oído interno tan extraordinaria, que teme que la operaci3n, *bien practicada*, resulte ineficaz; y pregunta al Dr. Botey: ¿qué hacer si se rompiese el tubito capilar dentro del caracol?

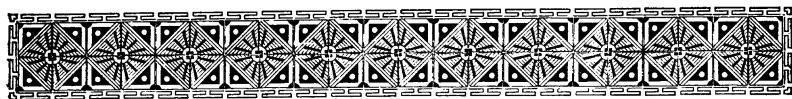
Dr. Botey.—Dice que no tiene inconveniente, sino mucho gusto en practicar la operaci3n ante el Congreso, y ruega le preparen algunos menesteres. Contesta al Sr. Forns que esta operaci3n es posible y que es un primer ensayo, y como tal imperfecto; que el tubo de cristal no se rompe nunca por su extremo. Siente *no haber leído todos los detalles de la técnica* que están consignados en la Memoria, y dice que ha hecho

esta operación en el cadáver y en el vivo la ha intentado, sin resultado con relación al proceso curativo.

El Sr. Presidente.—Cree que debe practicar la operación el Dr. Botey, pues ello dará más esplendor al Congreso y propone tenga lugar antes de la sesión del día siguiente.

Se aprobó por unanimidad, y **el Sr Presidente** levantó la sesión á la una menos cuarto, diciendo que al siguiente día, antes de la hora de la sesión, se practicará por el Dr. Botey la operación objeto del debate.





TERCERA SESIÓN VERIFICADA EL 22 DE NOVIEMBRE

PRESIDENCIA DEL DR. SUÑÉ Y MOLIST

Se facilitó cadáver al Dr. Botey, y no efectuó la operación anunciada.

JUICIO

ACERCA DE LA TÉCNICA PROPUESTA POR EL DR. BOTEY

PARA LA

PERFORACIÓN DE LA VENTANA REDONDA

SEGUIDA DE ASPIRACIÓN

COMUNICACIÓN ORAL

por el Dr. Forns.

Señores: No voy á hacer el juicio de las indicaciones, ventajas é inconvenientes clínicos de la operación que, como novísima y para reclamar la prioridad, presenta á este Congreso el Dr. Botey.

(El Dr. Botey: No como cosa novísima.)

Comoquiera que el trabajo no debe juzgarse desde el punto de vista clínico, por faltar datos para ello, voy á someter á vuestra consideración algunas objeciones á la técnica propuesta.

Prescindiendo de todos aquellos tiempos operatorios preliminares, como la sección timpánica y otros que no hacen al caso, dice nuestro compañero que coge un punzón recto de dos tercios de milímetro de grosor, acodado cerca de su extremidad, que termina en punta afilada y cortante, y lo introduce por la ventana redonda. Esta se halla cerrada por un opérculo fibroso tapizado de mucosa, de forma redondeada irregular, con dos caras, de las cuales la exterior ó timpánica mira hacia abajo y algo atrás y afuera.

(El Dr. Botey: Bastante hacia abajo). Es cierto.

En esta membrana oclusora clava el punzón, sacándolo después para introducir por el agujero resultante un tubito de cristal de la misma forma del punzón, lo cual se ha de efectuar por puro tanteo, puesto que, á pesar de lo que dice el Dr. Botey, nunca es visible la ventana redonda por medio de la otoscopia. Y esta segunda parte de la operación, que considera tan fácil el Dr. Botey, yo la creo difícilísima, por expuesta á rasgar dicha membrana, ya que el agujerito, como resultante de punción, y con mayor motivo en tejido fibroso, se ha de estrechar, dificultándose mucho más con ello la introducción del tubo. (El **Dr. Botey**: Pero es corto y biselado). En este caso, si basta el tubo sobra el punzón.

Suponiendo que la disposición anatómica del operando consienta esta maniobra, por ser claramente visible la depresión que conduce á la ventana redonda, pues muchos son los casos en que ésta se halla en un plano más posterior y en ellos es imposible efectuar la operación con el instrumental propuesto, llegamos al momento crítico que deseo me aclare el Dr. Botey. ¿Es cierto que introduce la cánula hacia arriba y adelante para llegar al vestíbulo, tocando la cara laberíntica del pie del estribo sin destrozar ni el caracol, ni el sáculo, ni el utrículo, logrando aspirar de este modo la vestibular perilinfa? (El **Dr. Botey**: Sí, señor; dirijo la cánula arriba y adelante sin destrozar nada del oído interno.) Pues esto que acabáis de oír lo considero imposible: porque, como véis en esta colección de temporales secos, en estas preparaciones frescas y en este cuadro mural, fiel reproducción de una lámina de Retzius (1), la región anatómica está desmintiendo lo imaginado por el Dr. Botey.

La rampa timpánica del caracol termina por detrás de la ventana redonda en fondo de saco y tiene una pared superior, constituida por la cara inferior del principio de la cresta espiral que, como se ve en estas piezas anatómicas, deja en los temporales secos una estrechísima cisura que está rellena por el comienzo del ligamento espiral y por la membrana basilar que se halla tendida desde la cresta al ligamento espirales, completándose así dicha pared; pared que, á su vez, es el suelo de la rampa acústica, limitada ésta su-

(1) Retzius: Das Gehörorgan der Wirbelthiere, tomo II, lámina xxxiv, figura 12.

teriormente por la membrana de Reissner, constituyéndose por este modo, junto con la rampa vestibular, tres rampas superpuestas en esta región; la inferior ó timpánica; la media ó acústica y la superior ó vestibular.

Y sépase, señores, ó mejor dicho, sepa el Dr. Botey, que da muestras de ignorarlo y no es perdonable cuando de ello puede resultar grave perjuicio de tercero, que si el Dr. Botey hubiera practicado la operación en la forma que describe, hubiera destrozado la extremidad vestibular de estas tres rampas del caracol, dando salida á peri y endolinfa simultáneamente, lo cual puede ser bueno ó malo; pero malo es en esta ocasión, porque lo que se propone es extraer sólo perilinfa.

Habida cuenta de que no se puede llegar desde la ventana redonda al espacio perilinfático vestibular sin producir coclear destrozado, debo decir que para tocar la cara laberíntica del pie del estribo, es necesario dirigir la punta del instrumento hacia arriba, atrás y algo afuera, y no en la dirección propuesta. Empero si se dirige hacia arriba y afuera, se tropieza con el ligamento espiral; si arriba y adentro, con la cresta espiral, y si en el intermedio, con el órgano de Corti; si hacia adelante y arriba, ocurre lo propio, pudiéndose destrozarse, no sólo el órgano auditivo, si que también la membrana de Reissner, confundiéndose en este caso por el traumatismo las tres rampas. Por esto la operación no debe traspasar la rampa timpánica. (El **Dr. Botey**: En ésta no hay órgano de Corti.) Todos lo sabemos, y por este motivo debe terminar aquí la operación. (El **Dr. Botey**: ¿Dónde?) En la rampa timpánica que es perilinfática y en la que desemboca el acueducto del caracol (reservorio perilinfático) por delante del margen de la ventana redonda.

Rectificados los más culminantes errores anatómicos del doctor Botey, voy á proponeros algunas reglas técnicas encaminadas á hacer posible la sangría perilinfática.

Todos sabéis, y en estas preparaciones lo presento demostrado, que la ventana redonda corresponde al principio de la rampa timpánica, en la parte ínfero-externa inmediata al fondo de saco. Y que las rampas cocleares son ligeramente ascendentes en su ori-

gen, para hacerse horizontales y descendentes y volver á ascender, etc., á fin de dar dos vueltas y media sobre la columela.

Atendida esta disposición y la pequeña distancia que separa el tímpano secundario de la membrana basilar, voy á proponeros una modificación radical á la técnica del Dr. Botey, pues, como acabo de demostraros, ésta resulta contraproducente por destruir todo lo que trata de respetar su autor.

Para practicar la sangría perilinfática en la rampa timpánica del caracol, la dirección que se ha de dar al trócar ha de ser hacia adelante y luego algo hacia abajo, pues sólo así no hay peligro de lesionar órgano importante alguno. (El Dr. Botey: Pero no es posible penetrar hacia abajo.) Para realizar lo que propongo se hace necesario modificar el instrumental que V. presenta.

(El Dr. Botey: Precisamente para eso lo traigo; para que los señores Congressistas lo perfeccionen.) A fin de que la operación propuesta sea realizable en todos los casos, debe emplearse una cánula mucho más fina, provista de un mandrín punzante, con dos curvaturas: una en el tallo de convexidad anterior, que tiene por objeto poder llevar el extremo del instrumento al nivel de la ventana redonda, aun en los casos en que ésta corresponde á un plano muy posterior al margen timpánico; y otra en la extremidad, de concavidad anterior y algo inferior, retorciéndose, para que la punta vaya adelante y un poco hacia abajo.

Es necesario disponer de un instrumento especial para cada oído y la introducción del trócar sería semejante á la de rotación de un sacacorchos, para perforar el tímpano secundario é inclinar á seguida la punta hacia adelante y abajo.

De todos modos hay que confesar, señores Congressistas, que esta operación, aun con el instrumental modificado como acabo de decir, es una operación difícilísima, pues hay que actuar por décimas de milímetro si no queremos exponernos á destrozarse el aparato auditivo interno; operando siempre por tacto mediato y casi casi por adivinación, pues no hay tacto educable para saber con seguridad si hemos rasgado ó no la membrana basilar ó sus terminaciones.

Tal es, señores, lo que debía manifestaros, accediendo á la sú-

plica de mi amigo el Dr. Uruñuela, y agradeciendo á la Sección el haberme concedido previamente el tiempo necesario para poder detallar la serie de reparos anatómicos á que me obliga la Memoria del Dr. Botey.—He dicho.

DISCUSIÓN

Dr. Botey: No tengo nada que objetar á lo que ha manifestado el Doctor Forns y le felicitó por su oratoria y por la brillantez con que ha desarrollado este asunto anatómico.

El **Sr. Presidente:** Dice que conviene que conste el buen intento del Dr. Botey y la posibilidad de su operación modificada convenientemente, como ha propuesto, en procedimiento é instrumental el Dr. Forns.

Dr. Compaired: Agradece al Dr. Botey la buena voluntad que le ha guiado á emprender esta operación.

TRATAMIENTO

DE LA

DESVIACIÓN VERTICAL DEL TABIQUE CARTILAGINOSO

CON OBSTRUCCIÓN NASAL Y LATERALIZACIÓN

DE LA

PUNTA DE LA NARIZ

por el **Dr. Ricardo Botey (de Barcelona).**

Esta deformidad, que además de otros inconvenientes afea muchas veces bastante el rostro cuando es muy pronunciada, es constantemente tributaria de una desviación vertical del tabique, en su porción más anterior, y en ella además la extremidad anterior del septum cartilaginoso en su base, es constantemente también demasiado prolongada, lo que hace que emerja formando una eminencia

verticalmente curva en el límite superior del sub-tabique (*sous-cloison*), ó sea en la cara interna del vestíbulo nasal de uno ú otro lado.

Todos sabéis que tanto si existe como no espesamiento del tabique cartilaginoso, este fuertemente convexo en un lado (el derecho con más frecuencia) obstruye por completo ó casi por completo la fosa nasal correspondiente, dejando muchas veces en cambio bastante más la otra fosa opuesta.

Para corregir esta desviación, ó cuando menos para restablecer la permeabilidad nasal en un lado, en semejantes ocasiones, se han empleado sucesivamente diferentes medios que todos los rinólogos conocen. El enderezamiento forzado (Delstanche, Adams, etc.), de pésimos resultados en la práctica, por ser difícil de obtener, y aun en caso afirmativo, por volver el tabique á su posición primitiva una vez quitado el aparato; el gálvano-cauterio; la sección de la eminencia, etc.

En una comunicación que leí en el XI Congreso Médico internacional de Roma, hará algo más de dos años (1), decía:

“Sabido es que esto sucede (volver el tabique á su posición primitiva después de su enderezamiento), porque el tabique es demasiado ancho y que además, por más que sea algún tanto elástico, posee una tendencia extraordinaria á conservar la curva que tenía, debiendo tener en cuenta por otra parte que este tabique se halla soldado por arriba á la bóveda nasal y hacia abajo al suelo de las fosas nasales, lo que contribuye muy mucho á que quede fuertemente fijado en esta situación.”

“Por otra parte, afirmaba más lejos refiriéndome á la embriología de las fosas nasales, si no olvidamos que la lámina perpendicular y el cartílago del tabique se desarrollan á expensas del mamelón medio de la cara y que los maxilares superiores con sus apófisis palatinas, se hallan formadas por los mamelones laterales, se concibe perfectamente que, si causas no bien conocidas por más que se diga, llegan á modificar el desarrollo paralelo del tabique (ma-

(1) *Tratamiento de las desviaciones verticales del tabique nasal sin espesamiento*. Trabajo publicado en mis “Archivos Latinos,” (Junio 1894).

melón medio) y de la paredes laterales de las fosas nasales (mamelones laterales), se concibe, repito, que entonces el tabique resulte *demasiado largo* para una cavidad cuyas dimensiones son proporcionalmente demasiado pequeñas. Al tabique no le quedará entonces más remedio que doblarse para caber en las fosas nasales, y este doblamiento podrá tener lugar de distintas maneras, según los casos, originándose, principalmente en los puntos menos resistentes, doblamiento que podrá ser vertical y aparecer á menudo bruscamente, sobre todo para el septum cartilaginoso, cuando ha obrado sobre él un traumatismo.,

Pues bien; partiendo de estas ideas, y no queriendo destruir la porción saliente hueca y obstruyente de una fosa, por temor á engendrar, por lo tanto, una gran perforación del tabique, ideé un proceder de resección sub-pericóndrica del tabique cartilaginoso que, después de ejecutado tres ó cuatro veces en el vivo, comencé á encontrar algo difícil, complicado, engorroso y expuesto á hemorragias; acabando finalmente después por dar la razón á Ruault, que en semejantes casos prefería, según me objetó en dicho Congreso, seccionar simplemente la porción saliente, produciendo así expreso una gran perforación del tabique nasal, la que para él ninguna importancia ni, por lo tanto, consecuencia desagradable podía tener, puesto que la mutilación consecutiva, por más que dejara pasar el aire por ambas fosas nasales, no era visible al exterior, y, por lo tanto, únicamente era notada con el espéculum nasal.

Con este mi proceder operatorio á que hago referencia, y que yo mismo ahora desestimo, me proponía, partiendo del principio de que el tabique es desproporcionado, separar una porción de él y seccionarlo, para su mejor enderezamiento, en distintos puntos. Para ello ejecutaba una incisión horizontal en el punto de unión del tabique con el suelo de las fosas nasales y en el lado de la concavidad; esta incisión debía comprender toda, ó casi toda, la incisión del septum cartilaginoso, respetando la mucosa del lado opuesto. Luego ejecutaba tres incisiones verticales sobre el tabique de idéntica manera y del propio lado; la primera, en el punto más apartado, donde comienza la desviación vertical; la segunda, en el centro de la concavidad, y la tercera, en la parte anterior del tabique. Lue-

go desplegaba la mucosa y el pericondrio del colgajo triangular formado por la incisión vertical central y la incisión horizontal, resecaando una tirilla de cartílago sobre el borde posterior de aquella incisión vertical, y otra tirilla del borde inferior. Entonces movilizaba por la otra fosa nasal el tabique, y así fraccionados los dos segmentos se yuxtaponían fácilmente en un mismo plano vertical, colocándose en el plano medio el borde inferior del tabique. Un taponamiento bilateral con la gasa iodofórmica, mantenía los tejidos en la posición conveniente sin necesidad de puntos de sutura.

Aparte de los inconvenientes de la dificultad de operar en un campo tan estrecho, aún valiéndome de escalpelos especiales que me mandé construir; de doloroso y prolongado del acto operatorio, la hemorragia, siempre abundante, entorpecía extraordinariamente la visión, y con motivo de la resistencia de bastantes enfermos á dejarse operar de esta manera, abandoné, como he dicho, este proceder operatorio, ideando otro bastante más perfecto, y, sobre todo, muchísimo más sencillo.

Si el paciente padece una pronunciada desviación vertical del tabique cartilaginoso, la punta de la nariz y á veces toda la mitad inferior de este órgano, experimenta con mucha frecuencia una desviación lateral que afea su rostro. Por otra parte, el extremo ántero-inferior del cartílago del tabique, forma un relieve saliente en la parte interna del vestibulo nasal correspondiente á la fosa más ancha. Este relieve es á veces sitio de pequeñas escoriaciones de congestión viva cuando menos, y en él puede observarse alguna vegetación papilomatosa ó berrugosa (observación I) que hace necesaria nuestra intervención. Además, esta eminencia cartilaginosa, en alguna ocasión es tan pronunciada que sale fuera del plano inferior de la abertura de las fosas nasales, acentuándose aún más su prominencia si introduciendo un dedo ó una espátula por la fosa nasal opuesta, hacemos presión sobre la parte convexa y obstruyente del tabique nasal, lo que prueba de una manera indudable que el tabique nasal es demasiado largo para caber en las fosas nasales.

Además, y prescindiendo del espesamiento inferior del tabique á su inserción con el suelo nasal, que casi siempre también existe, aunque en grado poco acentuado, la anchura de este suelo es á me-

nudo menor en el lado obstruido ó fuertemente estenosado por la convexidad del septum que en el opuesto, lo que manifiesta una dislocación del borde inferior del tabique nasal hacia la derecha ó izquierda del plano medio.

Teniendo en cuenta estos datos, las indicaciones terapéuticas resultan ser tres: Disminuir la longitud antero-posterior del tabique; enderezarlo y colocar su inserción inferior en el plano medio; esto, á mi modo de ver, puede lograrse fácilmente con mi nuevo proceder, el cual es completamente original y en nada se parece con todos los procederes y métodos ideados por los autores hasta la fecha con este objetivo.

He aquí cómo procedo en estos casos especiales:

Previamente anestesiado el vestíbulo nasal en donde emerge el extremo antero-inferior del tabique cartilaginoso saliente, á beneficio de un taponcito de algodón hidrófilo, renovado dos ó tres veces durante el espacio de diez minutos y empapado con una solución de cocaína al 30 por 100; ejecuto una incisión vertical á lo largo de aquella eminencia saliente y por encima de ella, y la prolongo todo lo que puedo (algunos milímetros) hacia el ángulo de unión del tabique con el dorso nasal y hacia abajo de la espina nasal antero-inferior, con el fin de que quede bien al descubierto y luego bien descalzada esta porción de cartilago del septum, procurando no herir ni aproximarme demasiado al ángulo póstero-interno de la abertura nasal.

Atravesada con el fino escalpelo (que debe ser muy cortante) la mucosa y el pericondrio, aparece por la incisión lineal el cartilago al desnudo. Con paciencia y cuidado y con un instrumento romo se desprenden los tejidos blandos lo más profundamente posible hacia los lados, arriba y sobre todo hacia abajo. La hemorragia es escasa y no entorpece para nada esta maniobra.

Entonces con el mismo bisturí ó con unas pequeñas tijeras curvas, se extirpa todo lo que se puede del tejido cartilaginoso saliente por entre los labios de la incisión. Para facilitar la emergencia de las más profundas porciones de tejido que conviene extirpar, es bueno meter el pulpejo del dedo en el interior de la fosa nasal opuesta, el que por la presión desdobra el tabique, apareciendo el borde

cortado á mayor altura sobre el fondo de la herida. Además, en el ángulo inferior de la pequeña incisión queda oculto un trozo de cartilago siempre espesado en contacto con la espina nasal y que hay que *desnudar*, apretando con fuerza la punta del dedo ó el mango de un escalpelo en la inserción del labio superior á este nivel é inmediatamente por debajo de esta espina.

Tanto el bisturí como las tijeras, no alcanzan nunca á cortar el cartilago á la profundidad deseable, pues los tejidos blandos interpuestos y muy adherentes al cartilago se lo impiden, so pena de herirlos ó de perforar el tabique de parte á parte, lo que es todavía peor. Para facilitar esta sección á la profundidad conveniente sin exponerse á herir la mucosa ni á perforarla, me he mandado construir en Barcelona estos dos pequeños instrumentos que os enseño.

Estos para mí preciosos buriles son sumamente cortantes en la extensión de dos milímetros en uno, y de tres en el otro. Para evitar que los tejidos blandos puedan ser seccionados, los dos extremos de su diminuto corte poseen un botoncito saliente y romo que á la par que se encarga de separar el pericondrio en ambos lados, impiden los resbalones laterales, con los cuales sería muy fácil perforar de parte á parte la mucosa del tabique. El tallo de estos buriles está acodado en ángulo obtuso á tres y cuatro centímetros de la punta para facilitar las dos maniobras siguientes:

1.º Con el ángulo del instrumento abierto hacia arriba, se van cortando de abajo arriba virutas del tejido cartilaginoso hasta la profundidad conveniente, esto es, por lo general un centímetro ó algo más; para ello la punta del buril se hunde por entre los pequeños labios de la incisión y lo más abajo posible de su ángulo inferior, y empujándolo hacia atrás al propio tiempo que bajamos fuertemente el mango del instrumento. Esta operación hay que repetirla hasta que aplicando con energía el dedo ó una espátula en el interior de la fosa nasal opuesta y contra la convexidad que forma el septum al enderezarse éste, no aparezca el borde cartilaginoso por entre los labios de la herida.

2.º Con el ángulo del instrumento vuelto hacia abajo, se introduce la porción cortante de éste en el extremo inferior de la pequeña herida, valiéndonos de uno ú otro tamaño, según el espesor del

tabique y la edad del sujeto. Con alguna energía se hace penetrar el buril directamente hacia atrás, rozando el borde superior de la espina nasal y de la cresta nasal, y despegando, por lo tanto, el cartilago de sus inserciones en el suelo nasal hasta una profundidad de dos ó tres centímetros, según los casos, y procurando no desviarse de la línea formada por la base del septum.

Entonces muy poco cuesta enderezar por completo el tabique cartilaginoso, el cual, acortado en su extremo anterior, libre parcialmente en su base, se coloca dócilmente en el plano medio, desapareciendo la convexidad que formaba en una fosa nasal. Sin punto de sutura alguno, y solamente lavando y desinfectando los labios de la pequeña incisión, mantengo el septum en su nuevo sitio, colocando en cada fosa nasal una laminita de zinc (de un centímetro de ancho por cinco de largo) envuelta en un poco de gasa iodofórmica y sujeta por el intermedio de un hilo fiador á la mejilla. A las cuarenta y ocho ó setenta y dos horas renuevo la cura, cicatrizando los tejidos por primera intención á los siete ú ocho días de operado el paciente, en cuya fecha desembarazo las fosas nasales de mi operado de todo estorbo.

Como prueba de que el cartilago sobra y distiende la mucosa, aumentando también la extensión de la superficie de esta, es que hay siempre que cortar una tira y á veces un trocito bastante regular de aquella del labio posterior de la herida, pues de lo contrario los labios no se yuxtaponen, sino que se sobreponen uno á otro en una extensión de algunos milímetros, una vez escindido el cartilago excesivo y reducidas las partes á la posición normal.

Por otra parte, si hubiese además algún espesamiento de la base del tabique cartilaginoso, suficiente á comprometer el buen éxito de la operación, dificultando la respiración nasal, á pesar de todo, nada más fácil entonces que separarlo con el buril obrando de delante atrás y algo de arriba abajo, en la cantidad necesaria y por el ángulo interior de la pequeña incisión, á través de la cual, con algún cuidado y sin interesar la mucosa, se puede hasta enuclear una buena porción de cartilago engrosado de la proximidad del suelo nasal.

La hemorragia operatoria, obrando de esta manera, es muy poco importante. El dolor existe solamente al seccionar los tejidos blan-

dos; luego, cuando separamos porciones de cartílago de la punta, lo propio que cuando la desprendemos de su inserción inferior, el dolor es absolutamente nulo, lo que habréis comprendido en el acto, pues nadie ignora que el tejido cartilaginoso carece de vasos y de nervios.

Cicatrizada la herida, las fosas nasales son perfectamente permeables, el tabique es recto ó próximo á la rectitud, la punta de la nariz no está desviada y el extremo ántero-inferior del septum no forma el menor relieve en el vestíbulo nasal, encontrándose en su lugar una pequeña cicatriz lineal apenas perceptible. Estas ligeras modificaciones del apéndice nasal, principalmente cuando existían antes de la intervención notable torcedura de la punta de la nariz, hacen cambiar á veces bastante la fisonomía del individuo.

He entrado en extensos detalles sobre mi *modus faciendi* en semejantes casos, lo que quizás habrá dado lugar á que os imaginéis que esta operación es un tanto larga. No lo creáis. Si la ensayáis en el cadáver, acabaréis por ejecutarla en cinco minutos, y en el vivo, en la mayoría de casos, no emplearéis más de nueve ó diez. Además los enfermos se prestan gustosos á ella.

He ahí, muy resumidos los cuatro casos operados hasta la fecha por mí de este modo, y seguidos todos de resultados inmejorables bajo todos los puntos de vista:

OBSERVACIÓN I.—D. Emilio Torres, propietario en Lérida, de veinticuatro años de edad, vino á consultarme el 11 de Diciembre de 1894, por una excrecencia verrugosa de la abertura nasal anterior izquierda. Al examen noto una considerable desviación vertical del tabique cartilaginoso, con convexidad derecha y fuertísima proeminencia de un borde ántero-inferior, en la cara interna del vestíbulo nasal izquierdo, coronada esta eminencia por una vegetación papilo-verruginosa del tamaño de media avellana partida verticalmente. Además de la obstrucción nasal derecha consiguiente, casi absoluta, existe una acentuada desviación de la punta de la nariz hacia la derecha y hacia la izquierda de algo más de la mitad del resto del apéndice nasal, de modo que el dorso de la nariz afecta la forma de *S* itálica. El espesamiento de la base del tabique cartilaginoso es poco acentuado y se ve que se halla implantado algo

hacia la derecha de la línea media, lo que da lugar á que sea algo más ancho el suelo nasal izquierdo lo propio que toda esta cavidad, bastante holgada, gracias á la concavidad que forma el tabique en este lado.

Después de extirpada la verruga, se me ocurre resecar una pequeña porción del canto saliente del cartilago del septum, una vez desprendido por cada lado el pericondrio. La operación apenas ha sido dolorosa, y á los dos días de ésta, el enfermo me pregunta si es posible enderezarle la nariz, puesto que ahora que ya no tiene aquel estorbo que le molestaba y afeaba, desearía, si es posible, respirar bien por la fosa nasal derecha. Contéstole que lo probaré al día siguiente ó á los dos días, y recapacitando sobre los medios de que disponemos en rinología para estos casos, y hallándolos todos defectuosos, ensayo dos veces en el cadáver el proceder de que os he hablado, y paso á ejecutarlo en este enfermo con maravilloso resultado, tanto, que queda su fisonomía completamente cambiada, y lamento no haber hecho fotografiar al enfermo antes y después de la operación. Curación de la herida, á los ocho días por primera intención.

OBSERVACIÓN II.—Joaquín Díez, treinta y ocho años, comerciante en Calatayud. Desviación vertical del tabique con espesamiento en su base, estenosis nasal consiguiente. Hipertrofia amigdalар bilateral con ataques frecuentes de peri-amigdalitis sub aguda. Extirpación de las amígdalas con el asa galvano-caústica el 25 de Febrero de 1895. Resección de la punta del cartilago del septum y desprendimiento de sus inserciones inferiores, seguido de enderezamiento del apéndice nasal y consecutiva permeabilidad de ambas fosas. Curación á los diez días.

OBSERVACIÓN III.—Juan Vidal, doce años y medio, habitante en Santa Coloma de Farnés. Preséntase á mi consulta privada por recomendación del Dr. Bofill, el 9 de Julio de 1895. Desviación vertical izquierda del tabique nasal con estenosis de la fosa nasal derecha. Proeminencia del borde ántero-inferior del tabique cartilaginoso. Resección del extremo del tabique; separación de la inserción inferior del mismo, ó reducción de éste al plano medio. En esta operación se empleó unos diez minutos, pues el niño es muy vale-

roso y la hemorragia fué insignificante. Además, por la misma incisión se extirpó una pequeña parte del tejido cartilaginoso espesado de la base que también obstruía la permeabilidad nasal. Curación perfecta á los siete días con rectitud correcta del dorso nasal y amplia permeabilidad de ambas fosas.

OBSERVACIÓN IV.—Joaquín Morera, treinta y seis años, carpintero. Preséntase á la clínica pública el 29 de Febrero de 1896. Diagnóstico. Proeminencia del borde ántero-inferior del cartilago cuadrangular en el vestibulo nasal derecho. Desviación vertical del septum obstruyendo esta fosa por detrás de la eminencia anterior. Espesamiento poco acentuado de la base del tabique. Tratamiento: resección del extremo anterior del cartilago en una extensión y profundidad de unos diez á once milímetros; extracción de una porción espesada de su borde inferior; desprendimiento de este borde inferior de sus inserciones en la cresta maxilar y borde superior del vómer en una profundidad de unos tres centímetros con el objeto de mobilizar la parte inferior del tabique, desviarla y reducirla (2 de Mayo). Después de la operación, colóquense las vilmas de zinc cubiertas con gasa iodofórmica, 9 de Mayo. Cicatrización completa de la herida. Fosa derecha completamente permeable como la opuesta; tabique muy rectificado, lo propio que el dorso nasal.

No hubo discusión

ALGUNAS CONSIDERACIONES

SOBRE LAS

RINITIS CRÓNICAS

Y EL TEJIDO ERECTIL DE LA MUCOSA NASAL

por el Dr. Peláez (de Granada).

SEÑORES:

Ha llamado extraordinariamente mi atención la frecuencia con que se observan en la práctica rinoscópica las inflamaciones crónicas de la mucosa nasal, su localización preferente ó inicial en las regiones de los cornetes, el que su existencia pase desapercibida, durante largo espacio de tiempo, para muchos enfermos y algunas otras circunstancias coincidentes, que inmediatamente citaré; y aunque todos estos hechos, y sobre todo los coincidentes aludidos, pueden estimarse como insignificantes si se consideran aisladamente, no es menos cierto, como trataré de probar, que, meditando sobre sus relaciones recíprocas, se aprecia su importancia clínica y de paso su importancia organológica, siquiera ésta sea en la actualidad de pura anatomía abstracta.

En efecto; la primera coincidencia observable, y que he podido apreciar un número considerable de veces, consiste en que todo sujeto rinopático ofrece en su fisonomía alguna de esas desviaciones del tipo morfológico normal, calificadas por los modernos neurologistas y antropólogos de *estigmas degenerativos*; si no es muy notable el pretendido estigma cuya coincidencia se observe, se aprecia siempre cierto desequilibrio ó falta de proporcionalidad en la

extensión, volumen ó disposición morfológica de las regiones cefálicas del sujeto; y si todavía falta esta desarmonía fisonómica, si se trata, por ejemplo excepcional, de un rinópata susceptible de ser considerado como *tipo de belleza fisonómica* (lo cual no deja de ofrecerse también con cierta frecuencia en el sexo femenino), seguramente podría encontrarse, si se buscaba ó si fuera posible buscarla, alguna anomalía superficial, perfectamente oculta por los vestidos y fácilmente reconocible, examinando minuciosamente toda la superficie cutánea y el conjunto del organismo del sujeto enfermo.

Estas aseveraciones, que están fundadas en observaciones anatómicas de otra índole, cuya exposición no es ahora pertinente, pero cuya constancia puede comprobarse, permiten suponer que ciertas afecciones nasales quizá tengan un abolengo susceptible de incluirse entre los pretendidos estigmas de degeneración, y esto sin contar con que, según las concepciones más modernas, brillantemente defendidas en un folleto reciente por el profesor M. Duval (1), dichos estigmas, lo mismo que todas las anomalías, constituyen verdaderas enfermedades del embrión y del feto, y la misma incurabilidad de las aludidas rinitis quizá tenga en estos hechos su verdadera explicación. Me afirma en esta creencia el prodigioso número de sujetos degenerados que puede descubrir, desde el punto de vista anatómico, una mirada medianamente investigadora; la frecuencia con que se observan también las causas físicas, morales y sociales de degeneración orgánica y algún otro orden de hechos filosófico ó pseudometafísico, sobre el cual no es tampoco oportuno discutir ahora, dados los límites en que debe encerrarse la presente comunicación.

Entre los pseudo-estigmas de degeneración orgánica últimamente aludidos, merecen incluirse en primer término (y aun quizá en único para los exclusivos fines de nuestra primera apreciación clí-

(1) *Patogenia general del embrión; Teratogenia*, por Mathias Duval, profesor de la Facultad de Medicina de París. Esta monografía, traducida por D. F. Olóriz, catedrático de Anatomía en la Facultad de Medicina de Madrid, está incluida en la *Enciclopedia de Patología general*, que actualmente publica la *Biblioteca de la Revista de Medicina y Cirugía prácticas*.

nica) los que constituyen una especie noso-teratológica no bien definida, que podría designarse sin empacho con el término genérico de *genitalismo ó idiosincrasia genital*, y que son susceptibles de traducirse anatómica y objetivamente por un desequilibrio orgánico, que al fin queda reducido á una atrofia ó hipertrofia de los órganos genitales. Estas lesiones nutritivas pueden ser innatas, ó pueden ser adquiridas durante las primeras edades de la vida extrauterina del ser humano, y á su evolución concurren un conjunto de factores conocidos ó presumibles.

Eliminando de nuestra consideración los trastornos tróficos de las glándulas genitales ú órganos sexuales principales, y circunscribiendo nuestra observación á los órganos eréctiles y erectiloides que en los genitales y fuera de éstos existen, he podido apreciar cierta *congruencia entre las anamalias de volumen de dichos órganos y los afectos nasales que empiezan ó están exclusivamente localizados en la mucosa de los cornetes*. Más comúnmente he observado la atrofia del pene y las dismenorreas y amenorreas de las vírgenes, coincidiendo con las lesiones hipertróficas sostenidas, durables y aumentadas por todo lo que no sea galvano-cáustia profunda y eminentemente destructora del tejido eréctil y vascular mucoso de las regiones de los cornetes. Asimismo, he visto coincidir, en jóvenes y adultos, la hipertrofia del pene y de las mamas con las rinitis atróficas localizadas en el tejido mucoso que reviste los cornetes, principalmente los inferiores, y en la región del tabique situada inmediatamente enfrente de estos últimos.

No se me oculta que hasta cierto punto pueden parecer contradictorios los anteriores hechos, pues se sabe que, teniendo toda rinitis hipertrófica ó atrófica su punto de partida en la rinitis crónica simple, en la inmensa mayoría de los casos, toda rinitis atrófica ha pasado previamente por una ligera fase hipertrófica; pero no es menos cierto que, aparte de este período evolutivo imprescindible en el proceso rinitico, hay rinitis cuyo aparato hipertrófico é hiperplásico persiste casi indefinidamente, y en cambio hay otras tan acentuadamente atróficas, que desde su aparición ofrecen signos inequívocos de destrucción mucosa.

Claro es que los últimos hechos que he citado no prueban en

absoluto mi aserto; pero si se demuestra éste teniendo en cuenta la localización inicial del padecimiento y suponiendo fundadamente que en los jóvenes y adultos, ya por onanismo ó por excesos de todos géneros en los placeres sexuales, debe haber un aflujo sanguíneo casi constante ó muy frecuente al tejido eréctil de los cornetes y regiones nasales próximas; y esta constancia ó frecuencia es mucho mayor indiscutiblemente, que la que sólo puede resultar de repetidos ataques de rinitis aguda ó sub-aguda, á menos que no se tratara de un sujeto muy excepcional. De todos modos, siempre resulta que las congestiones activas y pasivas del tejido cavernoso de los cornetes, ya sean momentáneas ó genitales, ya sean más durables ó catarrales, constituyen siempre al mismo tiempo causa predisponente y ocasional de los procesos que nos ocupan.

En suma, que los hechos y consideraciones que acabo de exponer, ponen en evidencia, respecto del tejido eréctil del organismo, la *ley del balance* (señalada hace muchos años por distinguidos biólogos), la cual está destinada á reglar, para el conjunto de cada tejido, la pluralidad celular de las diversas partes organizadas, armonizando su existencia con la unidad primordial que las distingue.

Sólo falta una explicación satisfactoria para el hecho de funcionar al mismo tiempo todo el tejido eréctil del cuerpo humano y para el de que exista el mencionado tejido en las fosas nasales, regiones tan distantes del principal asiento de las formaciones eréctiles y de funcionalidad tan diferente de la de los órganos genitales, que no se acierta á comprender, cómo tales hechos se realizan, sin la existencia de relaciones anatómicas directas, entre el aparato sexual y los órganos naso-respiratorios.

Entiendo, sin embargo, que dichas relaciones existen, aunque no estén descubiertas; pues el chistoso epíteto de *simpatía* con que se acostumbraba á designar el citado hecho y otros análogos (como por ejemplo, el de las mismas relaciones funcionales evidentes entre las glándulas mamarias y el aparato genital de la mujer), no es más que uno de los términos ideados por fisiólogos y clínicos para ocultar ó disfrazar su ignorancia respecto del asunto que me ocupa, á menos que no consagre el error de atribuir los hechos señalados

como *simpáticos* á pretendidas é ignoradas modalidades anatómicas y funcionales del aparato nervioso trisplácnico ó simpático mayor, según las sinonimias más antiguas. Seguramente se trata de actos reflejos especiales y conducciones nerviosas excepcionales, quizá explicables por ciertos datos conjeturales de *neurología histológica* y por la moderna *teoría de la polaridad dinámica*, ideada por nuestro ilustre compatriota el profesor Cajal, con motivo del aislamiento de los neuronas ó *neurofilcitos* (1).

Es probablemente positiva la existencia de centros nerviosos bajo cuya dependencia se halle la funcionalidad de los órganos eréctiles (cuerpos cavernosos del pene, cuerpo esponjoso de la uretra masculina, bulbos de la vagina, cuerpos cavernosos, del clítoris, tejido eréctil de la mucosa que reviste los cornetes nasales y las regiones próximas del tabique y los canales) y los órganos erectiloides (zona cortical del ovario, paredes del útero y de las trompas de Falopio, pezones y aréolas de las mamas, ciertas regiones de la mucosa traqueal y bronquial, otras del oído medio y del externo en algunas disposiciones individuales, etc.). Los estudios de localizaciones medulares, hace tiempo que han señalado en el espesor del engrosamiento lumbo-sacro la existencia del *centro reflejo medulo-genital*; y en este centro de tercer orden, notable y seguramente complejo, caben una porción de centros de segundo orden, entre los cuales debe contarse, quizá en uno de los primeros lugares, el centro y subcentros medulo-eréctiles de los órganos genitales.

Ahora bien; en regiones medulares más altas, y, sobre todo, en regiones encefálicas continuadoras ó representativas de las medulo-eréctiles citadas, existen también indudablemente otros centros reflejos análogos á los indicados. Quizá en la región bulbar ó mesocefálica de trigémino y facial, y gracias á colaterales cilindro-axiales de segundo ó tercer orden (según las maravillosas indagaciones y profundas interpretaciones histológicas de nuestro Cajal) existe algún *centro reflejo naso-eréctil*, independiente ó no de los otros centros nasales no olfatorios, y en relación segura (directa ó indi-

(1) Hemos defendido el término *neurofilcito*, en nuestro trabajo sobre *Anatomía normal de la médula espinal humana*, publicado recientemente.

recta) del mismo modo que los centros génito-eréctiles, con el sistema gangliónico, según diremos más adelante (1).

Admitidos estos centros, cuya existencia es racional, aunque por hoy exclusivamente subjetiva, la erectilidad naso genital ó erectilización unísona de los centros nasales y los órganos copuladores se explica perfectamente, admitiendo una conducción especial medulo-bulbípeta, bulbo-medulípeta ó de ambos órdenes, extendida desde el engrosamiento cruro-medular hasta la región trigemino-bulbar, y constituida por un sistema de neuronas ó neurofilcitos de asociación, más ó menos numerosos ó extensos y ramificados, y quizá alojados en el cordón de Goll, en el de Gowers ó en alguno de los manojos de las vías cortas.

Independientemente de lo dicho, y enlazadas ó no con las anteriores, hay que admitir conducciones ó corrientes erectígenas y naso-genitales en el *substratum* del nervio simpático mayor, pues no puede olvidarse que los tejidos eréctiles son formaciones orgánicas arterio-venosas ó, mejor dicho, de valor anatómo-topográfico equivalente al de los capilares sanguíneos arterio-venosos; y, como tales, órganos del sistema circulatorio intermediario, las fibras musculares que actúan como su principal factor dinámico, han de estar bajo la dependencia próxima del sistema nervioso vaso-motor. Así se explica, en mi concepto, la existencia para los genitales y la mucosa nasal de filetitos inervadores susceptibles de referirse respectivamente á ganglios del plexo hipogástrico y al ganglio esfenopalatino ó de Meckel; queda, pues, por averiguar solamente la existencia de vías neuronales comunicantes entre los ganglios citados, y puede suponerse, racionalmente pensando, que estas vías, directas ó indirectas y más ó menos complejas, residen, como queda apuntado, en el espesor de la medula y su bulbo encefálico, ó, quizá también, entre los neurofilcitos del trispálcnico axial. Aun puede conjeturarse que el grado de complejidad de las mencionadas vías comunicantes, quizá esté en relación con las asociaciones génito-

(1) Además está demostrada, en todos los sub-aparatos de los nervios sensoriales, la existencia de fibras cerebrífugas que ingresan en el bulbo, en el espesor del hacecillo longitudinal posterior, y se pierden con este antes de llegar á la medula

olfatorias evidentes en varios mamíferos domésticos (perro, gato, etc.), pues las emanaciones odoríferas de las glándulas circunanales de la hembra despiertan en el macho, como es bien sabido, sensaciones erectígenas, tan notables y de tal rapidez, que sólo son interpretables como actos reflejos encadenados á otros actos de orden inferior y superior respectivamente, esto es, actos automáticos y actos inteligentes, siquiera estos últimos sean de valor meramente rudimentario.

Haciendo la abstracción, conveniente en nuestro caso, del análisis de las impresiones voluptuosas, que son los generadores primordiales de los actos eréctiles, entendemos que con las vías neurales de que acabamos de hablar, se encuentra satisfactoriamente explicado, si bien de un modo hipotético, aunque racionalmente conjetural, el dinamismo fisio-clínico y patogénico de las rinopatías, á que en un principio aludíamos, y á no ser porque escapa á nuestra penetración la esencia misma del agente invisible é imponderable que sirve de único introductor ó productor de las corrientes ó conmociones neuro-eréctiles (en todos aquellos casos en que la *teoría de los contactos* hay que referirla á las emanaciones odoríferas, á la luz, á las ondas sonoras ó, en suma, á impresiones sensoriales delicadísimas), podríamos afirmar, sin temor de equivocarnos, que la misteriosa cuestión de que vengo ocupándome está resuelta por completo de un modo racional.

*
* *

Ocupémonos ahora de otros caracteres patológicos en ciertas rinitis crónicas que ofrecen también interés anatómico, aunque de distinto orden que el indicado; me refiero á las rinitis escrofulosas. Sabido es que en éstas el dermis de la mucosa nasal está completamente infiltrado de leucocitos y casi reducido á tejido citógeno puro: pues bien; esta constitución anatómo-patológica, los productos puramente epiteliales y glandulares segregados por la mucosa enferma; la naturaleza, quizá parasitaria, de esta clase de inflamaciones, y la tendencia á enfermar que ofrece todo el tejido linfático de los desdichados sujetos escrofulosos, constituyen para éstos un

grupo de causas amenazadoras de tortura y sufrimiento, si se encuentran afectados de las rinopatías que nos ocupan; y como, según las observaciones que he podido recoger, apenas si hay sujeto escrofuloso que no tenga su consabida rinitis, deduzco que es de mucha importancia para el rinoscopista juzgar el alcance anatómico de las lesiones que ofrezca la mucosa que examine.

Precisamente por las anteriores razones, me atrevo á señalar la siguiente afirmación: la mayor parte de las adenopatías cervicales y, sobre todo, los vulgares *tumores fríos* cervicales y cervico-cefálicos de muchos sujetos escrofulosos ó simplemente linfáticos, tienen su radical genético en rinitis de la clase que nos ocupa. Los conocimientos actuales de la anatomía del sistema linfático lo explican satisfactoriamente, pues las investigaciones de Sappey, comprobadas por muchos anatomistas contemporáneos, han puesto en evidencia que los vasos linfáticos de la mucosa nasal, aparte de formar las corrientes cutáneo-faciales, que son las menos numerosas é interesantes, se disponen en tres pequeños grupos de tronquitos bastante gruesos, dirigidos hacia atrás, y que por su terminación pueden denominarse *postfaríngeos*, *intra-parotídeos* y *peri-yugulares*.

Los vasitos *naso-postfaríngeos* abocan al constante *ganglio pre-axoideo*, que suele corresponder precisamente al mismo nivel del sitio ocupado por la amígdala naso-faríngea, con la cual tiene sin duda evidente relación fisiológica, y he visto un absceso del ganglio pre-axoideo, producido por lesiones nasales, que hizo pensar á varios cirujanos en que el enfermo padecía tubérculos vertebrales ú otras lesiones de las vértebras cervicales.

Los vasitos *naso-intra-parotídeos* siguen el pilar posterior del velo del paladar; se unen á los de esta región y á los de la amígdala de las fauces y abocan á los ganglios de la región parotídea, donde establecen comunicaciones múltiples vasculares y ganglionares. El trayecto seguido por estos linfáticos, corresponde también á la línea que representa la continuación hacia la faringe bucal del pliegue posterior del pabellón de la trompa. Esta región mucosa la he visto inflamada muchas veces en todos los sujetos linfáticos ó escrofulosos sometidos á un tratamiento que exija duchas nasales.

Los vasitos *naso peri-yugulares* siguen un trayecto análogo ó

idéntico al de los naso-intraparotídeos, con los cuales van muchas veces confundidos : en otros casos, se sitúan por delante del pilar posterior del velo palatino y por fuera de la amígdala de las fauces, y terminan, como ya indica su nombre, en glanglios que acompañan al paquete vasculo-nervioso del cuello y situados á diversas alturas de éste, si bien en su mayoría no traspasan el nivel del hioides.

De lo dicho se deduce, que, por lesiones nasales, se pueden padecer linfangitis y adenopatías directas de los ganglios pre-axoideo, parotídeos y algunos peri-yugulares ; además, trasladada ó propagada á estos territorios linfáticos, la linfadenitis crónica que en la misma mucosa nasal supone toda rinitis ocurrida en un sujeto linfático ó escrofuloso, se explica bien que sirva á su vez de nuevo foco propagante y que sea capaz de inficionar, por lo menos, los ganglios vecinos, cervico-cefálicos y cervicales ; ya por traslación de micro-organismos, que, en forma semejante á la metastásica, fueran llevados á sitios más ó menos distantes del foco de infección, ya por simple propagación inflamatoria, lo cual es menos verosímil aunque no imposible. El hecho es que éste es el único modo de explicarse satisfactoriamente, á nuestro juicio al menos, la sorprendente coincidencia de las adenopatías cervicales y las rinitis crónicas en los sujetos de los caracteres dichos.

Sin embargo, no tengo la pretensión de suponer que con las observaciones que acabo de apuntar pueda darse por definitivamente averiguada la génesis de las adenopatías indicadas, ni, aunque así fuere, tampoco tengo la creencia de que deban referirse á la citada causa todas las adenopatías cervicales ; pero sí me permito afirmar que este camino de indagaciones anatómicas, de acuerdo con la clínica y con la histopatología de las afecciones observadas, es el *hilo de Ariadna* que debe buscar constantemente el rinoscopista si quiere hallarse en posesión de la verdad y acertar con la satisfactoria interpretación de los casos que desee conocer y tratar de un modo completamente expedito, desde todos los puntos de vista profesionales.

Otras consideraciones de diversos órdenes cabe exponer á propósito de la historia, hoy ya vastísima, de las rinitis crónicas; la relación entre éstas y la morfología de la nariz y de las fosas nasales; el engranaje etiológico y patogénico entre dichas rinitis y un considerable número de procesos óticos, faríngeos, laríngeos y aun traqueo-bronquiales y gastro-intestinales; los lazos de las citadas inflamaciones con el neuro-artrismo; la génesis de los múltiples accidentes reflejos de aquéllas; y otros muchos puntos interesantísimos me ocuparían de buen grado ante el primer Congreso Español de Oto-rino-laringología, fundándome en mis observaciones anatómo-clínicas, si no reclamasen perentoriamente mi atención otros trabajos diferentes que no puedo aplazar. Sólo voy á permitirme algunas palabras sobre la *terapéutica* de las rinitis á que más detalladamente me he referido, y concluyo con esto de molestar vuestra atención.

Respecto de las *rinitis acompañadas de genitalismo*, los esfuerzos del rinólogo deberán dirigirse, exclusivamente, en mi concepto, á establecer en el enfermo el mejor régimen para todas sus funciones genitales, y á curar, si existen, las enfermedades del aparato sexual. Si á pesar de curadas éstas ó de instituido el indicado régimen, no se modifican las lesiones nasales ó el curso desfavorable del proceso que las sostiene, el cirujano debe intervenir, á mi modo de ver, de una de dos maneras: En los casos de *rinitis hipertrófica*, destruyendo profundamente por la galvanocaustia, la nasectomía ú otras operaciones análogas, y, á ser posible, en una sola sesión, todo el tejido hipertrofiado, ó por lo menos el tejido eréctil de la mucosa de los cornetes, el del tabique y las neoformaciones de la proximidad.

En las *rinitis atróficas*, el caso es más grave: el enfermo ha de abandonarse resignadamente al sufrimiento que le ocasionen los constantes progresos de su afección; á los peligros que corren con aquellos sus aparatos auditivos, respiratorio y digestivo; á las torturas de múltiples recursos, empleados por el especialista con el laudable deseo de detener la marcha invasora del padecimiento, pero que desgraciadamente son casi siempre ineficaces; ó, por el contrario, de todo esto, persuadidos del diagnóstico naso-teratóló-

gico ya indicado y desobedeciendo el rinópata nuestras prescripciones genito-terápicas, ó avanzando, á pesar de éstas, el progreso de su mal, hay que proponerle una operación alarmante, seguramente horrible para él ó ella (según el sexo de que se trate) pero racionalmente salvadora en nuestro concepto: *la castración*.

Mas como á muchos puede parecer temerario este tratamiento, me apresuro á indicar que antes de someter el rinópata de nuestro supuesto caso al duro trance que aquel supone, no sólo deberán tenerse en cuenta todas las circunstancias anteriormente señaladas, sino que también deberán indagarse en el enfermo las relaciones que existan entre el desarrollo de sus órganos genitales y el de su cuerpo tiroides; relación evidente que ya ha sido señalada con motivo del estudio del mixoedema, la obesidad y la medicación tiroidea. Es posible, pues, que en los casos citados, y sin recurrir á la castración, el sujeto resultara curado practicando la extirpación del tiroides. He visto en varias mujeres coincidir las rinopatías genitales con la hipertrofia del tiroides: me apresuro á consignar, sin embargo, que no he hecho estudio especial ni observaciones directas sobre este último asunto, y que, por otra parte, entiendo que se presta de cierto modo, lo mismo que el primero, á ensayos experimentales en algunas especies zoológicas.

Conste, pues, que si propongo la *extirpación de los testículos ó la de los ovarios como recurso curativo contra las rinitis atroficas coincidentes con genitalismo de micro-erectilia nasal y macro-erectilia copulorgánica*, lo hago exclusivamente á condición de que se comprueben mis sospechas mediante la experimentación en ciertos mamíferos, como los cuadrumanos, donde la rinitis atrofica es tan frecuente y grave como en la especie humana, y después de otros ensayos experimentales, encaminados á sustituir la castración por la extirpación del tiroides.

Respecto de las *rinitis escrofulosas*, apenas debo indicar el tratamiento que considero justificado, pues sin duda lo practican todos los rinologistas contemporáneos; únicamente diré que debe ser completamente antitético con el instituido ó indicado para las rinitis genitales, y que así como en éstos prefiero la terapéutica local y quirúrgica, en la rinitis escrofulosa considero exclusivamen-

te indicada la terapéutica general y el régimen farmacológico interior ó puramente médico.

A cada uno de los tratamientos expuestos, sólo debe añadirse, en todos los casos, la más rigurosa antisepsia de la región enferma.



Por último, como síntesis de mi trabajo, debo condensar cuanto llevo expuesto en las siguientes conclusiones:

1.^a Existen rinitis de causa exclusivamente genital.

2.^a Estas rinitis pueden tener por origen una enfermedad de los órganos sexuales, adquirida antes ó después del nacimiento; en el primer caso, se trata siempre de una anomalía histo orgánica; en el segundo caso, puede tratarse de procesos muy diversos.

3.^a Las anomalías genitales más frecuentes, como procesos engendradores de rinitis crónicas, á favor de determinadas causas ocasionales, son las que podemos llamar *macro-erectilia* y *micro-erectilia* de los órganos copuladores, que coinciden respectivamente, según nuestras observaciones, con la micro-erectilia y macro-erectilia de la mucosa nasal.

4.^a Existen, probablemente, centros reflejos naso-eréctiles, bulbares ó bulbo-protuberanciales y conducciones erectígenas, bulbo-medulípetas y médulo-bulbípetas.

5.^a La existencia del tejido naso eréctil, quizá obedezca á la utilidad genésica que el sentido del olfato reporta en ciertas especies animales.

6.^a Las rinitis escrofulosas son muy frecuentes: esta frecuencia depende de la constitución histológica de la mucosa nasal en los sujetos linfáticos y en los sujetos escrofulosos.

7.^a Dependen constantemente de las rinitis escrofulosas las adenopatías prevertebrales, intra-parotídeas y peri-hiideas.

8.^a Independientemente de las observaciones especiales de los oto-rino-laringologistas, debe recomendarse al médico general que practique la rinoscopia en todos los enfermos crónicos del tubo digestivo y del aparato respiratorio, así como también en todos los neu-

ropáticos, sobre todo si presentan estigmas faciales de supuesta degeneración.

9.^a En las rinitis hipertróficas de causa genital, lo primero es instituir un tratamiento y un régimen adecuados, respectivamente, para las enfermedades del aparato sexual y para las funciones de este mismo aparato.

10. Si a pesar de dicho tratamiento y régimen, la rinitis crónica persistiera y ésta fuese *hipertrófica*, no se vacilará en practicar en las regiones naso-eréctiles, profunda galvanocaustia y todas las diversas nasectomías que se consideren indicadas.

11. Consideramos de éxito muy probable la castración como medio curativo de las *rinitis atróficas, rebeldes, progresivas y coincidentes con una macro-erectilia de los órganos copuladores*.

12. Dicha operación puede ensayarse en los monos afectados de rinitis atrófica.

13. La aspiración del rinologista, sin embargo, debe dirigirse á sustituir la castración por la extirpación del tiroides ó por otra operación ó medio menos alarmante.

14. Para lograr este resultado, entendemos que deben estudiarse las relaciones anatomo-fisiológicas y evolutivas existentes entre el cuerpo tiroides y los órganos genitales, ó profundizar más en el estudio etiológico y patogénico de las rinitis.

15. Las relaciones génito-tiroidea y naso-genital, pueden estudiarse en diversos mamíferos.

16. Las rinitis escrofulosas, acompañadas ó no de adenopatías, exigen casi exclusivamente una buena terapéutica general y ligeros antisépticos locales.

17. El anatómico tiene un campo de observaciones vastísimo en la policlínica; y el clínico debe recurrir á la organología, á la histología, á la embriología y á la teratología de observación y experimentación, para asegurar sus diagnósticos, ser preciso en los pronósticos y obtener nuevos progresos higiénicos y terapéuticos (1).

(1) Me complazco en consignar que cierto número de mis observaciones rinoscópicas ha sido recogido en el dispensario oto-rino-laringológico de mi querido amigo el doctor Fornis, á quien agradezco toda la benevolencia que, con tal motivo, tuvo para conmigo.

DISCUSIÓN

Dr. Forns: Felicita al comunicante por su brillante Memoria, digna de especial estudio, y que le acreditaría de perito y de ilustrado si no fuese de todos conocido por sus excelentes producciones.

Dr. Peláez: Agradece las frases del Sr. Forns.

LA ETMOIDITIS SUPURADA Y EL CORNETE MEDIO

por el Dr. F. Rueda.

El llamado laberinto etmoidal, en el que para las necesidades de la práctica debe ser comprendido el cornete medio y el superior además de los grupos celulares anterior y posterior; es de tan difícil acceso á los medios de exploración física, dada su situación profunda, que no es extraño se ejercite en los últimos años la sagacidad de especialistas de todos los países para encontrar medios de facilitar el diagnóstico.

Estas porciones, de sumo interés en la patología de las fosas nasales, están situadas entre el hueco orbitario por fuera, el hueco nasal por dentro, la cavidad craneal por arriba, el antro maxilar por abajo, el seno frontral por delante, y el seno esfenoidal y nasofarinx por detrás, relaciones todas ellas que ya presuponen la importancia de los procesos que radiquen en tal territorio, así como las complicaciones que por razón de proximidad pueden ocurrir.

Al tratar cualquier punto de la patología etmoidal, siempre debe estar presente á la imaginación, la clásica división en células etmoidales anteriores y posteriores, la comunicación entre las células etmoidales con los senos frontales y la no rara con los esfenoidales, el desagüe de las células etmoidales anteriores en el canal medio en aparente comunidad con el del seno frontal y el del

antro de Higmore, el de las células etmoidales posteriores en el canal superior y vertiente faríngea, y finalmente, la solidaridad estructural existente entre las trabéculas compactas del laberinto y las masas esponjosas de los cornetes medio y superior, fijándonos muy particularmente en la frecuentísima disposición celular del cornete medio y aun la ampuliforme descrita por Zuckerkandl, circunstancia esta que hace del cornete medio una continuación del laberinto etmoidal.

Es práctica que pelagra convertirse en rutinaria, no ocuparse en las afecciones etmoidales sino de los procesos supurados, de tal modo que, registrando la literatura, todos los trabajos oscilan sobre la significación del pus en el canal medio. Por esto todo ensayo de clasificación lo considero prematuro, siendo necesario primeramente realizar un estudio detallado etiológico, bacteriológico y anatómo-patológico, cual el realizado por Dmochowski para el antro de Higmore, antes de pronunciarnos en un sentido determinado, lo cual hace que las cinco clases establecidas por Bosworth, en las que la degeneración mixomatosa y la supuración resultan combinadas de modo tal, que igualmente pudieran resultar más grupos; son una mira microscopico-clínica sin base alguna racional.

Del análisis de la ya numerosa serie de observaciones publicadas, se desprende fácilmente la conclusión de que las diferentes lesiones de que pueden ser asiento las células etmoidales, catarros agudo y crónico, hiperplasia de la mucosa, degeneración mixomatosa intra y extra-celular, degeneración quística, osteítis en sus diferentes fases, caries, neurosis, neoplasias, procedan de un origen no infeccioso ó sean la consecuencia de la sífilis, tuberculosis, fiebre tífica, erisipela, viruela, sarampión, etc.; todas pueden tener en un momento de su evolución el elemento común *supuración*, en que por regla general desconocemos el agente primero, afirmando clínicamente que tratamos una *etmoiditis supurada*.

Esta común denominación que parece sencillo aplicar á un caso concreto, sin embargo, no lo es así, pues apareciendo el pus en un punto de confluencia, hiatus semilunar, que es común para el seno maxilar, el seno frontal y las células etmoidales anteriores, no po-

demos en la mayoría de los casos, dígase lo que se quiera, determinar con precisión cuál es el punto enfermo, siendo necesario apelar á un procedimiento de tanteo en el que la reputación padece y el enfermo sufre; porque en verdad, un diagnóstico para el que se precisare perforar tres cavidades tiene toda la apariencia de buscar algo que se ha perdido.

Por lo que someramente llevo expuesto, es por lo que todo dato aportado al esclarecimiento diagnóstico, es de importancia suma, y considero que la tiene el que es objeto de mi comunicación, por la verdad clínica que contiene, así como por no haber llamado la atención de los especialistas.

El año 1894, en una comunicación que presenté á la Academia Médico-Quirúrgica sobre el *cateterismo del seno maxilar en el diagnóstico y tratamiento del empiema*, decia, según copio textualmente del extracto publicado en la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*: “un individuo adulto y desprovisto en absoluto de antecedentes patológicos, consulta sobre una obstrucción de la fosa nasal izquierda y lagrimeo del lado correspondiente. La rinoscopia anterior demuestra los cornetes inferior y medio considerablemente infartados, pus en el canal medio, viéndose, después de minuciosa limpieza de la región, que dicho pus procede en parte de un pequeño orificio existente en el centro del cornete medio y por él se puede hacer penetrar un estilete fino hasta la substancia ósea. Con un cuchillete fino se dilata el pequeño trayecto fistuloso, dando salida á una cantidad de pus bastante notable para la región.

Diagnostiqué el caso de *etmoiditis supurada de las células óseas que á veces contiene el cornete medio*, constituyendo de este modo una variedad especial de etmoiditis, según mis datos, no señalada.,,

Posteriormente á la publicación del caso tuve ocasión de continuar su observación, apreciando por la continuación de la supuración, que me obligó á dirigir mi intervención del lado de las células etmoidales anteriores, que había realizado una interpretación en parte errónea, debiendo haber formulado mi diagnóstico diciendo “empiema de las células etmoidales anteriores con participación de la substancia propia del cornete medio y empiema del seno maxilar probablemente por infección secundaria.,,

Las investigaciones bibliográficas que entonces realicé, dieron por resultado el absoluto silencio que guardan los autores respecto á la existencia de trayectos fistulosos del cornete medio y su posible realización. Nuevamente estudiado el asunto, encuentro que si bien no hacen referencia al hecho, sin embargo se mencionan datos muy relacionados. En el año 1893 había publicado Stewart en *The Lancet*, un caso de supuración de las células etmoidales, en el que una gruesa tumefacción del cornete medio fué incindida dando salida á pus. Max Schœlfer publicó en 1890 en el *Deutsche Medicinische Wochenschrift*, un trabajo sobre el diagnóstico y tratamiento de las afecciones de las cavidades accesorias de las fosas nasales, en el que el autor llama la atención sobre la dilatación ampular del cornete medio, que piensa está en relación con la afección de las células etmoidales. Hajek, en 1892, en un trabajo sobre el empiema del etmoides, menciona la gran tumefacción del cornete medio en dos de las seis historias que detalla. Bosworth, el año 94, en el Congreso de Médicos y Cirujanos americanos, da valor clínicamente á la tumefacción del cornete medio. Milligán, en el Congreso de la Asociación británica rino-laringológica, tenido en Julio del 94, presentó la historia de un enfermo con inflamación supurada aguda de las células etmoidales anteriores, en la que dice que el cornete medio aparecía como insuflado.

Pero en ningún caso se hace mención de trayectos fistulosos.

En tal estado la cuestión, he tenido ocasión de prestar asistencia durante el mes de Julio último, en la Policlínica de Madrid, á un enfermito cuya interesante historia referiré, y que es una demostración evidente de trayectos fistulosos del cornete medio.

El enfermo me fué remitido por el justamente reputado oftalmólogo Dr. Calderón, quien lo había tratado un flegmón orbitario considerado primeramente de origen dentario. Los detalles de tal lesión, que considero de interés, los tomo de las notas clínicas del Dr. Calderón, al que agradezco su amabilidad por habérmelos suministrado.

Francisco Sanz, de diez años de edad, se presentó con una inflamación flegmonosa del tejido celular de la órbita derecha, propulsado el globo ocular, un poco dirigido hacia el lado temporal correspondiente y con movimientos muy limitados. El párpado supe-

rior en ptosis y ambos duros y tensos, quemosis conjuntival, pupila normal, lagrimeo abundante. Ocho días anteriormente á su presentación, aquejó fuertes dolores de muelas en el lado derecho con inflamación de la mejilla. Al examinar la boca se encontraron varias muelas careadas.

Se practicó la extracción de tres molares, existiendo comunicación según el dentista, con el antro de Hignore. El Dr. Calderón practicó una incisión de centímetro y medio en el surco palpebro-orbitario inferior en su mitad interna, deslizándose el cuchillo hasta el fondo de la órbita, dando salida á una gran cantidad de pus fétido. Inyecciones frecuentes de sublimado al milésimo es la cura establecida, notándose que el líquido tiene salida por la fosa nasal correspondiente. No mencionaré al detalle los síntomas oculares observados, mas debo consignar que el enfermo acusó diplopia homónima, disminución de la propulsión y mayor movilidad del globo ocular, sin que la supuración se agotase, dándose lugar á los pocos días á la abertura espontanea de un nuevo trayecto fistuloso en el párpado superior.

Ental estado, habiendo reconocido el Dr. Calderón una superficie dura y rugosa de la pared interna de la órbita, por lo que consideró como probable una afección etmoidal, me remitió el enfermo.

Sin tener nada que añadir á lo expuesto en lo referente á los síntomas orbitarios, me concretaré á lo observado en las fosas nasales que es lo interesante para mi objeto.

La respiración es libre, sin diferencia apreciable entre ambos lados, escasa supuración procedente de la fosa nasal derecha. La rinoscopia muestra pus escaso, blanco-amarillento en la zona del cornete medio, sin que pudiera afirmar que predominase en el canal, cornete medio grueso, viéndose después de limpio el pus, que la mucosa del cornete esta roja, lisa, tensa, y según la comparación de Milligán, como insuflada. Entre el punto central del cornete y la extremidad anterior, aparece una pequeñísima vegetación plana que apenas sobresale de la superficie mucosa, mostrándose en el centro una gotita de pus que, limpiada con algodón, reaparece. Comprimiendo el cornete de dentro afuera sale más apreciable cantidad de pus.

Un estilete fino penetra fácilmente por el centro de la pequeña fungosidad, tocándose en el fondo detritus óseos.

La indicación primera que debía cumplirse era dilatar ampliamente el cornete medio, la que fué ejecutada con cuchillete fino, dando salida á pus espeso y abundante. Practico entonces una inyección por el trayecto orbitario, dando salida por la fosa nasal á dos enormes masas caseosas, cada una del tamaño de una judía, y que desprendían fuerte olor fétido.

La supuración no cesó con esto, sin embargo, siendo necesario introducir por el trayecto orbitario una pinza fina de dientes, con la que pude extraer un secuestro lamilar, que, según su aspecto, no podía proceder sino de la lámina cuadrilátera etmoidal.

Continuados los lavados durante una semana, el trayecto quedó cerrado perfectamente, dando por curada la lesión, de tal modo, que en el mes de Septiembre en que he tenido ocasión de ver el enfermo, la diplopia había desaparecido.

Esta observación, de interés grande por ofrecer la conjunción de una afección etmoidal con flegmón orbitario profundo, le tiene aún más para mi objeto por ser demostración de la posible existencia de etmoiditis supurada sin pus en el canal medio, del valor que en ciertos casos puede tener para el diagnóstico la tumefacción del cornete medio, y finalmente, de la indudable existencia de trayectos fistulosos de la concha etmoidal, para cuyo descubrimiento se precisa minuciosa atención.

Conocida es de todos la significación que clínicamente damos á la existencia de pus en el canal medio; todos sabemos que desaguardo el seno frontal, el antromaxilar y las células etmoidales anteriores en el espacio común llamado hiatus semilunar, es lógico suponer la supuración de una de estas cavidades; pero lo que no es de observación corriente es la posible existencia de un empiema sin pus en el punto de desagüe, y este hecho, que en la literatura aparece consignado para el seno frontal y que en el último trabajo de Dmochowski sobre la anatomía patológica del antromaxilar aparece tan bien marcado para esta cavidad, creo no haya sido mencionado para el laberinto etmoidal, cuyo orificio de salida puede fácilmente obstruirse al ponerse en contacto paredes opuestas inflamadas.

Siendo tan difícil encontrar para las supuraciones etmoidales, un signo diagnóstico de valor considerable cual los tenemos para el antromaxilar, considero, que en vista de las observaciones copiadas y lo que es de la mía propia, puede el cornete medio ser punto de mira importante, en cuya mucosa de revestimiento, en muchos casos, podrá leerse lo que en el fondo pase, al modo cómo el aspecto de la mastoides traduce á veces la existencia de un proceso ático-mastoideo.

Como resumen de mi comunicación, creo puede concretarse la idea desarrollada diciendo: *En caso de duda diagnóstica, la tumefacción del cornete medio, su aspecto rojo, liso, brillante como insuflado y la posible existencia de trayectos fistulosos que en él radiquen, serán argumentos de valor para afirmar una afección etmoidal supurada.*—He dicho.

DISCUSIÓN

Dr. Castañeda: Felicita al Dr. Rueda. Dice haber observado un caso de dilatación quística del cornete medio con pólipos, dependiente de una osteo-periostitis sifilítica. Califica de interesantísimo el trabajo que se discute, puesto que no recuerda haber visto trayectos fistulosos que vayan á parar al cornete medio sin manifestaciones supuratorias del seno maxilar y del frontal y sin estar subordinado el proceso á la infección sifilítica.

Dr. Rueda: Da las gracias al Dr. Castañeda, y recuerda el mérito de las observaciones de este señor referentes á dilataciones quísticas del cornete medio, y repite que su caso es raro.

EL MÉTODO CONSERVADOR EN LAS AFECCIONES DEL ÁTICO

por el Dr. Rueda y Carrera, de Madrid.

Cambiado radicalmente el campo de la Otología durante el último decenio, en el que son notorios los progresos realizados en la cirugía ático-mastoidea y oto-encefálica; sin embargo, no podemos afirmar que estemos en posesión de las reglas que hayan de guiarnos para en un caso concreto poder afirmar que el llamado tratamiento conservador no basta y se precisa apelar á la intervención operatoria. Verdad es que los jalones están puestos y que por todas partes las tentativas son numerosas para trazar el camino. Limitándome á las afecciones del ático, punto estratégico al que la mira de todos los otólogos se dirige, expondré mis ideas particulares que la observación de varios tratados en consulta privada sustente, reconociendo que los casos equivalentes que fueren estudiados en consulta pública, no pueden servir de argumento en contra, por la notoria insuficiencia de tales curaciones.

El reducido espacio que llamamos ático, porción epi-timpánica, *Reccesus epitympanicus*; limitado en su parte externa por la *pars* ósea de Walb ó *mur* de la *logette* de Gelle y la membrana de Schrapnell, en la interna por el canal de Falopio, la porción prominente del conducto semi-circular externo y células óseas próximas, en la superior por el *tegmen tympani* que le separa de la duramadre, con lo que en caso de dehiscencia de la sutura petro-escamosa, se continúa inmediatamente, comunica directamente en su parte posterior con el antro mastoideo y en la inferior con la cavidad timpánica propia ó hipo-timpánica, de tal modo, que á la cavidad así formada podemos señalarla como límite inferior un plano horizontal tangente á la apófosis corta del martillo.

En tal espacio encontramos la cabeza del martillo y el cuerpo del yunque, que manda hacia la parte posterior su apófisis corta

hasta la entrada del antro, siendo datos dignos de tenerse en cuenta, para la interpretación de ciertos hechos clínicos, la fácil obstrucción de la comunicación existente entre los dos espacios timpánicos y la existencia de una serie de cavidades, de las que la mayor recibe el nombre de espacio de Prussak, que, teniendo por límite exterior la membrana de Schrapnell, por límite interno el cuello del martillo y por límite inferior la cara superior de la apófisis corta del mismo huesecito, pueden ser asiento aislado de procesos patológicos, desprendiéndose de estos dos hechos, la independencia patológica entre el ático y el espacio hipo-timpánico, y la posible existencia de procesos limitados al espacio de Prussak, que pueden imponernos cual si fueran del ático.

Sea primitivamente ó de un modo secundario, por procesos que asciendan de la porción timpánica propia ó que sean comunicados del conducto auditivo externo, es lo evidente que el ático muestra una independencia tan considerable respecto á la marcha del padecimiento en el segmento inferior timpánico, que para las necesidades de la clínica podemos considerarlos como dos cavidades diferentes, con su patología propia, de mayor significación y trascendencia la de la superior, que estando separada de la dura-madre tan sólo por una laminita ósea, ofrecen sus procesos una gravedad especial.

Los procesos que en este espacio bosquejado radican, pueden interesar tan sólo la mucosa, comprender también los huesecitos, extenderse á las paredes óseas, ó consistir en la retención de masas colesteatomatosas ó neoplásticas, y, en fin, lo que es más frecuente, pueden encontrarse combinados estos distintos elementos formando un caso complejo, en el que como circunstancia más constante, encontramos la supuración.

Lesiones son todas estas que, aunque ordinariamente así se presentan á la observación del especialista, sin embargo, debemos suponer que tuvieron un principio más ó menos violento flojístico, bien propagado del espacio hipo-timpánico, bien del conducto externo, ó ya originándose primitivamente en la cavidad que tratamos. Que esta última circunstancia puede ocurrir, si no bastara á demostrarlo el razonamiento fisio-patológico, yo lo consideraría indudable por un hecho de mi práctica personal.

“Una mujer me consulta con todos los signos subjetivos de una otitis media violentísima, encontrando al examen una tumoración del tamaño de una lenteja, redondeada, roja y de un aspecto cual si se tratara de un pólipo de pedículo ancho que procediese de la porción flácida, colgando hasta ocultar casi por completo la membrana timpánica propia, impidiendo el tomarlo como pólipo, la cutización de la superficie y la sensación de bolsa líquida que da al contacto con el estilete. Dilato la bolsa, dando salida á serosidad purulenta, pudiendo penetrar con el estilete en el espacio epi-timpánico. La bolsa vaciada y retraída, veo la porción timpánica, tensa, de color normal, y sólo el mango del martillo fuertemente inyectado. El cateterismo tubario demuestra que no existe líquido en la caja, y además, que la comunicación entre los dos segmentos timpánicos está ocluida.

Pero aunque sea indudable la necesidad de la creación de un nuevo capítulo en Otología que se refiera á la clase de manifestación aguda que acabo de exponer, sin embargo, es de interés práctico mayor el capítulo de los procesos crónicos y sus procedimientos de curación.

El cuadro que ordinariamente se presenta al especialista, es el de un conducto estrechado, una granulación poliposa procedente del polo superior timpánico y una membrana timpánica con ó sin perforación, descubriéndose, una vez destruido el tejido fungoso, que la membrana de Schrapnell, está perforada generalmente algo por encima y detrás de la apófisis corta del martillo, asomando por el orificio pus escaso ó productos epiteliales muertos, apareciendo lo restante de la membrana flácida de color rojo, tensa, algo prominente y como si su extensión fuera mayor de la normal. Un explorador lateral penetra en el ático y una inyención con cánula curva da salida á pus y detritus epiteliales.

Ahora bien: ¿cuál es el camino que corresponde seguir ante situación semejante? ¿Debemos proceder inmediatamente á una operación radical que libre al espacio enfermo de sus lesiones y productos patológicos contenidos, ó ateniéndonos á temperamentos menos quirúrgicos, nos contentaremos con realizar la cura dentro de un método conservador con todas las apariencias del rigorismo an-

tiséptico? Esta cuestión, planteada en los usuales términos en que está hecha, considero que no tiene contestación, puesto que clínicamente todas nuestras determinaciones deben informarse en un diagnóstico preciso, que desde luego se comprende falta en absoluto, al formular tan sólo que se trata de una afección del ático, pues tanto valiera que una cardiopatía dijéramos que se trataba de una endocarditis. En mi concepto, las preguntas que deben ser resueltas antes de plantear un tratamiento, son las siguientes: ¿el ático es la única parte enferma? ¿es lesión superficial de la mucosa que supura? ¿están interesados los huesecitos? ¿hay caries ó necrosis de las paredes? ¿hay productos colesteatomatosos? ¿coexisten manifestaciones graves de parte del facial, de las meninges, de los senos de la dura madre ó encefálicos?

Es la primera cuestión la que considero de solución más difícil y la que en todo caso hará nuestra intervención incierta. Efectivamente, por grandes que sean los esfuerzos realizados para precisar la existencia de las afecciones antro-mastoideas, debemos confesar que no poseemos un medio de diagnóstico positivo, y solamente la sensibilidad mastoidea y la tumefacción son datos de valor para afirmar tal diagnóstico; pero en los numerosos casos en que tal fenómeno no se realiza, la inseguridad terapéutica es la regla, porque ni la percusión mastoidea, ni la tras-iluminación eléctrica de Caldwell, ni el procedimiento de Okuneff, son métodos exploratorios de racional aplicación; deduciéndose de lo expuesto, que tal complicación, sólo en muy contados casos puede ser fundamento seguro de una intervención radical.

Más fácil considero la resolución de las demás cuestiones. Desde el momento en que estamos autorizados para realizar amplia dilatación de la perforación existente en la membrana flácida, nos creamos un campo de exploración lo suficientemente amplio para introducir sondas de curvatura diferente, que jugando hábilmente en todos sentidos, pueden suministrar los datos que pedimos, á los que deben añadirse los adquiridos por el examen de las materias expulsadas con la inyección de líquidos antisépticos. Estos dos medios de exploración que acabo de apuntar, considero son lo bastante para ilustrarnos sobre la existencia ó no de lesiones óseas y la presencia

de productos colesteatomatosos, sin olvidar que estos medios nos pueden servir para diagnosticar una supuración limitada á la bolsa de Prussak, con ó sin lesión del martillo.

No necesito hacer consideración alguna sobre el modo cómo ha de influir en nuestro plan curativo la existencia de lesiones del facial, de las meninges, de los senos, etc., pues que en el ánimo de todos está que tales complicaciones son indicación de medidas radicales de urgencia.

Haciendo aplicación práctica de lo expuesto, señalemos que toda lesión del ático que sólo interese la mucosa de un modo superficial, ó que consista solamente en la producción de masas colesteatomatosas en su cavidad, es tributaria del método conservador, y toda lesión que interese los huesecitos, las paredes óseas ó tenga complicación central, es deudora del método radical.

Ahora bien; ¿qué debemos entender por método conservador? No tiene, en mi sentir, una aplicación tan restringida que sólo pueda aplicarse tal denominación á los procedimientos que se limiten al empleo de lavados con soluciones medicamentosas, y considero que dándole mayor extensión, es aplicable al empleo de todos aquellos medios que esencialmente no mutilan el órgano afectado. En tal sentido, la extracción y raspado de las fungosidades existentes, la dilatación de la perforación de la membrana de Schrapnell y hasta la resección limitada estrictamente á la *pars ossea* de Walb, creo están dentro del método, reservando para las intervenciones radicales la excisión de la membrana timpánica y las operaciones ático-mastoideas, como las de Stacke, Küster, Schwarze, Zaufal y Cozzolino.

Pero si hemos de ser prudentes al rechazar en un principio toda intervención radical que no esté perfectamente indicada por las circunstancias que tengo mencionadas, también debemos ser prudentes para cesar un tratamiento conservador que al cabo de dos meses de practicado con rigor no hubiera dado resultados positivos, pues en tal caso debemos suponer, ó que existen depósitos colesteatomatosos, á los que nuestra intervención no alcanza, ó que hay un foco de caries que á nuestra investigación escapa, ó la coexistencia de un proceso antro-mastoideo, para el que nuestros lavados son ino-

centes, y ésta, señores, creo sea la única circunstancia de valor para juzgar de la existencia de una afección antral.

Sentado lo que llevo expuesto, indicaré, á modo de conclusión, la marcha sistemática que debemos seguir en todo caso de afección del ático que no vaya acompañada de alguna de las circunstancias que imponen una intervención radical. La indicación primera que debemos llenar es la de dilatar la perforación existente, para de este modo tener libre acceso al ático, á cuyo fin la dilatación debe ser amplia, á toda la extensión de la membrana flácida. Suposición hecha de que todas las fungosidades inspeccionables han sido ó extirpadas con asa fría, ó raspadas, ó bien cauterizadas al ácido crómico ó tricloracético, nos resta realizar la antisepsia de la cavidad y modificar su mucosa hasta la cesación de la supuración.

A este fin creo debe ser condenada toda cura seca, que si bien por otros conceptos ofrece ventaja sobre la cura húmeda, en el caso presente puede ser de gran perjuicio, por la fácil obstrucción del orificio de salida de los productos patológicos, los que, retenidos, todos sabemos la clase de trastornos que rápidamente pueden acarrear; de modo que desechamos en nuestra práctica toda substancia pulverulenta que, como el ácido bórico, iodoformo, aristol y dermatol, han sido calurosamente recomendadas.

El lavado diario de la cavidad con una solución antiséptica no irritante considero es el medio más racional que podemos emplear, sin que concedamos preferencia á determinada substancia, pues que el éxito más depende de la perfección en el empleo del agente, que en el agente mismo.

La disposición instrumental de Hartmann y la más perfecta de Milligán, las considero muy adecuadas al fin propuesto, aunque yo en mi práctica simplifico el instrumental de modo tal, que con una pera de goma fácilmente manejable, á la que adapto una cánula fina de ático, tengo lo necesario para llenar mi propósito, ofreciendo esta disposición la ventaja de poder graduar la presión á voluntad.

La cánula recientemente recomendada por Bruk, de la que la del Dr. Courtade no es más que una reproducción, está desprovista de curva en su extremo, poseyendo un orificio lateral, de tal modo, que el chorro de líquido sale perpendicular á la dirección de la cá-

nula, modificación que considero de interés, pues que evita los ligeros traumatismos que con la curva de los anteriores instrumentos pueden realizarse al hacer gancho que se agarra al *mur* de la *lo-gette*, provocando dolor y dificultando, por consiguiente, la maniobra, para la que es necesaria la inmovilidad más completa del enfermo.

Si hubiera gruesas masas de colesteatoma difícilmente expulsables con los lavados descritos, juzgo oportuno practicar la resección de la *pars ossea* de Walb, operación que por su insignificancia la coloco entre las maniobras del método conservador. Los ensayos practicados en el cadáver me han convencido de la dificultad de realizar tal operación de fuera adentro, sirviéndonos de escoplo y martillo, puesto que además de precisar la denudación del conducto auditivo externo, expone á lesionar el macizo del facial y la prominencia del conducto semicircular externo, sin que este inconveniente pueda ser salvado con gran garantía con el empleo del protector de Stacke, que no ofreciendo punto de apoyo, consiente el escape del escoplo, considerando inocente también el instrumento ideado por Gelle, que no puede tener la fuerza suficiente para seccionar una porción ósea tan resistente como es á veces la *pars ossea*, concluyendo que tal operación pudiera realizarse con mayor facilidad y mayor garantía de éxito con la máquina de White, que, manejada con habilidad, puede limitar el campo de nuestra intervención milimétricamente y sin peligro de herir órganos importantes, aprovechando esta oportunidad para deplorar no introduzcamos en nuestros gabinetes la máquina dental, que seguramente nos reportaría beneficios en cirugía otológica acaso más grandes que los que reporta en la cirugía dental.—H. dicho.

DISCUSIÓN

Dr. Botey: Felicita al Dr. Rueda cordialmente, y dice que él ha visto mucho y que existe hoy verdadero furor operatorio en Alemania y Francia, lo cual trata de moderar el discurso del Sr. Rueda: cree que se obtienen resultados con la cauterización con el cloruro de zinc, y dice ser partidario de la cura seca.

Dr. Forn: Después de felicitar á su amigo el Dr. Rueda, dice que el amplio desagüe y la antisepsia con líquidos son el mejor tratamiento, puesto que los pulverulentos pueden retener el pus en la bolsa de Prussak, ó en las cavidades de Politzer, ocasionando la destrucción de los tabiques fibro-mucosos que separan estas cavidades de la gran celda ático-mastoidea.

Dr. Rueda: Agradece las frases del Dr. Forn. Contesta al Sr. Botey que usa la cura seca para las afecciones hipo-timpánicas; en las del ático con poca perforación puede retener el pus esta cura, y es necesaria la cura húmeda que, á más de la limpieza, da salida á productos patológicos que pueden aclarar el diagnóstico, y en algunos casos puede hasta emplear la cura seca vigilando mucho los enfermos.

¿POR QUÉ SIENDO TAN FRECUENTES

LAS

OTITIS MEDIAS SUPURADAS

SON TAN RARAS LAS MASTOIDITIS?

Explicación de este fenómeno por descubrimientos anatómicos personales.

(Comunicación oral del Dr. Forn, de Madrid.)

Señores Congressistas :

Varias veces se me había ocurrido preguntarme ¿por qué siendo las otitis medias supuradas un proceso tan frecuente, son, en proporción de esta frecuencia, tan raras las mastoiditis? ¿Podría explicarse esto por el hecho de que guardando los enfermos durante la mayor parte de las horas del día la posición erecta, se formase una perforación más ó menos baja de la membrana timpánica, y por ella tuviese lugar el desagüe purulento? Me he convencido de que no

puede ser esta la razón, porque, comoquiera que todos estos enfermos se acuestan, en el momento de estar echados en decúbito supino el *aditus ad antrum* está á más bajo nivel que la caja del tambor, y por su propio peso el pus llenaría la cavidad mastoidea antes de que saliese una sola gota por la perforación timpánica.

Ahora bien; como esto no ocurre más que en excepcionales casos, he tratado de investigar su causa, y después de reiteradas disecciones en temporales frescos, he venido á convencerme de que ello depende de la disposición anatómica de esta región, que es muy diferente de como la describen los tratadistas.

La caja timpánica no es una cavidad única y exclusiva. La cavidad timpánica, que durante la vida embrionaria y fetal está rellena de un tejido conjuntivo gelatinoso, se vacía poco después del nacimiento; pero el trabajo de reabsorción da lugar á diferentes repliegues fibro-mucosos que á modo de telillas más ó menos consistentes, que algunos han descrito parcialmente bajo el nombre de ligamentos, y que en su conjunto no son más que una especie de epiploncillo que cubre y protege á todos y cada uno de los órganos contenidos dentro de la caja, dando origen á un sistema de cavidades que dividen la caja timpánica en varios compartimientos.

De estos hay dos de gran importancia anátomo patológica, que he extrañado mucho que á la hora presente no hayan sido estudiados por los anatómicos. Son ellos, uno ántero-inferior, al cual propongo que se le llame *compartimento tubárico* de la caja, y otro póstero-superior ó *ático-mastoideo* de la misma.

El tabique que separa estos compartimientos y que encierra en su espesor la cadena de huesecillos, nace por encima de la trompa de Eustaquio, se extiende por su parte anterior á manera de toldo desde la pared externa á la interna de la caja timpánica. En la externa está envolviendo el músculo anterior del martillo, como he podido comprobar en el cadáver y veis en estas piezas que acompaño, aunque ninguno de los modernos anatómicos considerados hoy como autoridades consigne en sus obras dicho músculo.

Ahora bien; desde este punto, que es el límite externo anterior, se corre á la pared interna aprisionando y protegiendo en su espesor á la cuerda del tambor desde que sale de la bolsa anterior de

von Trœltsch, formando un ángulo agudísimo con el tendón del referido músculo anterior del martillo. La expansión membranosa llega al martillo conteniendo antes en su espesor al tendón reflejo del músculo interno del mismo, y desde este punto emite diferentes expansiones. Unas, las externas, vienen á formar todos esos ligamentos que unen el martillo y su cuello á las regiones inmediatas y que han sido descritos por los anatómicos. Otra se continua hasta la apófisis larga del yunque por la parte póstero-interna, constituyendo una especie de diafragma que ha sido descrito por Urbantschitsch, y que va á parar á la parte posterior del promontorio, por encima de la ventana redonda, continuándose por el estribo al cual envuelve hasta su base, y extendiéndose hasta la pared posterior para proteger al tendón del músculo estapedio. Otras expansiones posteriores dan lugar á los ligamentos posteriores del yunque, y otras superiores á los suspensores de la cadena de huesecillos.

De este modo se efectúa la división completa de la caja en dos grandes compartimientos, amen de otros pequeños de menor cuantía para la presente ocasión. Uno ántero-inferior, que comprende por delante la trompa de Eustaquio, mediante la cual se continúa con la cavidad rino-faríngea, comprendiendo la porción de la caja que se relaciona con el tímpano y está limitada por detrás por la parte inferior de la pared posterior de la caja y por el tabique que he descrito; tiene, pues, en su cavidad posteriormente la abertura de la ventana redonda, y como límite próximo á ésta la ventana oval encerrada en el espesor del tabique de referencia. Todo esto, pues, constituye la cámara ántero-inferior.

Ahora, por encima del tabique descrito se halla otro compartimiento constituido por el ático, el antro y las células mastoideas.

He dicho antes que existían otros pequeños tabiques, expansiones del que acabo de describir, que constituyen celdas de menor importancia para el presente caso, como son las bolsas de von Trœltsch, la de Prussak, las cavidades de Politzer y otras menos constantes. Y debo decir, en honor de la verdad, que parte de este tabique que en estas preparaciones podéis ver, ya Politzer lo describe con el nombre de cordones en forma de cinta, á los cuales

considera justamente como vestigios del tejido conjuntivo embrionario.

Este descubrimiento mío no es reciente: lo expuse á mis alumnos de esta Facultad de Medicina el curso último y el Dr. Uruñuela, que presente se halla, recordará que hace tiempo le mostré mis preparaciones; y á él se debe, como al Dr. Suñé, el que me haya decidido á presentaros estos trabajos.

Después de reiteradas discusiones, creo que esta división de la caja es normal, y ella me da la clave para explicar varios hechos, como, v. gr., el que las otitis que llamamos catarrales no son panotíticas, sino tan sólo otitis de la cámara tubárica; es decir, que así como consideramos unas otitis limitadas á la bolsa de Prussak, debemos tener presente que todas las otitis catarrales por infección tubárica, quedan en su propagación limitadas á la cámara ántero-inferior ó tubárica, y que se necesita algún tiempo para que la destrucción del tabique que yo describo pueda consentir que se extienda la flógosis á la región mastoidea.

En algunos cadáveres frescos he podido verificar la contraprueba de mi descubrimiento anatómico: para ello he ajustado la cánula de un irrigador á la trompa de Eustaquio, y poniendo al descubierto el antro mastoideo por su cara superior, he visto que el agua no sale cuando hay escaso desnivel á favor del irrigador. Subiendo el depósito á cuatro ó seis centímetros, no sale el agua, aunque el desnivel hace suponer que debía ir el liquido á la región mastoidea. Entonces, para cerciorarme de que no había obstrucción tubárica, practiqué una paracentesis, y con efecto, el agua salía en abundancia por la herida timpánica. Taponando luego el conducto auditivo externo, no salía el agua por la región mastoidea; pero al levantar más el depósito pude observar que, al tener 24, 26 y en un caso 30 centímetros de altura el nivel del agua sobre la preparación, se desgarró el tabique que acabo de describiros y entonces comenzó á salir el agua en chorro abundante por el antro mastoideo, como antes por el conducto auditivo.

Para el juicio del valor de este experimento no perdáis de vista cuánto pierden en resistencia después de la muerte los tejidos orgánicos.

Creo que esta contraprueba bastará para hacer completa la demostración de por qué son tan raras las mastoiditis en relación con las otitis medias supuradas.—He dicho.

DISCUSIÓN

Dr. Botey: Felicita al Sr. Forns por su trabajo anatómico verdaderamente perfecto, y cree que en todas las otitis hay pus en la mastoides. La causa probable será la destrucción de ese tabique y esas laminillas cuando el proceso dure algunos días y por esto el pus es tan abundante. Cuando alguna granulación cierra la salida al pus, vienen endo-mastoiditis. Objeta al Dr. Forns que es posible que no emplease una cánula filiforme y que hubiese obstrucción tubárica como causa de error.

Dr. Rueda: Después de felicitar al Dr. Forns por sus descubrimientos, dice que si ha trabajado en temporales de adultos procedentes de esta Facultad de Medicina, es posible que tome como constitución normal lo que es esclerosis senil y casualmente haya tropezado con varios casos semejantes.

Dr. González Alvarez: Cree que no pueden ponerse en duda los descubrimientos del Dr. Forns, porque además de las razones por él aducidas debe llamar la atención á todo otólogo el porqué son tan raras las mastoiditis. Hace años publicó como explicación la razón primera que rebatió justamente el Sr. Forns, á pesar de que ya pensó que en decúbito supino debía infartarse la mastoides. Hoy todo lo ve claro, después de los descubrimientos que acaba de oír. También debe llamar la atención acerca del hecho de que en las otitis medias de poco plazo, después de la ducha de Politzer sale mucho pus, y sin embargo, no vienen mastoiditis, y siempre temía que por este medio se lanzase el pus al antro mastoideo.

Dr. Castañeda: Felicita al Sr. Forns, y después de desear que esta disposición sea la normal, anima á dicho señor para que continúe por ese camino de investigaciones que le ha de colmar de gloria y ha de ser provechoso á la Otología.

Dr. Forns: Agradece leal y sinceramente las frases lisonjeras que le han dirigido todos los compañeros. Recuerda al Dr. Botey que no hubo obstrucción tubárica, porque el agua salía después de la miringotomía,

y sin embargo, al ocluir el conducto auditivo externo no salía por la cavidad mastoidea.

A los compañeros que *temen* se trate de una anomalía ó de un caso patológico, les ruega examinen detenidamente las preparaciones que acompaña. Admite que con la edad el tejido histógeno llega á convertirse en fibroso y que así aumenta de consistencia. Durante el verano último ha comprobado este tabique en infantes de pocos meses, y hasta de catorce años, gracias á haberle facilitado los cadáveres el Dr. González Alvarez por lo cual se complace en rendirle público tributo de gratitud.

Cree, por último, que no puede ser buen otólogo quien no sea un aceptable disector de temporales frescos y secos.

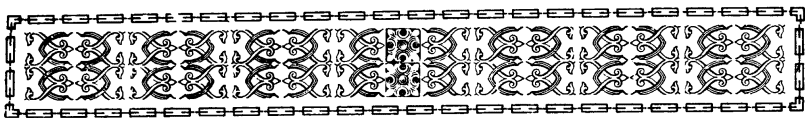
El **Dr. Peláez**: Después de felicitar cariñosamente al Dr. Forns, dice que á su modo de entender esa disposición anatómica es propia de la juventud, ó mejor, de la segunda infancia y la adolescencia, y se afirma en esa creencia por saber la clase de cadáveres en que ha practicado durante el último verano sus observaciones el Sr. Forns, así como en otros datos que tiene recogidos en comprobación de las observaciones de Axell, Kay y Retzius, las cuales vienen á demostrar que la caja timpánica es un conjunto de cavidades linfáticas comunicantes entre sí, y esto se explica recordando alguna de las manifestaciones del Dr. Forns; es decir, la clase de tejido mucoso que rellena la caja durante la vida intrauterina y las primeras edades de la infancia. Esta gelatina pasa de tejido embrionario y mucoso á tejido citógeno y, por lo tanto, todos esos tabiques de que habla el Dr. Forns, entiende que son verdaderas trabéculas de dermis de la mucosa que cubren á la cadena de huesecillos y dejan entre sí celdillas que persisten en los individuos infantilizados ó escrofulosos, que son los que dan mayor contingente de enfermos otorreicos á los Dispensarios de Otología.

El **Dr. Forns** agradece la felicitación del Dr. Peláez, y le manifiesta que entre él y el Dr. Rueda han explicado los motivos de persistencia del tabique que ha descrito. Este señor decía que debía formarse con la vejez, por esclerosis, y el Dr. Peláez dice que debe ser más manifiesto en la juventud, creyendo aquél que todas las observaciones del Sr. Forns radican en disecciones sobre cadáveres de viejos, y éste por saber que durante el último verano comprobó dicho tabique en los niños. En el adulto se halla á veces muy desarrollado, como han podido ver los señores Congresistas, y en los niños, aunque á veces es más grueso y vascular, tiene menor consistencia y se altera por descomposición cadavérica. Ciertamente que ha recurrido á los cadáveres de niños durante este

verano, gracias á la benevolencia del Dr. González y Álvarez que se los proporcionó, y ello fué debido, de una parte, á convenirle comprobar tales trabajos en infantes, y de otra, porque durante esa época del año no se puede disponer de cadáver en la Facultad de Medicina; por tanto, en niños, en adultos y en viejos ha podido comprobar los datos anatómicos que ha referido.

El **Sr. Presidente** levantó la sesión á la una y veinte minutos.





CUARTA SESIÓN VERIFICADA EL 23 DE NOVIEMBRE

PRESIDENCIA DEL DR. PELÁEZ

El Sr. Presidente abrió la sesión á las diez y veinticinco minutos de la mañana.

TRATAMIENTO

DE LAS

SUPURACIONES CRÓNICAS COMUNES DE LA CAJA

por el Dr. Carlos Karminski.

SEÑORES:

La literatura es riquísima tratando el tema que he escogido para mi comunicación, es suficientemente conocida de los que se ocupan de nuestro ramo especial de la medicina, y escribir un artículo sobre las supuraciones crónicas de la caja y su tratamiento, parecerá quizá á mis colegas de la especialidad de escaso interés. Sin embargo, la suma de observaciones que se hacen en la práctica del médico, y la experiencia que éste gana en la misma, le dan siempre el derecho de comunicar lo que ha observado, sea cual fuera el número de las comunicaciones que se han publicado ya sobre el mismo asunto. Nosotros concebimos perfectamente el valor de esta doctrina, cuando se trata de una enfermedad común, como la otorreya crónica, que se presenta con extraordinaria frecuencia, prin-

principalmente en los niños y adolescentes, y que no solamente el otólogo, pero también el médico general tiene forzosamente que observar á cada paso, sea cual fuere la región en que ejerza y la clase de clientela que asista. En la práctica ordinaria las otorreas se eternizan, engendrándose á menudo complicaciones mastoideas ó intracraneanas, que ponen alguna vez seriamente la vida del paciente en peligro, eso á parte de la molestia que ocasiona un flujo purulento pertinaz y á veces nauseabundo, con los inconvenientes de una sordera más ó menos acentuada y duradera. Como dice con muchísima razón el profesor Politzer, el método de tratamiento de estas supuraciones crónicas del oído sufre muchas modificaciones, según la calidad y cantidad de la secreción, según el asiento y extensión de la perforación del tímpano, según las enfermedades secundarias en el conducto auditivo externo, y por lo demás, según el actual estado de salud del organismo entero. Teniendo presente, pues, la importancia de dicho proceso morboso vulgar que encontramos como ya he dicho, con abundante frecuencia en todas las clases de la sociedad, resulta forzosamente la necesidad de instituir un plan terapéutico racional para combatir desde sus comienzos aquel afecto, evitándose así que éste se invetere y ocasione las antedichas graves complicaciones.

Pero los medios que generalmente emplean la mayoría de colegas no especialistas y desgraciadamente también á veces algunos colegas de la especialidad, para curar la otorrea común, no corresponden siempre á las ideas de un tratamiento racional, como yo he tenido ocasión de verlo, sobre todo en la clínica de mi amigo el Dr. Botey, en Barcelona, á donde concurro hace pronto dos años cotidianamente. En ella, y también en mi consulta privada, he tenido ocasión de ver enfermos que fueron tratados durante un espacio de tiempo más ó menos largo por otros compañeros sin el resultado deseado, y cuya curación no tardó en progresar y acabar allí. El plan terapéutico racional que se instituye allí y el que yo sigo en los casos que se me presentan, es á mi modo de ver de todo punto excelente, para curar las supuraciones crónicas comunes de la caja: un plan que triunfa casi siempre del afecto en un tiempo relativamente corto.

No hablaré aquí más que incidentalmente del tratamiento de las supuraciones más serias del antro y del ático, tratamiento que exige, por su cronicidad, á menudo todo el aparato quirúrgico de la otología; solamente quiero dar una idea de lo que debe hacerse en un caso de otorrea crónica vulgar de la caja, cuando se nos presenta sin otra complicación alguna.

Es lógico hoy día considerar la infección secundaria de una otitis purulenta por los estafilococos como la causa habitual de su tendencia á la cronicidad. No es difícil figurarse de qué manera se realiza esta infección secundaria, de dónde ésta viene y por qué camino penetra en el oído medio. Las puertas de entrada son conocidas á parte de los vasos sanguíneos y algunas fisuras en el interior del oído medio, es sobre todo la trompa de Eustaquio y el conducto auditivo externo los que parecen dar paso á la infección secundaria estafilocócica, conduciendo así á la cronicidad de las supuraciones de la cavidad timpánica. Los microorganismos que penetran por la trompa de Eustaquio vienen muy probablemente de la faringe nasal; es ya conocido que en el estado normal aquéllos se encuentran en las cavidades bucal y nasal. En cuanto al conducto auditivo externo, los estafilococos preexisten muchas veces en este meato ó son traídos allí, sea por el enfermo mismo, ó bien por el médico. Pues no hay ni debe haber inconveniente alguno en confesar aquí que también los médicos practican á veces con pocas precauciones de asepsia. O si no, véanse los instrumentos que se emplean para las curas auriculares, sobre todo los otóscopos, que contienen, como los experimentos de los bacteriólogos han demostrado, siempre microbios patógenos. Los medicamentos líquidos, como, por ejemplo, el agua de malvavisco, los bálsamos y aceites diferentes, tan populares en el tratamiento de las supuraciones de los oídos, dan igualmente su contingente para una infección secundaria del oído. De este lado viene el peligro de la cronicidad de las otitis purulentas, y de aquí resulta nuestro deber de tomar á cada hora y también para las curas más insignificantes, las mismas precauciones antisépticas y asépticas que emplean los cirujanos.

Por lo tanto, cuando se nos presenta un enfermo con una otorrea, haremos perfectamente bien, antes de aplicar en el oído el

remedio medicamentoso, en limpiar el conducto hasta el fondo con algodón antiséptico, introducido, por ejemplo, para con las pinzas de Hartmann bien desinfectadas, ó cuando el pus es abundante, saliendo en gotas del meato y teniendo un olor fétido, hacer una inyección de una solución tibia de ácido bórico al 4 % y secar en seguida el conducto auditivo con el mismo algodón antiséptico. Tenemos además la costumbre de tocar la cavidad naso-faríngea con una solución de cloruro de zinc al 2 % ó de nitrato de plata al 3 %, antes de efectuar el procedimiento de Politzer, por la sencilla razón de desinfectar lo que rodea las aberturas faríngeas de las trompas de Eustaquio. No quiero pretender que este simple procedimiento preserve en todos los casos la caja de una infección secundaria por la trompa, pero aquél corresponde perfectamente á nuestras creencias sobre la antisepsia, y asepsia y no tiene, por otra parte, ningún inconveniente.

Acto seguido se tratará de mirar bien el tímpano, el asiento de la ó de las perforaciones y su extensión, y la presencia eventual de granulaciones. Algunas veces se necesitará dilatar la perforación timpánica con el cuchillito de miringotomía ó con la lanceta, en los casos en que es muy pequeña ó cuando haya tendencia á cicatrizar-se rápidamente; principalmente en los casos agudos ó sub-agudos, en los cuales se acostumbra tratar con el taponamiento aséptico del meato auditivo, con algunas tiras reunidas de gasa iodofórmica, que se introducen hasta la proximidad del tímpano, con el objetivo de aislar el oído del mundo exterior. De este modo se evitará una estancación de la secreción purulenta en la caja, y se efectuará la mejor desinfección y desagüe de la misma. Si se trata de personas muy sensibles, una anestesia del tímpano con cocaína al 25 % será indispensable antes de la dilatación. Lo mismo se hará cuando se necesitare destruir las granulaciones y fungosidades de la caja que se encuentran casi siempre en las supuraciones crónicas. La ablación de estas masas de tejido se impone de una manera absoluta, porque se comprende fácilmente que contribuyan á entretener la supuración y la estancación del pus. El método más usual consiste en la aplicación local de preparaciones antisépticas ó cáusticas. Por lo tanto, empleamos, aparte del raspado de las granulacio-

nes, con muy buenos resultados la solución concentrada de percloruro de hierro y el cloruro de zinc puro. El último cáustico, sobre todo, constituye el remedio de elección, pues obra mejor y más pronto sobre las granulaciones que los otros cáusticos conocidos. Entre los remedios antisépticos cuya aplicación es indispensable en las supuraciones crónicas del oído medio, el ácido bórico finamente pulverizado, según la doctrina de Bezold, es el que ha dado los mejores resultados en todos los casos que hemos observado, de manera que la aplicamos con regularidad, llenando todo el conducto con dicho polvo, después de haber secado y limpiado totalmente el meato auditivo. En muchos casos el mejoramiento, es decir, la disminución de la secreción purulenta, se ha mostrado ya algunos días después de la primera aplicación. El eczema del conducto y á veces de una porción del pabellón, provocado por la secreción purulenta, se cura en poco tiempo con irrigaciones ó hisopaciones externas diarias de agua blanca.

Acto seguido se hará el Politzer, proceder indispensable en todos los casos de otorrea crónica y que se proscribiera en absoluto en las agudas, para expulsar mediante esta ducha de aire la secreción purulenta de la caja, pues en ellos y con él pueden penetrar en el antro, y aun más lejos, gérmenes morbosos, mientras que en las crónicas están ya siempre más ó menos infectadas estas últimas cavidades, y, por lo tanto, puede la insuflación de aire ejecutarse impunemente.

Con este último remedio se concluye de ordinario el tratamiento local de una supuración crónica común de la caja. Después se tratará de restaurar y vigorizar el estado general del paciente, cuyo tratamiento se impone también al otólogo en casi todos los casos de dicho afecto, porque tenemos casi siempre que habérmolas con individuos débiles y poco resistentes, y con personas cuyo estado general deja mucho que desear.

En cuanto á la renovación de la cura, ésta se repite en el primer tiempo cada día, según sea la secreción de pus más ó menos abundante. Después, cuando ésta empieza á disminuir, se cura el enfermo cada dos, tres ó cuatro días, según la cantidad de líquido segregado.

En resumen, los métodos usuales que, según mi observación, han dado los mejores resultados en las supuraciones crónicas comunes de la caja, consisten en la limpieza absoluta del conducto auditivo, sostenida á veces por irrigaciones desinfectantes en el mismo, entre las que recomendamos el protóxido de hidrógeno (vulgarmente agua oxigenada $H_2 O_2$) al 10 %, lo que ha ensayado recientemente el Dr. Botey, según me dice, con resultados dignos de encomio. Luego la aplicación local de algún antiséptico, el ácido bórico finamente pulverizado, de cáusticos; ablación de las masas de tejido granuloso que sostienen la supuración é impiden la salida del pus. Después el proceder de Politzer, y, en fin, el empleo de todas las medidas antisépticas, higiénicas y tónicas que pueden mejorar el estado general del paciente. Con este método de tratamiento conservador, aplicado con cuidado y de una manera persistente, hemos visto desaparecer el flujo purulento crónico en casi todos los casos de nuestra observación, tanto que hemos podido impedir así la propagación del proceso morbozo hacia el antro y el ático.

Sin embargo, con alguna frecuencia las granulaciones, y á veces hasta la misma caries, se acantonan en el suelo de la cavidad timpánica. Es el sitio denominado recientemente por Kretchmann de Magdeburgo *recessus hypotympanicus*. Este se halla limitado al exterior por la extremidad libre del hueso timpánico; por dentro, por la porción de pared laberíntica, situada por debajo del promontorio; hacia atrás y adelante por la parte inferior de las paredes anterior y posterior de la caja. Este recessus hypotympanicus es normalmente muy rugoso, tiene á menudo una profundidad de cerca de tres milímetros, según resulta de las investigaciones de comprobación que han sido hechas en el cadáver, y es alguna vez sitio de supuraciones interminables que el otólogo no se explica; dado que halla la perforación amplia y bien situada, no se encuentran señales de supuración del ático, y la cavidad del antro mastoideo no parece estar afecta.

En estas ocasiones, según hemos visto, la perforación timpánica es siempre muy grande, afecta á menudo la forma de riñón bajo el ombligo del tímpano, y cuando por casualidad es reducida de ex-

tensión, ocupa cuando menos la porción más inferior de la membrana timpánica hasta ponerse en contacto con el mismo margen.

Un estilete ligeramente encorvado hacia abajo nos instruye suficientemente de este estado de cosas, y entonces hay que raspar enérgicamente, pero con cuidado (pues existe allí la vena yugular y la carótida interna, separadas á veces por una lámina ósea muy delgada) el suelo de este recessus, aplicando luego con el mismo estilete cargado con algunas hebras de algodón, cloruro de zinc puro ó bien una cantidad pequeñísima de ácido crómico fundido en la punta del estilete. A los pocos días, supuraciones antiguas de años de duración, hasta entonces rebeldes y sostenidas por estas granulaciones del suelo timpánico, han cesado por completo.

Por último, señores, y para terminar, añadiré aquí, sin pretender rebasar el límite de mi tema, que he visto recientemente en la clínica (del Dr. Botey) tres casos de perforación timpánica postero-superior, con granulaciones tras el cuello del martillo y en plena membrana de Schrapnell; los cuales, tratados por el método conservador, esto es, con el raspado, las cauterizaciones, etc., hechas delicadamente y con finos estiletos encorvados *ad hoc*, se han curado perfectamente á las pocas semanas de tratamiento: lo que prueba que muchas supuraciones y caries del ático son susceptibles de curación sin la operación de Stacke, debiendo reservar ésta tan sólo para los casos, en los que estos cuidados locales, y aun la extracción del martillo y del yunque, son insuficientes.—He dicho.

DISCUSION

El Dr. González Campo: Después de felicitar al Dr. Karminski, manifiesta que no ha sido tan afortunado como este señor al emplear el ácido bórico; preconiza el uso de salol alcanforado, con el cual ha curado otorreas crónicas hasta en quince días, y al cual ceden todas las otitis agudas.

El Dr. Compaired: Se hace solidario de las ideas del Dr. González Campo, respecto á la bondad del salol alcanforado, y dice que el ácido bórico en polvo es contraproducente teórica y prácticamente, por impedir el desagüe purulento y facilitar las complicaciones mastoideas, y no

haber obtenido con este remedio en polvo mejores resultados que con los simples lavados bóricos. También ha empleado con mejor resultado el taponamiento con gasa yodofórmica, las inyecciones de ácido crómico al 1 por 100, y el cloruro de zinc al 1 por 30 á base de hidrato de cloral. Pero es mejor el ácido crómico, que en cambio es más doloroso y obliga á hacer gargarismos con bicarbonato de sosa para neutralizar la cantidad de solución que pueda llegar á las fauces pasando por la trompa de Eustaquio.

¿En qué otorreas están indicados estos tratamientos? El salol alcanforado en las agudas con reciente perforación timpánica y siempre previa limpieza de la región afecta, cuando se trate de niños. En esta misma edad, si hay vegetaciones adenoideas, no extirpables debe emplearse el ácido crómico.

El Dr. Rueda: Pregunta al Sr. González Campo si el salol alcanforado irrita el conducto auditivo externo.

El Dr. González Campo: Contesta que no.

El Dr. Karminski: Dice que no ha empleado nunca el salol alcanforado, y que siempre ha visto buenos resultados del uso del ácido bórico tanto en su visita como en la del Dr. Botey.

El Dr. Forns: Advierte que no ha oído la comunicación del Dr. Karminski, y lo siente, porque quizá haga alguna observación que esté contestada en el trabajo que se discute.

Considera muy vago el concepto de *supuraciones comunes de la caja*, y que no puede admitirse nosológicamente, y menos en el terreno clínico; pues desde el simple catarro, hasta las formaciones polipoideas y destrucciones carióticas, todo puede dar lugar á otorreas, y, sin embargo, cada una debe tener un tratamiento diferente. Imperfecta, por ser improvisada, presenta su clasificación en: 1.º, supuraciones dependientes de lesiones materiales de la caja; 2.º, afecciones otorréicas por propagación tubárica de afectos retror nasales, y 3.º, otorreas consecutivas á localizaciones auriculares de vicios constitucionales ó infecciones generales. Desea saber cómo trata el Dr. Karminski cada grupo de otorreas, y le anticipa que su modo de proceder en el primer grupo se halla supeditado á la lesión material que sostiene la supuración, y recuerda un hermoso trabajo del Dr. Ariza, á quien no tuvo el gusto de conocer, en el cual exponía tan ilustre otólogo las indicaciones y contraindicaciones de todos los fármacos empleados en su época, incluso el ácido bórico en polvo impalpable. En los casos ligados á padecimientos nasofaríngeos trata de curar éstos lo más pronto posible y en los debidos á

estados constitucionales emplea el tratamiento general oportuno, amén del que localmente deba emprenderse.

El Dr. Karminski dice que como el Dr. Forns no estaba presente cuando leyó su trabajo, se cree dispensado de contestarle por hallarse consignado en su Memoria lo que pudiera decirle. Siente no se halle presente el Dr. Botey para manifestarle su gratitud por haberle ayudado en este trabajo.

EL NUEVO TRATAMIENTO DEL OZENA

por el Dr. C. Compairé (de Madrid).

SEÑORES CONGRESISTAS:

Convencido de que real y positivamente impera un verdadero nihilismo en el tratamiento del ozena, y de que constituye éste un asunto de interés vastísimo y de trascendencia suma, traigo á vuestra consideración el resultado de mis observaciones clínicas.

Nacido el tratamiento sueroterápico del ozena bajo los auspicios de Belfanti y De la Vedova — continuadores de los trabajos bacteriológicos iniciados ya por Fränkel en 1882 — y de la experimentación á la cabecera del enfermo por Granedigo, en Turín, hube de ensayar aquél en Mayo último, después de leer las comunicaciones de dichos autores, publicadas más tarde en los *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, de Gouguenheim, número correspondiente al mes de Agosto de 1896.

No he de detenerme en detallar aquí—dada la premura del tiempo—los diferentes experimentos practicados por Belfanti y De la Vedova (de todos vosotros conocidos) con objeto de aislar y cultivar el verdadero micro-organismo del ozena, punto de investigación puesto al orden del día por parte de rinólogos y bacteriólogos desde hace mucho tiempo, como ya hice constar en mi comunicación

sobre "El ozena,, presentada al Congreso Hidrológico español, celebrado en Madrid en 1888; pero sí, á título de recordatorio, debo mencionar que el término final de los trabajos de los bacteriólogos referidos fué el de comprobar la existencia constante, en la mucosa y en los productos ozenosos, de un bacilo semejante al de Klebs-Löffler, si bien un poco más grueso.

Este bacilo, como yo mismo he tenido ocasión de ver y de aislar, parecido en su morfología al de la difteria, tiende con el tiempo á segmentarse y á adquirir la forma coco-bacilar.

Dado el parentesco, digámoslo así, del bacilo del ozena con el de la difteria, parecía natural y lógico hacer lo que hizo Gradenigo, es á saber : tratar de combatirlo en el terreno patológico con las mismas armas de combate con que se ataca á la segunda de estas enfermedades infecciosas, y al efecto, comenzó á ensayar el suero antidiftérico en inyecciones hipodérmicas, con un resultado práctico no alcanzado hasta ahora con ninguno de los innumerables tratamientos puestos en uso.

Inmediatamente después, ó mejor dicho, casi al mismo tiempo, di yo comienzo á mis ensayos clínicos, y del resultado de ellos puedo hoy presentaros siete casos, dos de los cuales os leeré hasta en sus menores detalles, y de los cinco restantes daré cuenta *grosso modo*. Por ser asunto de todos conocido, no he de entrar á exponer los medios de que se han valido los autores citados para descubrir y aislar el microbio del ozena, así como los procedimientos experimentales, en cabras, conejos, etc., empleados con tal objeto, y tampoco he de fatigar vuestra atención — por lo clásico del manual — consignando el *modus faciendi* de las inyecciones hipodérmicas, en las que, naturalmente, ha de imperar siempre una perfectísima asepsia y antisepsia.

La primera observación recae en la señorita C. de C., que padecía una rinitis atrófica, fétida, clásica, del lado derecho, con rinitis hipertrófica del lado izquierdo.

El diario de observación, respecto de la sueroterapia, se halla concebido en los siguientes términos :

Día 16 de Mayo de 1896. — Primera inyección hipodérmica con 4 c. c. de suero antidiftérico de los señores Robert y Llorente —Ins-

tituto Microbiológico de Madrid — obtenido el 10 de Mayo del mismo año y con un poder inmunizante en el cavia de 50 á 100 000 en frascos de 20 c. c.

No produjo absolutamente ninguna alteración. Fué practicada en su casa, acostada la enferma en la cama y con las precauciones antiséptico-asépticas más rigurosas.

Día 18.—Segunda inyección con 6 c. c., practicada en mi casa; nada de particular; no hay olor nasal.

Día 20.—Inyección en mi casa de 8 c. c. Debo advertir que estas dos inyecciones fueron practicadas en la parte superior é interna de los muslos.

Al día siguiente, la enferma aquejaba pesadez general, cansancio, calor y sed, debidos á la fiebre de 38° que tenía por la mañana, y se advirtió, en una zona de 3 á 4 centímetros de circunferencia del punto de la inyección, la presencia de una erupción eritematosa que rápidamente, en veinticuatro horas, se extendió á todo el cuerpo y cara con todo el aspecto de sarampión, según fué diagnosticado por un médico eminente de la corte que la visitó en aquellos días, cosa no rara, toda vez que existía entonces en Madrid una epidemia morbilosa.

El día 5 de Junio volví á inyectarle 5 c. c. en mi casa; no ocurrió novedad; nada de olor nasal.

Día 8.—Inyección de 6 c. c. en su casa.

Esta inyección la produjo ligera fiebre (38°) y un poco de infarto doloroso en la picadura, que desapareció con pomada de belladona en veinticuatro horas. No hay olor nasal, á pesar de hallarse la enferma en el período menstrual y de ir disminuyendo paulatinamente los simples lavados de agua templada salada á que la tenía sometida.

Por el examen objetivo aprecié algo infartada la mucosa nasal, la que estaba además roja, húmeda y con escasísimas costras muy blandas, cubiertas de mucho moco.

Día 10 de Junio.—Inyección en su casa de 8 c. c.; no ocurrió nada de particular.

Día 12.—Inyección en su casa de 9 c. c.

Día 14.—Idem, id. de 10 id.

No hay olor, ni apenas se ven costras, á pesar de no haberse lavado.

En este día hube de suspender el tratamiento por tener que salir para mi balneario.

Durante todo el verano la enferma ha estado sometida únicamente á simples lavados diarios de agua templada salada, habiendo hecho uso además de las aguas minerales de La Toja.

A mi vuelta á Madrid la he encontrado en la situación en que la dejé, con algunas costras más, pero blandas, cubiertas de moco, y notando algo de olor nasal tan sólo los dos ó tres días del período menstrual.

El día 7 de Octubre hemos comenzado las inyecciones con 4 c. c. de suero, que fueron practicadas en su casa estando en cama la enferma, sin que se haya notado cosa alguna de particular, ni general, ni local.

El día 14 se repitió, de 6 c. c.; no se observó nada de particular en su estado general; no hay olor ni sequedad intranasal.

El 21 del mismo mes otra de 6 c. c. Estas últimas inyecciones se practicaron á las nueve de la mañana. En este día tuvo, á la una, después de comer, algunos mareos, que duraron poco, sin llegar á desvanecerse. Pasó bien la noche, sin más accidentes; nada de olor ni de sequedad, etc.

El 26 nueva inyección de 6 c. c., que determinó una hiperhemia acompañada de hipersecreción nasal como de un coriza agudo; no hay olor ni costras.

De este modo continuó mejorando en su afecto local, hasta que el 16 de Noviembre la di de alta por no haber observado en sus fosas nasales ni olor, ni costras, ni el aspecto atrófico y escleroso de su mucosa. Hoy día de la fecha sigue en el mismo estado de curación.

Observación segunda.—Señorita L. de O., de diez y siete años, de San Sebastián. Rinitis atrófica fétida doble con gran producción de costras y olor excesivo.

El día 26 de Junio se la dió la primera inyección de suero Llorente á dosis de 4 c. c.

Día 27.—No se observa ninguna novedad local ni general.

Día 28.—Segunda inyección por la noche de 5 c. c. de suero.

Día 29.—Nada de particular, sino el *haber desaparecido la fetidez nasal*.

Día 30.—Tercera inyección con 6 c. c. de suero.

Día 1.º de Julio.—Sigue sin novedad y sin fetidez nasal.

Día 2.—Cuarta inyección con 7 c. c. de suero. Apréciase en este día la aparición de una erupción eritematosa en la piel del bajo vientre, de ingle á ingule, por lo que la inyección se la hace en el muslo derecho.

Día 3.—Continúa en el mismo estado la erupción del bajo vientre y se presenta también muy intensa en el muslo, sitio de la inyección hecha ayer. Adviértese algo de olor nasal.

Día 4.—La erupción se ha hecho general, extendiéndose á todo el cuerpo, menos á la cara. Ha desaparecido en absoluto el ligero olor nasal de ayer.

Día 5.—Continúa la erupción extendida por todo el cuerpo, si bien con tendencia á disminuir; no hay olor.

Día 6.—Va descendiendo la erupción en las partes superiores, pero es todavía muy viva y grande la inflamación de las piernas. A última hora de la noche de ayer tuvo un pequeño movimiento febril, alcanzando la cifra de 38°,2 y 97 pulsaciones.

Día 7.—Sigue el descenso de la erupción; no hay olor.

Día 8.—Sólo en las piernas es donde todavía se nota la erupción, que también va desapareciendo. Continúa sin ninguna fetidez nasal á pesar de no hacerse ningún lavado en estos días.

Día 9.—Ha desaparecido en absoluto la erupción. No se la repite la inyección por haberse presentando el período menstrual. No hay olor.

Día 10.—Sigue bien. Ligero olor nasal que recuerda algo el del ozena.

Día 11.—Lo mismo.

Día 12.—Sin olor nasal.

Día 13.—Inyección de 4 c. c. de suero.

Día 14.—Grandes vértigos que la obligan á guardar cama durante todo el día. No hay olor.

Día 15.—Desaparecidos los vértigos, ha podido levantarse sin ninguna novedad. Sin olor.

Día 16.—Sin novedad general ni olor.

Día 17.—Idem, id.

Día 18.—Nueva inyección con 6 c. c. de suero. Sin novedad. Primera inyección que se hace por la mañana en ayunas, pues las anteriores se habían practicado por la noche, á última hora.

Día 19.—Sin novedad y sin olor.

Día 20.—Idem, id.

Día 21.—Inyección con 5 c. c. de suero. Continúa bien.

Días 22 y 23.—Sin novedad y sin olor.

Día 24.—Inyección de 7 c. c. Nada de particular mención.

Días 25 y 26.—Sin novedad.

Día 27.—Inyección de 8 c. c. de suero. Sin novedad ni olor.

Días 28 y 29.—Idem, id., y sin formación de costras en las fosas nasales. Apréciase la mucosa nasal ligeramente edematosa y húmeda.

Día 30.—Inyección de 9 c. c. Sin novedad.

Día 31.—Sin novedad.

Día 1.º de Agosto.—Idem, id.

Día 2.—Idem.

Día 3.—Inyección con 10 c. c. de suero.

Día 4 y 5.—Sin novedad.

Día 6.—Inyección con 2 c. c. Sin novedad.

Días 7 y 8.—Sin novedad.

Día 9.—Aparece el período menstrual. No se observa alteración en el estado general. Sin olor.

Días 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 y 17.—Sin novedad.

Día 18.—Inyección con 8 c. c. Sin novedad.

Días 19 y 20.—Perfectamente.

Día 21.—Inyección con 10 c. c. Sin novedad.

Días 22, 23, 24 y 25.—Sin novedad.

Reconocidas en este último día las fosas nasales, se apreciaron sin costras y la mucosa hiperhemiada y húmeda. No hay olor nasal.

Día 26.—Inyección de 6 c. c. (Tercera serie de inyecciones.) Sin novedad.

Día 27.—Continúa bien.

Día 28.—Inyección de 6 c. c. Sin novedad.

Días 29 y 30.—Sigue bien.

Día 31.—Inyección de 4 c. c. Sin novedad.

Día 1.º de Septiembre.—Sin novedad.

Día 2.—Inyección de 6 c. c. Sin novedad.

Día 4.—Se la presenta el período menstrual. Continúa bien, sin olor y sin costras nasales.

Durante todos estos días, sólo se practicó en la enferma una ligera irrigación nasal por la mañana, á título de *spray*, con agua ligeramente templada, salada.

Días 5 y 6.—Sin novedad y sin olor.

Día 7.—En el sitio correspondiente á la última inyección se ha presentado un flegmón con tendencia supurativa.

Día 8.—Se ha abierto espontáneamente el flegmón, dando salida á regular cantidad de pus por la misma picadura de la aguja sin necesidad de abrirlo con el bisturí.

Día 9.—No supura el absceso ni hay olor nasal.

Día 10.—Curado por completo el absceso. Sigue sin olor á pesar de llevar tres días sin lavado nasal.

Día 11.—Continúa bien.

Día 12.—Inyección de 6 c. c. de suero. Esta inyección produjo vértigo, sofocación y gran irritación local, obligando á la enferma á guardar cama.

Día 13.—Se encuentra perfectamente bien la enferma.

Día 14.—Idem.

Día 15.—Inyección con 8 c. c. de suero. Produjo igualmente vértigos y sofocación, gran irritación local con inflamación de los tejidos próximos á la puntura y fiebre de 38°,5.

Día 16.—Está mejor; la inflamación ha cedido mucho y no hay fiebre. Continúa en la cama.

Día 17.—Está bien y se levanta. No hay olor, siendo el tercer día que no se lava.

Día 18.—Está bien. Sale á la calle.

Días 19, 20 y 21.—Sin novedad.

Día 22.—Al reconocimiento aparecen: la fosa nasal derecha completamente bien, habiéndose modificado la mucosa, que se presenta sin costras ni moco conglutinado, con coloración normal y sin

el aspecto atrófico y escleroso. En la izquierda quedan algunos puntos muy limitados de atrofia y algo de moco glutinoso en la porción olfatoria. Faringe nasal ligeramente seca, pero sin resquebrajamiento ni costras y con islotes diseminados en su centro de exudación espesa y blanca. Persiste la ausencia de olor nasal, á pesar de no lavarse la enferma las fosas nasales.

Estado general excelente.

Además de estas dos observaciones referidas, cuento con cinco más en un todo análogas, que no refiero por faltar el tiempo (1), de las cuales dos han quedado incompletas por haber desaparecido de la consulta los enfermos una vez obtenida una mejoría manifiesta.

Aun cuando en terapéutica, en opinión nuestra, los mejores razonamientos deben fundarse siempre en los hechos clínicos, esto no obstante surge como de necesidad la explicación más ó menos satisfactoria de estos mismos hechos.

Y la explicación podría basarse acaso, en la acción que el suero antidiftérico ejerce sobre el bacilo de Löffler, y en su consecuencia sobre el del ozena, de morfología parecida al menos al diftérico, así como está demostrada la acción de las inyecciones subcutáneas de agua salada, de caldos, de suero de sangre normal, etc., en diferentes afecciones infecciosas, y Ziemssen ha comprobado los excelentes resultados de las inyecciones hipodérmicas de sangre desfibrinada en las anemias perniciosas.

¿De qué manera ejercen su acción en el organismo enfermo los sueros terapéuticos? He aquí lo que dice á este propósito el Dr. Roger (*Le Progrès Médical* y *El Siglo Médico* correspondiente al 11 de Octubre de 1896): "Es difícil dar una explicación del modo de obrar de los sueros. Desde hace largo tiempo se conocían las propiedades bactericidas del suero de la sangre. Se ha comprobado, de una manera indudable, que estas propiedades estaban aumentadas en los animales vacunados. Los sueros modifican, además, la morfología de los microbios, y tienen sobre ellos una acción curiosa que consiste en aglomerarlos, en obligarlos á *aglutinarse*,

(1) Hoy día de la fecha, 20 de Enero de 1897, asciende á veintisiete el número de mis observaciones personales, habiendo obtenido en todas ellas, con ligeras variantes, un éxito parecido.

quizá bajo la influencia de una sustancia especial hipotética que Gruber designa con los nombres de *glabrina* y de *glabricina*. Esta sustancia modificaría el microbio y le haría permeable á las alejinas, sustancias no específicas, bactericidas, que podrían llexionar el protoplasma bacteridiano. La calefacción á 70° haría desaparecer estas propiedades de los sueros. Pfeiffer explica la destrucción de los bacilos vírgulas inyectados en el peritoneo de las *cobayas* vacunadas por la acción bactericida de los productos segregados por las células de la serosa. Metchnikoff no niega el fenómeno observado por Pfeiffer, pero le atribuye á la acción de los principios escapados de los leucocitos muertos. De cualquier modo que sea, el suero tiene una acción manifiesta sobre las funciones del microbio, cuya virulencia atenúa. Solamente sobre los microbios de virulencia atenuada, cuando los humores de la sangre han producido una modificación suficiente del microbio, es cuando los leucocitos pueden intervenir y dar razón de esto último por la fagocitosis. Se ha emitido también la hipótesis del estímulo de los fagocitos por el suero vacuno.

“La *propiedad antitóxica de los sueros* es aún más difícil de explicar. Behring consideraba la antitoxina como un neutralizante simple de la toxina, como, por ejemplo, la base neutraliza el ácido; pero está demostrado (Büchner) que este fenómeno no es real, que la antitoxina no obra sobre la toxina, sino sobre el organismo mismo, poniendo las células en un estado que les impide ser influidas por las toxinas.,”

Como en todo tratamiento sueroterápico, hanse observado por Gradenigo (y yo mismo los he comprobado bastantes veces en mis ozenosos sometidos á este medio terapéutico) accidentes de mayor ó menor importancia, que importa conocer.

Sabido es que, según el mismo Dr. Roger citado, pueden consistir los accidentes imputables á la sueroterapia en *manifestaciones cutáneas*. “Entre estas manifestaciones los abscesos no se observan sino con el suero antiestreptocóccico procedente de animales inmunizados por medio de cultivos vivos; se podrá evitar estos accidentes filtrando el suero á través de una bujía de porcelana y sacando al animal inmunizado la sangre más largo tiempo después de

la última inoculación de cultivo vivo. Los exantemas no son raros; consisten en eritemas polimorfos, escarlatiniformes, roseoliformes ó urticarios.

„Se han señalado *artropatias* con edema al nivel de los pies y de las manos. Como trastornos generales, Variot ha insistido en la fiebre. Las modificaciones de la orina bajo la influencia del suero son más importantes. Además de la poliuria, la disminución de los cloruros, el aumento de la urea y de los fosfatos que se observa después de todas las inyecciones de suero hasta artificiales, se ha comprobado muchas veces albúmina, hemorragias, verdaderas nefritis.

„Algunos han querido atribuir estos accidentes á una infección secundaria; otros han pretendido que el suero despertaba una afeción latente ó antigua de los riñones. Generalmente, estos accidentes post-sueroterápicos no son muy graves; sin embargo, han podido alarmar muchas veces. Además se han observado hemorragias generalizadas debidas á una modificación de la sangre. Zagari y Calabrer han notado una disminución de las hematíes y de su riqueza en hemoglobina. Las diarreas disintéricas, las adenopatías, las tumefacciones del bazo, los trastornos cardíacos se han manifestado muchas veces. Estos accidentes son excepcionales, no rectifican en nada el valor del método; en lugar de producirse por la influencia de la antitoxina, resultan del suero mismo. Sevestre las atribuye á infecciones estreptocóccicas secundarias; la mayoría se inclinan á recriminar las materias albuminoideas del suero.

Entre mis siete casos motivo de esta comunicación y los varios que en la actualidad tengo sometidos al tratamiento sueroterápico, he podido apreciar los dos casos de *roseola* mencionados en mis dos observaciones referidas: infartos del tejido celular comprendido en la zona de punción, en uno de cuyos enfermos (observación segunda de las citadas en detalle) dió lugar á la formación de un absceso, que supuró sin consecuencias graves; edemas ligeros locales próximos al sitio de la punción; fiebre, á veces bastante elevada y sostenida, sobre todo en los individuos con alguna lesión incipiente ó poco manifiesta de tuberculosis pulmonar, en los que presentaban pobreza orgánica general y antecedentes individuales ó de herencia sospechosos de esta enfermedad infecciosa; mareos; de-

bilidad general; inapetencia y pérdida de fuerzas, etc., fenómenos, los últimos, que desaparecen pronto suspendiendo durante unos días el tratamiento y sometiendo al enfermo á un régimen tónico.

Lo que no he observado todavía son alteraciones de la orina, ni de los órganos del aparato urinario.

En una enferma de diez y siete años, escrofulosa, anémica, semi-rraquítica, hube de suspender el tratamiento sin conseguir ninguna resultado, después de tres inyecciones de 4 c. c., excepción hecha de la desaparición del mal olor, á causa de la intensidad y frecuencia de los mareos, pérdida del apetito y de fuerzas, y palidez mar mórea.

El número de inyecciones ha oscilado en mis enfermos entre 4 y 27; y las cantidades de suero en cada inyección, entre 4 y 10 c. c.

En cuanto á la marcha de los fenómenos locales de mejoría, inicianse *constantemente* por la desaparición del mal olor, siguiendo, por lo regular, en orden de sucesión, el infarto y edema de la mucosa de los cornetes, preferentemente en las porciones salientes de aquéllos; el aumento de secreción; la fluidificación de ésta; la disminución del exudado nasal y su costrosidad; la desaparición de la sequedad del *cavum naso-faringeo*, por formación de islotes centrales, más ó menos diseminados y mayores ó menores, con secreción glutinosa al principio, y más tarde parecida á la de la faringitis exudativa; y, por último, la extensión á la faringe oral (la última que recoge los beneficios del tratamiento y por lo tanto, la que más resiste) del proceso hiperhémico y exudativo iniciado en la mucosa nasal y continuado por la de la cavidad naso-faríngea.

Durante el tratamiento, *sólo empleo* ligeras *inyecciones* nasales de agua templada un poco salada —jamás duchas— por la mañana, con una pera de goma ordinaria, y en cantidades no excesivas, á título de *spray* nasal.

Ahora bien, de mis observaciones clínicas referentes al asunto, creo poder deducir *provisionalmente*:

1.º Que hasta el actual momento, constituye éste el medio terapéutico que más positivos resultados dá en el ozena.

2.º Que semejante éxito se revela subjetivamente por la desaparición del olor nasal, á partir de la segunda ó tercera inyección

de 4 ó 6 c. c. de suero recientemente obtenido y practicada con todas las reglas posibles de la asepsia y antisepsia; y objetivamente por la falta de sequedad en las fosas nasales con disminución de las costras y aumento de la secreción nasal fluida.

3.º Que, objetivamente, se advierte cambio de la coloración de la mucosa, la cual se manifiesta más sonrosada, algún tanto húmeda, y como ligeramente infartada é hiperhemiada.

4.º Que las costras se hacen menos duras, secas y extensas, aumentando en fluidez á medida que se avanza en el número y dosis de las inyecciones.

5.º Que la cantidad de 10 c. c. propuesta por Gradenigo no está exenta de peligros, y si se me apura, aun á menores dosis, por cuya razón conviene practicarlas en proporciones crecientes, sí, pero con la prudencia y reserva consiguientes.

Y 6.º Que no considero exento de inconvenientes y peligros el tratamiento en cuestión, pero que en cambio, es el que más positivos resultados ofrece, al parecer, por cuyo motivo conviene continuar su ensayo y estudio minuciosos.

DISCUSION

El **Dr. Castañeda** (de San Sebastián). Aludido por mi compañero el Dr. Compaired, y por haber intervenido en uno de los casos que dicho señor ha citado, felicito á su señoría por los buenos deseos que tiene en la investigación del tratamiento de una enfermedad en la que, como suele decirse, nos encontramos sin más medios de defensa que los paliativos. Efectivamente, el ozena es una enfermedad que se halla en litigio, respecto á su naturaleza intrínseca.

Como ha dicho muy bien su señoría, Löwenberg y Abeli encontraron diplo-bacilos encapsulados, y posteriormente Belfanti y De la Vedova han apreciado también un bacilo, basándose en mi concepto en esto, y en que si la difteria se curaba por el suero Roux, que todas las enfermedades cuyo origen fuera debido á un bacilo algún tanto semejante con el de Loeffler, podían ser tratadas por este método, y al efecto emplearon el suero citado.

Se han publicado algunas observaciones, pero como este asunto se encuentra en sus comienzos, nada puede consignarse de una manera

definitiva, puesto que de estas observaciones se desprende que ha habido treinta y dos enfermos tratados por Belfanti y De la Vedova, quienes han conseguido la desaparición de costras y el olor, y en algunos una mejoría, existiendo, por otra parte también, las observaciones de Gradenigo, á que ha hecho referencia su señoría en veinticuatro casos. Este autor sólo establece la curación en dos, con nueve mejorías, y de los restantes no hace mención de ellos. Posteriormente he leído que los doctores Artal y Caterina han hecho experimentos, de los cuales ha resultado que la acción del suero es beneficiosa, porque, como ha dicho muy bien el Dr. Compaired, se nota disminución de las costras, así como del olor nasal y cierta tumefacción de la mucosa de los cornetes.

Sin embargo, añaden los últimos autores citados, que con el tiempo han vuelto á presentarse aquellos síntomas, y, por lo tanto, la enfermedad ha vuelto á su primitivo estado.

Yo no tengo observaciones personales á que referirme, porque no he intervenido nada más que en un caso. El enfermo á que me refiero, quien tenía un ozena característico, no le había vuelto á ver hasta que el Dr. Compaired lo ha tratado. La última vez que lo ví, observé que la mucosa de los cornetes estaba húmeda y falta de costras, y yo aconsejé al padre de la enferma que ésta me hiciese el obsequio de suspender toda irrigación, con objeto de establecer una más exacta comparación. Así lo verificaron, y á los pocos días pude comprobar que aún existía la transparencia de los cornetes, y que si bien había algunas costras, eran muy insignificantes y finas; por lo que considero este caso como una verdadera mejoría del ozena, aunque no de curación definitiva. De todos modos, como todavía está la cuestión en litigio, considero sumamente laudables las observaciones del Dr. Compaired, si bien merecedoras de un estudio clínico perseverante.

Yo me atrevería ahora á entrar en algunas consideraciones, que por ser más, no les doy importancia: los ozenosos, dice Gradenigo, son, ó descendientes de tuberculosos, ó descendientes de sífilíticos, ó no pertenecer ni á uno ni á otro tipo, en cuyo último caso no sabemos su naturaleza. Pues bien; con estas tres distinciones, ¿puede tratarse á los ozenosos tuberculosos, ó descendientes de tuberculosos, por la acción del suero Roux? Ya sabemos que la tuberculina de Koch, aunque no dió los resultados que de ella se esperaban, viene á ser un medio de comprobación de la tuberculosis local. Pues bien: ¿es fácil que en estos enfermos tuberculosos, el suero antidiftérico venga á hacer una manifestación local, produciendo una mejoría transitoria? Yo someto esta opinión al

Congreso; pero de todas maneras, quiero que conste, que en el único caso que he visto tratado por el Dr. Compaired, he notado una gran mejoría, y aunque yo no soy optimista ni excéptico en semejante cuestión, creo, sin embargo, que debemos contribuir á investigaciones de tal importancia, tratándose de una enfermedad tan rebelde.

El Dr. Fornes: No tengo experiencia personal alguna, respecto del tratamiento del ozena por el suero antidiftérico, á pesar de tener vehementísimos deseos de probar este nuevo tratamiento; empero no me han animado á ensayarlo los resultados que, según he leído, obtuvo Gradenigo. Creo que está por reconocer la verdadera naturaleza del ozena, y que muchos de los casos son dependientes de estados constitucionales ó de lesiones tróficas locales, por formaciones de tejido fibroso que aprisiona el tejido cavernoso nasal, y lo va restringiendo, llegando á producir una verdadera esclerosis de la mucosa. No he tenido tampoco ocasión de comprobar la bacteriología del ozena, y debo manifestar que respecto á los casos sometidos á la consideración del Congreso por el doctor Compaired, deploro con toda mi alma, que habiendo contado con la cooperación eficaz del Instituto Microbiológico de Madrid, se haya procedido al empleo terapéutico del suero antidiftérico, sin haber efectuado simultáneamente una serie de investigaciones acerca de la bacteriología de los enfermos de que se trataba. Como creo que ha habido tiempo desde la primera inyección hasta hoy, podían haberse efectuado sobradamente pruebas y contrapruebas acerca de la naturaleza del microorganismo ozenoso, de lo cual nada se ha dicho.

Felicito al Dr. Compaired de que haya sido tan afortunado en los casos que nos ha referido, puesto que ha obtenido en siete casos dos curaciones, cuando Gradenigo no consigna más que dos curaciones entre veinticuatro, después de dos meses y pico de ensayos y de muchas inyecciones.

Esto de decir que hemos curado un ozenoso, porque no hay costras, es una cosa que la hemos visto todos los días y la estamos viendo al principio con casi todos los tratamientos; pero lo que no sabemos, es en qué condiciones se volverán á encontrar tales enfermos cuando pase algún tiempo.

Yo creo que cuando el ozena llega á constituir un proceso atrófico, aun á despecho de hacer desaparecer el bacilo diftérico, si es la causa, lo cual sería la mejor manera de obrar el suero antidiftérico, lo más que se consigue es inutilizar el campo de la mucosa nasal para la acción morbosa local del bacilo diftérico; mas opino que en el ozena no se

trata sólo de hacer desaparecer una ulceración, ni la fetidez de la nariz por unos días, lo que he conseguido en algunos casos por la irrigación, y en otros por varios tratamientos, sino que debe aspirarse á que el tejido cavernoso vuelva á su estado fisiológico y la mucosa recobre su textura y funciones normales, por lo cual no considero, hoy por hoy, el tratamiento propuesto por el Dr. Compaired como un remedio efectivo y absoluto del ozena.

El Dr. Compaired: Al felicitar á los doctores Castañeda y Forns, se congratula de ver á dichos señores emitir ideas y conceptos que corroboran los sustentados por él en su comunicación, referentes al estado de litigio ó de estudio de la cuestion batallona del tratamiento del ozena, por más que admiten con él, asimismo, sobre todo el Dr. Castañeda, con conocimiento de causa, que hasta el momento presente el tratamiento suero-terápico del ozena es el único que preferentemente proporciona curaciones, ó al menos, mejorías manifiestas y duraderas.

Advierte al Dr. Forns, que el estudio bacteriológico lo está haciendo en unión del Dr. Llorente en el Instituto Microbiológico, pero que deseando llevarlo á cabo con profusión de detalles de todo género, y no hallándose todavía ultimado, es por lo que no ha presentado, juntamente con su comunicación, ni preparaciones bacteriológicas, cultivos, gráficas del estado y número de bacilos en cada caso patológico, etc., etc., que reserva para más adelante.

Le extraña afirme el Dr. Forns haya visto y vea á menudo ozenosos que, aun no haciéndose lavados en varios días, no se les advierta el menor olor nasal, pues considera este síntoma, en los sujetos con *ozena clásico*, como el más constante y más difícil de combatir, se emplee el tratamiento, procedimiento y medio que se quiera, excepción hecha, en los momentos presentes, del tratamiento suero-terápico de que se ocupa. Y si el Dr. Forns, añade, consigue algunas veces dominar en parte ó en todo ese mal olor, pesadilla de enfermos y de sus familias, con cualquiera de los innumerables desinfectantes ó desodorantes propuestos y desacreditados al instante, será de una manera *tan temporal*, que no merecerá la pena de considerarle como un hecho terapéutico. En cambio, continúa, ved cómo este tratamiento suero-terápico es lo primero que hace desaparecer; pero de una manera verdad, desde la segunda ó tercera inyección, sosteniéndose aun en situaciones como durante el período menstrual, estados febriles, *lapsus* de tiempo transcurridos sin practicar ningún lavado nasal á título de *spray*, etc., etc.

...En suma, considera el asunto digno de la atención del Congreso, y de que se continúe su estudio en los terrenos clínico y bacteriológico, como se propone hacerlo, ó mejor, como continúa verificándolo, toda vez que tiene en tratamiento en la actualidad numerosos casos, tanto de su clínica particular, cuanto de las clínicas oto-rino-laringológicas públicas por él dirigidas en la POLÍCLINICA CERVERA y en el REFUGIO.

El **Dr. Botey**: Aporta, dice, su pequeño contingente para las observaciones de que se trata. ¿Quién no ha tratado ozenosos? Son precisamente el pan nuestro de cada día y la pesadilla de todos los rinólogos. Afirma que principió por tratarlos con los lavados, después con la electrolisis, luego con la electrolisis cúprica de Val, y ha empleado además otros tratamientos que ha visto escritos en algunas revistas, con la buena intención de ver si podía curar tan repugnante enfermedad; y con efecto, añade, no he conseguido nada, porque cada día se fundaban ilusiones nuevas, y al día siguiente teníamos desconfianza absoluta y excepticismo completo.

Cree que en las rinitis atróficas, ora porque se trata de un proceso especial de afecciones sifilíticas hereditarias tardías, ó por lo que fuere, el caso es que hay una manera de ser en el esqueleto de la fosa nasal, á tal punto, que opina con Zaufal que los ozenosos lo son por herencia; es decir, que si no se hereda la enfermedad, por lo menos se hereda la forma de esqueleto de las fosas nasales, y por más que se ha dicho que hay dos períodos en esta afección, que son las rinitis hipertróficas y después las consecutivas, manifiesta que nunca las ha observado.

Dice no ha visto nunca el primer período. Fundándose exclusivamente en la clínica, afirma que los ozenosos se caracterizan por tener los cornetes pequeños y las fosas nasales demasiado amplias. En tales condiciones, es claro que no pueden realizarse en el enfermo las condiciones de humedad y de calor indispensables, no ya tratándose de individuos escrofulosos—porque todos lo somos cuando niños—sino de otros sujetos. En otros términos, prosigue, cuando la mucosa nasal no ofrece resistencia alguna, constituye un terreno apropiado para el cultivo del bacilo de Löffler, el cual encuentra magníficas condiciones de terreno, cual ocurre con la semilla que cae al azar, por cuyo motivo cree es una cosa accidental el encontrar ese bacilo encapsulado espiral, parecido al de la neumonía.

Para él, la causa del ozena reside principalmente en la demasiada amplitud de la fosa nasal, y el ser la mucosa toda ella más delgada, y, por lo tanto, pueden las glándulas irse atrofiando hasta el punto de so-

brevener una degeneración grasosa, y ésta producir la descomposición de los exudados.

Considera, además, digno de tener en cuenta, que la amplitud de las fosas nasales hace que la corriente de aire sea más débil, y no pueda, por lo tanto, expulsar las mucosidades.

Siendo la terapéutica impotente para curar esta enfermedad, por ignorarse la causa, no queda otro recurso que el tratamiento paliativo. De todos ellos los que dan mejores resultados son, en primer lugar, los lavados clásicos, y hasta rutinarios, y los tapones de Gosttein, á lo largo del cornete inferior que los enfermos aprenden á colocarse perfectamente, los cuales convierten las fosas nasales en una fosa más pequeña.

Para evitar que las secreciones se sequen en el interior nasal, considera como el mejor remedio las pulverizaciones oleosas, con un pulverizador apropiado, bien de mentol, ya con timol. Al efecto, embadurnando el aceite la mucosa, hace que la evaporación sea lo menor posible; y por otra parte, el timol irrita y escita las secreciones.

En una palabra; cree que con los tapones y las irrigaciones hechas con una substancia oleosa, se modifican los malos efectos del ozena mejor que con ningún otro tratamiento.

El Sr. González Campos: Cree que el escrofulismo es una enfermedad, ó mejor dicho, una diátesis, de modo que si todos fuéramos escrofulosos, este sería el estado normal de los niños. El escrofulismo es distinto del linfatismo, y nada tiene que ver que en la infancia exista incremento del sistema linfático para que uno sea distinto al otro.

Respecto á los tapones de Gosttein le parece muy molesta y dolorosa su aplicación, considerándolos además completamente ineficaces.

Sólo darán resultado, dice, en los enfermos que puedan resistirlos; pero una vez que se quiten, cree no han de persistir los buenos resultados que pudieran obtenerse.

El Sr. Compaired: Advierte una inconsecuencia en el Dr. Botey, toda vez que habiendo comenzado por sustentar la opinión de que el ozena no es un proceso morbosos local que se halle bajo la dependencia de un proceso general, viene después á manifestar rotunda y claramente que ha obtenido curaciones y mejorías con el tratamiento local. Es por considerar de la última manera la enfermedad en cuestión, por lo que está conforme con Granedigo y Belfanti, cuando dicen estos autores que por ser una enfermedad *totius substantie* no puede curarse sino á beneficio de un tratamiento general como el del suero.

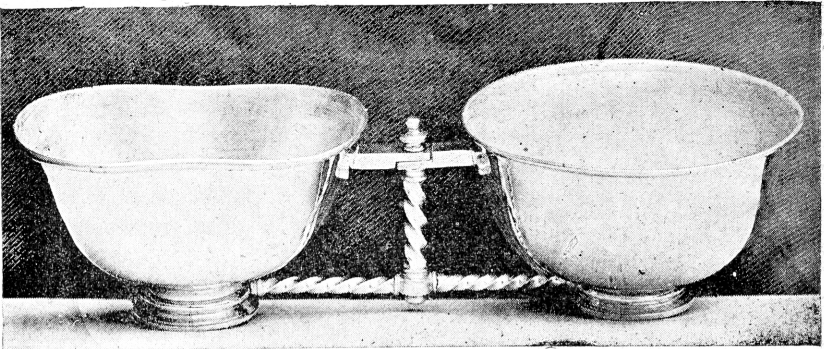
Respecto á los tapones de Gostttein le parecen molestos y de ninguna utilidad terapéutica.

Se extraña que, dada la vasta ilustración del Dr. Botey bajo todos sus conceptos clínicos, venga á sustentar ahora la opinión de Zaufal que cree dependiente el ozena de tener narices anchas y chatas, doctrina perfectamente olvidada y combatida por los hechos clínicos y por los trabajos—entre otros—de Massei, pues entonces tendría que resultar que todos los que tienen las narices perfectamente conservadas y bien dispuestas, se hallarían exentas de padecer el ozena. (El Dr. Botey: He querido manifestar que es predisponente la causa, pero no ocasional, y que el terreno es favorable.) En tal caso, contestó el Dr. Compaired, no tengo más que decir.

RECIPIENTE AURICULAR

por el Dr. Lope Carralero

Como su nombre lo indica, es un aparato destinado á contener y recibir los diferentes líquidos que se emplean en la práctica otológica para hacer la irrigación auricular.



Consta de dos receptáculos unidos, que se pueden separar á voluntad; el uno se utiliza para contener el líquido que ha de servir para la irrigación, y el otro para recibirle cuando sale por el con-

ducto auditivo externo impregnado ó mezclado con las impurezas que recoge en el oído enfermo.

El mismo paciente sostiene el aparato durante la irrigación, colocando el receptáculo que está escotado ligeramente en sus dos caras laterales, inmediatamente debajo del pabellón de la oreja, el cual se adapta con exactitud á esta región, merced á las escotaduras indicadas, recogiendo todo el líquido sin que se vierta nada, y evitando de este modo la colocación del orellón que hasta ahora se viene usando con igual objeto.

En los niños es en donde este aparato es más útil, pues dada su indocilidad se hace difícil colocarles el orellón y cualquier otro recipiente que no sea de esta forma; con el nuestro se hace bien la irrigación sujetando un ayudante con una mano la cabeza del enfermito, y con la otra el recipiente en la forma que dejamos enunciado.

En resumen, el recipiente auricular que tenemos el honor de presentar á este Congreso, es, como se ve, un aparato sencillo, pero creo ha de ser cómodo y de utilidad para el objeto que se destina.

DISCUSIÓN

Dr. Compaired: Felicita al Dr. Carralero por su invención. Cree que es un poco pesado y quizá resulte costoso, y que si se obviasen estos inconvenientes podría aplicarse, más que á la clínica pública, á la privada.

Dr. Forns: Felicita al exponente y participa como éste de la opinión de que no puede aplicarse en muchos casos porque es alterado por muchas soluciones antisépticas, y en particular por el sublimado, de uso tan común. Cree que esto podría obviarse fabricándolos de caucho, y propone que añada al vaso que contiene la solución antiséptica una especie de cobertera con agujeros, en los cuales se coloquen, para que se vayan cargando de líquido, las peras de goma después de vacías; innovación ésta que ha adoptado desde que la vió usar en Barcelona al Dr. Suñé.

El **Dr. Carralero:** Reconoce que sería preferible de caucho, y no considera importante la modificación que propone el Sr. Forns.

OTITIS MEDIA SUPURADA EN LOS NIÑOS

SU REBELDÍA, CAUSAS QUE DETERMINAN ÉSTA

Y MODO DE CORREGIRLAS

por el Dr. Carralero.

De las afecciones auriculares en los niños, ninguna es tan frecuente como la timpanitis supurada; pues podemos asegurar que el 60 por 100 de los niños enfermos de los oídos, padecen procesos sépticos supurados de la caja del tambor, como lo demuestran las estadísticas de las clínicas otológicas (1).

Si este padecimiento es tan común en las primeras edades de la vida, y entraña, como saben muy bien mis ilustrados colegas, suma gravedad, no sólo para la función auditiva, sino para la vida del paciente en la primera infancia, es natural que se hayan puesto en acción todos cuantos medios aconseja la práctica otológica, para corregir lo más pronto posible una afección que puede dar origen á tan graves complicaciones como son: la propagación séptica á los órganos intracraneales por la fácil comunicación vascular que existe en el niño, entre la caja y aquéllos, y la casi continuidad de tejidos entre la mucosa de la pared superior del tímpano y la dura madre por la sutura petro-escamosa, como todos sabéis, al absceso mastoideo intra y extracavitario, y á todas las demás complicaciones que no cito por no ofender vuestra ilustración.

No he de ocuparme en esta comunicación de las distintas variedades de otitis medias supuradas, ni del cuadro sintomatológico que á cada una corresponda, pues me concretaré á demostrar su rebeldía y el modo de corregir las causas que originan ésta, en cuanto me sea posible, basado en lo que nos enseña la práctica.

Desgraciadamente, aun cuando se empleen todos cuantos medios posee hoy la otiátrica moderna, basados en la etiología y pa-

(1) Al ocuparme de las causas se verá demostrada la razón de esta frecuencia.

togenia de esta otopatía, no se consigue siempre corregirla con la prontitud y eficacia que su importancia y gravedad reclaman, pues á veces presenta una tenacidad y rebeldía que son la desesperación del otólogo, y el cansancio y desconfianza de la familia del paciente, al ver prolongarse por meses y aun años, con intermitencias variables en algunos casos, un padecimiento que en su sentir debía ser de fácil curación, y suelen achacarlo á impericia del especialista.

Las causas más poderosas que determinan la rebeldía para la curación de las otitis medias supuradas en los niños, son: generales unas, locales otras. Entre las primeras podemos colocar en primer orden las condiciones anatómicas y fisiológicas del organismo infantil, que le hacen más vulnerable, más accesible á la penetración de los microorganismos patógenos, y más sensible á la acción de los demás medios cósmicos que al del adulto, pues todos sabéis el predominio que existe, en general, en el niño, del sistema vascular linfático y órganos hematopoyéticos, y la posibilidad de que traspasando los límites fisiológicos el funcionalismo de este sistema, se convierta en oportunidad morbosa, creando esos estados que se conocen con el nombre de linfatismo, que son la preparación del terreno para el desarrollo del escrofulismo, cuyas primeras manifestaciones patológicas aparecen en la piel y mucosas con un sello distintivo estudiado por Wirchow con el nombre de vulnerabilidad exagerada y tenacidad en la piel y mucosas para las lesiones inflamatorias, que no ceden á los medios ordinarios y se hacen pertinaces. La razón anatómica de esta vulnerabilidad está demostrada (1).

Si estas lesiones en la piel y mucosas son tan fáciles y frecuentes en el niño por las razones anatomo-fisiológicas expuestas, y presentan ese sello de tenacidad para su curación, tenemos explicada la razón del por qué de esa rebeldía en las otitis medias supuradas en aquellos que se encuentran bajo la influencia del linfatismo ó es-

(1) La razón anatómica de esta vulnerabilidad y tenacidad se encuentra magistralmente descrita en la comunicación presentada al Congreso Ginecológico y Pediátrico Español del 88. por el Dr. González Alvarez. "Origen y causa del escrofulismo y su profilaxis „

crofulismo, mientras no se modifique este estado general con los medios higiénicos y farmacológicos apropiados.

Las fiebres eruptivas, viruela, sarampión, escarlatina, etc., con sus localizaciones exantemáticas en la mucosa bucal y faríngea, y la angina escarlatinosa en esta última, son causas poderosas de esta otopatía por el mecanismo, que todos conocéis (propagación por la trompa de Eustaquio á la caja, que tan rebelde es), pues Troelsch dice que la mayor parte de las otorreas procedentes de la caja que se presentan en las clínicas de otología datan de los primeros años de la vida y aun de los primeros meses, y cuya causa originaria la refieren al sarampión, escarlatina, etc., y en el notable folleto *Estudio sobre los flujos de los oídos en los niños y su gravedad*, del otólogo Dr. González Alvarez, refiere casos de verdadero interés por las fechas del padecimiento observadas en su clínica, pues los hay de catorce, de veintinueve y hasta de cuarenta años de otorrea procedentes de la caja, y todos hemos tenido ocasión de observar en nuestra práctica casos semejantes.

La tuberculosis auricular no es infrecuente en los procesos supurativos de la caja; cuando éstos se resisten á todos cuantos medios emplea el aurista, y residen en un niño de constitución débil ó con manifestaciones escrofulosas, casi podríamos asegurar que un examen bacteriológico demostraría la existencia del bacilo de Koch en el flujo otorreico, aun cuando al parecer no hubiera localizaciones tuberculosas en otros órganos.

Causas locales.—Los catarros nasofaríngeos, tan frecuentes en los niños por la gran susceptibilidad de la mucosa á impresionarse con las menores variaciones atmosféricas, son una causa frecuente de supuraciones del oído medio, por el mismo mecanismo que dejamos expuesto en el párrafo anterior, haciéndose pertinaces por la repetición constante de aquéllos.

Otras de las causas locales de esta afección son las condiciones anatómicas y fisiológicas del oído medio en el niño, que es más superficial, más accesible á la acción de los agentes exteriores; el conducto auditivo externo es más corto y recto que en el adulto, y existe en la caja en los primeros días de la vida del niño una actividad exagerada en los cambios moleculares para que se realice la

absorción del contenido gelatinoso que en ella existe, y para las sucesivas modificaciones de textura, hasta colocarse en las condiciones fisiológicas de funcionalismo, y esta misma actividad funcional exagerada es causa abonada para el desarrollo de inflamaciones pertinaces en la caja.

En la mayoría de las otitis medias supuradas de alguna intensidad, la membrana timpánica es perforada por la acción destructora del pus, por cuya solución de continuidad sale el contenido de la caja al conducto auditivo, pero incompletamente, quedando siempre algún resto en el suelo de aquélla, bien porque la perforación sea de pequeñas dimensiones, ó bien porque esté muy por encima del borde inferior del anillo timpánico, circunstancias que dificultan la limpieza y antisepsia completa de la caja del tambor, haciendo interminable esta otopatía.

Frecuentemente se propaga la inflamación de la caja á las células mastoideas, pues si bien en el niño son rudimentarias en los primeros días de la vida, y muy poco desarrolladas después, no es menos cierto que el absceso mastoideo intracavitario, como el subperióstico, son de las complicaciones relativamente fáciles en esta afección, siendo esto causa importante y de suma gravedad que dificulta la curación de estas otitis.

Existe todavía en el vulgo la creencia (poco generalizada ya por fortuna, gracias á la luz difundida por la Otología), de que deben respetarse los flujos de los oídos en los niños, cualquiera que sea su génesis; y como consecuencia de este modo de pensar, dejan á los solos esfuerzos de la naturaleza la marcha del padecimiento que los origina, prolongándose indefinidamente y acarreado complicaciones graves en algunas ocasiones, que ponen en peligro la vida del paciente, y en otras dando lugar al desarrollo de pólipos, de osteoperiostitis y necrosis que dificultan de una manera tenaz y rebelde la curación de las otitis medias cuando se ven en la precisión de recurrir al otólogo. Pero todas estas causas, tanto generales como locales, deben ser consideradas aunque de suma importancia, como ocasionales, pues en el fondo de todas ellas existe la virtud etiológica del proceso séptico del oído medio, cuyo agente productor específico es un microorganismo, que necesita

condiciones de receptividad para su desarrollo y propagación, y cuyos gérmenes infecciosos, empezando su vida de nutrición y germinativa en la mucosa de la caja, invaden sucesivamente tejidos más profundo hasta llegar al hueso creando modalidades distintas de la sepsis auricular, y acarreado graves complicaciones en los órganos vecinos de tan fatales consecuencias, como todos conocéis.

Medios que deben emplearse para corregir las causas que determinan la rebeldía en las otitis medias supuradas en los niños.

Difícil es que pueda dar solución satisfactoria á esta parte de la comunicación que tengo el honor de presentar á este ilustrado Congreso, pues, como dejo consignado al principio de ella, aun con los mejores medios empleados, basados en la patogenia de esta afección, se hace rebelde é interminable; sin embargo de esto, daré á conocer los resultados obtenidos con los usados en algunos años de práctica otológica.

Dos indicaciones fundamentales hay que llenar en el tratamiento de las otitis medias supuradas en los niños; en la primera, elegir todos aquellos medios que la práctica ha demostrado como más eficaces para corregir esos estados generales del organismo que dificultan la curación de esta otopatía, y en la segunda, todos los recursos, tanto farmacológicos, como quirúrgicos locales, que igualmente hayan dado mejores resultados.

No he de ocuparme de todos aquellos modificadores higiénicos generales tan convenientes y necesarios para combatir esos estados diatésicos y constitucionales, como el linfatismo, escrofulismo y para los niños predispuestos ó confirmados de tuberculosis más ó menos generalizada, no porque no sean los de más interés clínico, sino porque son los de uso corriente y común, tales como el aire oxigenado y tónico del campo, el ejercicio moderado y conveniente, aplicaciones hidroterápicas, alimentación reparadora y nutritiva en relación con las actividades digestivas del niño, etc., sino de algunos compuestos farmacológicos que creo deben figurar en primera línea para los linfáticos, escrofulosos y tuberculosos que han llegado á la época del destete, que es cuando su aparato diges-

tivo se encuentra ya en condiciones de tolerar esta medicación; me refiero á los iódicos, los hidrocarbonados y reconstituyentes en general. Entre los primeros creo de los mejores el vino iodotánico de Nourri, por ser el que mejor toleran los niños, el que mejor se dosifica y con el que se obtienen los resultados que se buscan, esto es, activar la circulación linfática y moderar la desasimilación molecular: de los hidrocarburos, la emulsión de aceite de hígado de bacalao con guayacol, y de los que activan la nutrición, los glicerosfosfatos, por ser más solubles y asimilables.

TRATAMIENTO LOCAL.—Pocas veces tenemos ocasión de observar un niño con otitis media supurada en donde la membrana timpánica se conserve íntegra, pues lo general es que cuando intervenimos como otólogos en esta afección, aquélla esté perforada y el flujo otorreico más ó menos abundante, aparezca en el conducto auditivo externo. En el primer caso se trata de una colección purulenta en un órgano importante por sí y por sus relaciones de vecindad, cuya primera indicación, á veces vital, es dar salida al pus por medio de la miringotomía, tan amplia como sea posible. Esto ofrece sus dificultades, pues hay que contar siempre con la indocilidad propia del niño y en ocasiones con la oposición de la familia del paciente á las intervenciones quirúrgicas.

Una vez practicada la miringotomía, se hace la aireación de la caja con la ducha de Politzer, con el fin de que la corriente de aire arrastre todo el contenido de aquélla al conducto auditivo externo, y después, con agua esterilizada templada, irrigaciones hasta la completa limpieza del oído enfermo, terminando la cura con instilaciones de la disolución bórica al 3 por 100 y tapón de algodón hidrófilo.

Cuando la membrana está perforada y se trata de una otitis media supurada antigua, hay que asegurarse, después de hecha la limpieza, de las alteraciones ó lesiones que existan. Si la abertura timpánica es de pequeñas dimensiones ó está situada muy por encima del borde inferior del anillo timpánico, hay que dilatarla para favorecer la limpieza y antisepsia de la caja, y evitar de este modo que en el suelo de ella queden restos de pus que dificulten la curación.

Si existen pólipos, es necesario destruir estas neoplasias por cualquiera de los procedimientos conocidos (polipótomos, pinzas, cucharilla, cáuticos, etc.), según sea la forma, consistencia y sitio de implantación, pues mientras existan es imposible la terminación de esta otopatía, teniendo siempre presente la delicadeza de los tejidos de la caja del niño, para no ocasionar traumatismos que agraven la enfermedad; cuando se trata de granulaciones, suele bastar el alcohol absoluto, teniendo la precaución antes de hacer ligeras escarificaciones en el tejido de nueva formación para que el alcohol obre con más intensidad.

El absceso intramastoideo es raro en el niño, es mucho más frecuente el subperióstico, que puede propagarse á la cavidad mastoidea por destrucción necrósica de la pared externa de ésta.

Sea subperióstica ó intracavitaria la colección purulenta, la indicación es darla salida, en el primer caso, con la incisión de Wildé, y en el segundo, por medio de la trepanación seguida de antisepsia completa.

La caries y necrosis como complicación de las otitis medias antiguas no es infrecuente, y cuando existen son siempre lesiones de gravedad, no sólo para la función auditiva, sino para la vida del niño, por la mayor posibilidad de que se propague la sepsis á los órganos intracraneales, y porque reclaman para su curación intervenciones quirúrgicas de importancia, como son el raspado con la cucharilla cortante en las caries y extracción de los secuestros en la necrosis, cauterizaciones, etc., por los distintos procedimientos que cada caso particular determine.

La aireación de la caja con la ducha de Politzer es uno de los medios más eficaces en el tratamiento de estas otitis supuradas, pues ella sola basta en algunas ocasiones para acelerar la curación, expulsando la corriente de aire el contenido de la caja hacia el conducto auditivo externo, haciendo más fácil después la antisepsia de aquélla. Algunos otólogos son poco partidarios de este procedimiento, pues dicen que es posible que el pus penetre en la cavidad; pero esta posibilidad es muy remota en el niño, pues, además del poco desarrollo en las células mastoideas, la mucosa del antro forma un fondo de saco en esta edad en el mayor número

de casos, y la comunicación con aquéllas es muy difícil ó imposible.

No he de ocuparme de todos los agentes farmacológicos antisépticos empleados con más ó menos fortuna en el tratamiento de las otitis medias supuradas, pues sería interminable la lista de ellos y á nada práctico conduciría; haré sólo mención de aquellos que me han dado mejores resultados.

Bajo dos formas se usan estos medios: en disolución y en forma de polvos medicamentosos. Entre los primeros tenemos la disolución de sulfato de zinc al 1 por 30, para aquellos casos en que la otitis es reciente con manifestaciones flogísticas agudas. En las más antiguas que se encuentran ya en el período subagudo ó crónico, se emplea con ventaja el alcohol á 90°, bien solo ó mejor sirviendo de disolvente al ácido bórico á la dosis de 8, 10 y hasta 20 gramos por 100, que en este último caso se precipita parte de él dejando una capa protectora en el oído enfermo después de la cura que evita en parte la acción del aire, sirviendo de antiséptico mecánico y medicamentoso á la vez.

El sublimado al uno por 1000 no es de resultados tan satisfactorios como la disolución bórica, á pesar de su poder antiséptico; hay que usarlo con precaución, y sólo en aquellos casos en que hay que agudizar la lesión suele prestar buenos servicios.

En aquellos otros en que, además del flujo otorreico procedente de la caja, existen dolores agudos, suele dar buen resultado una disolución templada de cocaína y antipirina, dos gramos de cada una por 30 de agua destilada, pues no sólo disminuye ó quita los dolores, sino que mejoran todos los demás síntomas.

El ácido bórico y el iodoformo son los medicamentos más usados en forma pulverulenta; el primero bajo el nombre de cura de Bezold, cuyo *modus faciendi* es bien conocido de todos. Este procedimiento sólo tiene aplicación en aquellos casos en que la supuración es poco abundante, y la perforación timpánica es tan amplia, que permite previamente hacer el lavado completo de la caja y secarla después con torcidas de algodón hidrófilo.

El iodoformo se usa por el mismo procedimiento que la cura de Bezold y tiene aplicación en niños que se encuentran bajo la influen-

cia del linfatismo ó escrofulismo. Este método de cura, como el anterior, tiene el inconveniente de formar masas sólidas en algunas ocasiones, difíciles de desprender cuando hay que repetirla, y obran como cuerpos extraños que mantienen la supuración.

CONCLUSIONES. 1.^a La otitis media supurada es una de las afecciones de los oídos más frecuentes y más graves en los niños.

2.^a Se hace sumamente rebelde, como lo demuestran las estadísticas de los dispensarios otológicos, en las que figuran casos frecuentes de meses y años de padecimiento, debido á las condiciones especiales del organismo infantil, y en ocasiones á descuido é indolencia por parte de la familia del paciente.

3.^a Las causas más poderosas de frecuencia y tenacidad para la curación de esta otopatía en los niños son: el linfatismo, escrofulismo, las fiebres eruptivas, la tuberculosis auricular, la sífilis hereditaria en algunos casos, la gran susceptibilidad para los catarros nasofaríngeos y las anginas catarrales y específicas, que colocan el terreno en condiciones de receptividad para el desarrollo y propagación de los microorganismos patógenos productores de la sepsis auricular.

4.^a La terapéutica debe dirigirse en primer término á combatir esos estados generales del organismo del niño, con los medios tónicos, reconstituyentes y especiales, tanto higiénicos como farmacológicos, que cada caso particular reclame; y en segundo, como base del tratamiento local, hacer la antisepsia más rigurosa, no sólo del oído medio y conducto auditivo externo, sino de la garganta y nariz, si es posible, con agua esterilizada, ó con una disolución bórica ó sublimada débil. Si la membrana está imperforada, hacer la miringotomía amplia, ó dilatar la perforación cuando es pequeña ó alta, la ducha de Politzer para limpiar la caja, destrucción de fungosidades ó pólipos, de caries ó necrosis, tratamiento del absceso mastoideo. De los medios farmacológicos considero de los mejores la cura con la disolución bórica de alcohol, la de sublimado, y de la cura seca, la de Bezold y la de iodoformo.

DISCUSIÓN

El **Dr. Compaired** hace dos observaciones: 1.^a, que existen otorreas de veinte y hasta cuarenta años, y conforme con lo que dijo el Dr. Forns, no deben llamarse otorreas (El Dr. Carralero : he dicho otitis media supurada). En este caso, la duración se debe, ó á descuido del enfermo, ó á impericia del médico, ó á ambas cosas á la vez ; 2.^a, que el empleo de las soluciones de cocaína y antipirina, que dice sirven para calmar los dolores y mejorar los demás síntomas, no la comprende bien, por estar acostumbrado á ver que estos enfermos no tienen dolores é ignorar qué síntomas puede mejorar una medicación puramente anestésica é hisquemante en un tejido hisquemado por la supuración. Por lo demás, la analogía con la Memoria del Dr. Karminski, es motivo para que se evite manifestar ahora lo que antes dije.

El **Dr. Botey** : Felicita al Dr. Carralero, y le dice que cuando la otorrea persiste hay que ser cirujano, quitando las granulaciones, cauterizarlas con cloruro de zinc puro y poner un tapón bórico cuando la otorrea se va á curar. Si hay supuración, ésta disuelve el ácido bórico, y si vegetaciones adenoideas, las extirpa, y luego emplea el tratamiento adecuado.

El **Dr. Uruñuela** : Cree que muchas otorreas se hacen persistentes en los niños escrofulosos y tuberculosos por desatender el tratamiento general. Localmente cree que es el ácido bórico el mejor medicamento, sin que deseche el aristol y el iodoformo. Si se hace la otorrea muy persistente, hay que pensar en la posibilidad de estados cariosos de la caja, y es necesario hacer un legrado del tejido óseo. Termina felicitando al Dr. Carralero.

El **Dr. Carralero** : Rectifica diciendo que admite la otorrea como síntoma. No considera extraordinaria la bondad del ácido bórico, y se halla conforme con los Dres. Botey y Uruñuela.

PRESENTACIÓN DE INSTRUMENTOS POR EL DR. BOTEY (1).

DISCUSION

El Dr. Uruñuela: Cree que el instrumental puede innovarse hasta para cada caso particular, pero que para un buen cirujano apenas hay necesidad de recurrir á instrumentos especiales más que en rarísimos casos.

El Dr. Botey: Dice que su instrumental es cómodo y barato, y que prefiere operar con él que esforzarse en hacer habilidades.

El Dr. Carralero leyó la siguiente comunicación por no estar presente su autor :

EXPOSICIÓN

DE UN CASO NOTABLE DE SORDOMUDEZ

por el Dr. D. Baldomero González Álvarez.

En 1892 traen á mi consulta la niña Emilia Carretero, de edad de cinco años, porque se halla convencida la familia que es sordomuda.

Me aseguran que siempre notaron que no atendía cuando con la voz llamaban su atención, atribuyendo esto al defecto intelectual propio de la infancia—dificultad de fijar aquélla.—Sorpréndeles después la falta absoluta de la palabra en la niña, que no emite, á pesar de su edad ya más que sobrada para la expresión del pensamiento por la palabra, sino gritos inarticulados; y, por último, se convencen de su falta completa del sentido auditivo un día en que cayendo de sus manos una gruesa y ancha medalla conmemorativa de bronce que con otras tenía, produce grandes vibraciones al chocar con el suelo de mármol, y la niña sigue andando, echándola de menos poco después al contarlas y buscándola por todas partes.

(1) Como el Sr. Botey no nos ha facilitado los dibujos de los instrumentos presentados, no han podido incluirse en las actas de las sesiones.

Tiene la niña hermanos anteriores y posteriores sanos completamente.

Los padres no son parientes ni epilépticos.

No hay ningún género de antecedentes.

El examen demostró la sordera casi absoluta, justificando este adverbio la sospecha de que oía las vibraciones del diapasón á través de los huesos craneales.

Después de un detenido reconocimiento, pude diagnosticar obstrucción de ambas trompas eustaquianas y obliteración de la cavidad de la caja, que imposibilitaba la vibración de la membrana y cadena de huesecillos. Si estas exudaciones del tambor eran sólidas ó no, el curso del tratamiento á que iba á someter á la niña habia de aclararlo, pues que en el primer caso sería éste sin resultado.

Hecho el cateterismo de la trompa, pasé una bujía de ballena á su través hasta la caja, empleando alguna fuerza, á pesar de su pequeño diámetro; que á ello obligaba el estrechamiento del canal tubario. Hice la aireación amplia, y apliqué sucesivamente otras ballenas dilatadoras, llevando después á las cajas hidroclorato amónico, y cauterizando la pared postero-superior y las laterales de la faringe, donde existía algo de catarro crónico.

Dos curas semanales fueron sin resultado durante más de un mes; poco después se notó audición en el oído izquierdo. En el derecho nada se adelanta.

Lastimé entonces la caja derecha con las bujías y logré producir otitis media, que terminó por supuración, perforando la membrana.

Desde entonces la audición en el oído derecho se restableció. Curada esta otitis, siguen las curas de dilatación tubaria, de aireación de la caja y de sintilación de líquidos excitantes y astringentes alternativamente, logrando que la audición llegue progresivamente hasta percibir el tic-tac del reloj á más de treinta centímetros de distancia.

Principió á aprender algunas palabras, y era curioso observar los defectos de pronunciación y las correcciones de estos defectos que sucesivamente se presentaban.

Dos temporadas por año desde entonces se precisó de curas,

porque el menor catarro cierra las trompas, y la sordera, aunque nunca ya completa, sobreviene.

Cuatro años hace que oye; ya charla por los codos, siendo una colegiala aprovechada, viva y traviesa, alternando, como es natural, en conversaciones y juegos con sus compañeras.

La exudación que llenaba ambas cajas del tambor no era fibrinosa, pues en este caso hubiera sido sin resultado el tratamiento. En el oído derecho era más densa; de aquí que fué necesario producir un proceso agudo supuratorio para eliminarla.

¿Sería el contenido de las cajas, la gelatina que llena el oído medio en el recién nacido, que no se reabsorbió en este caso, quizá por debilidad en respiración, deglución y llanto en los primeros días, ó quizá por cerrarse la trompa en este período por consecuencia de un coriza, tan frecuente en los niños pequeños, que impidió la entrada del aire á su través?... Ambas hipótesis me parecen razonables.

Los resultados obtenidos me impulsan á creer que debiera ensayarse el tratamiento en todo sordomudo tan luego se note su falta de audición en la época que el niño aprende á hablar, y tanto más próximo sea á la primera infancia, cuanto más fácil sería la curación de la sordomudez debida á estas causas.

El Dr. Uruñuela da lectura de las siguientes comunicaciones:

OBSERVACIÓN

DE UN CASO DE

PAPILOMA EN LA FOSA NASAL DERECHA
COMPROBADO POR EL EXAMEN HISTOLÓGICO

por el Dr. Borrás y Torres (de Barcelona).

Los trabajos realizados para la clasificación histológica de los tumores que se desarrollan más comúnmente en las fosas nasales, han aportado mucha luz para la diferenciación histológica de cada uno de ellos entre sí. Hoy no vemos, por ejemplo, que los papilomas verdaderos, constituidos por una red vascular ó asas vasculares recubiertas de tejido conjuntivo, adulto ó embrionario y de un revestimiento epitelial pavimentoso en las partes más expuestas al roce y del epitelio cilíndrico en las otras partes como las inflexiones de su superficie, desprovisto todo él de glándulas que se confunden con las degeneraciones mixomatosas del cornete medio, ni con las excrescencias de origen sifilítico ó escrofuloso, como cuando se confiaba el diagnóstico del papiloma nasal á sus caracteres macroscópicos.

Esta precisión diagnóstica obtenida, por lo tanto, con el microscopio, ha hecho afirmar á Lenoux-Browne, Lacoaret, Noguet, Moritz-Schmitd, Weil, etc., etc., que los papilomas verdaderos en las fosas nasales son menos frecuentes de lo que había asegurado Holmann, para quien el 20 por 100 de los tumores que en aquéllos asientan, son papilomas; mientras que para Moritz-Schmitd no exceden de la proporción de un 0,4 por 100.

Es muy posible que á pesar de la respetabilidad de tan buenos observadores, ambas afirmaciones pequen de demasiado exclusivas.

Con relativa frecuencia leemos en las Revistas de la especialidad observaciones referentes á papilomas verdaderos hallados en

las fosas nasales y publicadas por tal ó cual autor. No citaré un gran número de observaciones, ni particularizaré sobre las mismas; pero me permito recordar los nombres de algunos autores que han dado á conocer casos clínicos desde hace poco tiempo, entre los que se cuentan á P. Heymann, De Santi, Weil, H. Ripault, Cresswell-Baber, etc., etc., cuyas investigaciones histológicas en cada caso confirmaron el diagnóstico.

El contingente que puedo aportar al número de casos clínicos ú observaciones conocidas, es poco numeroso. Valga por lo que valiere la siguiente observación:

En 30 de Agosto de 1895, vi en mi consulta á una mujer de veinticinco años, llamada M. Gómez, de Massalcoreig (Lérida), de temperamento sanguíneo, constitución robusta y sin antecedentes morbosos.

Estaba afectada de dificultad respiratoria por la fosa nasal derecha desde hacía cuatro meses, en cuya época vió crecer un tumor en este mismo lado sin causa conocida; tumor indoloro, y que había sangrado alguna vez al tocarlo con los dedos ó pañuelo en el acto de sonarse, y que ya en los últimos meses hacía procidencia por la abertura nasal anterior.

La observación directa y la rinoscopia anterior me permitieron ver un tumor de consistencia semiblanda, redondeado, de color rojo obscuro, de superficie desigual, como aframbuesada y del tamaño de una cereza guinda. Este tumor obstruía la abertura anterior de la fosa nasal derecha, y en la parte libre hacía procidencia ligeramente al exterior. La base ó superficie de implantación, bastante ancha, correspondía á mucosa nasal, comprendida entre la proximidad de la parte anterior de la concha media siguiendo su nivel hacia el exterior; y, por lo tanto, en la pared cartilaginosa del ala de la nariz, para descender al suelo de la fosa sin ascender mas que ligeramente á la base del tabique hasta su parte más anterior.

El diagnóstico que establecí de este tumor, fundado sólo en los caracteres exteriores ó macroscópicos, fué el de *papiloma de la fosa nasal derecha*, con un pronóstico, por lo tanto, leve.

Como la enferma no puso ningún reparo al tratamiento que le

indiqué, procedí, previa anestesia local, con la cocaína en solución al décimo—á su extirpación—valiéndome del asa fría de Blake, que no ofreció dificultad, y cauterizando el ancho pedículo con el galvano-cauterio. Taponé la fosa nasal con tiras de gasa iodofórmica, que renovaba todos los días, hasta el sexto, en el que la herida había cicatrizado completamente.

El examen histológico del tumor lo practicó el conocido é inteligente profesor de Histología de la Facultad de Medicina de Barcelona, Dr. Gil Saltor, actualmente de la Clínica Quirúrgica, confirmando con el microscopio los caracteres histológicos que se asignan á los *papilomas verdaderos* de las fosas nasales.

Hace poco tiempo supe que no se había reproducido el papiloma en la mencionada mujer.

En el caso que acabo de relatar, como se ve, faltan los datos referentes á la época precisa de su aparición y las causas probables de la misma, que, como sabemos, en cosas parecidas suelen siempre ser oscuras.

El sitio de implantación era en el que generalmente se cita en otras observaciones, ó sean en la parte anterior de las fosas nasales. El diagnóstico por los caracteres exteriores daba sólo probabilidades, que se confirmaron con el examen histológico del tumor.

Como no me he propuesto hacer un estudio detallado de los papilomas de las fosas nasales, y sí sólo añadir un caso más, como he dicho anteriormente, á los ya publicados, de aquí que las cuestiones las trate no más que esquemáticamente. Todo lo expuesto anteriormente puede reducirse á la única conclusión siguiente:

Que los *papilomas verdaderos* de las fosas nasales deben ser diagnosticados sólo con el examen microscópico, para saber positivamente si deben considerarse como tales los que exteriormente lo parezcan, pues sólo así tendrán valor científico las observaciones que se publiquen.

INFECCIONES CONSECUTIVAS

Á LA

PERFORACIÓN HABITUAL DEL LÓBULO DE LAS OREJAS:
SU CARÁCTER PREDOMINANTE

por el Dr. Vior Travieso (de Rivadeo, Lugo).

SEÑORES:

Hallándome dispuesto para contribuir con mi humilde ayuda á realizar el feliz pensamiento que nos congrega, permítome dirigiros una comunicación insignificante, como puede ofrecer quien careciendo de nociones y aptitudes especiales, fia solamente en vuestra benevolencia, persuadido de que ella suplirá las muchas deficiencias de este pequeño trabajo, exento de toda pretensión y puramente sintético.

El epígrafe denota, desde luego, que no voy á resolver ningún problema ni descubrir novedades trascendentales para el progreso de la otología, sino que al celebrarse tan oportuna ocasión de relacionar hechos y consideraciones fisio-patológicas que al oído se refieran, paréceme conveniente mencionar las consecuencias infecciosas á que da origen la perforación habitual del lóbulo de la oreja, pues aunque no son frecuentes, merecen estudiarse por su importancia y por el carácter que más las distingue.

La observación de varios casos de lecciones de esta especie, me hizo sospechar que el lóbulo, ó no presenta trastornos por efecto de las punciones practicadas generalmente para colgar los pendientes, ó si se desarrollan no suelen contenerse dentro de los límites de la flogosis traumática simple, determinando más bien septicemias de marcha rápida, mortificante ó linfangitis malignas.

Así, se ven enfermos con flemones subsiguientes á la herida del lóbulo propagados por las regiones parotídeas y laterales del cuello, que en término de pocas horas esfacelan la piel y el tejido celular, presentando en criaturas de poca edad el cuadro sintomatológico del noma, padecimiento de patogenia casi siempre desconocida.

Puedo citar en prueba de este aserto dos observaciones propias de formas graves de aquella gangrena infantil, causadas por la infección á que me refiero.

Fué la primera una niña robusta, de edad de cinco meses, en la cual, tras de una pequeña inflamación de los bordes de la herida perforante de la oreja izquierda, sobrevino al cabo de pocas horas infiltración dermo-subcutánea del diámetro de una moneda de cinco pesetas, en la parte media de la mejilla del mismo lado, sin alteración de color de la piel en los primeros momentos, pero luego jaspeada de rojo vinoso con mancha negruzca, correspondiendo á una escara que se extendió superficialmente por las regiones masetérica y parotídea hasta terminar en la oreja, dejando ulceración gangrenosa difícil de limitar, pero que al fin pudo cicatrizarse aunque viciosamente y con pérdida completa del lóbulo.

Sucedió el otro caso en una criaturita recién nacida, débil y mal alimentada, que á los pocos días de haberle horadado las orejas, se mortificaron los bordes de la herida, también del lóbulo izquierdo, agrandándose ésta; y poco después desarrollábase rápidamente una tumefacción infiltrada en el surco gíngivo-bucal inferior que, gangrenándose, interesó los tejidos blandos de aquel lado de la cara, siguiendo un curso tenaz y penosísimo.

Tales hechos de extraordinaria malignidad ocurren, por fortuna, muy pocas veces, y son propios de la infancia, porque en esta época de la vida, la piel y el tejido celular se mortifican fácilmente.

En otras edades, las heridas del lóbulo, irritadas y sépticas, producen erisipelas de la oreja, que á veces se propagan á la cara y cuero cabelludo, y permanecen largo tiempo reincidentes y exudantes en el pabellón de dicho órgano, cual sucede con los eczemas impetiginosos del mismo origen, los que, propagados al conducto auditivo, dan lugar á otitis supuradas muy rebeldes.

Tenemos, pues, entre las principales lesiones debidas á la in-

fección del lóbulo herido: flemones sépticos, gangrena noma, erisipelas exudativas persistentes, eczemas húmedos y supurados, pero rara vez inflamaciones simples, como las que generalmente suelen complicar las heridas de otras partes, lo cual se explica teniendo en cuenta las circunstancias especiales de la solución de continuidad y las condiciones anatómicas del órgano afecto.

Acerca de lo primero, baste recordar que las personas encargadas casi siempre de agujerear las orejas para fines de adorno, desconocen las precauciones que deben tomarse cuando hayan de abrirse puertas en el organismo por las que pueden penetrar en él los gérmenes morbosos que le rodean, por cuyo motivo la herida está expuesta á infectarse. Además, le impide la obliteración, á que tiende toda la vida el cuerpo extraño interpuesto en sus bordes, que los irrita y excita la exudación, donde con mezcla de substancias normales ó anormales, se crea un excelente medio de cultivo para las bacterias septógenas.

En los niños y en los sujetos débiles desarrollan éstas su mayor actividad, conforme al principio de que la inflamación gangrenosa resulta de la mayor energía de las noxas flogógenas ó de la menor resistencia de los tejidos acometidos por ellas.

Respecto á la particularidad anatómica que ofrece el lóbulo influyente sobre el curso y manera de ser de sus infecciones, debe atribuirse á la numerosa red linfática que se distribuye por las dos capas de la piel adosada y el tejido célula-adiposo que le forman, pues como ha hecho notar Sappey, es tal la tenuidad de aquellos vasos, que no existe igual en ninguna otra parte del cuerpo humano. Todos ellos converjen á los ganglios situados por delante del tragus ó á los suboccipitales formando troncos anteriores y posteriores que se relacionan con los linfáticos de las regiones inmediatas, y de este modo se halla establecida una vía extensa para el desarrollo de los procesos sépticos que explica el carácter linfático que suele predominar.

En los dos casos de noma referidos, los gérmenes infecciosos siguieron trayectos distintos, pues así como en el primero han atravesado por los tubos superficiales desde la oreja á la mejilla, punto sin duda de la menor resistencia, en el segundo, dirigiéndose por

Los vasos que desde el tragus van á la fosa cigomática, desde ésta al espacio prismático triangular formado por el pterigoideo interno, la aponeurosis buccinato-faríngea y la columna vertebral penetraron en la parte interna del carrillo donde se determinó el foco primitivo de la infiltración úlcero-gangrenosa.

Esto hace sospechar que muchos nomas de origen ignorado se habrán producido de la misma manera, lo cual parece estar en armonía con lo que afirma Barón, respecto á que el mayor número de niños atacados pertenece al sexo femenino.

Pero se dirá: ¿cómo siendo tan factible la infección septicémica por consecuencia de la perforación habitual del lóbulo, constituye, sin embargo, un hecho excepcional?

Débase, á mi ver, á la gran riqueza linfo-plástica de los tejidos lesionados, que da lugar á la formación inmediata de granulaciones en los bordes de la herida, oponiendo así una valla infranqueable para las bacterias, que sólo la atraviesan cuando un traumatismo ú otra causa la dislacera y hace permeable. Contribuye además al mismo resultado la estrechez especial de los linfáticos, porque se obstruyen ante los más ligeros brotes de inflamación.

De no admitirse estas explicaciones conformes á lo conocido en materia de génesis septicémicas, habría que decir con un cirujano contemporáneo muy ilustre, que la inmunidad de que gozan ciertos tejidos para resistir impunemente la acción de los gérmenes morbosos, es condición inexplicable en nuestros días.

Tampoco es fácil hallar la razón de que la mujer hoy, como cuando Praxíteles esculpía sus Venus, horade las orejas, á pesar de los progresos de la civilización y de la variedad de los caprichos de la moda.

Este hábito que ya en épocas remotas causó la ruina de grandes fortunas invertidas en los *tripodes hipocampos* y demás ornamentos suntuosos que pendían de las orejas, nó ha desaparecido aún, sino entre muy corto número de personas, porque es visto que el espíritu de imitación, las exigencias de una exterioridad, á todas luces perjudicial, dominan el ánimo de las gentes creándoles necesidades sociales.

Considero, pues, oportuno censurar en esta ocasión solemne,

aquella práctica brutal, anacronismo del progreso moderno, que no resiste las más débiles acometidas de la crítica. Y ya que, dado el régimen de los pueblos cultos, no sea posible que un nuevo Alejandro Severo prohíba á las mujeres el uso de zarcillos, según aquél lo prohibió á los hombres, bueno será que á las personas de mediana ilustración y sentimiento se haga conocer que, por consecuencia de la perforación del lóbulo de las orejas, se desarrollan padecimientos malignos que llegan á comprometer hasta la vida de las pobres criaturas sometidas á aquel bautismo de la moda y de la vanidad.

DATOS PARA EL ESTUDIO DE LA SORDOMUDEZ.

por el Dr. Barberá, de Valencia.

Entiendo, Sres. Congressistas, que la sordomudez envuelve múltiples problemas, cuya resolución está encomendada á la otología, la cual debe agenciarse los datos para despejar las incógnitas, tanto en el laboratorio como en la clínica, tanto en el análisis necrológico como en la estadística minuciosa. Esta convicción despertó en mí el deseo de aprovechar todos los materiales que las circunstancias pusieran á mi alcance en el Colegio Valenciano de sordomudos, y al efecto establecí, con el beneplácito de mis compañeros de la Junta fundadora, ciertos trámites reglamentarios para el ingreso de los alumnos, con lo cual he logrado reunir por de pronto un primer grupo de antecedentes, cuya importancia no puede ser decisiva en los asuntos á que se refiere, tanto por lo poco nutrido como por algunas deficiencias que entraña, siempre inherentes á esta clase de estadísticas; pero que, á pesar de todo, he creído de mi deber el presentarle aquí, acompañado de algunas consideraciones que me sugiere, á fin de que vuestra superior ilustración la

aprecie y aquilate en el limitado valor que puede tener para todo el que de una manera seria y con criterio rigurosamente experimental quiera estudiar la sordomudez. Y empiezo por ocuparme del término sordomudez.

¿Qué he de deciros de esta palabra? Que cuando fué propuesta en el pasado siglo por nuestro ínclito filólogo Hervás y Panduro para que sustituyera al nombre mudos con que, sin duda tomado del latín, se conocía anteriormente á los privados de habla, vino á representar un progreso; pero hoy, dentro de la ciencia, se halla destinada á desaparecer, porque tal como venimos aplicando este nombre, designa al individuo que no tiene palabra á causa de sordera congénita ó adquirida en la primera infancia y se halla á la sazón falto de oído; y como de una parte, la otología no tiene por qué conocer si determinado individuo objeto de un estudio habla ó no, pero sí le incumbe en alto grado averiguar la enfermedad del oído que padece y el grado de trastorno que alcanza la función aneja, de aquí el que yo espere el momento en que la otoiatria reserve para el lenguaje vulgar los términos sordomudo y sordomudez, y que desee verles sustituidos en el tecnicismo médico por expresiones diversas, concretas é ilustrativas, que serán unas veces desarrollo incompleto del oído medio, otras atrofia de los espacios laberínticos, y consecuencia de catarros nasofaríngeos en las de más allá, y siempre darán idea de una enfermedad precisa y claramente designada, por más que los tratadistas de patología puedan conservar las palabras genéricas sordomudos y sordomudez, como guardan las de gota, mal de corazón y otras muchas, recordando las vaguedades, las incertidumbres y los convencionalismos de una patología trasnochada.

Pero ya que en el día no nos es dable sustituir completamente esas locuciones, por lo menos trataremos de limitar su alcance á términos precisos. No siempre se designa con ellas á quien ha perdido toda noción de oído, por más que no hable, sino que por lo común se llaman así también muchos que conservan restos de oído, pero no en intensidad suficiente para aprender el lenguaje articulado por imitación auditiva.

En 82 sordomudos de ambos sexos, cifra alcanzada por mis es-

tadísticas, hallamos que oyen con diversa agudeza de oído cinco niños y seis niñas.

Tampoco abraza la sordomudez únicamente á los sordos de nacimiento, porque 42 de mi lista dieron señales evidentes de oír en su primera infancia (1), y perdieron el oído por enfermedades varias de esa edad, dando lugar á que se pueda descomponer la indicada cifra de 82 en la forma siguiente: niños que dieron señales de oír en la primera infancia, 20; niños que jamás demostraron oír, nueve; niños en los que no ha podido comprobarse este hecho, uno; niñas que, al decir de las familias, jamás oyeron, 25; niñas que se hallan en el caso contrario, 22, y queda ignorado tal extremo en cinco; de donde resulta el total de ambos sexos: 42 niños oyentes en los primeros tiempos de su vida, y 34 que no oyeron, quedando seis en los que no ha podido comprobarse dicho extremo.

Ahora bien; para explicar tales defectos congénitos del oído, causa de la sordera de nacimiento, y la aparición frecuente durante los primeros tiempos de la vida de tantas enfermedades, singularmente del oído medio ó nasofaríngeas, forzoso es admitir una disposición adquirida por herencia, la cual unas veces es directa, y tiene entonces su origen ya en la consanguinidad de los padres, ya en padecer éstos, y singularmente la madre, de la mencionada predisposición, no siendo consanguíneos; ya, finalmente, en un quid desconocido hasta hoy, pero que brota espontáneamente en ciertas uniones conyugales, aun cuando no estén realizadas entre parientes ni entre cónyuges afectos de dicha tendencia otopática; estigma hereditario de tan positivas manifestaciones, que no es raro ver, en los matrimonios predestinados con tan poco apetecible privilegio, uno y dos y más hijos nacidos con defecto congénito, y, por tanto, con sordera de nacimiento, y destinados á ser sordos sin habla si se manifiesta la enfermedad antes de haberla adquirido.

En el mismo Colegio de Valencia, como en otros se habrá observado, conocemos sordomudos de dos familias en las que llegaron á reunirse tres hermanos con este defecto, sin que los padres, ni los

(1) Estos datos los afirmo bajo palabra honrada de las familias.

abuelos, ni los parientes colaterales fuesen sordos; es decir, sin que se viera la herencia directa ni la indirecta.

Entre los ejemplos de herencia directa pura de nuestra estadística, citaremos uno cuya abuela materna fué sordomuda, y otro cuya madre padeció diversas afecciones supurativas del oído; y fuera de nuestro Colegio conocemos, lo mismo que vosotros también conoceréis, diversas observaciones de sordera hereditaria transmitida más generalmente por la línea materna.

Entre los ejemplos de herencia indirecta ó colateral, tenemos: con dos hermanas sordomudas, dos; con una hermana sordomuda, una; con una hermana de la abuela sordomuda, uno; con una hermana y un tío sordomudos, uno; algunos parientes afectados de padecimientos del oído, uno.

De todos estos casos, merecen especial mención los que presentan reunidas las dos formas de herencia, es decir, la directa y la colateral, probadas en un caso por tener el padre y algunos parientes semisordos y dos hermanas sordomudas, y en otro por resultar la abuela sorda, un pariente conocido con bastante dureza de oído y otro sordomudo. Siendo muy de notar que el primero de estos desgraciados es de familia de gitanos, en que suelen abundar los matrimonios consanguíneos, y que el de que se trata se realizó entre primos segundos.

También la herencia directa y colateral se halla manifiesta en algunos niños cuyos antecedentes morbosos no ofrecen precisamente casos de sordomudez ó de padecimientos del oído, pero sí el estigma hereditario manifiesto por otra clase de desórdenes. En unos si el herpetismo es el privilegio de los padres, en otros el padre es gastropático y la madre profundamente anémica; en los de más allá pesan sobre el matrimonio los afectos nerviosos; no faltan algunos en los que mueren los más de los parientes por apoplejías cerebrales, y en otros por tuberculosis.

En resumen: que es evidente la herencia en su forma directa y colateral. Pero hay más, Sres. Congresistas: es que yo creo que en muchos casos en los que las familias honradamente niegan todo antecedente morbozo conocido, porque efectivamente no le han visto, diciéndonos lo que creen ser la verdad nos inducen á error,

porque creo que la influencia hereditaria otopática puede dejar libre alguna generación ó transformarse en cualquiera de los padecimientos diatésicos ya conocidos, para volver, pasado cierto número de generaciones, á manifestarse en los órganos del oído y volver á su genuina localización.

Punto éste que sólo pueden resolver, porque confieso que sólo como sospecha mía expongo, las estadísticas cuidadosamente recogidas en las familias y acumuladas por generaciones.

Muchas más consideraciones pudiera exponeros á propósito de los cuadros sinópticos que presento; pero basta con lo dicho para llamar vuestra ilustrada atención hacia tan trascendentales cuestiones. Ahora sólo me resta presentaros una moción, para que, si la creéis pertinente, la hagáis vuestra y toméis acuerdo acerca de ella. Me refiero á la necesidad que sentimos en nuestra nación de una estadística oficial y completa de los sordomudos españoles, en la que constase su clasificación por sexos, por edades, por estado de instrucción, y los antecedentes de su estado físico que pudieran darnos á conocer los datos para la resolución de los problemas acerca de la herencia morbosa, así como si en España tenemos regiones trismente privilegiadas en cuanto á la presentación de la sordomudez, como la tiene la Italia subalpina; que nos diera, finalmente, á conocer la relación que existe entre la miseria y tan triste y desconsoladora enfermedad. Diráseme tal vez que existe una incluida en el censo de 1877; pero sobre ser muy antigua, no reúne los detalles y la exactitud que fueran de desear. En vista de ello, pues, yo espero que, con vuestro buen sentido, os decidiréis á presentar al Gobierno de S. M. tamaña moción, á nombre del Congreso en pleno, y la apoyaréis con decisión hasta conseguirla; de tal modo creo que de nuestra primera Asamblea quedaría algo práctico y trascendental, algo que recordaría vuestro deseo de atender á las necesidades científicas y hasta humanitarias del país, é iríamos preparando el terreno para que, conocida la extensión y profundidad de tan grave mal, llegara el día en que pudiéramos pedir, en nombre del desgraciado sordomudo, leyes como las de Correnti y Baccelli en Italia, que declarasen obligatoria la enseñanza de estos desgraciados.—He dicho.

DISCUSIÓN

El Dr. Forn: Dice que conoce varios matrimonios entre sordomudos que han dado de sí hijos con oído y habla; que además, es muy frecuente que nazcan sordomudos de padres que oyen y hablan perfectamente y que no presentan estigmas de degeneración; que algo análogo puede referirse á los matrimonios entre consanguíneos, y que, por tanto, entiende que las causas de la sordomudez, aunque en algunos casos puedan atribuirse á la consanguinidad y á la herencia, en otros obedecen á más ocultos procesos, probablemente histológicos puros y encefálicos, cuando no es la sordomudez adquirida. Teniendo en cuenta estos hechos, así como lo que el Estado entiende erróneamente por sordomudo (el que no puede recibir instrucción por los medios ordinarios á consecuencia de trastornos auditivos), y la deficiencia de las estadísticas que pueden hacerse en las dependencias no profesionales médicas del Estado, el Dr. Forn propone que el Congreso acuerde pedir al Ministerio de Fomento que se imponga como condición á la familia de todo sordomudo que ingrese en alguno de los Colegios que éste sostiene, que si el sordo-mudo fallece, le sea permitida al médico del establecimiento practicar la autopsia del cadáver. Igualmente propone que los médicos de todos los Colegios de sordomudos de España aporten al próximo Congreso de Oto-rino-laringología cuantos datos puedan recoger de los sordomudos sujetos á su inspección y en particular los referentes al estado de los aparatos acústico y fonético.

El Dr. Barberá: Rectifica diciendo que él ha aportado algunos datos que considera útiles para el estudio de la sordomudez en España, y que siente que los Dres. San Martín, Baeza y otros que se han ocupado de la sordomudez, no hayan formado estadísticas. En cuanto á los antecedentes hereditarios, señala las dificultades con que ordinariamente se tropieza al quererlas recoger de las familias, y hace notar que la herencia morbosa, cuyo verdadero conocimiento entraña multitud de particularidades misteriosas é inapreciables en el estado actual de la ciencia, se ofrece con frecuencia por saltos entre los individuos de una misma generación y de generaciones próximas.

El Sr. Presidente: Propuso á los congresistas asistentes y así lo acordaron éstos, que las proposiciones presentadas al Congreso sobre la sordomudez por los Dres. Barberá y Forn, se tomaran en consideración, y, como eran de trascendental importancia, se aplazara el resol-

ver en definitiva para ellas hasta la sesión general de clausura del Congreso, que había de celebrarse al día siguiente.

(Empero en esta sesión no se hallaron ninguno de los señores citados, no se trató el asunto y quedó sin resolver.) (1).

Se dieron por terminadas las tareas de esta Sección y se levantó la sesión á la una y veinticinco minutos.

(1) Nota de la Comisión de redacción del Libro de Actas.



SECCIÓN DE LARINGOLOGIA



SECCIÓN DE LARINGOLOGÍA

SESIÓN DEL 19 DE NOVIEMBRE DE 1896

PRESIDENCIA DEL SEÑOR ROQUER CASADESÚS

Abierta la sesión á las seis y treinta minutos de la tarde, el Sr. **Presidente** manifestó que después del brillante discurso pronunciado en la sesión de apertura por el Dr. Calleja, no le restaba más que hacer pública su gratitud por el honor que se le dispensó elevándole á la presidencia de la sección laringológica, que no le corresponde, atendidos sus escasos méritos, pero que acepta gustoso como prueba de exquisita cortesía de los especialistas de Madrid á sus compañeros de provincias.

A seguida fueron propuestos y aclamados **PRESIDENTES DE HONOR** de la sección, los doctores Uruñuela (de Madrid), Arrese (de Bilbao) y Eche-
nique (de Vitoria).

El Sr. **Secretario** de la sección leyó los artículos del Reglamento, referentes á las sesiones científicas.

Inmediatamente dieron principio los trabajos del Congreso con la siguiente comunicación:

EL TRATAMIENTO ORTOFÓNICO EN LA PARÁLISIS UNILATERAL

por el Dr. Barberá (de Valencia).

Por creer de algún interés el caso clínico que voy á exponer ante Vds., señores Congressistas, me atrevo á ocupar su ilustrada atención por breves momentos.

A principios del año 1888 se halló indispueto D. N. N. por un gastricismo sin fiebre, y tanto por la pertinacia del padecimiento como por lo muy acentuado de los síntomas de saburra, hubo de propinársele un emeto-catártico para buscar la eliminación, por vómitos y cámaras, de los materiales detenidos en las primeras vías digestivas, cuya descomposición pudiera acarrear más tarde infecciones más ó menos graves.

Al iniciarse la acción vomitiva del medicamento y llegar los materiales á la glotis, refiere el paciente que sintió de pronto una impresión sumamente desagradable en dicho punto, que le produjo tos espasmódica y necesidad de tomar aire, aunque no podía aspirarle porque aumentaba la tortura de su garganta, cuyos síntomas iban acompañados de ansiedad indescriptible, que con los brazos abiertos é instintivamente hubo de obligarle á dirigirse hacia los balcones en busca de aire. Al poco rato le pasó tan terrible angustia, pudo respirar, bebió un sorbo de agua, y sólo le quedó un poco de carraspera y sensación acre en la gorja.

Avisado que fuí, sólo estos síntomas pude notar en el primer momento; pero el examen detenido hubo de demostrarme después que aquel accidente era motivado por otro padecimiento más hondo, que insidiosamente amenazaba la vida del enfermo.

Juzgando que se había tratado de un espasmo glótico transito-

rio, acudí á buscar su causa, y el laringoscopio me demostró la desviación, en la actitud respiratoria de la glotis y la pereza en todos los movimientos, de la cuerda vocal inferior izquierda, y despues, el examen complementario y minucioso de los síntomas físicos, especialmente del pecho, me confirmó la existencia de un aneurisma no muy voluminoso del cayado aórtico, con lo cual pude explicarme de manera cumplida el hecho de la compresión del recurrente izquierdo, causa inmediata de la parálisis unilateral del mismo lado. Y aquí empieza, señores Congressistas, la serie de alarmas, que, no muy írecuentes pero siempre inesperadas, constituían la pesadilla del enfermo. Condenado por el fatal padecimiento á muerte segura, quizá próxima, quizá remota, á evitar en lo posible los accidentes hube de tender en parte, como complemento de la terapéutica que dirigí á impedir el desarrollo del tumor.

La alimentación moderada y digerible, el evitar todo estímulo físico y moral, la administración del yoduro potásico, el empleo de la electricidad y de las inyecciones hipodérmicas de ergotina, atendieron á esta segunda parte del tratamiento, y para la primera forzoso era evitar las complicaciones que por parte de la laringe se habían iniciado.

El trastorno más molesto era la disfagia, porque la voz, si bien algunas veces cambiaba repentinamente de registro, pasándose al de falsete, la respiración se verificaba con bastante regularidad, y sólo la disfagia, de los líquidos unas veces, de sólidos más ó menos anhidros otras, y coincidiendo en las de más allá con la primera comida del día, y casi siempre con aquellas comidas que el paciente deglutía con precipitación, fué el síntoma capital y molesto que ponía en jaque al enfermo, á la familia y al médico.

Calculando que la parálisis, que más intensa se acentuaba por las mañanas, podía obedecer al reposo de las cuerdas durante el sueño, y que el uso metódico había de modificar ventajosamente tal estado de cosas, entablé el empleo de los ejercicios ortofónicos. Sabía muy bien que la mucha energía vocal podría contraindicar el empleo de estas prácticas dada la índole del padecimiento aneurismático; como no ignoraba que la respiración costal contribuye durante las inspiraciones á la expansión del tumor al establecer la

dilatación del pecho con todo su contenido; y á esta contraindicación procuré atender, ya comunicando al tronco del enfermo la posición casi horizontal durante los ejercicios, adiestrándole al propio tiempo en la respiración abdominal, que procuraba facilitar desligándole de pretinas y de cinturones que sujetaran su abdomen, para que las paredes de éste pudieran elevarse en la inspiración, al propio tiempo que su mano, aplicada á las paredes torácicas, acusaba la nulidad de la respiración superior. En la elección del tono de estos ejercicios procuré escoger su registro medio en la extensión de una octava próximamente y un cuarto á intensidad la *mezza voce*.

Alternaban con estos ejercicios de canto, ejecutados con ritmo variado, las notas cantadas con las pausas de silencio, en sesiones de poca duración y repetidas varias veces al día, con lo cual conseguí, y sigo obteniendo, el modificar la paresia ventajosamente, que la disfagia no se repita con la pristina inusitada frecuencia y que el enfermo se me libre en parte de esa disfagia que le amenazaba á cada momento.

Es verdad que cada vez que agudizaciones de la aortitis crónica dan lugar á nuevos crecimientos del tumor, la compresión del recurrente, y, por tanto, la disfagia aparecen; pero es un hecho observado constantemente que la gimnasia ortofónica logra la adaptación de las cuerdas vocales al nuevo estado de cosas, y el beneficio siempre resulta, dando lugar á que el paciente siga hoy, después de hace ocho años de tratamiento, en estado relativamente satisfactorio, en cuanto cabe dentro de su letal enfermedad, en que el tumor ha crecido hasta deformar la parte izquierda superior del esternón y la articulación costo-esternal de la tercera costilla izquierda. Algunas veces le molesta la tos seca, que procuro mitigarle con gran cuidado; pero, á pesar de todo, creo que habiéndole evitado la frecuencia de los espasmos glóticos con la gimnasia vocal, le ha proporcionado un gran bien, y así lo cree el mismo paciente.—He dicho.

DISCUSION

Dr. Botey: Felicita al disertante por considerar que es el iniciador de este medio terapéutico aplicado á las parálisis laríngeas. Explica que según la ley de Semon, la cuerda izquierda debía estar paralizada en posición cadavérica y que la derecha había de traspasar el plano medio formando una glotis oblicua durante la fonación. No cree que la gimnasia fonética pueda dar movilidad á una cuerda paralizada por causa nerviosa periférica, y que lo que se consigue es dar fuerza al crico-aritenoideo para rebasar el plano medio formando una glotis oblicua. Esto lo consigue espontáneamente la naturaleza, y la voz de estos enfermos es tan característica que basta haberla oído una sola vez para conocerla y hacer el diagnóstico oyendo hablar al enfermo.

Dr. Barberá: No niega que espontáneamente se obtenga á la larga lo mismo que con el tratamiento ortofónico, y recomienda este medio cuando fracasaran los remedios usuales y la electroterapia. La mejoría del enfermo ha sido el motivo por el cual lo ha referido al Congreso.

LAS INYECCIONES TRAQUEALES

DE CREOSOTA Y GUAYACOL

EN LA TUBERCULOSIS LARINGO-PULMONAR

por el Dr. D. Ricardo Botey (de Barcelona).

I

SEÑORES:

Hace por lo menos cinco años que inyecto por el conducto laringo-traqueal, hacia los bronquios y vesículas pulmonares, soluciones antisépticas diferentes, principalmente creosotadas, en los pacientes afectos de tisis laríngea que al propio tiempo tienen tu-

berculizados ambos vértices; enfermos sumamente frecuentes en mi clínica y en todas las de esta índole.

Principiando por algunos centímetros cúbicos, he llegado muchas veces á alcanzar la cifra de 80 y aun de 100 gramos de solución antiséptica, introducida impunemente en el interior de la tráquea. Como disolvente, válgome del aceite de olivas, y recientemente del aceite de hígado de bacalao.

Supongo no ignoraréis que yo, primero que nadie, en el hombre, he sido el que ha introducido por las vías naturales, esto es, á través del conducto bronco-laríngeo-traqueal, diferentes líquidos y sustancias medicamentosas disueltas, hacia los bronquios y el parénquima pulmonar, como así consta en la "Académie des Sciences," de París, en una comunicación que, en mi nombre, leyó el profesor Bouchard, en fecha del 21 de Julio de 1890.

Fundándome en esta Memoria preliminar, que me aseguraba la prioridad, he ido poco á poco ensayando y experimentando, con toda calma y reposo, esta nueva vía de introducción de los medicamentos en el interior, no tan sólo del pulmón, sino que, por los efectos rapidísimos de absorción por esta víscera, en la totalidad del organismo.

Esta nueva terapéutica hállase en efecto basada en los hechos y experimentos transcritos en el trabajo á que hago referencia, y del que, antes de entrar de lleno en el asunto primordial de que quiero hablaros, me permitiré daros un pequeño resumen, para mayor comprensión y menor sorpresa (si es que os proporciona alguna) de lo que váis á oír.

En dicho trabajo (1) consigno lo siguiente:

"Según afirma Gohier, idearon dos alumnos de la Escuela de Veterinaria de Lyon matar un caballo viejo destinado á las operaciones, inyectándole agua con una jeringa por la abertura traqueal que habían practicado, y tuvieron, con gran sorpresa de todos, que introducirle *nada menos* que TREINTA Y DOS LITROS *de agua* para que cayese al suelo. A este hecho notabilísimo, que parece paradójico,

(1) *Possibilité des Injections trachéales chez l'homme, comme voie d'introduction des médicaments* Masson, edit., 1890).

no se le ha dado en patología experimental la importancia que merece, á pesar de los posteriores trabajos de Eelong, Delafond y Levi; no habiendo nadie, que sepamos, que se haya dignado en Medicina humana tomar este hecho en la debida consideración „... “Siendo esto tanto más raro, cuanto es hoy día una verdad demostrada que la mucosa respiratoria es la que mejor se presta á los cambios de la absorción, no sólo gaseosos, como nadie ignora, sino aun de los líquidos, como lo prueba el incidente acaecido al gran Bichat en el Hotel-Dieu, en cuyo hospital de París, á un enfermo, en lugar de introducirle la sonda esofágica en el estómago, lo fué por el interno de servicio en la tráquea, inyectándole por ella caldo, *sin que resultase ningún accidente grave*, pues el líquido (en bastante cantidad) fué absorbido con rapidez. „

“Esta actividad excepcional en la absorción de los líquidos por parte de los bronquios y de las vesículas pulmonales, rapidez de absorción *muy superior á la de la mucosa digestiva*, es debida, según el eminente Colin:

„1.º A la inmensa extensión de la mucosa.

„2.º Al poco grosor de esta membrana, cuyas redes capilares son en extremo superficiales.

„3.º A la disposición del epitelio, reducido en los pequeños bronquios á una sola capa de células cilíndricas vibrátiles, y en las vesículas pulmonales á una tenue capa de delgadísimas células aplastadas.

„4.º Al impulso cardíaco y al de la inspiración, que arrastra de un solo golpe los gases, los vapores y los *líquidos*, que son absorbidos por las numerosísimas ramificaciones vasculares que rodean las vesículas y los bronquios terminales.

„Esta absorción de los líquidos, aunque normalmente no se verifica por la mucosa respiratoria, no deja de poder efectuarse con una colosal actividad, mucho mayor, como ya hemos dicho, que la de la vía digestiva, y *mayor también que la de la vía hipodérmica*, como lo prueban los más recientes experimentos de Colin y del malogrado Bouléy. Además, otra cosa que quizá parezca también extraordinaria á algunos: hasta estos últimos tiempos, y aun para muchos actualmente, ha prevalecido y prevalece un error, un gra-

ve error, esto es, la firme creencia de que todo cuerpo extraño introducido en las vías respiratorias ha de provocar indispensablemente una acción refleja violenta, por parte de la *sòi-dissant* exquisita sensibilidad de la mucosa respiratoria. Error, repetimos, crasísimo, que los modernos experimentos fisiológicos han desvanecido ante el estupor de algunos, pues la sensibilidad de la mucosa respiratoria es *muy obtusa*, á excepción del centinela avanzado llamado laringe y de la región faríngea. Pudiendo de esto convencerse cualquiera tomándose la molestia de repetir mis auto-experimentos, de que luego nos ocuparemos.,

Relato en aquella Memoria algunos experimentos, ejecutados por mí en varios conejos adultos, de cerca de 2.000 gramos de peso cada uno; experimentos, que principalmente consistieron en descubrir la tráquea por una incisión delante del cuello, inyectando luego en ella á través de sus paredes, agua destilada en la cantidad, primero de un centímetro cúbico, después de dos, y aun de tres, con la precaución de que cayese gota á gota. Presentáronse síntomas de pasajera asfixia, que se desvanecieron muy pronto con la respiración artificial, demostrando la autopsia que nada existía de anómalo en los bronquios y pulmones.

Esto es tanto más extraordinario y sorprendente, cuanto la capacidad pulmonar del conejo adulto, no alcanza casi nunca más allá del cuádruplo, esto es, el 17 á 18 centímetros cúbicos; lo cual si consideramos al hombre en proporcionales condiciones, daría *á priori* como consecuencia el poder inyectar en sus bronquios por lo menos medio litro de agua destilada, sin el más leve riesgo, puesto que su capacidad pulmonar alcanza por lo menos 2.500 gramos en el estado normal, existiendo individuos, como el que tiene la honra de dirigiros la palabra, cuya capacidad pulmonar pasa de 4.000 centímetros cúbicos.

Además, los líquidos medicamentosos irritantes son tolerados á maravilla por la mucosa bronco-pulmonar, tanto que pueden introducirse soluciones cateréticas débiles (bicromato al $\frac{1}{2}$ p. ‰) sin que originen trastornos locales tan notables como en las vías digestiva é hipodérmica, según demostré ya en mi comunicación á que aludo, el año 1890.

La explicación de esta rareza, es hasta cierto punto fácil, porque si se prescinde de las substancias capaces de producir una irritación local muy acentuada ó una verdadera cauterización, transcurre siempre algún tiempo antes de que sobrevenga la reacción inflamatoria, y antes de que ésta pueda aparecer es tan grande la absorción de aquella mucosa, que el líquido ha pasado ya al torrente circulatorio, mecanismo también puesto en evidencia por mis experimentos anteriores.

Ya en aquellas fechas había, en mí mismo primero y en algún enfermo de mi clínica después, inyectado en la tráquea 12, 15, 20, 30 y aun 40 centímetros cúbicos de agua destilada y de alguna solución medicamentosa sin el menor trastorno local ni general, probando con ello (primero que nadie), la posibilidad de inyectar diferentes medicamentos en el árbol aéreo.

Desde aquella fecha, y habiendo reproducido mi comunicación diferentes revistas extranjeras, alemanas, inglesas y francesas, numerosos fueron los laringólogos y médicos que se tomaron la molestia de ensayar y comprobar la exactitud de mis aseveraciones. Hering de Varsovia y Brouner de Bradford fueron de los primeros; á éstos sucedieron Saint-Hilaire, Szenziack y varios otros, entre los que hubo bastantes que no se cuidaron suficientemente de reconocer mi prioridad en semejante asunto, cosa que, sea dicho de paso, me ha sucedido más de una vez.

Mas yo poco me he cuidado de las investigaciones de estos diferentes prácticos, y contentándome con haber iniciado este movimiento provechoso, puse en ejecución en bastante escala esta nueva vía de introducción de los medicamentos. Del resultado de mi experiencia sobre este particular es de lo que pretendo ocupar la atención en este Congreso.

La mayoría de mis enfermos tratados de esta manera son tuberculosos de la laringe y de los pulmones. La cifra total de ellos alcanza mas de un centenar á buen seguro, pero no los he contado.

La técnica seguida por mí, es la siguiente: aunque en bastantes ocasiones anestésio previamente la mucosa laríngea con 3 ó 4 pinceladas de una solución de cocaína al 10 por 100, en otras no me cuidó para nada de la insensibilización de este órgano, introduciendo

do la cánula de una jeringa apropiada hasta por debajo de las cuerdas vocales. La jeringa de que me valgo tiene unos 20 gramos de capacidad; la cánula es muy delgada y alcanza alguna mayor longitud, teniendo la corvadura de un estilete laríngeo, al objeto de que pueda llegar siempre á la región sub-glótica ó á los primeros anillos traqueales.

El extremo de la cánula posee una pequeña olivita, á la que se adapta un fragmento de tubo de goma de unos dos centímetros de longitud, con el fin de que alcance mayor profundidad á la par que no pueda herir las paredes de la mucosa laringo-traqueal.

Cargada la jeringa con una solución de creosota ó de guayacol en aceite de olivas al 1 ó 2 por 100 y cogida aquélla convenientemente con la mano derecha, introduzco el extremo de la cánula, poco á poco y con suavidad hasta por debajo de las cuerdas vocales, guiándome por supuesto con el espejo laríngeo sostenido con la otra mano, como en los casos ordinarios de operación endo-laríngea, de todos Vds. harto sabidas. Este acto provoca casi siempre en seguida un acceso de tos, acompañado á veces, principalmente cuando no hemos de antemano empleado la cocaina, de un ligero espasmo de la glotis. Prescindo de este pequeño inconveniente y espero un intervalo de reposo para introducir, apretando el pitón de la jeringa, algunas gotas de la solución medicamentosa, que algunas veces son toleradas perfectamente y en cambio en otras engendran nuevos accesos de tos. Pasado este segundo acceso, sin mover la cánula del interior del conducto laringo-traqueal, aprieto de nuevo el émbolo con lentitud, y la solución medicamentosa va saliendo á gotas ó, todo lo más á chorro filiforme (pues el diámetro interno de la cánula no permite otra cosa), procurando que éste resbale á lo largo de las paredes anterior ó posterior de la tráquea, para lo cual bajo ó subo el cuerpo de la jeringa, con cuya maniobra el pico de la cánula se pone en contacto con una de estas paredes de aquel conducto.

Introduzco así lenta y suavemente 3, 4, 5, 6, 7, 8 y hasta 10 gramos de medicamento, y saco la jeringa, dejando descansar al paciente algunos segundos. En la primera sesión, y sobre todo cuando el paciente es poco tolerante, dejo para los dos siguientes días el practi-

car otra inyección traqueal, aumentando progresivamente la dosis hasta alcanzar unos 20 ó 25 gramos de solución, que es por término medio lo que pueden impunemente soportar la mayoría de los enfermos por mí tratados de ese modo.

Existen, sin embargo, pacientes que no experimentan apenas molestia, teniendo únicamente un poco al introducirles las últimas gotas de una inyección de 40 á 50 gramos. En éstos, desde el primero ó segundo día inyecto todo el contenido de la jeringa; esto es, 20 gramos de solución medicamentosa, generalmente en dos ó tres veces, raramente en una.

Estas inyecciones traqueales provocan siempre poca ó muchas tos, y ésta se encarga de eliminar una parte más ó menos importante del líquido inyectado; mas por lo común las tres cuartas, ó por lo menos las dos terceras partes del mismo, permanece en el interior del conducto laringo-traqueal. Si dada la susceptibilidad del enfermo juzgo conveniente disminuir cuanto sea posible esta tos, con el objetivo de que no sea expulsada al exterior más que una cantidad insignificante de solución medicamentosa, anestesio previamente con un largo pincel la mucosa laríngea y la de la región sub-glótica y de los primeros anillos traqueales; ó bien, si el enfermo es valeroso, le introduzco el medicamento atravesando la tráquea por la piel del cuello con la cánula que os muestro.

Esta cánula es encorvada ligeramente, tiene un milímetro de diámetro y va provista en su interior de un trócar de punta triangular muy cortante. Se adapta á ella un tubito de goma que se enchufa con la jeringa.

Hace más de seis años, cuando por primera vez ensayé estas inyecciones en el cadáver, decía en mi comunicación á la "Académie des Sciences," (que en mi nombre leyó el profesor Bouchard el 21 de Julio de 1890):

"1.º Atravesando con la cánula los tejidos blandos hasta llegar al tubo traqueal, se percibe perfectamente con la mano que la sostiene si la punta de la cánula da contra un anillo cartilaginoso ó se halla aprisionada en uno de los espacios fibrosos que les separan,...; y más lejos:

"2.º Cuando la cánula ha penetrado en la tráquea se siente per-

fectamente una falta marcada de resistencia, á la par que gran facilidad en moverla en todas direcciones; dos datos de alta importancia que demuestran, no sólo la posibilidad de practicarlas en el vivo, sino la facilidad de poder ejecutarlas en una clínica nosocomial ó en una policlínica sin exponerse mucho á errar el camino ó á atravesar el esófago con sólo poner algún cuidado „

Estas tentativas y presunciones las he visto, desde entonces, completamente confirmadas en todos mis enfermos, y nada, por lo tanto, tengo que añadir á lo afirmado en aquella fecha.

Enchufando el tubo de goma á la jeringa que sostiene un ayudante, cojo la cánula armada del trócar con la convexidad hacia arriba y como una pluma de escribir, é introduzco su punta inmediatamente por debajo del borde inferior del cartílago cricoides, borde casi siempre algo saliente y que percibe bastante bien el pulpejo del índice de la mano opuesta. Lo hundo en el espacio crico-traqueal ó crico-tiroideo á una profundidad algo mayor de un centímetro, conociendo por una sensación especial de falta de resistencia de los tejidos, por la movilidad de la punta, por la tos que muchas veces en el acto origina y principalmente por el resoplido que produce al paso del aire acompañado alguna vez de mucosidades, á través de la cánula, una vez quitado el trócar que obtura su luz.

Una vez la cánula en la tráquea, la introduzco algunos milímetros más y levanto su extremo externo al objeto de que el chorro se dirija más tarde directamente hacia abajo, adaptando entonces el tubo de goma, é inyectando seguida y lentamente el líquido medicamentoso como en el caso anterior.

Los enfermos, en general, cuando se prestan á esta maniobra, soportan mejor la inyección de este modo que por las vías naturales. La herida resultante de la punción de los tejidos se cura siempre por primera intención. No me ha acontecido nunca el menor accidente, aun en los casos en que he tenido que perforar la piel y demás tejidos del cuello infinidad de veces. Una sola vez se me presentó un pequeñísimo enfisema en un tuberculoso caquético, que desapareció espontáneamente á las veinticuatro horas de haberlo observado.

En cuanto á los resultados de este tratamiento, helos ahí: La

gran mayoría de pacientes tratados de esta manera pertenecen á mi clínica pública, por haber principiado allí mis primeros ensayos y por prestarse más á estas maniobras la gente proletaria. En más de la mitad de ellos las lesiones pulmonares permanecen estacionarias, siendo la expectoración menos abundante y la tos mucho menos frecuente, renaciendo el apetito é iniciándose la nutrición á los pocos días.

Aun tratándose de enfermos con tuberculosis pulmonares avanzadas, las inyecciones traqueales mejoran sensiblemente el proceso morbozo, ya obrando localmente, lo que se percibe muy bien por la auscultación, ó ya por absorción pulmonar en todo el organismo.

Cuando el proceso tuberculoso es incipiente, este tratamiento durante un par de meses, seguido de la permanencia en el campo y el reposo físico en el espacio de doble tiempo, logra curar la dolencia en cerca de la mitad de los enfermos por mí observados, que ascienden tan sólo de unos veinte á veinticinco. El resto de los enfermos, esto es, el 30 ó 40 por 100 de ellos, sólo experimentan con las inyecciones traqueales de creosota una mejoría más sensible que administrada por el trayecto digestivo.

Estos resultados los creo, sin embargo, muy dignos de tenerse en estima, y por lo tanto merecedores de ser expuestos á la ilustrada consideración de vosotros.—He dicho.

DISCUSION

Dr. **Compaired:** Felicita al Dr. Botey por su intento terapéutico y laboriosidad, y siente no poderlo extender á la tesis que sustenta, dados sus escasos resultados clínicos. Reconoce, con Gubler, que es la mucosa pulmonar la dotada de mayor poder absorbente. Cree que así la jeringa del Dr. Botey como la cánula que presenta, son los instrumentos ordinarios que usamos todos, y que es lástima que no haya hecho un verdadero estudio del curso clínico de los enfermos por él tratados, haciendo constar el peso, apetito, bacilosis, etc., antes y después de someterlos á esta cura.

Considera que no se alcanzan por este medio las mejorías que se

obtienen con los baños de aire comprimido creosotados, con los cuales se absorben cantidades fabulosas de medicamento, lo cual hace que el enfermo tenga más apetito, aumente de peso y disminuya su tos, su secreción laringo-bronco-pulmonar y hasta la bacilosis. Mas no se puede prometer por esto la cura de la tísis, ya que estas mejorías son tan pasajeras como las de la cura hidro-mineral, por la alimentación forzada, etc. En su consecuencia, felicita á medias al Sr. Botey por su trabajo, que califica *de gabinete*, puesto que la clínica no ha obtenido resultado alguno.

Dr. Uruñuela: Le llama la atención la *extraordinaria facilidad* de las inyecciones traqueales sin sacar la cánula. Con previa anestesia cocaínica de la laringe no lo duda, pero sin ella se pueden hasta provocar espasmos, que considera imposibles de contener mientras persista la cánula de la jeringa en el interior de la glotis. Esto es cierto en Madrid; en Barcelona puede que no.

No ha podido obtener resultados beneficiosos de toques creosotados locales en la laringe, como los obtiene con el ácido láctico, por ejemplo; y respecto á la acción general, es ventajosa cuando la toleran las vías digestivas y hasta tiene casos que califica de curaciones temporales, entre ellos un enfermo que hace diez ó doce años que parece curado, aunque él no se atrevería á asegurarlo.

La protesta del aparato pulmonar es mayor que la de la nariz y en casos de inyección laríngea en que ha caído líquido en la tráquea, ha visto producirse espasmos tan intensos, que una vez, hace siete ú ocho años, se preparó para traqueotomizar á una enferma de su consulta particular por este motivo; se le pasó el ataque y la enferma no volvió á su consulta. Por esto aconseja siempre el Dr. Uruñuela que los porta-algodones laríngeos no lleven líquido medicamentoso en exceso.

Dr. Arrese: Cree que la creosota produce su efecto cuando se administran grandes cantidades, por lo cual se ha aconsejado la vía rectal y la hipodérmica. Extraña que el Dr. Botey practique inyecciones traqueales á través de las partes blandas del cuello, pues cree difícil dar con un enfermo que soporte el número de punciones necesarias, que han de ser muchas, hasta obtener alguna mejoría.

Así como el Dr. Uruñuela preconiza el tratamiento local con el ácido láctico, el Dr. Arrese, dice que desde hace dos meses en que lo leyó en la *Revista de Laringología, Otología y Rinología*, de Moure, emplea tres toques locales diarios de una solución alcohólico-etérea, saturada de iodoformo. Temía antes por la acción local del éter y el alcohol á

pesar de haber leído que con un toque previc de cocaína quedaba insensible; empleó este remedio con natural temor en un tuberculoso de laringe con proceso ulceroso bastante extenso, sorprendiéndole que á los cuatro días el enfermo, que antes no podía deglutir, deglutía, no tenía dolores, recobraba el apetito y deseaba la hora de la consulta.

Aun con previa cocainización, este enfermo y otro que luego ha tratado han sentido un dolor que califican de insoportable, que dura quince á veinte segundos después de la cura.

Dr. Forns: Ruega al Dr. Botey, si lo tiene á bien, algunas aclaraciones. Cree haber entendido que no persigue el efecto local sino el general, y que practica estas inyecciones por ser más fácil y segura la absorción por la vía pulmonar. (*El Dr. Botey.* Los dos efectos, local y general). En este caso desca saber si el efecto local pulmonar es ó no posible y cuál sea él, pues no acierta á comprender ni acción tópica cuando no caiga el remedio en los focos tuberculosos y aun en el caso de que se vertiese en una caverna no puede darse laudable explicación. Si el efecto general es el esperado y se toma la vía pulmonar como vía de intromisión farmacológica en los pneumofímicos, cree que este proceder es hasta inhumano por sobrecargar de trabajo á un órgano, que á más de no tener reposo nunca, ya tiene que efectuar más trabajo con tener que subvenir la parte sana á las imperiosas funciones de todo el órgano.

Dr. Castañeda: Teme la contingencia posible de que se desprenda el tubito de goma que adapta á la jeringa. Previa cocainización ha introducido con la cánula de Bear pequeñas cantidades de aceite creosotado en la tráquea sin mejores ni peores resultados que con el ácido láctico.

Dr. Gómez de la Mata: Cree que las inyecciones traqueales pueden servir para la absorción del aceite de hígado de bacalao sin que proteste el estómago. Por este motivo estuvo tan en boga hace cuatro ó cinco años en inyecciones hipodérmicas.

Dr. Botey: Dice al Dr. Compaired que no hay necesidad de llevar los estudios clínicos al extremo que propone, pues basta que mejoren los enfermos. La bacilosis nada significa para el pronóstico del mal, así como tiene gran importancia para el diagnóstico. Afirma que con el tratamiento local mejora sensiblemente el enfermo y ello le basta.

Aconseja al Dr. Uruñuela que emplee su tratamiento y verá que la tráquea tiene poca sensibilidad, al contrario que la laringe, que la tiene exagerada. Al Dr. Forns contesta diciendo que las cosas de la vida quien las juzga es la experiencia. Y dice que la jeringa que usa no tiene nada de particular.

LA TIROTOMÍA EN EL CÁNCER LARÍNGEO

por el Dr. Ricardo Botey (de Barcelona).

SEÑORES :

No cabe para mí la menor duda de que hoy por hoy, en el estado actual de la ciencia laringológica, y á pesar de haberse ejecutado ya mas de 200 extirpaciones totales de la laringe; cuando se llega á tiempo, diagnosticando tempranamente una neoplasia maligna endolaríngea, circunscrita, unilateral y limitada á la mucosa, lo que casi siempre acontece en los cuatro ó seis primeros meses, el mejor, más inofensivo y radical tratamiento que puede ponerse en práctica, es la tirotomía ó laringofisura, como llaman los alemanes, seguida de extirpación completa del tejido enfermo.

Estas opiniones no ofrecen ninguna novedad. Semon las defiende hace tiempo, y yo las apadrino también desde hace por lo menos siete ú ocho años. En efecto, se hallan consignadas por primera vez en el cuarto fascículo de mis "Estudios clínicos de Laringología, otología y rinología,, en el cual, al ocuparme de la conducta que siguió Morell-Mackenzie al tratar el cáncer laríngeo del Kronprinz, critico muy severamente su manera de proceder y defendiendo á capa y espada esta línea, para mí inflexible, de conducta, cuando es aún posible seguirla.

Estas ideas, consecuencia lógica de lo observado por mí en algunas clínicas del extranjero y de las lecturas de las diferentes observaciones y estadísticas publicadas en aquel entonces sobre el particular en la literatura de la especialidad, se fundaban además en un caso de epiteloma de la cuerda vocal derecha operado por

mí en 1890 de laringofisura, y cuya recidiva no había tenido lugar tres años después.

He aquí resumida brevemente esta historia clínica :

OBSERVACIÓN I.—Laureano C.... cuarenta y nueve años, profesión zapatero y residente en Barcelona, se presenta á mi consulta el 14 de Marzo de 1890, aquejando una ronquera pertinaz desde hace cinco ó seis meses. Contrajo el dengue en Diciembre de 1889, estando en Madrid, y su ronquera se hizo desde entonces más ostensible. La cuerda vocal derecha considerablemente tumefacta, principalmente en su centro, que presenta un relieve granuloso, ofrece el aspecto de una segunda banda ventricular. Además, esta cuerda vocal era perezosa en sus movimientos, no alcanzando más que con dificultad la línea media en sus excursiones fonéticas.

Extirpada una pequeña porción con las pinzas cortantes, resulta, según el dictamen del Dr. Pi y Gibert que "En la parte mas central de este tumor obsérvanse cilindros é islotes de tejido epitelial pavimentoso que no están en relación con los límites del epitelio laríngeo, por lo que es indudable que se trata de una verdadera producción epitelial en el interior del tejido laríngeo. Diagnóstico: Epitelioma pavimentoso tubulado.,"

El 10 de Abril de 1890 ejecuto la tirotomía, previa traqueotomía y aplicación de una cánula de Trendelenburg en la misma sesión. La neoplasia se extendía bastante por debajo de la cuerda vocal derecha y además penetraba en el interior del ventrículo de Morgagni, interesando la cara externa de la banda ventricular. Limitado todo el tejido enfermo por cuatro incisiones practicadas en tejido sano, una superior y otra inferior, una anterior en la línea media y otra posterior inmediatamente por detrás del aritenoides, la neoplasia fué escindida primero con el bisturí y luego con las tijeras curvas hasta el límite del cartilago tiroides. Para mayor seguridad se quitó también el cartilago aritenoides, respetando, sin embargo, su punta y la porción de mucosa correspondiente á su cara posterior. Gálvano-cauterio en lo restante de tejido sospechoso que hubiese podido quedar. Cloruro de zinc al 10 por 100. Dos puntos de sutura en el tiroides.

20 ABRIL.—La curación es muy rápida, tanto en el interior como

en el exterior. Apenas ha existido reacción post-operatoria. Se cambia la cánula de Trendelenburg por una cánula ordinaria de pequeño calibre.

28 ABRIL. — Se quita la cánula; el paciente respira como antes por las vías naturales. Con el espejillo se observa algún tejido de granulación en el extremo posterior del sitio correspondiente á la cuerda vocal extirpada, que me alarma sobremanera, temiendo una recidiva.

2 JUNIO.—El tejido de granulación ha crecido bastante más, hallándose todo el resto de la herida endo-laríngea completamente cicatrizado desde hace días. Extirpación del tejido granuloso con unas pinzas y cauterización con el nitrato argéntico.

15 JUNIO.—Voz ronca, mas muy comprensible á larga distancia. Se ha formado un repliegue de la mucosa al lado derecho y por encima de la banda ventricular, que se ajusta más ó menos imperfectamente con la cuerda y banda opuesta en el acto fonético. Examinada al microscopio la porción de tejido extirpada últimamente, resultó ser de tejido embrionario de mamelón carnoso. En efecto, no volvió á crecer la granulación y el sitio donde estaba parecía de epitelio sano.

Vi á este enfermo tres meses después sin la menor recidiva; luego al año siguiente, y últimamente en Febrero de 1893 sin la menor novedad. Desde esta fecha lo perdí de vista, y por lo tanto ignoro lo que fué de él.

Mi experiencia ulterior, progresivamente cada día más grande, me ha hecho ratificar en estas ideas semi-conservadoras y por lo tanto intermediarias entre las de los *abstencionistas* absolutos, esto es; los que piensan que el cáncer laríngeo es una especie de *nolli me tangere*, y que por lo tanto hay que desechar toda clase de intervención local, limitándose el papel del larínlogo á la ejecución de la traqueotomía en los casos (que no son todos), en los cuales por la evolución espontánea del neoplasma se fragua una peligrosa estenosis, y los cirujanos *radicales*, partidarios de la extirpación de la laringe, de parte de la tráquea y si conviene de algunas porciones de esófago, faringe y base de la lengua, si la extensión de la neoplasia maligna así lo exige.

Señores, yo pienso que la extirpación total de la laringe es una mala, una pésima operación; es una intervención quirúrgica demasiado grave para ser ejecutada cuando el tejido canceroso la ha invadido en gran parte ó en totalidad. La recidiva en semejantes ocasiones es casi segura, y aun prescindiendo de ella, la mortalidad operatoria y post-operatoria es verdaderamente terrorífica, para que tengamos derecho á proponer semejante maniobra con un objetivo humanitario.

Se ha dicho, con muchísima razón, que el mejor cirujano no es el que más operaciones ejecuta, sino el que evita más operaciones. Por otra parte, el práctico que por exceso de celo científico ejecuta una operación quirúrgica muy peligrosa, cuya necesidad no está bien demostrada, sucumbiendo el enfermo, casi puede considerarse que ha cometido un crimen profesional, un homicidio médico. Y para mí este es el caso, digase lo que se quiera, en la mayoría de laringectomías totales por cáncer laríngeo.

En efecto, si recorréis rápidamente las diferentes observaciones de esta índole, publicadas hasta la fecha, y aun más si os fijáis preferentemente en las consignadas en estos últimos tres ó cuatro años, en las cuales se notan indudables perfeccionamientos, debidos á la antisepsis, al proceder operatorio, y al instrumental, no obstante, no dejaréis de observar siempre, ó casi siempre, tras la operación la muerte, ya por choque traumático, ya por neumonía abingesta, ya por recidiva á los pocos meses, por hemorragia secundaria, por bronco-neumonía séptica, etc.; en una palabra, observaréis una verdadera hecatombe; deduciendo de todas ellas que además de ser hasta cierto punto vergonzoso para la ciencia el tener que recurrir aun hoy día á semejantes mutilaciones, que dejan al operado en una situación lamentable; el acto operatorio en sí es tan peligroso por la proximidad de vasos y de nervios importantísimos y la asepsis completa tan difícil, dado que el conducto aéreo debe comunicar con el exterior y el fondo superior de la herida con la cavidad bucal, que casi puede repetirse con Paul Koch que: "en esta operación todo el mérito del cirujano consiste, en que el enfermo no se le muera en la mesa operatoria,, y pensar con Solis-Cohen que "para salvar á un enfermo se sacrifican demasiados.,"

En España mismo, sin ir más lejos, ¿cuáles han sido los resultados de las cinco ó seis laringuectomías ejecutadas en estos últimos años?

Todos sabéis que nuestro eminente compatriota el Dr. D. Federico Rubio ejecutó la primera extirpación total de la laringe el 11 de Mayo de 1878, muriendo el operado á los cinco días. Luego el mismo Dr. Rubio practicó otra operación igual con análogos resultados. Al Dr. Toro, de Cádiz, el 9 de Marzo de 1881, le cupo la misma desgracia; pues extirpó, además de la laringe, parte de la faringe, el hioides y la base de la lengua, falleciendo el infeliz paciente al cuarto día de operado. El Dr. D. Juan Cisneros, el 11 de Febrero de 1890, extirpó el larinx de un hombre de cuarenta y seis años, teniendo que suspender la operación y aplazarla para el día siguiente, pues de lo contrario se exponía á que el operado sucumbiera á sus manos. La neoplasia se reprodujo á los tres meses de la operación, sucumbiendo rápidamente el enfermo. El Dr. D. Ramón de la Sota y Lastra operó de laringuectomía el 8 de Junio de 1889 un canceroso del órgano fonético, que murió á los catorce días por desfallecimiento cardíaco. Yo mismo me atreví á ejecutar semejante crimen quirúrgico el 20 de Agosto de 1881 en un caso de epiteloma de la laringe y en un enfermo de cincuenta años, sugestionado por el propio paciente que, sabedor de la naturaleza de su padecimiento, me amenazó con suicidarse si no lo operaba. La neoplasia era verdaderamente intrínseca, esto es, no rebasaba los límites de la caja laríngea, y no existían infecciones ganglionares en el cuello. Sin embargo, y á pesar de que se trataba de un caso favorable, cuando menos en la apariencia, el desgraciado paciente sucumbió tres días después de la operación de colapso cardíaco. No publiqué este caso por lo desastroso del resultado, como todos fácilmente podéis comprender, y porque sabía que algunos compañeros de profesión habían calificado algo duramente mi atrevimiento quirúrgico, diciendo que mi operación había satisfecho los deseos de suicidio de aquel desgraciado.

Podéis suponer, por lo tanto, que no me quedaron ganas de ejecutar más laringuectomías; tenía lo sobrado con lo que me aconteció.

Si resumimos ahora los demás casos de extirpación total de la

laríngea, habidos en el extranjero, principalmente en Alemania y Austria, que es en donde se ha ejecutado esta operación con mayor frecuencia, tendremos que la mortalidad total, esto es, la debida al acto operatorio sumada á la ocasionada por las otras causas independientes del mismo, alcanza la *enormísima cifra de 94 á 95* por 100.

Este solo dato ha de bastar, en mi concepto, en el estado actual de la ciencia, para rechazar en absoluto esta operación en los procesos malignos del larinx, principalmente cuando el proceso morbooso ha traspasado los límites de la caja laríngea, invadiendo por abajo la tráquea, por atrás el esófago y por arriba la base de la lengua, el hioides, la faringe, etc., ó cuando los ganglios laterales del cuello, supra-externales ó sub-maxilares, se hallan infectados. En estas ocasiones pretender laringuectomizar á un enfermo es cometer un delito quirúrgico, un homicidio por imprudencia temeraria.

Si pasando al extremo opuesto, nos acobardamos de un modo excesivo, para permanecer en una expectación, hija del convencimiento de nuestra impotencia, expectación sólo más tarde interrumpida por los ásperos silbidos de una extenosis laríngea, que nos inducen á prolongar únicamente un tanto la vida del infeliz paciente, practicando la traqueotomía; entonces, á mi modo de ver, pecamos de negligentes y descuidados, pues tenemos la obligación de haber con anterioridad y en tiempo oportuno ensayado la única probabilidad de salvación del enfermo que nos resta sin exponerle á muy grandes peligros, ejecutando la sección de la laringe y extirpando el tejido patológico del interior de su cavidad.

Diréisme, señores, que hace años que nuestro laborioso y eminente compatriota, el tan ilustre cuan sabio fundador de la laringología española, nuestro malogrado Rafael Ariza, que no existe ya para gran desgracia de esta rama de la medicina; diréisme, repito, con él que: "Desgraciadamente las laringitis cancerosas están, por lo general, muy adelantadas cuando vienen á manos del especialista.," Lo mismo sucede en todas las demás afecciones de la laringe. La desgracia de los que padecen de este órgano, consiste en que nadie se toma el trabajo de ponerles al corriente de los adelantos hechos en esta rama de la Medicina. Por eso cuando los can-

cerosos se presentan al examen laringoscópico, ha pasado ya el tiempo de las operaciones superficiales y ligeras, y ha llegado el de las peligrosas y grandemente cruentas (1).

Mas, sin embargo de ser innegables estas aseveraciones, puesto que á buen seguro que todos vosotros os habréis muy á menudo hallado con semejantes procesos en condición adelantada; no obstante, cada día va difundándose más y más la luz entre nuestros compañeros, y por ende va penetrando, aunque con menor intensidad, entre el público, pues la ilustración de éste es siempre y en todas partes proporcional á la de los médicos; queriendo significar esto que á medida que logremos por nuestros incesantes esfuerzos el que vaya adquiriendo derecho de ciudadanía nuestra especialidad, primero entre los médicos generales, todavía en parte algo recalcitrantes y más tarde entre el vulgo, será cada día más frecuente el examinar procesos laríngeos malignos incipientes, y, por lo tanto, susceptibles de tratar con algunas probabilidades de éxito sin una gran exposición de la vida del enfermo.

Ariza mismo, en su interesante trabajo titulado: "Elementos diagnósticos del cáncer laríngeo", demostró ya hasta la evidencia, con un talento clínico altamente envidiable, la posibilidad de diagnosticar sus especies por los signos laringoscópicos en época relativamente temprana. En efecto, todos sabéis que en sus comienzos, el cáncer del órgano fonético "nace por un pequeño engrosamiento, limitado á un punto de las bandas, de las cuerdas, de los aritenoides, de la epiglotis, el cual parece formar parte constitutiva de los tejidos sin destacarse de ellos, á manera de excrecencia ó de algo sobreañadido", según las propias palabras de nuestro difunto compañero. Más tarde avanza lentamente y por continuidad; su coloración es rojo-oscuro; la afección en los primeros meses es constantemente unilateral y no interesa generalmente el esqueleto laríngeo. Hay, sin embargo, casos en los cuales, según he tenido ocasión de observar, el proceso morboso se inicia de un modo sola-

(1) *Observaciones de cáncer laríngeo. Posibilidad de diagnosticar sus especies por el laringoscopio. - Indicaciones terapéuticas*, por el Dr. D. Rafael Ariza. Madrid. Extraído del tomo v del Instituto de terapéutica operatoria, 1885.

pado y con la careta de una infiltración unilateral y progresiva de una cuerda vocal ó de una banda ventricular, etc. En tales ocasiones, afortunadamente raras, el mal es desde su origen profundo, sub-mucoso, difuso, y, por lo tanto, de diagnóstico difícil, y á veces imposible, aun con el auxilio del microscopio en los primeros tiempos.

Más tarde, al adquirir cierto tamaño, "al descentralizar la cavidad laríngea, dándole una oblicuidad y desviación mayor que las que se observan en todas las demás laringitis hipertróficas," como decía Ariza; el diagnóstico resulta ya claro; convirtiéndose en evidente si el examen histológico de una ó de varias porciones de tejido sospechoso arrancadas con las pinzas cortantes, demuestra que se trata en efecto de una neoplasia maligna.

En cuanto al diagnóstico objetivo de las especies de cáncer laríngeo, á pesar de las afirmaciones de nuestro esclarecido compatriota, lo creo en la práctica muy aventurado, y por tanto expuesto á equivocaciones de consideración, si no se apela al auxilio del microscopio. Pienso, señores, que con el espejillo puede muchas veces, muy precozmente, afirmarse que se trata de una neoplasia maligna, inclinándose á creer que se trata de un epiteloma, no por los caracteres objetivos que observamos, que son á menudo variables y distintos, dígase lo que se quiera, sino por ser esta neoplasia en la laringe muchísimo más frecuente que el carcinoma y el sarcoma, sobre todo de los cuarenta años para arriba (1).

La laringe cancerosa parece prestarse á intervenir con la tirotomía, pues todos sabéis que las adenopatías malignas aparecen casi siempre muy tardíamente en el curso de esta terrible enfermedad. En efecto, este órgano es bastante pobre en vasos linfáticos; posee una cápsula cartilaginosa, hasta cierto punto impermeable, que se constituye en barrera, durante muchos meses, para la infec-

(1) Félix Semon en una reciente estadística de ciento tres casos de neoplasia maligna del larinx, observados por él (*The results of radical operation for malignant disease of the Larynx*, by F. Semon. *The Lancet*. December, 15, 22 y 29, 1895), ha hallado al examen microscópico únicamente tres sarcomas y dos fibrosarcomas; todos los restantes eran cánceres epiteliales. Esta enorme proporción de epitelomas es confirmada por la experiencia mía y por la de los demás autores.

ción de los ganglios linfáticos más próximos. Estoy harto de observar enfermos con casi todo ó todo el larínx invadido por una neoplasia maligna, y, no obstante, sin el menor ganglio abultado en las distintas regiones del cuello.

Esto para mí constituye un aviso, ó mejor dicho, una circunstancia de la naturaleza, que es menester saber aprovechar.

Por lo tanto, he ahí la conducta que, en mi opinión, debe hoy por hoy observarse (interín los perfeccionamientos instruídos en la laringuectomía, no hagan descender su enormísima mortalidad), en los casos de cáncer laríngeo; como así lo hago desde algunos años á esta parte, y después de haber operado tres enfermos de esta índole con excelente resultado, esto es, sin recidiva á los tres años en dos de ellos.

En primer lugar, debemos distinguir en la práctica dos categorías de enfermos: los operables, esto es, los que padecen un cáncer laríngeo poco adelantado y superficial; y los no operables, ó sea los que acuden á nuestra consulta tarde ó con un cáncer extrínseco, según la clasificación de Krishaber.

Incluyo en los cánceres intrínsecos operables por la tirotomía, los limitados á una cuerda vocal, á una banda ventricular, ó á ambos órganos á la vez. Los circunscritos á un ventrículo de Morgagni, al espacio sub-glótico de un solo lado, ó á la cara anterior de los aritenoides é interno de los repliegues ari-epiglóticos. Entiendo por cáncer extrínseco de la laringe toda neoplasia acantonada en la epiglotis, en la cara posterior del cricoides, y á horcajadas sobre los repliegues ariteno-epiglóticos ó sobre los inter-aritenoideos.

Además, para que la neoplasia pueda operarse por la laringofisura, es necesario que sea, en lo posible, unilateral; pues mis observaciones me han hecho notar que en la generalidad de las ocasiones, cuando el cáncer alcanza el otro lado de la laringe, traspasando la línea media, por delante ó por detrás, entonces profundiza, infiltrando los tejidos sub-mucosos, alcanzando á menudo ya el pericondrio ó el mismo cartilago, barrera que no debe haber invadido ni mucho menos traspasado, para poder intentar con probabilidades de éxito semejante intervención. Por lo tanto, creo inútil indicar que cuando la neoplasia ha trastornado la contextura de

una buena porción de la laringe ó de casi toda ella, y sobre todo cuando los ganglios cervicales están infectados, habiéndose, por añadidura, la neoplasia convertido en mixta, esto es, en intrínseca y extrínseca á la vez; en todos estos casos hay que abstenerse de toda intervención operatoria, que no sea la traqueotomía en tiempo oportuno.

No ignoro, señores, que Paul Bruns (1) ha condenado esta operación como pésima, calificándola de "igualmente inoportuna que los métodos intra-laríngeos,, y que Morell Mackenzie, en su obra, fundándose principalmente en las estadísticas de Bruns, la considera como "muy poco satisfactoria,,. Sé también que Bullín (2) afirma que: "Ni el más insignificante estímulo puede colegirse de los resultados de esta operación ó de la faringotomía sub-hioidea, en los cánceres extrínsecos é intrínsecos de la laringe,,. "Este proceso morbosó, añade, está evidentemente colocado á demasiada profundidad en el interior de los tejidos, para ser extirpado por una tan ligera operación,,.

El caso de Laureano C..., consignado más arriba, y que operé á raíz de haber ejecutado en un niño de nueve años igual operación, por papilomas difusos, de toda la cavidad laríngea, animado por lo poco grave que me pareció ser semejante maniobra quirúrgica, es una prueba de que no siempre resulta inútil la tirotomía en el cáncer laríngeo.

He dicho que había ejecutado posteriormente dos operaciones más de esta índole. En la primera, que practiqué el 13 de Diciembre del año 1892, sucumbió la paciente de recidiva á los once meses. El afecto estaba, cuando intervine, quizá demasiado adelantado; la neoplasia se había extendido en profundidad hasta cerca del primer anillo traqueal, y había penetrado además en el interior del tejido cartilaginoso de la cara lateral izquierda del cricoides; cosa que no pude observar con el examen laringoscópico, notándolo solamente después de haber incindido y abierto el tiroides. Diréisme

(1) Die Laryngotomie zur Entfernung intra-laryngealer Neubildungen.—Berlin, 1878.

(2) Essay on Malignant Diseases of the Larynx, 1883, páginas 56 y 57.

con razón que en este caso hubierais resecaado la porción de cricoides degenerada, lo que no hubiese añadido gran cosa á la gravedad del acto quirúrgico. Mas á decir verdad, no lo hice, limitándome á practicar un enérgico raspado, por temor á prolongar demasiado la operación, pues la paciente se iba concentrando, el pulso se debilitaba, y no quise, ó mejor dicho, no juzgué prudente continuar. Se trataba de una mujer de sesenta y un años. Sin embargo eliminé, ó me pareció haber eliminado, con la cucharilla, en aquel sitio todo el tejido enfermo, hasta el pericondrio de la cara externa del cricoides. La recidiva se inició cinco meses después de la operación, y luego de estar desde mucho tiempo todo perfectamente cicatrizado, comenzando bajo el sitio ocupado por la cuerda vocal izquierda. Antes de intervenir por la laringofisura, el espejillo gular mostraba únicamente una tumoración rojo-vinoso-mamelonada y granulosa, algo dura, áspera y sangrante al contacto del estilete, y derramada sobre la cuerda vocal izquierda, sin interesar, al parecer, otro sitio de la mucosa laríngea. El espacio infra-glótico parecía normal. Este caso prueba lo engañoso que puede ser en algunos casos el laringoscopia para delimitar con exactitud la extensión de las lesiones cancerosas.

El 29 de Octubre de 1893 ejecuté mi tercera tirotomía por cáncer laríngeo. El enfermo vive todavía sin la menor recidiva, y os lo habría presentado si el Congreso, en lugar de ser en Madrid, hubiese tenido lugar en Barcelona, en donde, si no ha fallecido, espero enseñároslo el próximo venidero año 1897, si allí tenemos nuestra segunda reunión. Este enfermo, Jorge M..., de cuarenta y seis años de edad actualmente, tenía entonces cuarenta y tres. Era un tipo bastante robusto, sin antecedente hereditario alguno; comenzó su afecto, como en casi todos los casos de esta índole, por una ronquera que fué apareciendo gradual é insensiblemente, sin causa conocida, sin el menor dolor, dificultad respiratoria, ni otro síntoma que le molestara en lo más mínimo.

Cuando lo operé hacía cerca de un año que estaba disfónico; y antes de examinar su laringe, por el relato del paciente entré ya en fuertes sospechas de que se trataba de una neoplasia maligna del órgano de la fonación, pues tengo para mí, y estoy seguro que nada

nuevo os he de decir, que cuando en un individuo que pasa de los cuarenta ó cuarenta y cinco años se presenta sin otro síntoma una ronquera inopinada y de algunos meses de duración, hay que presumir un cáncer laríngeo.

El espejillo me demostró, como en el caso anterior, un engrosamiento de la cuerda vocal izquierda que iba extendiéndose hacia el ventrículo de Morgagni y la banda ventricular del propio lado. La cara inferior de esta cuerda vocal parecía sana, del propio modo que lo restante de la laringe. El centro de este engrosamiento se hallaba ulcerado, por lo cual se extrajo con las pinzas cortantes una pequeña porción para ser examinada al microscopio. Este primer examen fué dudoso: no se veía bien claro que "los elementos epiteliales penetraran en el interior de los tejidos,;" parecía "tratar-se de una laringitis hipertrófica,." El segundo examen demostró que se trataba de "un epiteloma pavimentoso estratificado típico,." (doctor Pi y Gibert).

Como en los casos anteriores, también ejecuté en un mismo acto operatorio la traqueotomía y la tirotomía, respetando el cricoides y dejando entre una y otra incisión un espacio de piel de un centímetro de longitud. Ejecuté la operación bajo la anestesia clorofórmica, y coloqué para obturar la tráquea la cánula de Halm, rodeada de fina esponja preparada, en lugar de la clásica de Trendelenburg, que no es hermética y se estropea fácilmente. Dejé á permanencia la cánula tapón durante cerca de quince días, renovándola cada cuarenta y ocho horas, al objeto de impedir toda infección descendente. Todo marchó á pedir de boca. La incisión laríngea se cicatrizó por completo á las tres semanas. Al mes de operado el paciente le quité la cánula ordinaria que le había puesto en sustitución de la esponja, cerrándose la herida, como siempre acontece, con suma rapidez. Como no tuve que extirpar más que la cuerda vocal y la banda ventricular, pues la lesión estaba realmente limitada tan sólo al sitio visto con el laringoscopio, extrayendo todos los tejidos subyacentes hasta el cartílago, quedó un hueco cicatricial en el sitio correspondiente, cuyos escasos tejidos blandos no podían aproximarse al lado opuesto para vibrar en la fonación; mas los aritenoides y repliegues ariteno-epiglóticos formaban una glotis superior

de la que emanaban sonidos guturales y roncacos que hacían, sin embargo, la voz del enfermo perfectamente inteligible á bastante distancia.

Como ya os he dicho, este enfermo vive todavía y hace más de tres años que fué operado, no existiendo la menor señal de recidiva.

En catorce años que llevo de práctica en la especialidad, he visto, á buen seguro, más de cien casos de cáncer laríngeo. No obstante, como habréis notado, no he tenido ocasión de ejecutar más que una laringuectomía y tres tirotomías por neoplasia maligna. Y no creáis que esto sea por falta de indicarlo y encarecerlo á mis clientes. En primer lugar, las dos terceras partes de los enfermos de mi clientela se presentan, como ya dijo Ariza, en un estado de invasión de los tejidos que hacen el afecto inoperable. Los 35 ó 40 restantes enfermos, en buenas condiciones para ser operados con alguna probabilidad de éxito, de cada diez, nueve se niegan á semejante operación, desapareciendo de nuestra visita, yendo á parar á manos del iluso compañero que les promete una curación que no ha de tener lugar. Esta es la causa por la cual no puedo ofreceros en abono de mis ideas más que tres casos de tirotomía por cáncer, en uno de los cuales se reprodujo la neoplasia.

Sin embargo, si se tiene en cuenta que la tirotomía es una operación relativamente benigna, pues su mortalidad oscila entre el 3 ó el 5 por 100, según las estadísticas, esto es, resulta apenas algo mayor que la de una simple traqueotomía, operación que se impondrá probablemente un día ú otro, cuando sobrevenga la estenosis ó asfixia consiguiente; si se tiene esto en cuenta, repito, no creo pueda encontrarse por semejante causa una contra-indicación operatoria á su empleo, debiendo por lo tanto poner gran empeño en hacer conocer sus ventajas entre nuestros colegas.

Por el contrario, la extirpación local y aun parcial de la laringe, son operaciones de alta gravedad, dejan al enfermo mutilado y á veces en condiciones pésimas, como he tenido ocasión de observarlo en París en la clínica del Dr. Gouguenheim y en Berlín en la de Krause. La recidiva es extraordinariamente frecuente, no porque la laringuectomía en sí sea menos eficaz que la simple traqueotomía, lo que sería un absurdo, sino porque cuando nos vemos obli-

gados á extirpar la laringe, la lesión se ha extendido ya en superficie y en profundidad, rebasando los límites de la caja laríngea é infectando los ganglios, lo que hace las maniobras operatorias completamente ineficaces para extirpar todos los gérmenes del mal que ya principia á generalizarse.

No obstante, pienso que, aun siendo partidario de la tirotomía en el cáncer laríngeo, esto no significa que no puedan researse alguna ó algunas porciones de cartilago afectado ó sospechoso. Semejante conducta, seguida por mi amigo el Dr. Félix Semon, le ha dado cuatro éxitos completos en otros tantos casos operados por él, lo que no deja de ser un resultado brillantísimo y muy digno de ser imitado, tanto que, según carta particular suya recibida recientemente, y que tengo á la mano, ha operado desde la fecha en que publicó el trabajo á que más arriba hago referencia, otros cuatro casos de tirotomía por cáncer con resección de una porción de cartilago y sin recidiva hasta el día en que me dió estas últimas noticias (2 Octubre de 1896) (1).

En mi segunda observación hemos visto reproducirse á los cinco meses la neoplasia por no haber extirpado una porción de cartilago cricoides. Fué, por consiguiente, una falta mía el no haber reseado la porción de cricoides afecta. Y si bien es verdad que la operación no pudo continuarse, debía haber dejado la herida al descubierto, esto es, no haber cerrado las láminas del tiroides, colocando en la cavidad laríngea gasa iodofórmica, reseando, á los dos ó tres días, ó al día siguiente, la porción de cartilago sospechosa.

En resumen, señores: es necesario no extremar las cosas; los cirujanos que extirpan toda la laringe y parte de la tráquea, del esófago, base de la lengua, etc., van por muy mal camino; no es este el medio de hacer adelantar la cirugía ni de convencer á los compañeros de la verdadera utilidad de estas operaciones. Para que el tratamiento radical del cáncer laríngeo sea un acto lógico, humanitario y legítimo, es imprescindible no intervenir más que en los casos operables, esto es, en los cuales hay, no solamente grandes

(1) "Since then Y have performed *four* more thyrotomies for laryngeal malignant disease, all of them successful and without recurrence.,, Párrafos textuales.

probabilidades de curación, sino también de inmunidad contra las recidivas. Estos casos, como hemos visto, son únicamente los intrínsecos, unilaterales y bien limitados en el interior de la laringe. Durante los cuatro ó cinco primeros meses del afecto, casi siempre, por no decir siempre, éste se encuentra en las antedichas condiciones.

Lo importante, pues, estriba en diagnosticar la enfermedad en un período lo más precoz posible. Desgraciadamente, muchos médicos se figuran que el cáncer laríngeo se manifiesta por dolores intensos principalmente lancinantes, por dificultad respiratoria y deglutiva, por infartos ganglionares, etc., lo que acontece en los últimos períodos de la enfermedad, esto es, cuando es temerario, y hasta cierto punto irracional, el intentar la extirpación.

Hay, pues, que esforzarse en llamar la atención de nuestros compañeros, y por su intermedio de la del público, para que con el Dr. Félix Semon, crean que: "Es deber de todo médico de cabecera, cuando halla en su práctica un paciente de edad madura ó algo avanzada, un caso de ronquera pertinaz sin otro síntoma alguno, pensar en la posibilidad que esta ronquera sea debida á una afección maligna, procediendo acto seguido al examen laringoscópico ó mandándolo ejecutar por una persona competente.,"

Estoy convencido que el día que esto suceda, no asistiremos nosotros, los laringólogos, al tristísimo espectáculo de ver cada año desfilar ante nosotros varios cancerosos de la laringe con lesiones extendidas y contra las cuales somos completamente impotentes. Cuando el médico general nos envíe entonces un enfermo, ó cuando éste acuda espontáneamente al gabinete del laringólogo, padeciendo una neoplasia maligna del larinx, ésta se encontrará poco desarrollada, y operándola oportuna y tempranamente, se salvarán por lo menos el 70 por 100 de los operados, ó sea de los casos observados; mientras que ahora se mueren el 98 ó 99 por 100 de los que el laringólogo ve, por la sencilla razón de que unos acuden tarde, otros no se dejan operar tempranamente, y los que se deciden in extremis, mueren á pesar de todo.

Exprofeso no he detallado las historias clínicas por considerarlo inútil. Tampoco he entrado en pormenores en lo referente á la téc-

nica operatoria y cuidados ulteriores, por suponerlo sabido á saciedad de todos nosotros.

A pesar de todo, muy prolongada, quizá demasiado, ha resultado esta comunicación, cuyos conceptos, á decirnos verdad, no he sabido condensar en menos palabras. Sin embargo de estos lunares, me consideraré altamente satisfecho si estas opiniones han logrado hacer algún prosélito entre los que me oís y no pensabais antes del mismo modo que yo.—He dicho.

DISCUSION

Dr. Uruñuela : Llama la atención acerca de que en un caso referido por el Dr. Botey, la cuerda que estaba englobada en el proceso epitelial llegaba á hacer una excursión fonatoria hasta la línea media, añadiendo que su movilidad no era la normal, y pregunta si la normal consiste en traspasar la línea media. Entiende que uno de los síntomas importantes es la *inmovilidad* de la cuerda correspondiente, hecho que ha visto en más de cincuenta enfermos de esta clase. Además no comprende como pudo ver la cuerda tratándose de un cáncer que englobaba toda la laringe. Contestando á la aseveración del Dr. Botey de que la laringectomía es una herejía quirúrgica por morir el 94 por 100 de los operados, dice que si sólo curasen el 2 por 100 debía operarse. Si á veces está justificada una intervención parcial, debe estarlo una operación total.

Entiende que no basta la laringo-fisura por dejar espacio muy reducido para ciertas ulteriores maniobras.

Dr. Castañeda : Refiere un caso suyo de cáncer de la cuerda vocal con inmovilidad absoluta de la misma; el diagnóstico histológico se hizo en la facultad de Medicina de Burdeos, vió el Dr. Moure al enfermo: y luego fué operado de tirotomía, extirpándosele el tumor y lleva cuatro años sin reproducción. Esto no quiere decir que no se pueda reproducir.

Dr. Botey : Antes creía en la necesidad de que la cuerda correspondiente se hallase inmóvil, pero desde los trabajos de Krausse sabe que las cuerdas vocales se quedan como estupidizadas, lo cual ocurre cuando se infiltran los músculos intrínsecos, lo cual no sucede siempre, por-

que hay casos, bastante frecuentes por cierto, en que no tienen tal estupor. Si hubiera leído otros dos casos que no pudo leer por falta de tiempo, hubiérase visto que en ellos había inmovilidad. Sigue el proceder que expone, que es el de Semon, y este autor se halla muy satisfecho de la tirotomía.

Hay que tener en cuenta que el cáncer laríngeo dura muchos meses, años enteros, es muy superficial, está localizado y es de crecimiento lento. Si no llega á la mucosa se puede atacar, obteniendo resultados sorprendentes con la tirotomía, que no es más grave que la traqueotomía (El **Dr. Uruñuela** : Lo es menos.) Pues razón de más para probar una operación que no entraña gravedad.

Dr. Forns : Desea más fortuna en ser contestado por el **Dr. Botey**, y deplora que en aras de la retórica se haya distraído el disertante en lo que más anatematiza, no exponiendo clara y terminantemente cuáles son las indicaciones de la tirotomía en el cáncer laríngeo. Cree que es una operación racional la extirpación de la laringe, pues, si como ha dicho el **Dr. Botey**, la laringe tiene una defensa á la generalización neoplásica por su peculiar contextura, sólo á condición de que la laringuectomía, como tal operación, fuese un asesinato, debía retirarse de la cirugía laringológica. Si el proceso epiteliomatoso es lento en su desenvolvimiento, entre aquellos limitadísimos casos de *seguro éxito* y los incurables ó inoperables, ha de haber otros de desarrollo intermedio, en los cuales la laringotomía no pueda garantir el éxito y la extirpación total daría probabilidades de obtenerlo. Y casos que un cirujano atrevido daría por garantidos, en lo que cabe, con la tirotomía y extirpación parcial, quizá otro más prudente ó meticoloso podría tratar con mayor seguridad mediante la total extirpación del órgano fonético. Termina diciendo que las estadísticas son desastrosas por no practicar en época oportuna las extirpaciones totales.

Dr. Botey : Dice que la recidiva es rara, pero la mortalidad espantosa en las laringuectomías. Que cuando está indicada la extirpación total es porque hay seguridad de recidiva, y en estas condiciones no conviene operar, y si la lesión es incipiente, se puede emplear la operación parcial.

PRESENTACIÓN DE VARIOS INSTRUMENTOS

por el Dr. Ricardo Botey (de Barcelona).

SEÑORES :

Os voy á enseñar algunos instrumentos y un sillón laringoscópico y otoscópico, todo lo cual ha sido fabricado aquí en España, y sin cuya condición quizá, no solamente no os los habría mostrado, sino que ni me hubiese propuesto mandarlos construir tan siquiera.

1.—Este instrumento que veis es un protractor de la lengua y de la epiglotis. Se me ocurrió mandarlo construir hace dos años, en ocasión de visitar á un niño de tres años y medio, hijo de un colega de Palma de Mallorca. Se trataba de una estenosis laríngea grave, y el infante no quería sacar la lengua para poder ser laringoscopizado: era una criatura rebelde en extremo y había necesariamente que apelar á la fuerza para diagnosticar la lesión. En vano pretendí coger la lengua con unas pinzas linguales, ésta resbalaba ó quedaba herida por el instrumento, siendo además sacada al exterior con dificultad.

Entonces yo mismo con unas robustas tenazas encorvé el abaja lenguas más estrecho que tengo. Para ello á unos dos centímetros escasos de su extremo faríngeo lo doblé hacia abajo en un ángulo obtuso. Sujetado el niño sobre las rodillas de su padre, fijada su cabeza y tapadas sus narices con los dedos de mi ayudante, no tuvo mas remedio que abrir, al poco rato, la boca para respirar. Aproveché aquel momento para introducir el depresor lingual profundamente, hasta que su extremo encorvado enganchara la cara posterior de la epiglotis junto con la base de la lengua; tiré hacia mí al propio tiempo que elevaba un poco el mango del instrumento y

deprimía la lengua con mi mano derecha, mientras que con la izquierda colocaba el espejillo laríngeo en el sitio conveniente. Este improvisado instrumento me prestó aquel día un verdadero servicio; en efecto, vi perfectamente el interior de la laringe, tanto que pude diagnosticar una neoplasia papilomatosa de asiento subglótico, pues las cuerdas vocales, las bandas y el vestíbulo laríngeo estaban sanos.

Desde aquel día repetí los ensayos en la mayor parte de los niños que se me presentaban á la mano en la clínica, mandando primero construir un modelo interino y que más tarde perfeccioné en la forma actual y que veis tiene ahora.

Creo inútil detallar las dimensiones y forma de este instrumento. Ninguna explicación vale la vista de un objeto de esta índole. Sólo añadiré que con el, á pesar de la más enérgica resistencia de un niño, tratándose de infantes de pocos meses y aun de recién nacidos, he podido examinar siempre la cavidad laríngea. Sin embargo, en estos casos he tenido necesariamente que utilizar un modelo de pequeño tamaño, el cual, á pesar de los reflejos faríngeos más violentos, me ha sacado siempre del apuro.

Para los adultos que no saben ó no pueden sacar la lengua, válgome del modelo de mayor tamaño de los tres que poseo, pues no hay necesidad de otros con dimensiones intermedias. Tres modelos, por lo tanto, bastan en la práctica. El pequeño modelo para los recién nacidos hasta los dos años; el modelo mediano desde esta edad hasta los diez ó doce años, y el gran modelo para los mayores de esta edad.

Para terminar, me permitiré únicamente indicaros que el extremo faríngeo del instrumento posee una escotadura en su punta para facilitar la visión también y al propio tiempo para no herir por sus bordes laterales la mucosa lingual y epiglótica. Finalmente, no hay necesidad de aplicar en muchos enfermos la punta del gancho del instrumento sobre la cara posterior de la epiglotis, pues si esta no es procidente ni muy inclinada hacia atrás, basta hundirla en el centro de la fosa glosa-epiglótica, para que, deprimiendo y tirando hacia sí de la lengua, ésta se aparte de la pared posterior de la laringe, al propio tiempo que la epiglotis, en parte solidaria de los

movimientos de aquélla, se enderece, dejando fácilmente ver con el espejillo todo el interior de la cavidad laríngea.

Por último, considero ocioso indicar que en algunas raras ocasiones, no será malo dar además algunas pinceladas de cocaína para facilitar esta maniobra, sobre todo en algún adulto excepcional y en casos patológicos de la faringe.

I

2.—Estos tres pequeños instrumentitos son diminutas paletas destinadas á limpiar el fondo del meato auditivo. Consisten en unos estiletes terminados por una placa ovoidea en forma de pera, de 2, 3 y 4 milímetros de diámetro transversal, y encorvado hacia abajo sobre el tallo en ángulo obtuso. Utilízase un tamaño ú otro, según las dimensiones del conducto auditivo y también cuando hay que obrar á mayor ó menor distancia de la membrana timpánica. Prestan excelentes servicios para quitar las pequeñas porciones de cerumen, de epidermis ó de polvos medicamentosos que oculten la clara visión del fondo del oído y que un estilete ordinario ó un pequeño porta-algodón elimina con suma dificultad y lentitud.

3.—He mandado construir en Barcelona un sillón oto-rino-larín-goscópico, cuyas fotografías solamente os puedo enseñar y que para mí reúne algunas ventajas para la práctica ordinaria de la especialidad. En efecto (1), el asiento del sillón es poco hondo (33 centímetros), obligando así al enfermo á permanecer recto y estirado. La altura del asiento es de 60 centímetros sobre el suelo, pudiendo elevarse con el pedal neumático hasta 90 centímetros, lo que hace sobradamente posible el examinar, estando de pie ó sentado el médico, lo mismo á un niño de pocos años que á un adulto de elevada estatura. Además, el sillón es rotatorio horizontalmente, resultando así fácil y rápido el exámen sucesivo del oído, nariz y garganta de un mismo paciente en algunos segundos, con sólo hacerle cambiar de orienta-

(1) Este sillón, lo propio que todos los demás instrumentos, han sido fabricados por el hábil industrial D. Joaquín Sala, Estruch, 13, Barcelona.

ción. El apoyo de la cabeza puede cambiar de situación para cada uno de estos exámenes, variando al propio tiempo de altura para cada caso particular. El descanso de los pies puede acortarse ó alargarse á voluntad del facultativo. La construcción es de hierro pintado y de bronce niquelado, con asiento y respaldo de cuero labrado, con pie de bomba neumática último modelo (con real privilegio por la misma casa constructora), y su precio no es muy elevado (700 pesetas), á pesar de tratarse de un aparato sólido y muy capaz de durar mucho más que la vida del propietario.

La base de sustentación es muy ancha y constituida por cuatro pies de extremos redondeados á manera de placas, que limitan los ángulos de un cuadro de 62 centímetros de lado. Estos pies son muy planos, esto es, próximos á la horizontal; sin embargo, dada su anchura y espesor resultan sumamente resistentes. Estas condiciones y el gran peso de la silla (3 quintales), aseguran su estabilidad. Al propio tiempo, lo poco saliente y elevado de los cuatro pies que la sostienen, hace que éstos no molesten ni estorben las piernas del examinante ú operador, como acontecería usando los pies de araña de los sillones norteamericanos de dentista.

La ascensión del enfermo se hace por medio del pedal que mueve una cremallera, manteniéndose siempre á la altura que se desea. El descenso tiene lugar por medio de una bomba de aceite, cuyo escape se dispara aplicando el pie sobre la cadenilla que une el pedal con la palanca que abre la válvula interior mecanismo que no es nuevo y que utilizan hoy día los constructores, hasta para las mesas operatorias modernas.

El dorso del sillón es inmóvil, mas el apoyo de la cabeza, lo propio que el descanso de los pies, como ya he dicho, pueden modificarse rápidamente á voluntad; esto hace que para una operación laríngea, v. gr., en un adulto, se coloca el paciente con el descanso de los pies bajo y el apoya-cabezas de frente y á la altura necesaria, elevando ó no el sillón, según se pretenda operar de pie ó sentado. Si se quiere maniobrar en la nariz, cavidad retranasal, etcétera, los dos cojinetes postero laterales que la sostienen pueden oblicuarse, adelantarse, retroceder ó lateralizarse á voluntad, quedando fijado en la posición conveniente por medio de una palanca que obra

sobre una serie de conos y placas y obre la bola de la articulación universal del armazón de aquéllos.

Si v. gr. pretendemos operar el oído de un niño ó de un adolescente; entonces elevamos á la altura necesaria el sillón y el apoyapies bajamos el apoya-cabezas y lateralizamos, oblicuamos y fijamos convenientemente los cojinetes, que entonces apoyan la parte lateral opuesta de la cabeza, como puede verse en esta.

Todas las dimensiones del sillón están calculadas y experimentadas para la práctica más numerosa y exigente; esto es, se hicieron muchos ensayos sobre el terreno antes de adoptar este modelo definitivo que respondiera á todas las necesidades de la especialidad.

Con este sillón no pretendo haber inventado nada; pues por más que la forma del pie, completamente original, resulte muy cómoda, lo propio que otros pequeños detalles en el fondo, el funcionalismo es conocido, lo propio que la construcción de alguna de las piezas. Lo único que tiene de nuevo es la combinación, modificación y arreglo de las diferentes partes que le componen.

II

4.—En todos los casos en que hay que separar el conducto cutáneo-membranoso del auditivo óseo, como en la aticotomía (operación de Stacke), la ático-antrectomía, la extracción de cuerpos extraños de la caja, etc.; la sección circular de aquel conducto en la proximidad de la membrana timpánica, se hace con suma dificultad con un escalpelo ordinario por pequeño que éste sea, á causa de la estrechez y longitud del conducto, que obliga á cortarlo muy oblicuamente, desgarrándolo por este motivo con bastante frecuencia. Con el objetivo, pues, de poder verificar esta sección cómoda y perfectamente, y de una manera perpendicular á su superficie, me he mandado fabricar este pequeño cuchillito que veis cuyo corte en ángulo recto con el tallo hace su ejecución facilísima.

III

7.—Estas son dos gubías muy cortantes que utilizo en substitución de la de Stacke. La gubía de Stacke, de que todos los oto-cirujanos se sirven hoy día, adolece realmente de algunos inconvenientes. Es demasiado ancha, su curvatura es de un radio harto grande, y su longitud un tanto escasa. Esto hace que llene demasiado el conducto auditivo óseo, dificultando la visión de la pared externa del ático; también que su sección sea muy extensa, lo que hace se conciba la necesidad de un protector para no herir las paredes profundas de la caja y del ático, y que, finalmente, por lo tanto, no haya tanta seguridad en su manejo.

Mis gubías son muy largas, de tallo delgado y recto hasta la proximidad de la punta, en donde se acodan en ángulo obtuso, se ensanchan, robustecen y acanalan, conveniente y únicamente en la medida de lo preciso para poder cortar lo más próximo á la perpendicular posible la pared externa del ático de suyo muy oblicua, como todos sabéis, y continuándose insensiblemente con la pared postero-superior del conducto auditivo externo. Con estas gubías no hay necesidad de protector alguno. Llevo ya ejecutadas bastantes aticotomías y no me he valido de la gubía de Stacke y de su protector más que en el cadáver. Algunos de mis compañeros de especialidad en Barcelona, quizá aquí presentes, me han visto labrar fácil y cómodamente con esta gubía tan sólo, y por lo tanto sin protector alguno, una extensa cavidad en el fondo del oído que reuniera la caja, el ático, el antro, las células mastoideas y el fondo del conducto en una cloaca común. Basta tenerlas de dos tamaños, una de tres milímetros, y otra de cinco milímetros de diámetro transversal en su porción cortante.

IV

8.—Para ensanchar la abertura de las paredes del cráneo en las trepanaciones consecutivas al tratamiento quirúrgico de las complicaciones meningo-cerebrales, de las supuraciones del oído y aun

de los senos frontales, válgome de unos escoplos especiales, que me ahorran muchos disgustos y sinsabores en el decurso de la operación.

En efecto, una vez ya efectuada la primitiva perforación con el escoplo ordinario, ó eliminada la pequeña rondela que ha engendrado el trépano ó la trefina, la dificultad estriba en agrandar el agujero óseo en la forma y sentido convenientes, con rapidez, facilidad y sin peligro de lesionar las meninges y la masa encefálica. Esta dificultad sube de punto, haciéndose casi insuperable, cuando se trate de maniobrar en el fondo de una cavidad ósea algo estrecho relativamente, como, por ejemplo, el seno frontal ó las células mastoideas. En el primer caso, si después de haber hecho saltar la pared anterior del seno frontal y de haber raspado las granulaciones encontramos en él una perforación ósea en su pared postero-superior, sobre todo si aquélla se halla situada hacia afuera, como me ha sucedido ya dos veces, el agrandarla con cualquiera de los escoplos, pinzas cortantes, ó pequeñas sierras conocidas es extraordinariamente engorroso, lento y á veces imposible, sin herir seriamente los centros encefálicos. En el segundo caso, si luego de haber trepanado la mastoide, el antro y el ático, y de haber hallado una perforación en el techo de uno de estos últimos ó en la pared posterior de las células mastoideas, pretendemos en el fondo de esta cavidad anfractuosa practicar, superior ó posteriormente una abertura más ó menos amplia con el objeto de explorar las meninges y el cerebro, vaciar y desinfectar un absceso subdural, abrir el seno transversal, etc., lo mismo que en el caso anterior, nos encontramos con enormes dificultades materiales para llevarlo á cabo cumplidamente.

Objetaréisme, quizá, que no hay necesidad de agrandar la abertura ósea en el interior de las cavidades auriculares; que preferís trepanar el cráneo en la región de la escama del temporal de suyo delgado y buscar así más fácilmente el absceso cerebral por este sitio, como la hacen hoy día la mayoría de los cirujanos. Sin querer entrar ahora en semejante discusión, que no es del caso, me limitaré á decir que no sigo en mi práctica este último camino, y que en los pocos casos que he tenido ocasión de tratar, excepto en el pri-

mero, he seguido siempre el proceder mastoideo de Wheeler (1), que desechando los métodos operatorios que trepanan el cráneo á mayor ó menor distancia, por encima, por delante y por detrás del meato auditivo externo; pues en todos ellos, excepto en los procedimientos supra-auriculares, en los que la perforación se practica inmediatamente por encima del meato cayendo de lleno sobre la cara superior de la porción petrosa del temporal; en todos ellos, repito, la perforación no se halla en el sitio más declive ni en el lugar más directo, no teniendo así la seguridad de un buen drenado. Además, como hoy día está averiguado que, cuando menos en los primeros tiempos, las lesiones infecciosas intra-cranianas de origen auricular son casi siempre peri-petrosas, nada hay más fácil, una vez ejecutada la trepanación total del oído, que dirigirse hacia la fosa cerebral media, abriendo el techo de la caja ó del antro, ó hacia la posterior si se trata de un absceso cerebeloso de una supuración perisinusal ó de una tromboflebitis del seno transversal, para lo cual basta perforar la pared posterior del antro mastoideo ó de las células hacia atrás, arriba y á unos diez ó doce milímetros del borde posterior de la abertura mastoidea, si se quiere evitar el seno, como me lo ha demostrado varias veces la experiencia.

Pero para hacer todo esto con las pinzas y escoplos ordinarios se necesita muchísima habilidad y una pérdida de tiempo considerable. Las pinzas cortantes, todas ellas de suyo demasiado anchas y poco dobladas, no pueden obrar en manera alguna; una vez introducidas en el interior de la anfractuosidad mastoidea, no hacen presa sobre los bordes de la abertura ósea profunda y hay que abandonarlas. En cuanto á los escoplos, estos, por delicados que sean, adolecen del inconveniente de tener forzosamente que obrar demasiado perpendicularmente sobre las paredes profundas, tanto del seno frontal como del antro mastoideo. Esto hace que por cuidado que se tenga, los cantos de la porción cortante del escoplo, pueden le-

(1) Wheeler. Assoc., med., brit., 1887, según *The Lancet*, tomo II, páginas 17 y 318, de 1887. Mi amigo, el Dr. Urban-Prichard, de Londres, sigue esta misma vía, y por consejo suyo la sigo también. Recientemente, Broca, en su obra *Traité de Chirurgie cérebrale*, la recomienda eficazmente; mas yo la ejecuté desde el año 1893, á raíz de un trabajo de Kretschmann.

sionar las meninges, lo propio que los fragmentos de tabla interna, herir la dura madre al ser hundida por la acción del instrumento, el cual, si resbala, cosa sumamente fácil, puede originar traumatismos encefálicos de consideración.

Dados estos antecedentes, vino seme á la mente la necesidad de un instrumento que obrara oblicuamente sobre el borde de la perforación, al mismo tiempo que no pudiese herir las meninges ni resbalar hacia la cavidad craneana. Satisfecho de los resultados obtenidos con mis pequeños buriles para la sección sub-pericóndrica del septum cartilaginoso en las desviaciones verticales del tabique nasal, de que os he hablado más arriba (Véase mi trabajo: "Tratamiento de las desviaciones verticales del tabique nasal,,"), ocurrióseme aplicar á estos casos el mismo principio, modificándolo y adaptándolo á las nuevas necesidades que tenía que cumplir.

Después de algunos indispensables tanteos, mandéme definitivamente construir estos cuatro escoplos que veis y que cumplen su cometido con entera satisfacción mía desde hace tres años. Teniendo en cuenta que han de servir únicamente para el temporal y la pared posterior del seno frontal, el diámetro del corte no alcanza más de cinco milímetros en los dos modelos de mayor tamaño, no pasando de tres milímetros en los dos restantes. A cosa de algo más de un centímetro del extremo cortante dos de ellos, los de mayor amplitud de corte, son doblados en ángulo obtuso, el uno sobre su cara plana y el otro sobre su borde lateral. Lo mismo acontece con los dos más pequeños escoplos de la serie.

Además de ser el corte ligeramente abiselado por ambas caras y finamente cortante, los bordes laterales y ambos extremos de aquél poseen un botón romo saliente solamente un milímetro escaso sobre la hoja y sobre sus lados, que se encarga de apartar la dura madre en lugar de hierirla si fuera cortante. Con estos escoplos, sea cual fuere la profundidad de la estrecha cavidad ósea en que deben obrar, la sección alcanza siempre de una vez todo el espesor de la pared ósea, obrando con la oblicuidad necesaria en todos los casos. Protegida y apartada la dura madre con el botón interno, el otro se encarga de apartar los tejidos blandos exteriores, al propio tiempo que limita la acción viciosa del corte impidiendo todo resba-

lón hacia adentro, pues obra á la manera del borde saliente de una rueda de tranvía que impide se escape del rail que recorre: el rail aquí es verdaderamente el borde óseo que se pretende seccionar.

Con estos escoplos, la separación de las capas de hueso que recubren la masa encefálica resulta una operación facilísima y sin el menor peligro de herirla.

V

9.—Estas son unas pinzas cortantes destinadas también á idéntico objeto. Su porción cortante es fina también y está doblada oblicuamente hacia un lado, no alcanzando aquélla más extensión que la de nueve á diez milímetros. Creo inútil indicaros que antes de adoptar el modelo que os presento inutilicé tres ó cuatro pinzas que había mandado construir y que no respondían al objeto que me proponía, y este es poder cortar en el fondo de una cavidad anfractuosa del cráneo, y en toda su circunferencia, porciones de hueso, principalmente de los que constituyen la lámina vítrea, lo que no se consigue con todos los modelos que se pueden encontrar en los fabricantes de instrumentos y catálogos de cirugía, aun valiéndose de los delgados y robustos de los odontotomos de los dentistas.

10.—Finalmente, señores, estas robustas pinzas cortantes están destinadas á la extirpación de grandes porciones de epiglotis ó de toda ella en las infiltraciones tuberculosas principalmente, localizadas á este opérculo. Soy partidario del raspado en la tuberculosis laríngea, mas elijo cuidadosamente los casos; no intervengo con energía más que en los pacientes, en los que existen vegetaciones hiperplásicas glóticas ó vestibulares y en los que hay infiltración bastante limitada de uno ó de ambos aritenoides ó del opérculo epiglótico. He publicado ya algo sobre este particular, y á algunos de mis colegas de Barcelona les consta que he parcialmente curado de esta manera á varios individuos; por lo tanto no insistiré más.

Únicamente quiero llamaros la atención de lo positivamente beneficiosa que es la epiglotectomía ó la aritenoidectomía en semejantes circunstancias. Siguiendo los consejos de mi sabio amigo el Dr. Gou-

gouguenheim, de París, con las pinzas de doble cucharilla cortante de Krause ó con las de Mathieu apropiadas á este objeto, y que me regaló, hace ya seis ó siete años el propio Gouguenheim, extirpo los aritenoides ó porciones de los repliegues ari-epiglóticos infiltrados por el proceso tuberculoso cuando el engrosamiento de estos tejidos dificulta y hace sumamente dolorosa la deglución en estos infelices enfermos, condenándolos, si no se interviene de este modo, á un desenlace fatal muchísimo más próximo, gracias á los entonces rápidos progresos de la inedia. La profunda herida se cicatriza en dos ó tres semanas y la base adherente de la porción de tejido extirpada disminuye, cosa rara, considerablemente de espesor; en otros términos: se desinfiltra, se reabsorbe, quedando reducida á veces á poco más del estado normal. El enfermo traga entonces perfectamente, se nutre, recobra por lo tanto fuerzas, y si no se cura, cuando menos no sufre, y prolonga muchísimo su vida.

Por más que sea menos frecuente la infiltración tuberculosa de la epiglotis que la de los aritenoides, y por más que sea un hecho de observación para mí, lo propio, probablemente, que para todos vosotros, que cuando la epiglotis está infiltrada lo están mucho más los aritenoides, y con frecuencia se halla el proceso generalizado en el interior de la laringe, constituyendo un proceso violento casi subagudo, y, por lo tanto, casi inoperable, no obstante, hay casos, y no son extraordinariamente raros, en los cuales el proceso tuberculoso se caracteriza por una infiltración acentuada de la epiglotis, estando el resto de la laringe relativamente poco afectado por el proceso morboso. En estas ocasiones la dificultad deglutiva es considerable y altamente dolorosa, y no hay medio, aun valiéndonos de dosis masivas de cocaína aplicadas localmente, de hacer desaparecer semejante gravísima situación.

Con las pinzas de Krause ó de Mathieu y aun con las de Ruault, que también poseo, excelentes para seccionar perfectamente la mucosa y el tejido sub-mucoso de los aritenoides, si pretendemos con ellas cortar la epiglotis no lo conseguimos, no haciendo más que mascar y magullar los tejidos superficiales, dejando intacto ó parcialmente cortado el resistente fibro-cartilago, que se encuentra situado en el centro de la infiltración, pues casi siempre es bilateral,

esto es, alcanza por igual la cara lingual y la cara laríngea de este órgano. Se impone, por lo tanto, el uso de unas pinzas cortantes más robustas. Además, es necesario que la circunferencia de sección de estas pinzas sea bastante mayor, al objeto de que extraigan de un solo golpe una porción de tejido más considerable. Me he mandado construir en Barcelona estas pinzas, que, como veis, cumplen este deseo mejor que las demás pinzas laríngeas cortantes que se encuentran en casa de todos los fabricantes de instrumentos de cirugía. Con ellas, en dos ó tres sesiones amputo toda ó casi toda la epiglotis en estos casos, lo que, sea dicho de paso, demuestra que la epiglotis maldito lo que sirve para impedir que los alimentos penetren en las vías aéreas en la deglución. El enfermo traga después perfectísimamente y sin previos ensayos, encargándose de obturar la entrada del conducto respiratorio los aritenoides y repliegues ariteno-epiglóticos que obran á modo de primer esfínter, luego las bandas ventriculares como á segundo, y, por último, como á esfínteres de respeto la glotis, que se cierra completamente. Esto sin contar con que la base de la lengua se aplica sobre la entrada de la laringe, tapándola también, según resulta de mis observaciones laringoscópicas.

Sin embargo, estas pinzas no me satisfacen todavía, adolecen de algún defecto de construcción, que pienso perfeccionar, haciéndolas volver á construir en el extranjero, pues además de no ser todavía bastante robustas para determinados casos, la sección que originan no es siempre lineal por falta de un perfecto ajuste de sus bordes cortantes. Esto hace que magullen alguna que otra vez los tejidos, lo que no deja de ser un inconveniente, que pienso hacer subsanar en breve fuera de España; pues, como os he dicho, aquí no ha podido corregirse como yo deseaba, á pesar de repetidísimos ensayos.

DISCUSION

Dr. Uruñuela : Dice que los niños se reconocen con dificultad, no porque saquen ó no la lengua, sino porque no están quietos.

El instrumento depresor del Dr. Botey es demasiado estrecho y poco práctico como elevador epiglótico, siendo preferibles los depresores linguales ordinarios.

Dr. Compalred : Le satisface el depresor presentado. La silla, que ya conoce por el catálogo del constructor Sr. Sala, es análoga á una de madera que tiene en uso hace tiempo mandada construir por él, y no encuentra en ella nada de particular. Las pinzas cree que puedan abrir vías á la autoinfección tuberculosa.

Dr. Forn : Considera la silla del Dr. Botey una complicación mecánica con pocas ventajas y que sirve tan sólo para encarecer la mercancía.

Dr. Castañeda : El depresor del Dr. Botey es igual al del Dr. Escate de Toulouse, y puede suplirse perfectamente si el niño que se ha de reconocer es dócil.

Dr. González Alvarez : Felicita al Dr. Botey por su espíritu innovador. Lamenta que el depresor lingual no sea perfecto, pues encuentra acertadas las objeciones que se han hecho al Dr. Botey. Cree que puede excitar los reflejos glosio-epiglóticos y que la dificultad del reconocimiento de los niños estriba en la inquietud constante de ellos.

Dr. Botey : Aconseja al Dr. Uruñuela que compre un depresor y que lo use, pues es de poco coste. Dice que no ha presentado la silla por ser de difícil transporte. Contesta al Dr. Compalred que hay tuberculosos con infiltración laríngea y dificultad en el deglutir, por lo cual hasta se llegan á morir de hambre.

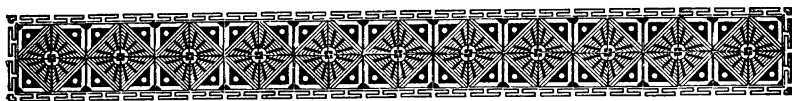
Si en estos casos la lesión laríngea es pequeña y los pulmones no están muy infiltrados, lo mejor es extirpar parte de la epiglotis.

El **Dr. Uruñuela :** Da las gracias á la Sección por haberle dispensado el honor de designarle para ocupar una presidencia de honor, lo cual agradece como muestra del afecto de sus compañeros.

Dr. Arrese : Aunque se reconoce con escasos méritos, acepta y agradece la distinción con que se le ha honrado.

Dr. Echenique : Aunque considera su escaso valer para ocupar el sitio que le ha conferido la Sección, agradece y acata distinción que tanto le honra.

El Sr. Presidente levantó la sesión (eran las nueve y quince minutos de la noche).



SEGUNDA SESIÓN

PRESIDENCIA DEL DR. ROQUER CASADESÚS.

Abrióse la sesión á las seis y treinta minutos de la tarde.

SOBRE UNA FORMA

DE

LARINGITIS AGUDA DE LA INFANCIA

QUE SE CONFUNDE CON EL CROUP

por el Dr. Castañeda.

Desde hace poco tiempo viene fijándose más la atención en ciertas formas de estenosis laríngeas agudas de los niños que con frecuencia se presentan en la clínica, y que generalmente se calificaban de laringitis estridulosas si su manifestación era atenuada, ó de croup, si su marcha era creciente.

En general, las obras de pediatría poco adelantan en el esclarecimiento del diagnóstico de estas estenosis. Trousseau en su clínica médica, nos dice que se puede morir de laringitis estridulosa aunque estos hechos son raros. Rilliet y Barthez (1) dicen "Después de uno, dos ó tres accesos sobreviene una angustia, una inquietud grande, el pulso es pequeño, de una frecuencia extrema, y la muerte ocurre." Baudeloque (2) relata dos casos de laringitis agudas

(1) *Traité des malad. de l'enfance*, t. 1, pág. 347.

(2) *Gazett. med. de Paris*, 1834, pag. 314.

simulando el croup y cuya autopsia comprobó sólo una rubicundez eritematosa de la mucosa laríngea. Herad (1) refiere dos casos de falso croup que terminaron por la muerte rápida. Constant (2) refiere una observación en un niño de cinco años en quien la muerte ocurrió por asfixia, encontrando en la autopsia una tumefacción considerable de la mucosa laríngea sin falsas membranas ni infiltración purulenta. Barety (3) dice haber visto morir á un niño de tres años, en el que un examen superficial hubiera hecho creer en un croup verdadero. El doctor Bagot (4) insiste sobre los casos en que la confusión es posible y refiere dos en los que la muerte se hubiera podido evitar si los parientes no se hubieran opuesto á la traqueotomía. Huchard (5) habla de un caso en el que la disnea fué tan intensa, y de otro que vió en unión de Blache, en los que á pesar del diagnóstico de laringitis estridulosa, la intervención fué inminente. Cadet de Gassicourt (6) insiste sobre estas formas graves con tirage permanente, y relata varias observaciones, siendo en mi concepto el autor que más se ha detenido á estudiar esta modalidad.

Fueron ya conocidas estas formas por Nether, Strumpell y Koch. Buchout (7), d'Espine y Picot (8), y Sestier (9) se ocupan de la laringitis edematosa de la infancia primitiva y secundaria para considerarla como forma muy rara. Variot se viene ocupando de analizar la sintomatología; pero hasta la tesis de Touchard (10) en sus observaciones en el hospital Trousseau, no se ha hecho un estudio completo de estas formas. En esta tesis se ha inspirado el doctor Bar, de Niza, para su comunicación á la Sociedad Laryngológica Francesa de este año; pero en mi concepto el calificativo de *edematosa* que da á estas laringitis, no es el más apropiado,

(1) *Thèse de Paris*, 1847.

(2) *Laring. aigue simulant le croup. Gaz. med.* 1874, pág. 304.

(3) *Ann. des malad. de l'oreille*, 1880, pág. 334.

(4) *Revue gen. de cliniq. et thérapeutiq.*, 22 Juin 1892.

(5) *Union médicale*, 18 Avril 1886.

(6) *Leçons cliniq. sur les malad. de l'enfance*, t. II.

(7) BOUCHOUT: *Maladies des nouveau-nés.*

(8) *Maladies de l'enfance.*

(9) *Angine laryngée adematouse*, 1850.

(10) *Thèse doctoral*, Paris, 1893.

puesto que más tarde en sus divisiones en cuanto á su constitución, dice que puede ser inflamatoria ó puramente edematosa, y aquí entran ya las multiples causas del edema del cual trae un acabado cuadro etiológico. No es en el concepto de edema que estudia Touchard las laringitis agudas de la infancia que simulan el croup, pues descartando toda otra etiología, se concreta al estado catarral agudo en su mayor intensidad. Es muy atinada la observación que hace Bar de la falta de inspección laringoscópica, pero yo encuentro muy deficientes los dos casos de Bar, puesto que el tercero se refiere á un pseudoedema tuberculoso. Si no hubiera tenido ocasión de observar al laringoscopio mayor número de casos, me satisfaría la acabada descripción que hace este autor.

1

En las laringitis agudas de la infancia, dos elementos patogénicos juegan el principal papel: uno inflamatorio y otro espasmódico; según la preponderancia de uno ú otro, toma la laringitis la forma catarral simple ó la catarral espasmódica. El proceso inflamatorio catarral, tanto en este órgano como en los demás, tiene distintas intensidades, debidas á múltiples causas, y ya reviste una forma de simple hiperhemia de la mucosa, ó bien la inflamación puede alcanzar al tejido submucoso, produciéndose una infiltración puramente inflamatoria y distinta de la inhibición serosa ó edema, que Gottstein distingue y describe bajo el nombre propio de *laringitis submucosa aguda*, y cuya localización frecuente en la región *subglótica* hizo llamarla así á Sestier y Cruveilhier, á Burow *corditis vocal inferior*, y laringitis *hipoglótica* aguda grave á Ziemssen y Massei. Es indudable que si en estas laringitis con tiraje continuo entra como factor un elemento espasmódico, la infiltración inflamatoria es la causa más inmediata, cosa que no ocurre con las laringitis estridulosas, acerca de las cuales estoy de acuerdo con la opinión de Joal, que cree impropio llamarlas laringitis puesto que en la mayoría de los casos se trata de simple hiperemia y no de inflamación de la mucosa, como lo prueba la duración efímera y la poca intensidad de los fenómenos objetivos y subjetivos.

La laringitis submucosa aguda de la infancia es mucho más frecuente de lo que se cree, y si no se ha hecho tanta mención de ella, es debido á que con mucha frecuencia el diagnóstico de croup por la falta de inspección laringoscópica, y hoy más que nunca, señores, es muy interesante este diagnóstico diferencial para no sumar éxitos indebidos á la seroterapia en la difteria, sobre todo cuando se interviene por intubación ó traqueotomía, únicos salvadores mecánicos de una estenosis inflamatoria simple. Por mi parte, puedo decir que he asistido á muchos diagnósticos de croup diftérico en los que sólo se trataba de *laringitis submucosas agudas sofocantes*, y que curaron por intubación ó traqueotomía sin la inyección del suero, y he tenido ocasión de observar que es tan frecuente esta confusión cuanto lo es esta localización del proceso flogístico en los niños. Las dificultades para la inspección laringoscópica en esta edad, la falta de angina anterior ó concomitante, sirven para dificultar más el diagnóstico, pero en varios casos en que por docilidad y condiciones especiales he podido aplicar el espejo laríngeo, he apreciado muy bien una coloración rojo-oscuro y tumefacción de la mucosa del vestíbulo y un rodete rojo tenso por debajo de las cuerdas vocales más apreciable en la inspiración ó abducción, no formando unas segundas cuerdas vocales (pues el espacio sub-glótico, tan angosto en los niños, no da lugar á estas formaciones), sino á una tumefacción más difusa en la que rara vez puede apreciarse el ligero espacio que da paso á la entrada y salida de aire. Nunca he visto esa tensión reluciente rosada del edema agudo que con tanta frecuencia se ve en los pilares y la úvula en la angina aguda edematosa, y menos el pálido opalino del edema secundario, los caracteres objetivos son distintos y más propios de la tumefacción llena de la inflamación. En cuanto á su localización, ya por la inspección del espejo, ya por la palpación por el índice, la he encontrado en los repliegues ariteno-epiglóticos sólo en *cuatro casos de venticuatro observaciones*, y en cambio en *atorce observaciones* al laringoscopio la he apreciado siempre sub-glótica; y mientras nuevas observaciones no me demuestren otra cosa, seguiré creyendo en la localización preferente sub-glótica de la *laringitis sub-mucosa aguda sofocante de los niños*.

II

El principio de estas laringitis no es ni repentino ni nocturno como en el estridulismo, pues los síntomas catarrales se inician desde tres ó cuatro días antes, y el examen de la garganta, ó es negativo, ó apenas si se comprueba una ligera rubicundez de las amígdalas, pilares ó amigdalitis lacunar ligera. No existen infartos ganglionares, ni falsas membranas, ni exudado sero-sanguinolento por las fosas nasales. La disnea creciente es el síntoma más señalado, acompañada del silbido laringo-traqueal serrático en los dos tiempos, pero predominando en el inspiratorio. La voz enronquecida rara vez apagada, y la tos que se aumenta por el examen y movimientos del enfermo, no guardan relación con el estado de gravedad estenósica, pues por grande que ésta sea, la tos suele ser frecuente, quintosa, ronca, de ladrido, pero siempre de *tonalidad elevada*, carácter importante y que él sólo sirve para darnos la clave del diagnóstico. El síndrome de la tos ronca y la voz clara, dice Variot, corresponde á una integridad relativa de las cuerdas vocales exentas de exudados membranosos en tres observaciones que hace con examen necroscópico. La lividez de la cara, la boca abierta, las alas de la nariz en sus movimientos exagerados, el pulso pequeño, frecuente y paradoxal, el tiraje supra é infra-external y el estado de agitación constante, indican el comienzo de la asfixia. Fijando la atención, puede observarse alguna sensibilidad dolorosa al nivel de la laringe. La fiebre es muy ligera y á veces hay hipotermia, pero cuando se llega á los 40 grados, es debida á una complicación muy frecuente, la bronco-pneumonia.

Antes de la vulgarización del diagnóstico bacteriológico de la difteria, existía la confusión, y aun hoy el diagnóstico se encuentra obscurecido por la existencia en la boca y garganta de los niños en buena salud, de bacilus diftéricos, no virulentos ó de virulencia atenuada, y sabemos que el bacilus no virulento ó pseudo-bacilus diftérico de los alemanes es imposible de diferenciar del verdadero de otro modo que por la inoculación de las culturas. Para Roux, este pseudo-bacilus es un bacilus atenuado, incapaz por sí solo de

producir alteraciones patológicas, pero susceptible en ciertas condiciones por su asociación al estreptococcus pyogenus de recuperar sus propiedades nocivas.

Por otra parte, sabemos que existen laringitis pseudo-membranosas simples no diftéricas, y formas atenuadas de laringitis diftérica, sin presentación de falsas membranas, acerca de las cuales dice Variot (*Journal de cliniq. et thérap. infantil*, Oct. 1895): "Que así como aceptamos la noción de anginas diftéricas con bacilus de Loeffler y sin exudados, puede existir también una laringitis diftérica sin exudados. Los depósitos membranosos no son necesarios para producir los síntomas de dificultad respiratoria; testigo, dice, son las *laringitis sofocantes no membranosas*.,"

Como se ve, á medida que nuevos descubrimientos vienen á esclarecer el diagnóstico, nuevas dificultades surgen de estos mismos descubrimientos.

III

Como el diagnóstico de la disnea laríngea en los niños suele presentar grandes dificultades, por obedecer á múltiples causas, he procurado en todos los casos observados diferenciar las adenopatías traqueo-bronquiales, con compresión de los recurrentes, á la que Barety (1) atribuye la laringitis estridulosa, y que, como es sabido, presenta otros síntomas de compresión intratorácica, como la dilatación de las yugulares, á más de la matidez á la percusión cerca del manubrium y en el espacio interescañular, y la auscultación revela un soplo al nivel de la bifurcación de los bronquios, siendo el tipo respiratorio distinto; pues Grancher ha comprobado al pneumógrafo que la línea de descenso ó inspiratoria, es de una verticalidad absoluta en el croup, mientras que en la adenopatía traqueo-brónquica es más oblicua y accidentada por muchos ganchos. Las vegetaciones adenoides y los pólipos nasales, pueden ser causa de accidentes reflejos espasmódicos. En el croup *d'emblée*, las falsas membranas que tapizan las cuerdas vocales apagan la

(1) *Ann. des malad. de l'oreille*, 1880, t. vi, pág. 263.

sonoridad de la voz, y tanto ésta como la tos, pierden su tonalidad; los síntomas de infección se marcan más, y, por último, el examen bacteriológico y de cultura permiten en pocas horas salir de dudas. El edema de la glotis es muy excepcional en la infancia, y sucede, por lo general, á una afección crónica de la laringe, á un anasarca, afección renal ó cardíaca, ó bien es debido á una acción cáustica ó irritativa local. Los cuerpos extraños se delatan por la inminencia de la sofocación y los antecedentes. El desenvolvimiento de las papilomas ó pólipos de la laringe se acompaña de un curso lento y de una alteración de la voz. Los abscesos retro-faríngeos que algunas veces producen disnea laríngea, se reconocen por el tacto. El espasmo glótico que se observa en los niños de pecho, entre los cuatro y diez meses, es muy excepcional después de un año, no tiene fenómenos catarrales, y los accesos acompañados de convulsiones no duran sino segundos, respirando libremente en los intervalos. La bronquitis capilar de forma sofocante se revela por la auscultación y percusión. En cuanto á la sífilis hereditaria que, según Sevestre, se presenta de los quince á los diez y ocho primeros meses de la vida, se descubren en los antecedentes ó en el estado actual algunos signos que hacen pensar en la sífilis. De la infección palúdica que reviste esta forma, el diagnóstico parece que fué fácil en las dos observaciones de S. Simón y Briant. Touchard refiere un caso de espasmo laríngeo, de origen histérico, en un niño de cuatro años y medio, al que hubo necesidad de traqueotomizar, siendo la asfixia tan pronunciada, que no sintió la incisión de la piel. No hablaremos de las laringitis rubeólicas por la erupción y síntomas que las acompañan.

La inflamación catarral de la mucosa laríngea ha sido la causa primordial en los casos por mí observados. Si nos atenemos á las pocas autopsias practicadas en casos semejantes, vemos que Trousseau señala una tumefacción notable de las cuerdas vocales y repliegues ariteno-epiglóticos con rubicundez de toda la mucosa de la laringe. Constant (1), la tumefacción de la epiglotis y de la mucosa laríngea; pero aparte de las pocas comprobaciones por autopsias

(1) *Laryngite aigue simulant le croup*, *Gaz. med.*, 1874, pág. 304.

que en estos casos se hacen, las indicaciones son bien vagas, dadas las modificaciones que se establecen después de la muerte. Ha sido preciso recurrir al examen laringoscópico, un tanto difícil en los niños, para darse una explicación del modo de producirse estas laringitis. Gracias á los trabajos de Massei, Lanolgrof, Dehis, Ranchufss, Krieg y Ruault, se sabe la frecuencia de la localización sub-glótica.

La región sub-glótica, comprendida entre las cuerdas vocales y el borde inferior del cartilago cricoides, es una de las partes más estrechas de la laringe. La mucosa que la tapiza se adhiere mal á los tejidos sub-yacentes por un tejido celular laxo, es rica en glándulas acinosas cuya inflamación da lugar á una hipersecreción abundante, difícil de espectorar á causa del obstáculo que le ofrece la glotis superior que se cierra espasmódicamente á su contacto. La mucosa rígida y tumefacta, dice Massei, no sólo es un obstáculo en el espacio glotídeo, sino que impidiendo el movimiento de abducción de las cuerdas, concurre de un modo especial á estrechar la luz de la laringe. La excitabilidad de su mucosa es tan exquisita, que el mismo aire inspirado puede ser causa que, transmitida al bulbo por el ramo laríngeo superior del neumogástrico, y reflejada por el espinal sobre los músculos de la laringe, incite su contracción. La localización hipoglótica explica bien la poca alteración de la voz y la sonoridad de la tos, así como la dificultad respiratoria en una región de tan escasas dimensiones; la trasudación de la membrana mucosa sola por su poco espesor no basta á producir estos fenómenos de sofocación si la infiltración inflamatoria no alcanza al tejido sub-mucoso. Gouguenheim ha comprobado que una inyección en el tejido celular sub-glótico se generaliza con rapidez á toda la laringe. De origen inflamatorio, esta infiltración contiene células granulosas y glóbulos sanguíneos y purulentos. No me ha sido dable observar esa masa tumerosa, semejante á un grano de uva ó al edema prepucial congestionada ó lívida del edema agudo ó dis-crásico.

Por lo que respecta al tratamiento, estoy muy de acuerdo con las conclusiones del interno de Sevestre, M. Touchard : 1.º Existen casos benignos que se curan con un tratamiento apropiado. 2.º Casos

graves en los que se puede esperar sin intervenir hasta un límite prudencial. 3.º Casos de muerte porque la traqueotomía ó el entubamiento no se ha hecho. Y 4.º Casos que, entubados ó traqueotomizados, se curan.

Hoy que la intubación es un medio fácil y poco peligroso, la expectación no debe prolongarse, y debemos recurrir á ella desde el momento que el tirage es creciente y prolongado.

Con alguna frecuencia ocurre, que la calma respiratoria producida por el entubamiento, es seguida al poco rato de un nuevo estado de disnea que no tiene una explicación por la obturación del tubo que se halla libre, ni por edema ariteno-epiglótico que no existe. Son éstos casos de bronco-neumonía concomitante, cuyos síntomas de auscultación y percusión se hallaban ocultos hasta el momento del paso del aire por el conducto laringo-traqueal, y que después se manifiestan en sus alteraciones de la hematosis. Si la disnea subsiguiente no tuviera una explicación satisfactoria por bronco-neumonía, no hay que olvidar que la infiltración puede alcanzar á la tráquea, y en estos casos la traqueotomía es indispensable y más eficaz que el entubamiento.

He aquí un resumen de los 24 casos observados por mí :

LARINGITIS AGUDAS SIN FALSAS MEMBRANAS FARINGEAS NI LARÍNGEAS = 14	LARINGITIS AGUDAS CON AMIGDALITIS LACUNARES, CUYO EXAMEN MICROSCÓPICO DEMOSTRÓ LA AUSENCIA DE BACILUS DE LÖEFLER = 10
---	--

(Inspeccionadas al laringoscopio, 14.)

Sin intervención..	{	Curaron... 3	.....	Curaron.. 1=4
		Murieron.. 5	.....	Murieron. 2=7
Por intubación...	{	Curaron... 4	.....	Curaron.. 3=7
		Murieron.. 1	.....	Murieron. 1=2
Por traqueotomía.	{	Curaron... 1	.....	Curaron.. 2=3
		Murieron.. 0	.....	Murieron. 1=1

Observación 1.^a—Niño de cuatro años, bien nutrido, sin antecedentes morbosos. En consulta con un compañero le veo al cuarto

día de enfermedad, con tiraje continuo, agitación, la voz media algo ronca, pero los gritos y la tos bien timbrados. La mucosa faríngea, roja tumefacta. La inspección laringoscópica imposible, sensibilidad dolorosa al nivel de la laringe. Compresas calientes alrededor del cuello, vomitivo de ipecacuana, vaporizaciones de benjuí. Al interior acónito y belladona. Noche intranquila, la disnea se acentúa, la cianosis se marca. La traqueotomía es desechada por los parientes y el enfermito sucumbe á la asfixia lenta y progresiva.

Observación 2.^a—Niño de tres años y cuatro meses, linfático, mal nutrido, hace un mes pasó el sarampión. Hace cuatro días, sin angina ninguna empezó con tos y voz ronca; ni infartos, ni señal alguna de difteria, tiraje supra-esternal y epigástrico muy acentuados. Por la docilidad del niño puedo inspeccionar la laringe: epiglottis y repliegues ariteno-epiglóticos rojizos pero no tumefactos, tumefacción rojo-obscura del vestibulo, más acentuada en la región hipoglótica, sin ninguna falsa membrana. Las cuerdas rojizas marcan la separación vestibular. La disnea, acentuándose, me obliga á la intubación; calma relativa después de ésta; salida del tubo á las cuatro horas; reintubación. La auscultación denota profusión de estertores mucosos generalizados en ambos pulmones, la bronquitis se generaliza, y á pesar del tratamiento apropiado y de la intubación, la terminación es funesta.

Observación 3.^a—Niño de cuatro años. Empezó con fenómenos catarrales, con tos de ladrido y voz ronca, pero en los gritos bien timbrada. Desde el tercer día ruido serrático en los dos tiempos de la respiración, aunque más acentuado á la entrada del aire. La inspección de la faringe es negativa y la de la laringe imposible. La inspección pulmonar está enmascarada por la estenosis laríngea, pero la fiebre es de 39^o5 décimas. Negación á toda intervención por la familia y muerte por asfixia.

Observación 4.^a—Niño de tres años. Angina lacinar pseudo-membranosa que al microscopio no acusa bacillus de Loeffler, solamente el coccus de Brison. Fenómenos catarrales, ruido serrático laríngeo en los dos tiempos. Al examen laringoscópico, ausencia de falsas membranas, laringe rojiza y tumefacta, rodete infragloti-

co rojo-oscuro. La disnea se acentúa, intubación, permanencia del tubo siete días; curación.

Observación 5.^a—Niña de diez y seis meses. Angina á estreptococcus. El examen laríngeo sin falsas membranas, la mucosa del vestíbulo muy tumefacta, apenas deja ver las cuerdas vocales rojizas. Silbido laringo-traqueal serrático en los dos tiempos, acompañado de los demás fenómenos de estenosis. Sin intervención, muerte por asfixia.

Observación 6.^a—Niño de diez y ocho meses. Sin angina ni falsas membranas. El espejo laríngeo demuestra un rodete rojizo subcordal, que apenas deja luz para el paso del aire. Ruido serrático en los dos tiempos. La mucosa vestibular rojiza y apenas tumefacta; lo mismo las cuerdas vocales. La lesión parece localizada en la región sub-glótica. Pulverizaciones de tanino, compresas calientes húmedas; una poción de acónito y belladona. A los tres días curado.

Observación 7.^a—Niño de cuatro y medio años. En consulta con otro compañero. Antecedentes catarrales de tos ronca y quintosa, buena salud habitual, robusto; desde la noche anterior los fenómenos de estenosis laríngea llevan una marcha creciente. La faringe, amígdala y velo palatino, normales. La inspección laríngea no es posible. Al hacer la intubación mi dedo índice izquierdo nota la tumefacción edematosa de la epiglotis y repliegues ariteno-epiglóticos. Salida del tubo al poco rato, reintubación, á pesar de lo cual á las pocas horas empiezan de nuevo los fenómenos de estenosis. No siendo por obstáculo en el tubo, propongo la traqueotomía; la familia la rechaza y el niño sucumbe.

Observación 8.^a—Niño de dos años. Con tiempo húmedo y frío ha hecho un viaje en ferrocarril; síntomas catarrales más acentuados en la laringe, con tiraje y ruido serrático en los dos tiempos. Nada en las fauces. Imposible la inspección de la laringe. Rechazada toda intervención. Muerte.

Observación 9.^a—Niño de cuatro años. Hace cuatro días tos bronca, quintosa, principio de estenosis laríngea con inspiración y espiración ruidosas. Sin angina ni faringitis. El examen laríngeo puede hacerse y señala la rubicundez vestibular y de las cuerdas

con tumefacción marcada en la región sub-glótica. Sin intervención y con los medios apropiados, curó en breves días.

Observación 10.^a—Niño de diez y seis meses. Sin anginas ni falsas membranas, fenómenos catarrales y de estenosis laríngea, ruido serrático en los dos tiempos, tiraje, tos ronca. Inyección de suero Roux de 20 centímetros cúbicos. La estenosis avanza y no nos permiten la intubación. A las veinticuatro horas de la inyección muerte por asfixia.

Observación 11.^a—Niño de ocho años. Antecedentes meníngeos y de catarras pulmonares. Angina aguda con falsa membrana sin bacillus de Loeffler. Ruido serrático laríngeo en los dos tiempos, tos, bronca la voz, cuando la esfuerzo es timbrada. El examen laringoscópico, denota la rubicundez y tumefacción de los repliegues ariteno-epiglóticos del vestíbulo y la región sub-glótica. Los diversos medios empleados no son suficientes á detener la marcha de la asfixia y procedo á la traqueotomía. Curación.

Observación 12.^a—Niña de seis y medio años. Amigdalitis lacinar doble sin bacillus diftérico. Estenosis laríngea acentuada que el laringoscopio demuestra es debida á la tumefacción é inflamación hipoglótica y extendida á los repliegues ariteno-epiglóticos. Los fenómenos asfícticos avanzan. Traqueotomía. Curación.

Observación 13.^a—Niña de siete años. Anginas agudas ó falsas membranas de estreptococcus y coccus de Brisson. Escrofulosa, tumor blanco, de la rodilla derecha. Coriza y catarro laríngeo. Ruidos serráticos en los dos tiempos de estenosis laríngea. Infiltración inflamatoria del vestíbulo, repliegues ariteno-epiglóticos y región sub-glótica. Traqueotomía. Bronco-neumonía consecutiva; muerte.

Observación 14.^a—Niño de tres años. Soy llamado por una estenosis laríngea cuya inspección laringoscópica no se puede efectuar. Silbido laríngeo en los dos tiempos, más acentuados en la inspiración, resultado negativo en la faringe. Pulverizaciones de tanino, compresas calientes, acónito y belladona, pediluvios sinapizados. Curación.

Observación 15.^a—Niña de tres años. Amigdalitis á falsas membranas de coccus y estreptococcus. Laringitis aguda sofocante. No es posible la comprobación al laringoscopio. El tacto no acusa ni fil-

tración superior de la laringe; sin embargo, los fenómenos de asfixia laríngea se marcan, y procedo á la intubación con buen resultado. A los seis días, viendo el buen estado, quito el tubo, y á la media hora tengo necesidad de volverlo á colocar porque se presenta la asfixia muy pronunciada. A los ocho días de su estado satisfactorio quito de nuevo el tubo y queda en calma relativa. A las pocas horas me veo obligado á intubar por tercera vez, pero la alteración en la hematosis es tan marcada, que la niña muere á la siguiente mañana.

Observación 16.^a—Niño de dos años y medio, bien constituido, robusto. Sin anginas ni falsas membranas. Laringitis sofocante con estenosis marcada. La laringe está rojiza y tumefacta en la región infraglótica, se percibe un rodete rojizo más acentuado. Intubación, salida del tubo, nueva intubación que conservó tres días, arrojándolo con tos. Curación.

Observación 17.^a—Niña de trece años. Con ligeros antecedentes de catarro y sin angina ni falsa membrana, se marca rápidamente una estenosis laríngea que obliga á la intubación. Region subglótica, tumefacción grande por infiltración rojiza inflamatoria. Las cuerdas rojas, con escasos ó poco extensos movimientos en la abducción. Curación.

Observación 18.^a—Niña de diez meses. Sin inflamación faríngea ni falsas membranas. No es posible la inspección laríngea. La estenosis laríngea se marca y se procede á la intubación. Curación.

Observación 19.^a—Niña de diez y seis meses. Mal nutrida, endeble. En consulta por una estenosis laríngea muy pronunciada, apreciamos una amigdalitis membranosa que el microscopio acusa ser debida al coccus de Brisson. Epiglotis y repliegues ariteno-epiglóticos, bien; la mucosa del vestibulo rojiza y con pequeña membrana amarillenta que se desprende fácilmente; la región hipoglótica muy tumefacta. Entubamiento é inyección de suero Roux 20 centímetros cúbicos. Al tercer día salida del tubo y nuevos fenómenos de estenosis laríngea. Nuevo entubamiento. Curación.

Observación 20.^a—Niño de dos años y medio. Disnea ruidosa con tiraje supra é infra esternal producida al quinto día de fenómenos catarrales y voz ronca y tos de ladrido. La faringe y amígdalas nor-

males. Epiglotis y repliegues rojizos, pero no tumefactos; la región de las bandas tumefactas y muy inyectada que aumenta hacia la región sub-glótica. Se acentúan los fenómenos de estenosis, y la intubación intentada por dos veces repele el tubo. Traqueotomía. Curación.

Observación 21.^a—Niña de tres años. Cuatro días de catarro con tos ronca y voz ídem, aunque timbrada en el lloro y gritos. Al cuarto día disnea laríngea con tirage creciente. El examen con el espejo no siendo posible, llevo el índice y toco la epiglotis y repliegues aumentados de volumen. Propongo la traqueotomía, que no se acepta. Muerte al siguiente día.

Observación 22.^a—Niña de veintiún meses. Sin otros antecedentes, con fenómenos de catarro laríngeo y sin angina ni falsas membranas, tirage acentuado, con tos quintosa y voz alta timbrada. Falta de inspección laríngea. Entubamiento. Curación.

Observación 23.^a—Niña de cinco años. Síntomas de catarro agudo laríngeo. A los tres días ruido serrático en los dos tiempos, más marcado en la inspiración. El examen faríngeo negativo. El de la laringe tumefacción rojiza oscura debajo de las cuerdas vocales, que están rojas y tumefactas y difíciles en los movimientos de abducción. Se acentúan los síntomas estenósicos. Intubación. Curación.

Observación 24.^a—Niña de cuatro años residente aquí, hace tres días que en un viaje se enfrió y adquirió un catarro con amigdalitis izquierda que presenta una falsa membrana amarillenta y poco consistente, desprendiéndose fácilmente para su examen, que es negativo. La laringe presenta una inyección general más acentuada y con tumefacción en las bandas, percibiéndose el rodete sub-glótico. La estenosis se acompaña del sabido cortejo de síntomas, y como se acentúa la disnea, se coloca un tubo de O'Dwyer que queda por cuatro días. Curación.

He dicho.

DISCUSIÓN

El **Dr. Compaired**: Felicita por completo al Dr. Castañeda y se hace solidario de sus opiniones, creyendo que cuando se manifiesten fenómenos

de estenosis laríngea, se debe intubar á seguida, por estar tal operación exenta de peligros. Desea saber qué tratamiento local y general emplea el Dr. Castañeda antes de llegar á la necesidad de intubar.

El Dr. Uruñuela: Sin haber oído al Dr. Castañeda, pidió la palabra por ser interesante el tema, clínicamente considerado. Dice que es asunto que se debate todavía el intubamiento y la traqueotomía, considerando al primero sencillísimo y á la última llena de dificultades y peligros, y piensa que es la traqueotomía mucho más sencilla que la intubación. Esta, en casos urgentes, se encuentra dificultada por reflejos espasmódicos, que no consienten ni que el niño tenga la lengua quieta, ni que se pueda colocar el espejillo laríngeo, lo cual dificulta la perfecta colocación del tubo. En cambio la traqueotomía es siempre sencilla y puede hacerse en el dispensario, pues los enfermos pueden marcharse á su casa por sus propios pies.

El Dr. Llorente: Se declara partidario de la intubación, que ha practicado de ciento quince á ciento veinte veces, que es más fácil de practicar cuando se adquiere el hábito de practicarla, siendo en todo caso más rápida que la traqueotomía y más exenta de complicaciones. Sostiene igualmente que todas las laringitis son de naturaleza parasitaria.

El Dr. Castañeda: Comienza su rectificación manifestando que su gusto sería que continuase esta discusión, por ser asunto al cual ha dedicado mucho estudio. Manifiesta al Dr. Compaired que antes de intubar emplea el tratamiento usual, es decir, el calor húmedo y los calmantes; en las laringitis locales de los niños no hace nada, pues cree que el único tratamiento es el mecánico ó quirúrgico.

Siente que el Dr. Uruñuela no haya oído su comunicación, y por este motivo, referentemente á la traqueotomía, á la que se siente tan inclinado este señor, le manifiesta que, como dice en su Memoria, le ha dado buenos resultados, pues se le han muerto más intubados que traqueotomizados. Empero, esto no quiere decir que sea partidario de la traqueotomía. Cree que la intubación, como dijo muy bien el Sr. Llorente, es cuestión de técnica. Al principio consideraba la maniobra difícil, fué luego á Viena, y vió allí en un hospital cómo se intubaba corrientemente, no ya por los médicos, sino por las Hermanas de la Caridad, y al intentar la intubación, tropezó con graves inconvenientes por el espasmo que producía el tubo, por la expulsión del mismo y otros obstáculos, y hoy puede asegurar al Dr. Uruñuela, que cualquiera á las pocas tentativas coloca el tubo dentro de la laringe, no valiéndose del espejo, sino del índice, sobre el cual debe apoyarse el tubo. Cuanto á la expul-

sión del tubo, ha observado que tiene lugar algunas veces, mas no después de intubar, sino á las doce ó veinticuatro horas, y esto da lugar á una nueva intubación. Si hay estenosis se vuelve á colocar el tubo, y ha tenido casos intubados ocho y nueve días. Por tanto, encuentra la intubación facilísima.

La traqueotomía, que es un medio habilísimo, resulta repugnante á las familias, y esto debe tenerse en cuenta.....

El **Sr. Presidente**: Advierto al Sr. Castañeda, que ha transcurrido el tiempo de que reglamentariamente podía disponer para rectificar.)

El **Dr. Forns** : He pedido la palabra sólo para que pueda disponer el Dr. Castañeda del tiempo que así se le concede para una segunda rectificación, pues el Congreso se complace mucho en oír su brillante discurso. Y llama la atención de los señores congresistas acerca de la conveniencia de intubar sólo cuando haya necesidad, pues tiene noticia de que en Madrid se abusa de este proceder; de la absoluta precisión de dejar una guardia permanente de personal idóneo para reintubar, pues tiene noticia de que han muerto en la corte algunos intubados por expulsar el tubo y no tener quien se lo colocase inmediatamente. Y, finalmente, refiere el caso, de todos conocido en la corte, de presentarse intensos espasmos glóticos al extraer el tubo, por lo cual el enfermo se vió condenado á llevarle, una vez curado, hasta veintitrés días.

El **Dr. Castañeda** agradece al Sr. Forns su intervención. Dice que la traqueotomía es fácil, pero que causa horror al enfermo y á su familia, lo que no ocurre con la intubación. Considera necesaria una guardia permanente en ambas operaciones, y dice que ha poco traqueotomizó á un individuo que tenía un cáncer de la base de la lengua; dejó el operado al cuidado de su esposa y lo dejó durmiendo, y al poco rato despertó sobresaltado, pues la cánula se le había obstruido con un pequeño coágulo sanguíneo, y no sabiendo qué hacer, tiró de la cinta, arrancó la cánula, vino una hemorragia y falleció. Cree que, ordinariamente al desintubarse un enfermo, da tiempo para volverle á intubar, y ha tenido casos que han esperado dos y tres horas. Los casos de espasmos al desintubar son positivos. Finalmente, dice que es partidario de la intubación en los casos de estenosis rápida de la laringe, en que hay necesidad de intervenir sin asustar á la familia.

TUMOR LARÍNGEO ANGIOMATOSO

por el Dr. J. Rueda.

No sólo por el extraordinario tamaño del tumor, sino por la ninguna molestia que ocasionaba, así como por la rareza de tales neoplasias en la laringe, y principalmente por el sencillo medio empleado para el diagnóstico, es por lo que considero de interés la siguiente observación.

Una mujer de cincuenta años, sin antecedentes relacionados con la neoplasia en cuestión, me consulta en el mes de Junio del presente año, por una sensación molesta de sequedad en la garganta y cierto dolor á la deglución sin que la inspección revele otra cosa que las lesiones propias de una faringitis atrófica.

El examen laríngeo, practicado por sistema en todos los padecimientos de las vías aéreas superiores, nos muestra lo que fué sorpresa de la enferma y nuestra también, es decir, la neoplasia angiomasiosa de que tratamos.

La laringe, de fácil inspección y de tolerancia extraordinaria, aparece perfectamente normal en su interior, sólo sí un tanto pálida, correspondiendo á un ligero estado anémico de la enferma. El repliegue ariteno-epiglótico derecho y el aritenoides del mismo lado, están cubiertos por una tumoración con pequeñas lobulaciones apretadas y continuas entre sí, cuyo tamaño total alcanza próximamente dos centímetros en sentido antero-posterior, y centímetro y medio en sentido transversal, siendo su color gris ceniciento en unos puntos y cianótico en la mayor extensión, pero con desigualdad en la intensidad de color en las diferentes lobulaciones, y apareciendo su superficie lisa y brillante.

Al contacto con la sonda, la tumoración es depresible y movable, cual si se tratara de una bolsa líquida, de tal modo, que imprimiéndole movimientos, podemos reconocer que tiene ancha base, que se asienta en toda la extensión del repliegue ariteno-epiglótico dere-

cho y cara posterior del aritenoides hasta el vértice. La masa tumoral á veces remonta por encima del repliegue ariteno-epiglótico y aritenoides, ocultándolos así como las cuerdas falsa y verdadera del mismo lado, y en otros casos cae como por su propio peso en el seno piriforme dejando á descubierto las porciones laríngeas señaladas. En ciertos momentos de continua duración puede verse en el borde derecho epiglótico una pequeña tumoración del tamaño de una lenteja, de color rojo obscuro y de límites fuertemente vascularizados.

La neoplasia descrita para nada estorba ni respiración, ni foción, ni deglución.

Desde el primer momento comprendí que me encontraba ante un verdadero compromiso clínico, no sólo de importancia en materia diagnóstica, sino de trascendencia para la intervención.

Hube de fijarme primeramente en la posibilidad de la naturaleza quística de la neoplasia, suposición á la que daban fuerza varias de las circunstancias descritas, pero que pronto tuve que abandonar al considerar la movilidad total de la masa, así como las ligeras modificaciones en la forma que podían provocarse al hacer compresiones con la sonda, condiciones opuestas á las de una bolsa quística repleta de líquido. Invalidaba también tal suposición el dato de ser el tumor cual si estuviera compuesto de cavidades diferentes con un aspecto parecido al del pulmón de un batracio recién abierto el tórax, lo que no podría tener lugar sino en caso de quiste multilocular que hasta el presente no haya sido descrito en la laringe entre las no frecuentes observaciones de quistes registradas en la literatura de la cuestión.

Las diferentes coloraciones que ofrecía la superficie arguyen en contra de la uniformidad de matiz, que debe ser propia de una pared quística, en la que lo único que podríamos admitir sería una gran vascularización de sus paredes, de tal modo, que las arborizaciones resultarían visibles.

Para cerciorarme si se trataba de una pigmentación de las paredes, ó si más bien era color del contenido apreciado por transparencia, introduje una pinza no cortante con la que tomé pellizcos en varios puntos, pudiendo notar claramente que cogía una pared de

espesor considerable, fibrosa, resistente, y que la coloración desaparecía en el punto estirado adquiriendo matiz pálido izquémico.

A esta altura de exploración abandoné la idea de tumor quístico, fijándome en la posibilidad de tratarse de un tumor vascular; considerando necesario adquirir una prueba plena antes de adoptar conducta alguna.

El medio de que me valí para conseguir tal fin, no creo haya sido usado hasta el presente, por lo que he creído ofrecía interés la observación que llevo historizada.

Una jeringa de Hering, armada de fina aguja, fué introducida por dos veces en la masa neoplásica, realizando una pequeña aspiración que extrajo varias gotas de sangre, con lo que era de admitir como más probable la naturaleza angiomasosa.

Y no es materia que carezca de importancia la de la precisión diagnóstica en casos semejantes, si recordamos la observación de Ferreri, en la que después de la avulsión de un tumor vascular por medio del forceps, sobrevino una hemorragia tan grave, que hubo necesidad de abrir la laringe con traqueotomía previa, sin que pueda argüirse que el uso del asa prevendría tal complicación; pues en el caso de Heinze, en el que el tumor fué extraído por tal método, se produjeron repetidas hemorragias, sólo detenidas por la cauterización.

En el caso presente, no estando justificada una intervención extralaríngea, y no siendo prudente el empleo de pinzas por vía endolaríngea, intenté la galvanocaustia; mas en una sesión de causticación se produjo hemorragia considerable, que sin duda asustó á la paciente, por lo que perdí la marcha del caso. En situación equivalente, es de recomendar el tratamiento electrolítico.—He dicho.

DISCUSION

El Sr. Uruñuela: He pedido la palabra, en primer término, para felicitar al Dr. Rueda por la exposición del caso que nos ha leído, de un tumor voluminoso angiomasoso; pero he de hacer algunas observaciones respecto á la naturaleza de ese tumor, y á las dificultades del diagnóstico, así como también á la manera de proceder para su curación.

Nos ha hablado de un tumor voluminoso angiomatoso, que tenía su punto de implantación en uno de los repliegues ariteno-epiglóticos. Ya me extraña esto, porque creo que será un caso de los que salen de la corriente general de los pólipos. A mí, sin embargo, me ha llamado la atención el que este tumor, calificado de angiomatoso, presentase la resistencia al tacto que ha manifestado el Dr. Rueda, y á los pellizcos de la pinza, cosa que en estos tumores me ha sucedido á mí todo lo contrario. Yo he querido quitar algunas veces un pólipo de esta naturaleza y se me ha deshecho entre las pinzas, y ha resultado una hemorragia enorme en relación con la pequeñez del tumor que he arrancado; es decir, que estos tumores se deshacen con una facilidad asombrosa. Por lo tanto, la resistencia especial que ha presentado este tumor á los pellizcos de la pinza, parecen más propios del quiste. Estos tienen unas paredes fibrosas que hacen necesaria una punción profunda para traspasar todas las membranas, y tienen la coloración transparente de que he oído hablar al Dr. Rueda.

En los pólipos angiomatosos he visto una coloración roja muy acentuada, más bien una coloración rojo-vinosa, y, sobre todo, he observado que casi siempre se me han deshecho entre las pinzas.

Respecto al asunto de la intervención, dice el Dr. Rueda que dió pellizcos con las pinzas, y creo que S. S., con la habilidad que tiene, y que es de todos reconocida, para los procedimientos endo-laríngeos, si hubiera tenido un poco de paciencia, hubiera extirpado todo el tumor.

El **Dr. Castañeda**: Felicita al Dr. Rueda, y le manifiesta que no cree que la aspiración con la jeringa de Hering pueda bastar, por haber dado sangre el tumor, para asegurar el diagnóstico propuesto, pues lo mismo le hubiera acurrido si hubiese sido un papiloma.

El **Dr. Barajas**: Felicita al Dr. Rueda por la rareza del caso, puesto que las estadísticas de Stetmann no registran más que ocho casos, y en Mayo último, en la Sociedad Laringológica de Londres, el Dr. Maximó publicó otro caso. Es el angioma laríngeo un tumor tan raro, que este caso viene á ser el número 13 de los que tiene noticia, y es más notable por su tamaño. El color es uno de los caracteres más importantes para el diagnóstico, y es sabido que siempre han sido tratados estos tumores por medio de la galvanocautia ó del lazo.

El **Dr. Compaired**: Considera el procedimiento de la aspiración por medio de la jeringa de Hering como medio diagnóstico muy peligroso, porque en estos procesos cavernosos, la sangre se encuentra en los vasos, no sólo deseando salir, sino que al mismo tiempo tiene todo el teji-

do completamente infiltrado, lo cual hace peligrosa hasta una simple punción galvanocáustica. En estos casos emplearía el lazo rápido, abarcando todo el tumor y su pedículo, puesto que mientras no se deshacen y raspan, no se cohibe la hemorragia ni se pueden aplicar remedios tópicos.

El Dr. Cisneros: Dice que no ha visto ningún angioma; pero como aquí se ha hablado de pequeños tumores de coloración sonrosada y de coloración roja oscura, que se desmenuzaban con las pinzas fácilmente... (El **Dr. Rueda:** De papiloma angiomaso.) En este caso creo que se trata de quistes. Yo he visto dos ó tres casos que tenían esta coloración, y me parece que se trataba de esto, que son los que se desvanecen al tocarlos con las pinzas ó con un objeto cualquiera, hasta el punto de que, en algunos casos, solamente al tocarlos con un pincel sale una ligera serosidad sanguinolenta y acaba por desaparecer. En este caso no tiene peligro el emplear las pinzas, pero sí lo encuentro en emplearlas en los angiomas, porque se abre la boca del vaso y se produce la hemorragia. En los otros casos, sencillamente se abre el tumor por cualquier procedimiento, sale el líquido y desaparece el tumor, y si acaso queda algún pequeño colgajo, se puede arrancar después con las pinzas.

El Dr. Forns: Llama la atención acerca de lo dudoso del diagnóstico formulado por el Dr. Rueda, pues es muy raro que las punciones, los pëlizzcos y las cauterizaciones, no ocasionasen copiosas hemorragias. Al propio tiempo deplora que no haya extirpado el tumor, porque así hubiera podido presentar preparaciones histológicas, única manera de poder dar un diagnóstico concluyente, y más en estos procesos raros.

El Dr. Rueda: Dice que engloba las rectificaciones, porque lo que podía decir al Dr. Uruñuela lo manifestó ya el Dr. Cisneros, pues confunde los tumores angiomasos y los pólipos fibrosos. (El **Dr. Uruñuela:** He hablado de papiloma angiomaso.) Existe una variedad de pólipos fibrosos laríngeos, quísticos, en los que las cavidades quísticas son tan grandes, que constituyen un quistoma. Esta variedad está publicada en los Archivos de Frœnckel del año pasado. Ciertamente que al cogerlos con las pinzas dan sangre, pero es que, como ha dicho muy bien el Sr. Cisneros, cierta trasudación que existe viene á constituir un quiste hemático. En un caso que yo he observado en la cuerda bucal, debo manifestar que, al agarrarlo, se deshizo y saqué solamente una membrana y un poquito de sangre, desapareciendo la masa, pero esto no es un angioma y no tiene relación con el caso presentado.

En el tratamiento no quiso proceder con la pinza por temor á que se

tratase de un angioma; y la extirpación con el lazo era poco hacedera y además sospecha de hemorragia. Los angiomas que al arrancarlos parece que se extinguen, son quistes.

La observación del Dr. Castañeda, en la que coincide el Dr. Compaired, es de verdadera fuerza, si no creyese que con la aspiración con una aguja delgada no puede sacarse sangre más que de los angiomas. Y al quitar la aguja, el orificio se cierra y no hay hemorragia, lo cual sucede más en las neoplasias por ser semisólidas.

OCUPA LA PRESIDENCIA EL DOCTOR CASTAÑEDA

ICTUS LARÍNGEO

por el Dr. Roquer Casadesús (de Barcelona).

En Abril de 1851 publiqué en la *Revista de Laringología* un caso típico de *Ictus laríngeo*. Se trataba de un sujeto, á quien despues de sentir un ligero cosquilleo en la garganta, le sobrevenia un acceso de tos espasmódica, perdía el conocimiento, el color de la cara se amorataba y caía desplomado, cuando cogiéndole el acceso desprevenido, no había tenido tiempo para sentarse. En mi gabinete de consulta cayó y dió con su cuerpo contra la puerta del balcón. El segundo acceso que presencié en el mismo individuo le halló sentado; tan sólo dobló la cabeza y perdió el sentido. Todos estos fenómenos se desarrollaban en un espacio de tiempo mucho menor que el que se emplea para relatarlo.

Desde entonces no había vuelto á ver ningún otro caso típico, y sí tan solo vértigos laríngeos sin obnubilación, crisis espasmódicas, etc., hasta hace unos seis meses en que, casualmente, hallándose un sujeto en mi casa acompañando á un enfermo canceroso que acudía á mi consulta, aprovechó aquella ocasión para hablarme de una tos espasmódica rebelde que padecía desde algún tiem-

po, provocada por un ligero cosquilleo que sentía en la garganta y que algunas veces le hacía perder el conocimiento. Añadió que hacía unos quince días que se veía libre de semejante molestia, gracias, según decía él, á un cocimiento casero de toda una serie de aquellas hierbas que tienen todas las virtudes curativas que la ignorancia ó la credulidad del vulgo les quieren atribuir.

De la relación que me hizo de su dolencia, me pareció poder deducir que me hallaba en frente de uno de los casos, para mí, típicos, de ictus que deseaba de nuevo observar, y comoquiera que desde la publicación de mi primer caso había hecho algunos estudios sobres los reflejos naso-faringo-laríngeos, rogué al enfermo me permitiera examinarle, con objeto de, en caso de presenciar un acceso, estudiar los síntomas objetivos, si existían, que pudieran apreciarse en la nariz, faringe y laringe, y contribuir de este modo á esclarecer la etiología y patogenia del ictus, y, por consiguiente, si debía ser considerado el fenómeno como entidad nosológica, ó, por lo contrario, como uno de tantos síntomas de una enfermedad ya bien conocida.

Accedió el paciente, y antes de explorar la faringe y laringe, practiqué la rinoscopia anterior con mucho cuidado. Había hiperemia de la mucosa, cornete inferior del lado derecho bastante hipertrofiado, pero como el tabique se hallaba desviado hacia el lado opuesto, no había obstrucción nasal. Tampoco la había en la otra fosa. Con el estilete excité la mucosa: no comprobé ningún reflejo, ni tan siquiera lagrimeo. Excluí, por lo tanto, toda idea de reflejo nasal.

Igualmente, y con iguales precauciones, en la faringe, tonsilas; rinoscopia posterior; síntomas, tan solo, de catarro naso-faríngeo; náuseas, poca tolerancia al examen: eso fué todo.

Llegamos al examen laríngeo; fatigado ya el enfermo por el examen precedente, su intolerancia se acentuó. No podía servirme de la anestesia por la cocaína porque hubiera echado á perder la observación; así es que insistí en la exploración, y pude, por fin, ver tan sólo que también había allí notable hiperemia, pues en aquel instante sobrevino el acceso de tos y *solamente con la tos*, es decir; sin que se produjera aquel ruido característico que revela el

espasmo laríngeo que todos conocemos, el enfermo perdió el conocimiento, é inclinándose hacia el lado derecho dió un porrazo á la lámpara de iluminación y me quedé á oscuras por haberse quemado el manguito del mechero Aüer con el movimiento de vaivén que hizo el aparato. No medió más tiempo que el que empleó el otro paciente para correr hacia nosotros, y ya el Sr. B. había vuelto en sí, y después de mirar vagamente por un momento, me dijo: *Ya lo ha visto V. Ya puede V. curarme.*

He aquí, pues, un nuevo caso que considero típico de ictus laríngeo. La excitación producida por el examen laringoscópico promovió la tos, sobreviniendo rápidamente la obnubilación, se recobró el paciente y se acabó todo.

En el presente caso no observé convulsiones: tampoco puedo decir si se produjo la ligera cianosis que vi en el caso anterior, porque ya he dicho antes que en el momento del ataque me quedé á oscuras.

Nótese que si bien en el acceso de que me ocupo creo que la tos fué producida por el examen laringoscópico, las demás veces que el enfermo los había padecido, el cosquilleo que le hacía toser sobrevénia espontáneamente.

Ni en la familia del paciente había antecedentes neuropáticos, ni en el mismo, que era un sujeto de treinta y dos años, había ningún síntoma que hiciera presumir la tabes.

Indiqué gargarismos astringentes y pastillas de cocaína, y... creo que el hombre se escamó, porque no le he vuelto á ver: dos meses después volví á ver al enfermo canceroso, y me dijo que su amigo, que era viajante de comercio, estaba fuera, no sé si era verdad, y que había tenido otros dos ó tres ataques. Después... nada.

No me ocuparé en este momento de la patogenia de esta enfermedad, si así puede llamarse, ya que la hipótesis que estableció Weil en su memoria publicada en 1887 (*Province médicale*) parece ser la que mejor explica el fenómeno, hipótesis que está en mi anterior trabajo y que ha sido aceptada y más ó menos justificada por los diversos autores que desde el primer estudio de Charcot se han ocupado del asunto.

Con nuevas observaciones se ha enriquecido la literatura médi-

ca, después de la que publiqué en 1881. Botey, pocos meses después (Agosto del mismo año), publicó con el título de *tres casos de laringismo inhibitorio* un notable trabajo en el cual, aun cuando me parece que no todos los casos eran típicos, pues que especialmente en el primero parece mejor tratarse de las crisis laríngeas de los tabéticos, sin embargo proporcionan algunos datos de verdadera importancia, pues que corroboran uno de los puntos de la patogenia establecida, esto es, el punto de partida de la irradiación. Me refiero á la circunstancia de haber observado en dos enfermos (segunda y tercera observación) la hipertrofia del tejido adenoideo de la amígdala de la lengua.

Los casos que yo he visto y la mayoría de los que relacionan diversos autores, se refieren á individuos de cuello corto, obesos algunos, en los cuales el tejido adenoideo está muy desarrollado. Me acuerdo haber publicado un caso de asma reflejo, debido á la irritación que producía el roce de la amígdala lingual muy hipertroficada con el borde libre de la epiglotis. Difícil me fué precisar entonces si el reflejo partía de la hipertrofia adenoidea ó de la mucosa epiglótica, pero es lo cierto que los síntomas desaparecieron cuando con el cauterio destruí la amígdala lingual.

La circunstancia de haber observado Botey en sus dos últimos casos la hipertrofia del tejido adenoideo de la base de la lengua, y la circunstancia también de la desaparición de los fenómenos inhibitorios después de la destrucción ígnea de dicho tejido, me hace decir que puede ser exclusivo de la mucosa laríngea y el constituir el punto de partida de la corriente centrípeta de que habla Veil, al tratar de la patogenia de los accesos de ictus.

Nótese que en el ictus típico, los fenómenos inhibitorios aparecen siempre instantáneamente después de producirse la tos, que á veces es hasta insignificante. La hipertrofia de la amígdala preepiglótica puede ser la causa de la tos, la que á su vez determina el fenómeno de inhibición. Se comprende, pues, que en semejantes casos, la destrucción de la hipertrofia, elimine una de las causas más próximas de la irritación epiglótica, principal determinante de la irradiación bulbar.

En un reciente trabajo (*Archivos internacionales de laringo-*

logía, etc., Julio y Agosto 1875), el Dr. Mongorge de Mont-Doré, relaciona tres observaciones de *ictus*, y trata de hacer un ensayo de clasificación estableciendo un primer grupo, en donde coloca el *ictus laríngeo esencial* (tipo Charcot). En el segundo grupo, el de los pseudo ictus, encuadra los diversos fenómenos vertiginosos ó inhibitorios que pueden presentarse como complicaciones en muchísimas enfermedades.

Yo considero como tipo nosológico, mientras nuevas observaciones no me demuestren lo contrario, tan sólo al ictus esencial, al que no es consecuencia ó síntoma de la ataxia, de la epilepsia, de afecciones del aparato respiratorio, etc., etc. Solamente el ictus que sobreviene como en los casos citados sin otra complicación, es el que considero como tal. Los demás, aun cuando el mecanismo patogénico puede ser el mismo, los considero como vértigos que pueden llegar, sí, hasta la inhibición, pero tan sólo como simples fenómenos, más ó menos graves de significación pronóstica de mayor ó menor importancia, pero siempre dependientes de las enfermedades que los originan, como sucede en las crisis laríngeas de los tabéticos, como en la muerte súbita por cáncer laríngeo, etc., y aun en esta última le encontraríamos tal vez mayores puntos de contacto.

Aunque parezca asunto baladí, voy á tratar, para terminar, sobre la denominación de la enfermedad.

El nombre de *ictus laríngeo* que le puso Charcot últimamente, me parece que puede subsistir, porque define claramente el concepto de la enfermedad y así he seguido denominándolo, en honor del ilustre maestro; pero esto no obstante, el de *laringismo inhibitorio* propuesto por Botey, creo que explica aún mejor que ninguno el mecanismo de la producción del fenómeno.

Por lo contrario, la palabra *vértigo*, como algunos, etc., etc., han querido denominar á esta enfermedad, entraña el desconocimiento absoluto del concepto, á menos que se acepte de una manera convencional. Nothnafel define el vértigo: "*Bajo la denominación de vértigo, comprendemos una sensación particular que está caracterizada por una idea errónea que el individuo se forma respecto de la posición que ocupa en el espacio, cuya sen-*

sación tiene su primer punto de partida en una excitación anormal, en un desorden funcional del cerebro.„ Me parece que el individuo que se cae aplomado, no sufre una sensación errónea, sino muy positiva, y por esto repito que cuadra mejor la palabra ictus ó la de inhibición, que expresan el concepto con más claridad.— He dicho.

DISCUSIÓN

El **Dr. Cisneros** dice: He visto á un individuo de cincuenta y dos años que llegó á mi casa quejándose precisamente de fenómenos parecidísimos á los que ha referido el Dr. Roquer, y para que tenga mayor analogía el caso que yo presento con el suyo, debo manifestar que ocurrió algo parecido, aun cuando no se apagó la luz. En efecto; el enfermo, en el momento del reconocimiento tuvo un acceso vertiginoso, perdió el conocimiento y lo recobró á los pocos momentos. Procurando yo averiguar si había algún motivo que produjera estos ataques por acción refleja, hice el reconocimiento nasal y faríngeo y sólo encontré una ligera induración en la mucosa y poco pronunciada y prolongada la úvula. Yo estuve dudando; y teniendo en cuenta la inocuidad del tratamiento, le propuse cortar el extremo de la campanilla. Con efecto, así se hizo. He visto al enfermo recientemente, y me ha dicho que no había vuelto á observar ningún fenómeno de los que antes notaba. En este caso, por lo tanto, parece que se podía justificar que el punto de partida del reflejo estaba en la prolongación de la úvula.

El **Dr. Botey** dijo: Desde la fecha de la publicación de mi trabajo citado por el Dr. Roquer, he tenido ocasión de observar algún otro caso menos acentuado. Creo que por más que el punto principal del laringismo, que yo apellido inhibitorio, porque realmente se trata de un estado especial de la laringe que obra sobre el centro nervioso, ó sea sobre otro punto produciendo vértigos, de cualquier modo que sea, no hay duda de que las inhibiciones son distintas y se desparraman en diferentes direcciones.

Sin embargo, no hay duda tampoco, de que no siempre la laringe es el primer punto de partida, porque yo he observado casos en que este punto de partida estaba en la tráquea, en los bronquios y en las amígdalas, y es más, una extenosis nasal puede producirla también.

El **Dr. Uruñuela**: Yo no he visto ningún caso de ictus lárigeo de los

que nos refiere el Dr. Roquer, sino manifestaciones reflejas de distintas lesiones, ó de la prolongación de la úvula ó ya por diferentes causas. Como creo que esto no tiene relación con lo dicho por S. S., me limito á felicitarle cordialmente por la exposición detallada y ordenadísima del caso que acaba de referir.

El Dr. Compaired: Señores: Considero como el Dr. Roquer que existe ictus esencial y típico, y así se debe llamar. Sin embargo, y por eso conviene hacer esa distinción, hay otros fenómenos de ictus ó de espasmos, si no con pérdida momentánea de conocimiento, con algo de ondulación por acción refleja. Aquí está la diferencia clínica que debe entrañar el verdadero ictus respecto del otro que debe considerarse como un espasmo laríngeo de orden reflejo.

Todos habremos observado bastantes casos de ictus provocados por la prolongación de la *úvula*, otros por enfermedades nasales y algunos por enfermedades constitucionales; y yo recuerdo un caso de ictus reflejo publicado por mí en *El Siglo Médico*, y creo en la Revista del Dr. Roquer y otros periódicos profesionales (y he visto también algo relacionado con esto en el *Bolletino de Firenze*), de un enfermo que tenía tos quintosa con espasmos laríngeos, y en este caso hubo momentos en que se creyó que el enfermo se moría inmediatamente, hasta el punto de que se dió el caso de que llamaran al cura, al médico y al notario.

Pues bien; yo por casualidad encontré la causa ocasional de estos fenómenos en este sujeto, jugando al tresillo.

Me enteré de que estaba un poco sordo de un oído, á pesar de que no había tenido ninguna enfermedad en él. No se dejaba reconocer, porque ya estaba aburrido de médicos, y preguntándole yo qué clase de padecimiento había sufrido en aquel oído, me dijo:—Pues sencillamente, que hace algunos años, estando bañándome en San Sebastián, vino una ola y me tiró al suelo; sobrevino después una supuración en el oído, me la cortaron, y no he vuelto á tener la menor molestia en él; pero me ha quedado alguna dificultad para la audición.—Le convencí para que se dejara reconocer, y, con efecto, vi que estaba obstruido el conducto auditivo por un caracolillo de la playa, el cual, por acción refleja, á través del nervio neumogástrico, producía la tos. Al tratar de extraerlo, se rompió el caracolillo, pero el enfermo se curó tratándole solamente el oído. Esta razón me ha movido á manifestar y exponer mi creencia de que debe estudiarse el ictus esencial y el ictus que puede calificarse por acción refleja.

El Dr. Roquer Casadesús: Considero muy oportunas las observaciones

que se han hecho, pero entiendo que se parte en muchos casos de una base un poco falsa. Yo creo que en pocas palabras podré contestar á todos los señores objetantes.

Precisamente en el ictus laríngeo de que me he ocupado, hago una diferenciación. Yo en este caso quise estudiar si pertenecía á aquella serie de reflejos nasales ó naso-faríngeos ó auriculares que todos conocen, ó si debía, por el contrario, ocuparme tan sólo de él desde el punto de vista de la irradiación nerviosa, que, partiendo de la epiglotis ó de cualquiera otro punto de la laringe, va á los centros nerviosos, produciendo la inhibición ó el ictus rápido. En este individuo me quedé convencido de que no se trataba de ningún reflejo porque los busqué con sumo cuidado.

Recordaré al Dr. Botey una cuestión que me hizo meditar un poco en el asunto que se debate.

Su Señoría me ha referido que estando en Viena, cierto tabaco que fumaba le producía unos vértigos parecidos á una embriaguez pasajera. Esto me hizo pensar en lo que á mí me sucede, y es que en verano, al tomar un helado, en muchas ocasiones he sentido una vacilación instantánea á la que no he dado importancia alguna. Sin embargo, cuando yo estaba estudiando el asunto que he tratado y leía lo que el Dr. Botey refería del tabaco, pensé en que podría sufrir una muerte súbita sin que se apreciara la causa conocida en un individuo que estuviera tomando un helado.

Siento no poder extenderme en más largas consideraciones, porque el tiempo me lo impide.

CÁNCER LARÍNGEO.—ANEURISMA AÓRTICO

TRAQUEOTOMÍA: MUERTE SÚBITA POR «ANGOR PECTORIS»

por el Dr. Roquer Casadesús (de Barcelona).

Los casos de muerte súbita, sobrevenida en el curso evolutivo del cáncer laríngeo, son ya bastante numerosos para que me ocupe de ellos. Botey ha publicado hace algún tiempo algunos casos tratando de explicar el mecanismo de la muerte en tales casos. Yo po-

dría añadir el de un hombre que padecía un tumor maligno de la laringe, que falleció súbitamente en un vagón de ferrocarril, sin fenómenos de asfixia, ni nada que hiciese prever la muerte próxima: solamente puede decirse, que súbitamente se presentó la inhibición funcional absoluta: la muerte.

En la presente comunicación, me quiero referir á la posibilidad de encontrar en los enfermos cancerosos lesiones graves del aparato circulatorio, que pueden comprometer la existencia de los enfermos en brevísimo plazo, y llamar la atención acerca de la necesidad de que la exploración de los enfermos sea minuciosa, para fundar un pronóstico que ponga á cubierto la responsabilidad moral del especialista.

En Enero de 1895 tuve ocasión de ver á un enfermo procedente de la isla de Ceilán, D. F. S. Q., afectado de cáncer laríngeo. Contemporáneamente le vió también el Dr. Botey, quien fué del mismo parecer acerca de la gravedad de la dolencia. No he de relatar el caso clínico, pues que no se aparta de lo que comúnmente se ve en esta clase de enfermedades. El paciente tuvo durante el mes de Marzo algunos accesos de sofocación, acompañados de fuerte opresión de pecho, que fueron atribuidos á la obstrucción laríngea, que iba acentuándose cada día más. Planteóse en principio practicar la traqueotomía, y al examinar la región anterior del cuello, hice notar al compañero con quien consultaba, el Dr. Robert, una pulsación que se notaba en el hueco esternal. Se reconoció detenidamente el pecho, pero no fué posible venir á ninguna conclusión definitiva, á causa de los ruidos que se oían, producidos por el cornaje producido por la obstrucción laríngea, no permitían distinguir ninguno de los ruidos fisiológicos ni patológicos con claridad. Convinimos, no obstante, en que algo anormal había en el aparato circulatorio, que convenía observar de nuevo con atención, y sobre todo tenerlo muy presente al practicar la traqueotomía.

Sobrevino con urgencia la indicación de la abertura de la tráquea, y con la escama natural practiqué la operación.

Noté en seguida una notable desviación hacia atrás del tubo traqueal. El mantenimiento de la cánula en posición fué muy laborioso, pues aunque hice ya para huir del peligro la traqueotomía alta,

incendiando desde el primer anillo, no obstante la notable desviación de la tráquea, hacía que todas las cánulas resultaran cortas. Por fin puse una muy larga, que ya traía á prevención, y la operación fué terminada felizmente. El paciente respiraba muy bien; todos los ayudantes, así como individuos de la familia, comprobaron el chorro de aire que salía de la cánula.

El paciente, con muestras de agradecimiento, demostró el alivio que experimentaba; por su propio pie se fué á la cama, que se le tenía preparada en una habitación contigua. Se durmió tranquilamente: la respiración muy buena: al cabo de una hora despertó con ansiedad precordial, se incorporó, poniéndose la mano al pecho, y se quejó de un violento dolor en la región del corazón. Pasó el acceso; el ayudante, médico de guardia, notó el pulso muy lleno y tardo. La crisis dolorosa había pasado, el enfermo deseaba descansar; pidió el vaso de noche para orinar, lo cual hizo levantándose de la cama, después de limpiar la cánula. Durmióse de nuevo, con una respiración tranquila y reposada, y al cabo de una hora despertó de nuevo con el dolor agudísimo, y murió repentinamente.

He aquí el caso : como se ve, no se trata de la muerte súbita, que algunas veces sobreviene en el cáncer, sino de la muerte sobrevinida por esternodinia, debida casi con seguridad á consecuencia de un aneurisma aórtico que probablemente padecería el enfermo. Los datos que hacen verosímil mi suposición, son la desviación notable de la tráquea, que se veía empujada por el saco aneurismático; el latido que se notaba en el hueco del esternón y la opresión de pecho, de que antes de la operación se quejaba el enfermo, y que era atribuida á la estenosis laríngea. Por último, el modo de morir, rápidamente y con dolor agudísimo en la región del corazón, y el pulso tardo y lleno, vienen también en apoyo de mi aserto.

El Dr. Vinader, médico de cabecera que había sido de la familia antes de la aparición de su dolencia laríngea, me dijo que hacía ya tiempo que sospechaba en el Sr. Q. una enfermedad del corazón ó de los grandes vasos.

Para terminar, he de añadir, que mi sospecha, que participé á la familia antes y después de la operación, me salvó; pues el desenlace fatal fué de esta manera ya previsto.

Me acuerdo haber leído años atrás, me parece que en la *Revista* del Dr. Monre, un caso relatado por el Dr. Roger, si mal no recuerdo, en el cual el autor, en el momento de introducir la cánula en la tráquea, delante de todos los alumnos, fué sorprendido por una enorme hemorragia que produjo instantáneamente la muerte del operado; demostrando la autopsia, que el extremo de la cánula había roto el saco aneurismático de la aorta, que había perforado lá tráquea é introduciéndose en ella, tapándose el agujero con el mismo saco. El aneurisma aórtico no había sido sospechado.—He dicho.

DISCUSIÓN

El **Dr. Botey**: No está conforme con la interpretación que propone el Dr. Roquer para explicar la muerte de su enfermo, y dice, que en su sentir, pudo ser debida ésta á una parálisis recurrencial, por compresión aneurismática. Además, en la tirotomía, con previa traqueotomía, la compresión excéntrica de la tráquea puede producir parálisis respiratorias que antes él atribuyó al cloroformo, y ha visto después que ocurren sólo en el momento de introducir la cánula traqueal. Esto se explica por inhibiciones que pueden matar por parálisis cardíacas y respiratorias, debidas á compresiones del recurrente.

El **Dr. Uruñuela**: Considera el cáncer laríngeo y el aneurisma aórtico como enfermedades coincidentes, y refiere un caso parecido, asistido por él y visto por el Dr. Horcasitas, en el que una vez traqueotomizado y colocada la cánula, ésta transmitía rítmicamente los latidos del saco aneurismático, muriendo el enfermo repentinamente un año después de la operación.

El **Dr. Horcasitas**: Dice que ocurrió otro caso en la clínica, con cáncer laríngeo y aneurisma aórtico, el cual murió á los cinco días de operado, repentinamente, con hemorragia copiosísima, que se atribuyó á rotura del saco aneurismático.

El **Dr. Roquer**: Dice que diagnosticó el caso de angina de pecho, por haber visto muchos casos de esta enfermedad con síndrome análogo, y que este caso debe tenerse en cuenta para salvar responsabilidades que no puede declinar el especialista.

UN CASO DE TERAPÉUTICA DE TRAQUEOCELE

por el Dr. Roquer Casadesús (de Barcelona).

Hace próximamente dos años, publiqué un caso de traqueocele, el primero que yo conozco en la literatura médica española. Después de descubrir la observación y suponer el concepto que en aquella fecha había formado acerca de la manera cómo se había producido la lesión, me demostré sumamente desconfiado en lo que se refiere á la terapéutica y acerca de los resultados que pudieran alcanzarse del aparato contentivo que mandé construir al ortopédico Sr. Ramos, aparato que únicamente debía oponerse á la mayor expansión de la bolsa traqueal.

No he de describir nuevamente el caso con minuciosidad, y sí sólo recordar que la expansión de la mucosa debe tener lugar en la porción membranosa posterior del conducto; que la bolsa así constituida se ha abierto por entre la misma tráquea y el esófago, y orillando por el borde interno del esterno-cleido mastoideo izquierdo, ha venido á colocarse en la región anterior del cuello, simulando por su aspecto exterior á un bocio.

En aquel entonces, cuando la enferma inspiraba profundamente, absorbía el aire que contenía el saco; desapareciendo éste y aplicando la mano por delante de la tráquea, se impedía que el aire espirado lo dilatase de nuevo.

Así las cosas, y creyendo, como algún autor ha dicho hace tiempo, que la intervención quirúrgica era peor que la afección; y por otra parte, como la enferma á su vez nada quería saber respecto á operaciones quirúrgicas, decidí la construcción del aparato que tenéis á la vista y que ha llevado por espacio de un año. Mientras la paciente tuvo la constancia de usarlo, el saco no aumentó, los accesos de cornaje que tanto le molestaban, desaparecieron, y tan sólo

una vez se iniciaron, por efecto de un resfriado con ligera bronquitis, que la hizo toser bastante. Hace, empero, medio año que ha dejado de usarlo, y como era de prever, las cosas han cambiado por completo. El tamaño de la bolsa ha aumentado notablemente, como se puede observar comparando las dos fotografías, hechas una en el mes de Mayo de 1895, y la otra hace ocho días tan sólo. El saco se reduce apenas, y se conoce por la palpación que han engrosado sus paredes. Han reaparecido los accesos de tos, fatiga y cornaje, y la situación es insostenible.

¿Hay algo más que hacer? Desde que Gazet lanzó aquel anatema en la intervención quirúrgica en el traqueoma, han pasado muchos años; la cirugía ha hecho notables progresos; hoy se hacen operaciones por cirujanos audaces y peritos que antes ni siquiera podían conocerse; por lo tanto, creo que debe estudiarse el asunto, para ver si es posible en este caso sacar á la paciente de su triste situación.

En el caso presente, la bolsa amenaza aumentar de volumen, por efecto del esfuerzo mecánico producido por las repetidas bronquitis que padece la paciente; hoy es casi inútil aplicar ningún aparato contentivo ó compresivo, porque sería insuficiente, y además porque la tumoración se reduce con mucha dificultad.

Ahora bien; ¿puede reputarse como peligrosa la dilatación del saco y sutura de la tráquea, previa la traqueotomía, para asegurar la respiración del momento é inutilizar mientras dure la cicatrización de la sutura traqueal, de parte de la tráquea que se ha operado, con objeto de asegurar la solidez de la cicatriz?

Hay sólo que tener en cuenta las relaciones de la tráquea con el nervio laríngeo, y además las relaciones de adherencia que es posible se hayan contraído entre el saco aéreo y la glándula tiroides; adherencias que no pueden conocerse con seguridad antes de la operación.

Este es, pues, el asunto, el del tratamiento, que someto á la discusión del Congreso, para ilustración del caso, proceso de nuestra especialidad.—He dicho.

DISCUSION

El Dr. Compaired: Dice que vió á la enferma antes de llevar el aparato contentivo (1894), y después de llevarlo un año (1895) pudo apreciar la mejora extraordinaria que se obtuvo, pues al quitárselo duraba mucho rato la respiración normal sin aumento de volumen del traqueocele. La falta de constancia en el uso de este aparato, ha conducido á la enferma al estado referido por el Dr. Roquer y ahora cree que no puede dar resultado este aparato y que urge la operación. Fischer y Garel refieren dos ó tres casos en que se pensó intervenir, pero no hubo lugar por muerte debida á enfermedad intercurrente. Cree que debe operarse lo mismo que las hernias no extranguladas. y considera oportunas las dudas de los doctores Cardenal y Roquer, referentes á la permanencia de la rutura, siendo indispensable la operación, y termina felicitando al Sr. Roquer por la idea de su aparato contentivo que debe tenerse muy en cuenta.

El Dr. Botey: Renuncia la palabra que tenía pedida por haber coincidido con lo que acaba de decir el Dr. Compaired.

El Dr. Uruñuela: Reconoce que es un caso digno de ser presentado á un Congreso por ser curioso y difícil. El aparato ingeniosísimo del Sr. Roquer ha contenido el traqueocele hasta durante algunos ratos después de quitado, lo cual parece inverosímil. Pero ¿hay algún otro aparato ó mecanismo para corregir este afecto sin operación cruenta? Cree que no, y en este caso ó se opera ó se deja abandonado á su desgracia. Ahora bien; el traqueocele, ¿compromete la vida de modo directo ó indirecto? No; y en este caso cree que debe continuar con el aparato esperando que pueda presentarse alguna indicación vital, en cuyo caso operaría, no creyendo la operación de gravedad inminente. Si hubiese hipertrofia del tiroides, ésta dificultaría la intervención, pero no la contraindica. Cree que la rutura de la tráquea puede verificarse. — (**El Dr. Compaired:** ¿Y será permanente?) Cree que hecha con esmero y en buenas condiciones, puede garantizarse el éxito. Y por ahora aconseja que se espere y use su aparato.

El Sr. Roquer: Rectifica manifestando su conformidad con el Sr. Uruñuela respecto á la conducta que piensa seguir.

El Sr. Fornis: Pregunta con el temor inherente á todo asunto improvisado, y del cual se carece de experiencia, si en un momento dado, cuando hubiese compresiones por el traqueocele, podía abrirse éste exteriormente dejando una fístula tráqueo-cutánea.

El Dr. Roquer: Dice que no lo considera conveniente, porque además de otras contingencias que no puede prever, no surtiría el efecto que una traqueotomía.

SÍFILIS HEREDITARIA TARDÍA

Y VEGETACIONES ADENOIDES

por el Dr. Arrese.

Después que el profesor Luschka nos dió á conocer la existencia de la amígdala, que llamamos faríngea ó de Luschka, y el Dr. Meyer hizo el notable estudio de las hipertrofias de esa amígdala, y el Dr. Lermoyez describió en muy reciente época la importantísima variedad clínica que conocemos con el nombre de vegetación adenoides tuberculosa, podemos, con justa razón, decir que la patología de la faringe nasal es tan conocida, que difícilmente se deja de hacer la separación, la diferenciación de todas las hiperplasias de la amígdala faríngea, con la afección siempre única, siempre idéntica á ella misma, y que conocemos con el nombre de vegetación adenoides.

Mas á pesar de tal conocimiento, témome que aún hay algo que nos interesa, que interesa al enfermo, que interesa al buen éxito de la operación que practicamos en los adenoideos, y este algo, que motiva esta comunicación, he presenciado en uno de mis operados cuya historia voy á relatar.

El día 4 del próximo pasado Agosto, presentóse en mi consulta, en compañía de su madre, el niño B. D., de nueve años, y cuyos antecedentes individuales eran bastante buenos, pues, aparte del sarampión que pasó á la edad de cinco años, sólo ha tenido algún pequeño catarro bronquial.

Su madre, cuyo estado de salud es bueno, nos dijo que sus dos

primeros embarazos habían terminado por abortos de dos y tres meses respectivamente, los cuales atribuía, el uno, á un disgusto, y el otro, á un viaje efectuado en un coche; del tercer embarazo salió el niño B. D., y posterior ha tenido otros dos, en perfecta salud hasta la fecha. Su marido tampoco sufre enfermedad alguna.

Este niño B. D. respiraba mal por las narices, gangueaba un poco al hablar, y la secreción nasal era abundante, á todo lo cual no daban importancia, por ser en él un pequeño defecto que soportaba sin novedad; pero en vista que desde mediados de Julio el niño palidecía, perdía el apetito y su habitual alegría, deseaban oír mi opinión respecto á las causas que podían motivar aquel cambio.

Reconocido el niño, comprobé la existencia de una rinitis crónica con abundante secreción nasal; la mucosa faríngea, congestionada y tapizada con algunas mucosidades que descendían de la faringe nasal, presentaba diseminadas algunas pequeñas granulaciones, y las amígdalas hallábanse muy poco hipertrofiadas.

Por medio del tacto retro-nasal, se pudo comprobar la existencia de una masa friable, ocupando toda la parte postero-superior de dicha región faríngea.

Sin antecedentes tuberculosos, sin que el examen de los órganos torácicos me revelara alguna lesión de los grandes vasos, ni del músculo cardíaco, ni de los pulmones, el diagnóstico estaba hecho de por sí, así como también explicados los casos que en el niño se efectuaron; por tanto, como tratamiento inmediato, propuse la operación que, no sin algún reparo, fué aceptada por la familia.

Bajo la anestesia del bromuro de etilo, fué operado este enfermo el día 7, ó sea tres días después al de la consulta, dando por resultado la extracción de una gran masa de vegetaciones, de coloración y consistencia idénticas á las vegetaciones adenoideas vulgares.

Como tengo por costumbre, hice la visita por la noche y á la mañana siguiente, y viendo que no había ningún movimiento febril; me retiré, dándoles los consejos higiénicos que durante unos días debían observar, y recomendándoles me trajeran el niño á la consulta, pasadas tres semanas.

A los ocho días reclamaron mi presencia en la casa, pues el niño no mejoraba. Confieso que esto me sorprendió; pues habiendo he-

cho la operación asépticamente, habiendo hecho un lavado antiséptico después de la operación y dejado al niño en inmejorables condiciones higiénicas, no podía explicarme.

Acudí, pues, al llamamiento, donde encontré á toda la familia muy apurada, pues el niño no sólo no había mejorado, sino que, por el contrario, iba de mal en peor. Los tres primeros días los había pasado con relativa tranquilidad, quejándose tan sólo de un poco de dolor en la nuca; mas al cuarto empezó á quejarse de mal gusto en la boca, algo de sordera y un poco dolor en ambos oídos; al mismo tiempo la secreción nasal iba siendo purulenta, todo lo cual les alarmó, obligándoles á llamarme.

Procedí al examen del enfermo, y lo que primero llamó mi atención fué la secreción purulenta que tapizaba la pared faríngea; luego, al contraerse el velo del paladar, veíase una pequeña porción ulcerada y algunos mamelones carnosos. El examen del oído denotaba la existencia de una ligera meningitis y notable disminución en la audición.

El aspecto de aquella faringe y el recuerdo de los dos abortos de que nos había hablado la madre, me hizo pensar en la posibilidad de una afección específica, por lo cual interrogué al padre, obteniendo de él esta explicación.

Siendo estudiante tuvo un chancro, y al poco tiempo se le cayó el pelo y se le presentaron unas placas en la lengua; se consultó con un Profesor, y le dijo que se trataba de una sífilis benigna, y le recomendó unas píldoras, que tomó por espacio de unos tres meses; después no ha vuelto á tener absolutamente nada.

Con esta explicación ya no me cabía duda; yo había operado á un niño con vegetaciones adenoides, pero á un niño, al mismo tiempo, sífilítico por su padre. El tratamiento poli-iodurado, juntamente con unos lavados nasales de una disolución alcalina, gargarismos antisépticos y unas insuflaciones de iodol azucarado después de cada lavado, confirmó el diagnóstico, pues rápidamente fué mejorando el niño, y al mes podíamos considerarle curado.

He relatado este caso con todos sus detalles, pues es, sin duda, de importancia.

Por regla general, desde el momento que en un adenoideo he-

mos establecido el diagnóstico diferencial con las hiperplasias que en la faringe nasal pueden encontrarse, ó con otras afecciones que pueden inducirnos á error, lo primero que proponemos suele ser la operación, como medio seguro de obtener un satisfactorio resultado. No obstante, los recientes estudios de Cornil, Dieulafoy, Pitiel, y más últimamente Lermoyez, nos han enseñado á ser más parcós en estas operaciones; pues siendo tan frecuentes las vegetaciones tuberculosas, está en muchos de estos casos más indicado el tratamiento médico que el quirúrgico.

Hoy la sífilis es una de las afecciones más extendidas, y no tiene nada de particular que en un niño adenoideo encontremos, entre sus antecedentes hereditarios, un padre ó una madre sífilítica, como ha sucedido en el caso por mí expuesto. ¿Qué debemos hacer con estos enfermos? ¿Trataremos médicamente, como á ciertos tuberculosos, ó les operaremos, aun á pesar del temor de una desagradable sorpresa post-operatoria?

Yo, por mi parte, creo lo más prudente en estos casos, emplear el tratamiento específico durante uno ó dos meses, y luego operar sin temor á rectificaciones, como la hecha en el enfermo motivo de esta comunicación. —He dicho.

DISCUSION

El Dr. Compalred : Después de felicitar al comunicante, dice que siente discrepar con él en no creer necesaria la anestesia general: 1.º, por no ser operación grave; 2.º, por no ser dolorosa, y 3.º, porque la anestesia general, no siendo, como no es necesaria, tiene sus peligros. Por estas razones, y por ser operación corta, cree que no debe apelarse á la anestesia.

El Dr. Uruñuela : Dice que no recurre más que á la anestesia local; refiere haber tenido un caso análogo, y lo diagnosticó de infección post-operatoria, creyendo que el muchacho curó por la antisepsia local más que por los remedios específicos.

El Dr. González Alvarez : Entiende que se abusa de quitar vegetaciones adenoideas quirúrgicamente, y se declara partidario, cuando no son fibrosas, de los toques escaróticos con soluciones de nitrato argéntico. Duda de la naturaleza sífilítica del caso.

El Dr. Forn: Cree que es difícil diagnosticar un caso de sífilis tardía por los datos de referencia. Que ha observado que en los casos de hipertrofia de la amígdala faríngea, operados en una sola sesión, es bastante frecuente que se presente secreción moco-purulenta por espacio de algunos días, porque es natural que ha de tardar algún tiempo en curarse la ulceración resultante; también es frecuente — si hay, como acontece de ordinario, rinitis crónica — que se presenten complicaciones auriculares por propagación tubárica, pues sabido es que en estas condiciones el moco nasal carece ó tiene muy disminuído su natural y ordinario poder bactericida. Por estos motivos prefiere operar en diferentes sesiones, lo cual efectúa sin anestesia y hasta sin protesta de los enfermos, pues no es operación dolorosa y difícilmente se podría presentar un ejemplo de intervención más rápida.

El Dr. Roquer: Defiende la extirpación de las vegetaciones preferentemente al empleo de soluciones escaróticas, recomendando aquella intervención en los niños de tipo adénico con epístaxis y hasta con aprosopia. Y cree que son muchos los casos de infección otítica por propagación tubárica.

El Dr. Arrese: Rectifica diciendo que es cuestión de gusto particular el recurrir ó no á la anestesia general. Dice al Dr. Uruñuela, que desinfectó muy bien el instrumental antes de operar, y que por ello no creyó que se tratase de una infección; y que, además, el aspecto de la ulceración, el haber tenido la madre un aborto por un susto, y otro á consecuencia de un viaje, y el haber mejorado el enfermo á los tres ó cuatro días de tomar los poli-ioduros, le hizo creer en una sífilis hereditaria. Cree que tiene razón el Dr. González Alvarez al decir que se opera demasiado, y mucho más después de saber por Lermoyez y Dieulafoy, que muchas son de naturaleza tuberculosa.

El Sr. Presidente: Se levanta la sesión (eran las nueve y veinte minutos de la noche).





TERCERA SESIÓN

PRESIDENCIA DEL DR. BARBERÁ.

Abrióse la sesión á las seis y treinta minutos de la tarde.

EL SULFURO DE CALCIO

EN LAS

FARINGITIS EXUDATIVAS

por el Dr. Pérez Moreno.

Dos palabras he de pronunciar, señores, á propósito de la acción que he visto ejercer al sulfuro de calcio en las faringitis exudativas: pero antes me voy á permitir el exponeros mi modo de pensar acerca de las faringitis.

Casi todas las variedades de faringitis crónicas las creo dependientes de manifestaciones diatésicas, y como á tales manifestaciones las trato. Esto, que en todas las patologías médicas he leído, jamás lo he olvidado, y veo cada vez con mayor sorpresa que muchos de los que se dedican preferentemente á alguna especialidad, hacen poco caso del estado general del paciente, cediendo toda su atención al estado local. Todo lo más que se permiten es el indagar si el enfermo es sífilítico ó tuberculoso. Sin embargo, yo creo como muchos que el artitrino y otras diátesis dan manifestaciones en las mucosas, y que éstas hay que tratarlas al mismo tiempo local que generalmente.

Así es que, fiel á estas ideas y convenciéndome por la tenacidad de la afección y la resistencia á todas las medicaciones locales, que la mayor parte de las faringitis crónicas no se curan por estos medios, me decidí por tratarlas al mismo tiempo con la medicación interna, de lo que me congratulo por los buenos resultados que he obtenido.

Los sulfuros ejercen principalmente sus efectos sobre las mucosas y la piel.

Sobre las mucosas que es de las que me toca hablar, modifica su estado flogístico haciendo que las secreciones sean más fluidas, como todos hemos tenido ocasión de ver en las bronquitis tratadas por este medicamento.

Pues en las faringitis exudativas, esas que tanto molestan á los enfermos que sienten un astorbo en la faringe post-nasal, del cual no pueden desembarazarse sino á costa de muchos esfuerzos; porque la secreción es viscosa y se adhiere á la superficie con gran tenacidad, es en las que prescribí el sulfuro de calcio al interior, á la dosis de cuatro granulos de á centígramo en las veinticuatro horas, y he obtenido la mejoración en los enfermos sujetos á este tratamiento.

No he tenido tiempo de obtener curaciones porque realmente es muy corto el tiempo que lo vengo empleando, pues apenas hace dos meses, y dada la tenacidad de la afección, creo que habiendo obtenido mejorías notables en ese tiempo es de esperar se confirmen curaciones.

Por supuesto, no descuido el tratamiento local con las irrigaciones y los toques con glicerolados alcalinos.—He dicho.

DISCUSIÓN

El Dr. Castañeda: Dice que desea saber, ya que el Dr. Moreno habla de laringitis constitucionales, cómo las diagnostica. Y entre éstas, si ha visto las diabéticas, descritas por el Dr. Garel, de Lyon, y que desea saber cómo las reconoce, pues á él no le ha sido posible conseguir un diagnóstico objetivo.

El Dr. Cisneros: Pregunta: ¿son todas debidas á una misma discrasia ó

a discrasias diferentes? En este caso, ¿cómo emplea un tratamiento común? Pues si obra su remedio localmente, no trata el estado general; y si sobre éste el remedio debe ser una panacea. ¿Ha empleado otros remedios simultáneamente?

El Dr. Pérez Moreno: Rectifica diciendo al Dr. Castañeda, que ha observado dos casos de los descritos por Garel; en uno había glucosuria y en el otro no, por lo cual cree que el azúcar no es exclusivo de la faringitis seca. Al Dr. Cisneros le dice que sólo ha empleado el sulfuro de calcio en escrofulosos.

DIAGNÓSTICO DE LOS TUMORES LARÍNGEOS

por el Dr. Horcasitas.

SEÑORES CONGRESISTAS:

El tema que me propongo desarrollar es de suma importancia, tratándose de la especialidad laringológica.

Es este un punto para el que se necesitaba muchísimo tiempo, tratándose de hacer el diagnóstico diferencial de todos los tumores que afectan á la laringe. Sólo me propongo dar algunas consideraciones generales acerca del diagnóstico clínico de los mismos.

Para esto, empezaré diciendo que todo tumor laríngeo puede manifestarse por síntomas funcionales y síntomas físicos. Los primeros pueden darnos la sospecha, únicamente la sospecha, de que existe una tumoración en la laringe, unas veces porque vemos que un enfermo se nos presenta con alguna afonía, otras porque nos manifiesta que siente algún dolor, y varios porque se aquejan de disfagia. Estos signos nos pueden, al mismo tiempo, dar á entender el sitio donde afecta la neoplasia; es decir, que si el enfermo afecta desde hace tiempo una ronquera, y ésta se ha ido acentuando y le provoca la afonía, podemos sospechar que el tumor está situado en

las cuerdas vocales. Si existe dolor y la referencia de data es de bastante antigüedad, podremos sospechar que la neoplasia es algo maligna; y si aqueja disfagia, nos da idea de que la tumoración se encuentra en las epiglotis y es algo voluminosa. El dolor nos puede dar á conocer que existe alguna ulceración, propagándose siempre éste al oído del lado afecto de la neoplasia.

Los síntomas físicos se aprecian, como todos ustedes saben, con el laringoscopio.

Con el auxilio de dicho aparato, nos podemos hacer cargo de la situación, forma, volumen, etc., del tumor; como asimismo poderlos dividir, para su diagnóstico, en tumores benignos y malignos.

Entre los primeros se encuentran los pólipos en sus distintas variedades. Y entre los segundos, las neoplasias propiamente malignas, ó sean el cáncer y el sarcoma.

Me propongo hacer al mismo tiempo el diagnóstico diferencial de estas neoplasias con el de otras afecciones que pudieran confundirse con una de índole neoplásica, como son ciertas laringitis de forma hipertrófica, y también algunas de forma vegetante, como son las tuberculosas y las sifilíticas. Entre los pólipos benignos empezaré por dar una ligera idea del papiloma, del fibroma, del quiste y de los angiomas.

El papiloma generalmente se implanta en las cuerdas vocales. Empieza por un punto hipertrófico, ó sea la hipertrofia de un folículo de la cuerda, donde siempre suele tener su asiento, que aumenta de volumen, va proliferando y puede llegar á adquirir desde el tamaño pequeñísimo de una cabeza pequeña de alfiler, hasta el de una nuez. El fibroma suele implantarse generalmente en las bandas ventriculares y en la cuerda también. El punto de preferencia suelen ser las primeras. También pueden presentarse de distinto tamaño. Esta tumoración no tiene el color blanco rosáceo que el papiloma.

El *fibroma* suele tener una coloración rosada, algo más viva é intensa que la del papiloma. Su consistencia es dura, tanto que no hay necesidad más que de introducir un porta-algodones en la laringe, y al tocarlo se nota su resistencia dura.

Los angiomas generalmente suelen ser pequeños é implantarse

en la cuerda vocal, y tienen todo el aspecto y la coloración de una frambuesa.

El quiste, aunque suele parecerse algo en su aspecto al fibroma, presenta en el centro un punto brillante que nos dá á entender que existe una cavidad, y dentro de esta cavidad existe líquido.

Voy ahora á establecer el diagnóstico diferencial entre las afecciones poliposas papilomatosas y algunas vegetaciones de índole sifilítica y de índole tuberculosa.

Las vegetaciones papilomatosas generalmente se presentan por un punto como azulado.

Pueden existir varios, pero están siempre reunidos y agrupados, mientras que los papilomas de origen tuberculoso, se presentan con preferencia en la región interaritenoidea, no están reunidos como las afecciones papilomatosas de índole benigna.

Suelen estar separados y ocupar, como he dicho, la región citada, aunque puede presentarse en algún otro sitio de la laringe, pero siempre les caracteriza una palidez general de la laringe y una coloración pálida de todo el papiloma.

Los papilomas de origen sifilítico no tienen la preterencia que los de origen tuberculosa para implantarse en la región interaritenoidea; suelen implantarse en las bandas ventriculares, sitio donde generalmente se presentan todas las afecciones de índole específica.

Y ahora bien; para no molestar mucho vuestra atención, voy á dar otra ligera idea acerca del diagnóstico diferencial de los tumores malignos y de las afecciones también de índole sifilítica y tuberculosa que pueden confundirse con las afecciones cancerosas sarcomatosas.

Concretaré, pues me falta poco tiempo para que se pase el plazo reglamentario.

El cáncer ocupa todas las regiones de la laringe y en todas ellas puede arraigar.

Generalmente, si tenemos ocasión de ver al enfermo en su principio, observamos tres períodos: uno congestivo, otro de proliferación y otro de ulceración, como ocurre con todas las neoplasias de índole maligna.

El período congestivo se caracteriza por una coloración rojo-violácea, que no suele aparecer en ninguna de las otras neoplasias. Esta rubicundez violácea va invadiendo la laringe y va proliferando hasta formar una especie de botón. Este botón empieza á ulcerarse después en un punto. Se recubre de un exudado fétido que algunas veces suele ser sanguinolento; dicha ulceración va siendo cada vez mayor y sin tendencia ninguna á la cicatrización, carácter que le diferencia de las de índole sifilítica y tuberculosa.

También se diferencian por la forma de la ulceración, pues las sifilíticas y tuberculosas toman el aspecto luposo, siendo las primeras en su fondo de color rojo, mientras las segundas son bastante pálidas.

Y terminaré haciendo una ligera diferencia entre el cáncer y el sarcoma.

Los dos pueden confundirse desde el principio; únicamente en el período ulcerativo se diferencian algo por la forma de la ulceración, pues mientras la úlcera cancerosa todo lo destruye sin presentar ningún punto ni aun con tendencia cicatricial, el sarcoma, sin ulceración suele presentar puntos salientes en la misma úlcera, que son mamelones de cicatrización.—He dicho.

DISCUSIÓN

El **Dr. González Campo**: Cree que ni la afonía, ni el dolor, ni la disfagia, son caracteres exclusivos de los tumores endolaríngeos. La afonía existe en estados catarrales, parálisis, etc., el dolor es una porción de procesos agudos no neoplásicos y la disfagia en muchos sifilíticos y tuberculosos. Se funda para diferenciar los tumores el Dr. Horcasitas en el dolor que producen y en la consistencia, y estos datos no bastan para diferenciar tumores superficiales. Cree que se olvidó el disertante del encondroma que crece hacia afuera, á la parte exterior de la laringe y hacia el territorio endolaríngeo. Finalmente, añade que tumores benignos en otras regiones, son malignos en la laringe sólo por su tamaño, pues pueden matar por asfixia mecánica.

El **Dr. Pérez Moreno**: Felicita al Dr. Horcasitas y le pregunta si admite la laringitis sifilítico-tuberculosa ó mixta.

El **Dr. Horcasitas**: Rectifica diciendo que los signos funcionales son de probabilidad solamente. Dice que no pudo hacer el diagnóstico diferencial de la disfagia por ulceraciones sifilíticas y tuberculosas por falta de tiempo. Los tumores benignos pueden matar mecánicamente, pero antes dan tiempo para poder ser operados. Los encondromas son extralaringeos; de ellos no tiene experiencia, y habla sólo de lo por él visto. Al Dr. Pérez Moreno le dice que aunque no lo cree relacionado con su comunicación, cree deberle contestar que en muy raros casos se encuentran reunidas la sífilis y la tuberculosis laringeas.

URTICARIA LARÍNGEA

por el **Dr. Forn**s.

SEÑORES :

La enferma que motiva esta comunicación, pertenece á una familia clínicamente interesante, por su desgracia. Años ha que el malogrado Dr. Pérez Ortega, precisamente en análoga ocasión, con motivo del Congreso Hidrológico Español, refirió como muy digna de estudio la historia clínica del difunto padre de mi cliente; historia que, por su relación patológica con el caso que me ocupa, voy á transcribir. Decía así (1):

“Se trata de un enfermo que venía padeciendo, desde veinticinco años, accesos periódicos y anuales de gota regular, que persistían varias semanas: durante su vida ha tenido dos esposas; de la primera, tres hijos: dos varones y una hembra, que hoy tiene de treinta á treinta y cuatro años, y sólo en esta última se empieza á manifes-

(1) Dr. D. Arturo Pérez Ortega: ¿Existen neurosis diatélicas? En caso afirmativo, ¿cuál es el tratamiento hidro-mineral más conveniente de estas enfermedades? *El Siglo Médico*, año xxxv, núm. 1.799 (17 Junio 1888), pág. 395.

tar algún síntoma que hace sospechar que á una edad más avanzada podrá tener algo del padecimiento paterno. Debo advertir, que una hermana del primero estuvo sujeta toda su vida á ataques asmáticos, forma que, como sabéis, afecta la gota algunas veces. De la segunda esposa hay cinco hijos, de los cuales uno murió de eclampsia; *otro, que hoy tiene veinticinco años, padece desde los cuatro una parálisis esencial de la infancia, que dejó como resto de su paso una atrofia de los músculos de la pierna y notable claudicación*; y otro, en fin, que hoy tiene treinta años y padece desde los siete epilepsia perfectamente caracterizada. Pero el hecho más notable es el siguiente: desde hace doce años, el padre deja de experimentar los accesos de gota en la forma regular que antes tenía, y desde aquel momento, es decir, doce años después que en el hijo, se presentó en aquel la epilepsia, cuyos accesos se alejaban al principio con fuertes excitantes á las articulaciones antes afectadas, procedimiento que á poco fué ineficaz, siguiendo las neurosis su marcha creciente, sin que nada la pudiera detener, hasta el punto que hoy el infeliz se encuentra en un estado de imbecilidad que raya en el idiotismo.,,

La enferma en cuestión es hija del sujeto antes mencionado, que en aquella fecha tenía veinticinco años y hoy ha cumplido treinta y tres; baja de estatura, de temperamento linfático, tipo bello, tez morena, faz redonda y ojos negros, con ataques reumáticos é histeriformes, y urticaria cutánea muy extendida en aquella época. El motivo que la trajo á mi consulta fué una faringitis reumática típica. Al cabo de unos días de seguir el oportuno tratamiento, la enferma mejoró, y dejó de concurrir á mi consulta, apareciendo nuevamente en ella á los dos meses, para darme cuenta de que, en la madrugada de aquel día había sufrido un ataque de comezón de garganta, tos y disnea tan horrible, que creyó ahogarse.

Hacia unos días que se le había acentuado la urticaria, y le causaba extrañeza el que aquella misma mañana apenas si le habían aparecido media docena de ronchas, cuando los días anteriores amanecía con el cuerpo y extremidades plagados de dicha dermatose, amén de presentar la cara un aspecto monstruoso, debido á la misma urticaria. Reconocíle la laringe, y no pude notar más que

una ligera congestión de la glotis y algo de edema en la banda ventricular derecha.

A los pocos días sufrió un nuevo ataque disnéico, y me mandó avisar; hallábase la enferma tan apurada con su picor laríngeo, sus tos sin tregua ni descanso y dispnea tan intensa, que llegué á pensar en que podía presentarse una urgente indicación quirúrgica.

Con el laringoscopio pude difícilmente apreciar un edema considerable de la banda ventricular izquierda, que formaba con el aritenoides y repliegue ari-epiglótico correspondientes una tumoración difusa, roja, que palidecía á la presión bajo la punta del estilete, y dejaba una huella que desaparecía á los pocos momentos; la cuerda vocal del propio lado estaba oculta por la tumoración, y el tercio anterior de la cuerda derecha estaba vivamente inyectado, presentando el resto de la laringe un color rojo bastante intenso y aspecto seco. Con agua saturada de cloruro sódico y con solución cocaínica al 4 por 100, en toques locales, pude contener aquel acceso; y al cabo de una hora y media la tumoración se había reducido, y pude apreciar que la cuerda vocal izquierda estaba sumamente congestionada.

Transcurridas unas ocho horas, la laringe se encontraba completamente normal, excepto una ligera coloración algo más roja que la ordinaria.

A los pocos días tuvo otro acceso parecido de menor intensidad, y á las siete de la mañana compareció en mi casa la enferma: la laringoscopicé, y tenía la cuerda derecha roja, tumefacta y paralizada, en posición cadavérica, y debajo de ella aparecía como duplicándola en sus dos tercios anteriores, una tumoración pálida, sonrosada y reluciente, de aspecto seco. Repetí el mismo tratamiento local que la vez anterior, y no ha vuelto la enferma á tener desde aquella fecha más ataques disnéicos, habiendo transcurrido desde entonces más de cinco meses. En cambio se le han presentado dos ataques de gastralgia intensísimos con calambres de estómago y náuseas, en las mismas horas de madrugada en que antes le comparecía la erupción; y tanto en estos días como en los correspondientes á las manifestaciones laríngeas, se vió exenta de erupción cutánea. Esta nueva manifestación le duró muy pocas horas, y

luego pudo comer con apetito, digiriendo bien, como de costumbre.

Del examen de los síntomas objetivos que llevo apuntados; de la coexistencia con la urticaria y del hecho de verificarse en las mismas horas de aparición, estadio y terminación de la dermatosis laríngea; y finalmente de la recíproca influencia de la erupción laríngea y cutánea, creo que puede lógicamente deducirse al diagnóstico de *urticaria laríngea de naturaleza reumática*.

Y he creído que el caso es digno de ser sometido á vuestra sabia consideración: 1.º, por su rareza; 2.º, por lo completa que resulta la anamnesis hereditaria; 3.º, porque fuera posible que vosotros me ayudaseis al atrevimiento de añadir al diagnóstico la coetilla *urticaria gástrica*, que bien pudiera creerse justo consignar, aunque no haya podido ilustrar esta comunicación con otros síntomas que los referidos; 4.º, por el resultado obtenido con el tratamiento local expuesto, auxiliado de los quínicos y alcalinos al interior, y 5.º y último, por ser un caso típico de herencia neurótica frustrada, en la cual la influencia materna no consintió que tomase el mal una forma proporcionada á la intensidad y caracterización que ha revestido en el padre.— He terminado.

El Dr. Compaired dió lectura de la siguiente comunicación:

RELACIONES DEL ARTRITISMO

CON LAS

AFECCIONES NASO-FARINGO-LARÍNGEAS Y BRONQUIALES

NECESIDAD DE AMPLIAR EL CAMPO
DE LA ESPECIALIDAD AL ESTUDIO DE LAS AFECCIONES DEL APARATO
RESPIRATORIO Y CIRCULATORIO

por el Dr. Enríquez.

SEÑORES CONGRESISTAS:

Al presentar á vuestra ilustrada consideración mi tema como uno de tantos trabajos científicos para el primer Congreso Español de Laringología, no me ha movido ni el interés de la gloria, ni siquiera la presunción de que he de cumplir como debo con mi cometido una vez aceptado el compromiso.

Lealmente declaro, que si presento este pequeño trabajo, es creyendo que cumplo con un deber y obedeciendo á la invitación de algunos compañeros queridos que están entre vosotros. Aceptadlo, pues, en estas condiciones, y os ruego que me prestéis la benevolencia que os demando porque la he menester para mi modesta labor.

Para desarrollar mi tesis me pareció conveniente traer á cuento unas cuantas pinceladas históricas sobre el artritis, siquiera pueda servir también como de introducción al tema, que es el siguiente:

“Relaciones del artritis con las afecciones naso-faringo-laríngeas y bronquiales. Necesidad de ampliar el campo de la especialidad al estudio de las afecciones del aparato respiratorio y circulatorio.”

Entiéndese el artritis de diferentes maneras. Para las escue-

las antiguas, artrítico significaba todo aquel que tenía predisposición á ser reumático, separando el gotoso de esta modalidad morbosa porque la tenía propia. Más tarde, el artrítico y gotoso se confundieron bajo la denominación de diátesis reumática, porque la gota se la consideraba una derivación del reumatismo ó formaba parte de esta entidad patológica.

No he de citar aquí aquellas antiguas escuelas que confundían bajo igual concepto el artrítico y herpético, y todo derivaba de una perturbación humoral, en virtud de la cual, dominaba un estado de acidez especial en su sangre, y, por lo tanto, daba esto carácter á sus productos excrementicios y secreciones patológicas.

Tampoco he de entretener la atención de los señores Congressistas, analizando todos aquellos hechos y distingos traídos á cuento por otros que consideraban el reumático distinto del gotoso, y ambos del herpético, etc., etc., admitiendo dentro de cada clase morbosa una escala diferencial difícil de describir. De nada de esto he de ocuparme, porque cuanto más pudiera decirse sobre este asunto sería traer á comparaciones y exponer á discusiones las doctrinas de escuelas médicas antiguas y modernas, que si bien tienen todas razón en el fondo, sólo se diferencian en apreciaciones de hecho que nada interesa conocer para el caso presente, en que si me permito yo esta digresión para llegar al desarrollo del punto que me propongo, es sólo contando con la benevolencia de los señores Congressistas.

En mi sentir, quienes con más acierto tratan estas cuestiones preliminares, son todos los que fundan sus conclusiones en hechos clínicos y experimentales.

Siempre que leo á Trousseau, me admira la lucidez con que ve surgir y desenvolverse el reumatismo y la gota así en el dominio de la periferie del cuerpo humano, como evolucionando bajo formas típicas y características en el aparato respiratorio y circulatorio. Cuando oigo á Olavide veo claro el artritismo, y no dudo en asegurar que el antiguo herpetismo de las fosas nasales, de la faringe y de la laringe ha desaparecido del campo de la clínica y considero el antiguo herpético como artrítico. Si me fijo en la doctrina de Bouchard, encuentro en ella la confirmación de lo que dicen clínicos tan eminentes como los antes citados; y yo, por mi parte, si re-

cojo á la consideración de mi pobre espíritu el conjunto de las observaciones que he tenido ocasión de hacer dentro de la práctica de los establecimientos balnearios que tuve la honra de dirigir en los mejores años de mi vida, sustento para mi fuero interno juicios análogos que me atrevo á expresar de la manera siguiente:

El artrítico es un diatésico hereditario, es un braditrófico de Bouchard; nace con una significación patológica para su propio organismo, que nadie mejor que Bouchard lo describe cuando al definir la diátesis dice: "La diátesis es un temperamento morbosos.,"

Pues bien; el artrítico, el que vive bajo la influencia del artritismo y siempre con ese temperamento característico de amortiguamiento de nutrición, es el que andando el tiempo y bajo influencia de causas, ó de edad ó de los medios ambientes que le rodean, puede ser reumático ó gotoso simplemente, polisárcico, diabético, urémico, litiasico catarroso del aparato fonético y respiratorio y esclerótico en la última etapa de su vida. Representa para mí el artritismo, pues, en sentido general, un conjunto de condiciones individuales capaces de desdoblarse en gran número y variedad de manifestaciones morbosas finales, difíciles de traer aquí á cuento.

Tiene el artrítico su sello especial, que, si mi memoria no me es infiel, pocos lo describen tan bien como Olavide. Estos predestinados nacen bien constituidos, se desarrollan fácilmente, llegan á la juventud, y más tarde á la edad madura, bajo la influencia de buena circulación y gran actividad de su sistema nervioso cerebro-espinal, y con una salud relativa, por lo general envidiable, y digo relativa, porque en absoluto, ya en el transcurso de su vida si no sufren de ataques reumáticos ó gotosos típicos, suelen quejarse más ó menos de dispepsias, cefáleas, neuralgias, sufriendo con dificultad la influencia de frío y humedad que en ellos provoca congestiones pasajeras ó permanentes en los órganos fonéticos y respiratorios, presentándose ya en medio de esa salud relativa, esas predisposiciones á catarros naso-faringo-laríngeos, con frecuencia laringitis agudas, traqueítis y afecciones bronco-pulmonares.

Y henos aquí que hemos llegado á tocar el desarrollo de nuestro tema, que no sé si al tratar de desarrollarlo he de tener suerte en ello.

El poco tiempo que el reglamento de estos concursos dispensa para el desenvolvimiento de estos trabajos, no me permite entrar en consideraciones particulares que á tanto se prestaría el más pequeño paralelo y examen de las diferentes modalidades morbosas que de ordinario sufre la nariz, la faringe, y por propagación, ó á la vez, los bronquios y aun la trama pulmonar.

Sintetizando lo poco que sé, lo que tan de veras aprendí de vosotros en la época presente, como de Ariza en no lejano tiempo, permitidme, señores congresistas, que divida esta labor en dos períodos: uno que, aunque de pasada, en él consigne fenómenos que de ordinario pueden llamarse sub agudos ó agudos en su presentación y evolución, y otros crónicos, por lo tanto persistentes, que dejan estigma donde se fijan, y que á su fijación no es extraño el aparato fonético y respiratorio.

Al hablaros del artrítico, decía que le caracterizaba, dentro de su salud relativamente habitual, una predisposición catarral.

Ahora bien; ¿no veis todos los días enfermos que por cualquier causa à *frigore* inmediatamente sufren coriza precedida de estornudos; á las pocas horas se hiperemia su faringe, se hace ardorosa, picotea, duele, y la observación más sencilla nos enseña la faringitis, que bien pronto, y no tardando, se propaga á la laringe, á la tráquea y aun á los bronquios? Y si con el laringoscopio veis esa epiglotis primero y la laringe después, ¿no os encontráis enfrente de esos catarros agudos ó laringo-traqueitis, tan admirablemente descritas por Ariza? ¿No tienen inmediatamente después de este examen explicaciones esas toses por quintas tenaces, repetidas, secas, que sólo al hablar las exaspera y el frío las aumenta, y van acompañadas, no de fiebre, sino de esa picazón laríngea característica y de un estado general tan reumatismal como lo es el que asienta en ese aparato fonético y respiratorio, completamente hiperemiado en su superficie mucosa?

La congestión, que es el carácter morbozo del artritismo, es precisamente la meta dominante en estos estados agudos ó sub-agudos.

Y si al desaparecer, en el joven no deja apenas huella, fijad un poco vuestra atención, y en el adulto, por no decir en el viejo, ese

catarro agudo no se resuelve tan fácilmente; adquiere derecho de domicilio, extiende su dominio, y el que lo sufre concluye por ser un catarroso laringo-bronquial; en cuyo caso, alarmado ya por estado nada agradable, se preocupa, os consulta estos achaques, que quiere remediar á todo trance, y entonces, bien examinado, ya os encontráis con el que además es significadamente reumático articular ó simplemente eczematoso, circunstancia esta última que más de una vez condujo á insignes médicos á creer que en estos casos se trataba de enfermos herpéticos, porque vistos con el laringoscopio ó sin él, sus fosas nasales unas veces presentaban la forma del catarro seco, en otras estaba su mucosa más ó menos hipertrofiada; su faringe ofrecía igual aspecto con su úvula hipertrofiada y coloreada, como sus amígdalas; su circulación periférica era varicosa, y su laringe, remedando situaciones de igual naturaleza hasta en sus cuerdas vocales, funcionaba irregularmente como aparato fonético.

Y á propósito, señores Congresistas: os presento uno de los cuadros mas sencillos en la vida profesional, que lo mismo aparecen en el estado agudo como pasan al estado crónico; pero aun ampliando estos ejemplos, ¿no veis á diario en vuestra consulta enfermos que se quejan, como ellos dicen, de granulaciones faríngeas, de ronqueras habituales, de catarros laríngeos, bronquiales y pulmonares, que, por otra parte, son reumáticos *per se*? ¿No veis ese mismo tipo reumático que le preocupa disnea incipiente y le atormenta catarro laríngeo-bronquial concomitante y á la vez ostenta típica faringitis reumática, como de ella nos hablan todos los autores modernos?

Repetidas veces me encontré en el transcurso de mi vida, como director de baños, con enfermos cardíacos y cardio-pulmonares, que tanto les molestaba su afección laringea, como la que fatalmente llevaban en la túnica interna de gruesos troncos vasculares ó en el propio corazón.

Pero aún hay más; fui consultado otras veces para ver catarros secos naso-faríngeos, á lo que daba importancia el enfermo, sin preocuparse que ocultamente llevaba en su centro circulatorio una sentencia de muerte. Por cierto que á estos enfermos se los consi-

deraba herpéticos, porque sólo se atendía á sus manifestaciones naso-faríngeas ó laríngeas, ó cuando más, herpético-reumáticos, si al lado de cuadros tales presentaban huellas de brotes artríticos.

Los que con más conocimiento de causa y más entendimiento que yo os dedicáis á la especialidad de enfermedades de la faringe y laringe, podéis y debéis rectificar estos conceptos, si en ello no estáis conformes, y vuestra refutación será para mí una lección de estimado valor; que por lo que á mí hace al presente, y dentro de lo poquísimo que yo sé, entiendo que es tal la influencia que el artrismo ejerce como causa y efecto en el desarrollo y presentación de los procesos morbosos naso-faríngeo-laríngeos, y de mucho que afecta al aparato respiratorio y circulatorio, que á excepción sabida de lo que causa la tuberculosis, la cancerosis y la sífilis, de entre todos los demás procesos morbosos que puedan imaginarse, afectando la economía el que más domina los órganos y aparatos antes citados, es el artrismo.

El hombre, en su edad madura, tiene corizas simples ó hipertróficas, que son reumatismales; se queja de su faringe y que sus amígdalas se congestionan ó inflaman con frecuencia, hasta el extremo de causarse á la larga, en glándulas y faringe, modificaciones y cambios de textura; y visto todo ello con serena calma, no resulta otra cosa más que una evolución de su estado general reumatoideo.

Más de una vez el cantante, el orador, el que pregona ó el que fuma mucho y mal, etc., etc., se ve afónico y bajo el peso de una laringitis crónica; pues ese individuo es otro artrítico que, bien examinado, os revelará las demás dolencias que confirman este aserto.

El viejo que durante su vida lleva con resignación su catarro bronquial ó bronco-pulmonar, localizado ó difuso, y si á quien si pudiera verse la mucosa de sus órganos respiratorios, nos la presentaría con iguales caracteres clínicos que los que vemos con el laringoscopio en una laringitis crónica, éstos no son más que artríticos que sólo alivian sus situaciones bajo el poder de tratamientos termales bien dirigidos y de climas secos y templados, como continuación de aquéllos. De igual suerte el bronquiectásico, el asmático, el endocárdíco, aquel cuyo corazón degenera y sus arte-

rias se esclerosan, ¿qué es más que un artrítico? Sin embargo de todo esto, tales enfermos, muchos de ellos, fueron considerados como herpéticos.

Y temiendo que exceda la hora reglamentaria, hago punto en todo, rogándoos que me perdonéis la molestia que os haya causado con estas desaliñadas digresiones, y termino esta tarea con una afirmación para mí indiscutible, y es á saber: "Que la especialidad de laringología no debe circunscribir su radio de acción y de estudio exclusivamente al aparato fonético, sino que debe abarcar todo el horizonte que presenten las enfermedades del aparato respiratorio y circulatorio por el enlace y finalidad que tienen la mayor parte de los procesos morbosos que empiezan en uno de esos órganos y concluyen en los restantes. Y aun extremando la cosa, hasta por evitar que llegue el caso, como sucede, de ver enfermos que necesiten de dos médicos: uno que cuide de su laringe, y otro que atienda á sus pulmones ó corazón.—He dicho.

SÍFILIS BUCAL Y FARINGO-LARINGEA

SU TRATAMIENTO POR LA CURA MIXTA TERMAL

por el Dr. Botella.

A no tratarse de chancro inicial de la mucosa de la boca, no aparecen manifestaciones de la sífilis en estas mucosas hasta que la enfermedad se generaliza, de ordinario, desde la séptima semana.

En muchos casos aparece entonces la llamada angina tonsilar específica. Su curso es como el de la angina catarral aguda; pero al cabo de unos días, las amígdalas sufren la transformación llamada "hiperplásica", quedando una ó las dos glándulas hipertrofiadas. La infiltración que constituye esta hiperplasia es casi siempre perifolicular. Más tarde se esclerosan las amígdalas, y entonces se interesan los folículos mismos.

Ahora bien; coincidiendo con la angina ó seguidamente, aparecen los exantemas mucosos.

Por una parte, la gran vascularidad de estas mucosas, y por otra, la fineza de su epitelio y la irritación que el mismo sufre con sus secreciones, son causas que favorecen la infiltración, adquiriendo ésta una gran extensión. El epitelio al fin se destruye quedando lesiones más ó menos considerables.

Tres formas exantemáticas se observan en estas mucosas:

I. *Exantema maculoso* (eritema).—Es formado por manchas rojas, circunscritas, que en poco tiempo se hacen confluentes; con bordes festoneados y convexos al exterior. Se acompañan de edema considerable; y esta infiltración del tejido enfermo, la hipersecreción glandular que acompaña, la caída del epitelio, las ulceraciones por fin, todo esto llega á constituir un verdadero “catarro específico”.

Esta forma de exantema aparece con frecuencia en los labios, velo palatino, amígdalas, pilares, y en la epiglotis, bandas y cuerdas vocales.

II. *Exantema papuloso*.—Las diversas variedades del exantema papuloso pueden considerarse derivadas del tipo “sifilide papulosa nummular ó lenticular”, como se observa en el tegumento externo.

Cuando actúa de un modo permanente una irritación intensa sobre estas pápulas, pueden determinarse sus transformaciones. Entonces la capa epidérmica se destruye y aparece al descubierto la capa papilar; la erosión así producida se cubre de un exudado difteroiide; la infiltración aumenta y prolifera, ó bien se necrosa. De aquí las variedades de exantema papuloso.

La variedad erosiva y la necrósica, no las trataré por aparecer solamente en la piel y no en las mucosas de que me ocupo.

Pápula difteroiide.—Cuando se forman sobre una mucosa placas lenticulares papulosas, su superficie se macera por la secreción de las mismas y llega á destruirse; pero esta erosión no dura mucho, pues rápidamente se recubre de una capa grisácea muy adherente. Esta forma papulosa es frecuente en los labios, bordes y cara inferior de la lengua, frenillo y en el velo palatino. No es infrecuente que llegue á la laringe.

Pápula vegetante (hipertrófica).—Se observa esta variedad en las regiones que sufren una irritación y una maceración por efecto del contacto permanente de dos superficies mucosas. Aparecen primero papulitas lenticulares del tamaño del mijo que aumentan rápidamente por efecto del calor húmedo, y de otros irritantes propios de la mucosa (roce, tabaco, secreciones, etc.), cae el epitelio, la infiltración se extiende periféricamente; después gana en altura, la pápula crece, y queda constituida la formación hipertrófica. Si este crecimiento se extiende á varias pápulas, nos encontramos en presencia de verdaderos "condilomas,,. Las amígdalas, pilares, úvula, velo palatino y comisuras labiales, son sitios frecuentes de ellas. En la laringe aparecen en las bandas ventriculares y aritenoides.

Estas pápulas pueden ulcerarse por caída del epitelio, y entonces se hacen muy segregantes, supuran, edematizan la región donde se asientan, la cubren de exudados, y si esto ocurre en la laringe, puede determinar un edema glótico y matar por asfixia.

Hay que tener en cuenta que la pápula hipertrófica (lo mismo que todas las manifestaciones secundarias) tiene tendencia á la reabsorción.

Cuando se ayuda ésta convenientemente, desaparecen aquellas, pero si se abandonan ó se tratan mal, entonces gran parte del tejido se va esclerosando y transformando en tejido cicatricial fibrocelular, y queda como residuo nudosidades callosas, mucho más difíciles de reabsorber.

III. *Exantema pustuloso.* — Esta variedad, bajo el punto de vista clínico, es semejante á la papulosa.

Finger habla de dos casos de sífilides pustulosas primitivas muy desenvueltas en la mucosa bucal; especie de aftas purulentas, en vía de necrosis y del tamaño de lentejas. De todos modos, es poco frecuente, ó más bien, raro este exantema.

No quiero pasar por alto una manifestación bucal muy tenaz, muy rebelde, y que su presencia acusa seguramente la infección

antigua y latente; me refiero al psoriasis de la lengua y mucosa de la boca (placa opalina, leuco-plasia).

No he de describirla por ser harto conocida de los señores Congressistas; pero como es frecuente el hecho de ser asiento y punto de partida de otros procesos graves como el epiteloma (pues por su misma tenacidad y rebeldía á la curación llega á abandonarse á su curso), diré siquiera los medios de modificarla y hacerla desaparecer, que me dieron mejores resultados.

Dentro ya del período terciario, y lo mismo que la piel, las mucosas pueden ser asiento de procesos "gomosos," (gomas mucosas y gomias submucosas).

Los primeros suelen llegar al tamaño de un guisante; entonces se ulceran, con ulceración crateriforme y recubierta de pus. Aparecen en la bóveda y velo palatino.

Los segundos están formados por infiltraciones que pueden llegar al tamaño de una nuez, que se hacen superficiales y llegan á la mucosa que por fin ulceran. Son propios de la lengua; aparecen también en la epiglotis, bandas y cuerdas vocales.

Esta ligerísima y superficial reseña del proceso sífilítico actuando en las mucosas bucal y faringo-laríngea, era indispensable para fundamentar lo principal de mi trabajo, esto es, los resultados terapéuticos obtenidos por la cura mixta termal.

Trabajando al lado del Dr. Enríquez hace cinco temporadas, en el establecimiento balneario de Archena, he adquirido el convencimiento de que la mercurialización al lado de la balneación termal, es un procedimiento precioso para tratar estos enfermos, pues se dominan prontamente y bien ataques graves é intensos de sífilis.

No he de discutir aquí si vale más aplicar el mercurio por ingestión, fumigación, vía dérmica ó subcutánea. En Archena casi sistemáticamente empleamos la unción mercurial doble en los sífilíticos

necesitados de mercurio, y no hemos nunca de arrepentirnos de ello.

Se ha dicho que el efecto de las uncciones se disminuye y debilita en los baños sulfurosos, por formarse en la piel el sulfuro de mercurio insoluble.

Aparte de que una pomada hecha con sulfuro de mercurio basta para llegar á provocar los síntomas de salivación mercurial, yo he de decir que los baños sulfurosos, activando los cambios nutritivos y favoreciendo la absorción y eliminación medicamentosa, permiten prolongar el tratamiento hidrargírico lo que se quiera, se anemian poco los enfermos y se consiguen así resultados provechosos.

Luchon, Barèges, Uriage, Aix la Chapelle, etc., en todas partes donde se practica esta cura, se dan estadísticas admirables en resultados terapéuticos.

En Archena ordenamos la unción diaria durante veinte minutos, y la dosis de pomada varía, según la intensidad del mal, entre 6, 8, 10 y 12 gramos diarios, y aun más si es preciso, en cuyo caso se ordenan dos fricciones al día.

Aunque parezcan dosis elevadas, he de decir que los resultados terapéuticos fueron siempre inmejorables, y en cambio escasísimos los síntomas de eliminación hidrargírica por la boca. Los baños, estufas, duchas y demás medios balneoterápicos, activan de tal suerte la secreción sudoral, que indudablemente hacen de la piel el principal medio de eliminación medicamentosa. Y por otra parte, el agua mineral en bebida aumenta el trabajo renal, provocando igualmente la eliminación mercurial por la orina.

Además, la unción mercurial seguida del baño termal, no ha determinado más que raras veces eczemas en el sitio de aplicación, muy tolerables y que curaron prontamente. Una vez sola en el espacio de estas cinco temporadas se provocó un eczema agudo que terminó ulcerando extensamente la piel; pero he de hacer constar, que la región donde ocurrió fué antiguo asiento de ulceraciones, y la piel aquella había quedado muy atrofiada, causa probable de que apareciera tal cosa.

Pues bien; pudiera sacar multitud de historias clínicas, que serían pruebas elocuentes de la ventaja de este tratamiento general.

Procesos gomosos de la lengua, intensos; glositis induradas enormes; gomas laríngeas é infiltraciones papulosas de la laringe, con amenaza de asfixia inminente, y que en más de una vez nos hizo estar preparados para traqueotomizar, se dominaron por regla general antes de una semana con el tratamiento general á que me he referido, pues con cura local nada podía esperarse en los casos citados.

He de confesar que los mejores resultados se obtenían en los casos en que la manifestación sifilítica tenía, por decirlo así, mayor carácter agudo, cuanto más inflamatoria era la lesión; y que en las manifestaciones con marcado carácter de cronicidad, y en las que existía ya alteración fibrosa de textura, la cura termal era más escasa en resultados. Entonces hice uso en aplicación local de todo cuanto se recomienda en estos casos, y que vosotros conocéis mejor que yo.

Indudablemente, debido al carácter verdaderamente fibroso que presenta la leucoplasia bucal, es debido el que la cura mercurial y termal no la hayan nunca modificado en lo más mínimo, según mis observaciones personales.

Contra esta manifestación, he aquí lo que nos dió excelente resultado: anestesiar localmente el sitio de la lesión, y hacer un raspado con la cucharilla de Wolkmann ú otra análoga, de toda la placa opalina. Una ó varias sesiones de curettage, seguidas de una pincelación con resorcina al 50 por 100, hizo desaparecer en la mayoría de los casos antiguas leucoplasias, adquiriendo la mucosa los caracteres normales de suavidad que le es propia.—He dicho.

DISCUSIÓN

El **Dr. Rodríguez Pinilla**: Felicita al disertante, y dice que hubiera deseado que hubiese dado más extensión á la parte histórica, para saber si se debe ó no á Fournier la boga del tratamiento mercurial. En el último Congreso de Hidrología, dice que manifestó que antes que Fournier lo dijera, ya se usaban en Archena las inyecciones mercuriales en el tratamiento de la sífilis, con el agua sulfurosa. Cree que hay que mejorar

la vía de introducción del mercurio para lograr más efecto con menor dosis.

El Dr. Botella: Dice que ignora desde cuándo se emplea el tratamiento mixto termal en inyecciones, pero sabe que hace mucho tiempo.

ENFERMEDADES REFLEJAS Y REFLEJADAS

DE LA NARIZ GARGANTA Y OÍDOS, EN LOS NIÑOS

por el Dr. Rodriguez Pinilla.

Desde 1884, en que publiqué en el *Correo Médico Castellano* dos artículos sobre enfermedades reflejas, he visto aunque no han merecido los honores de la imprenta, casos diversos que confirman la extensión que los trastornos reflejos tienen en la patología.

Empero en la patología infantil tienen una importancia superiorísima: dominan en las afecciones del sistema nervioso, y predominan en muchas otras. Así, dice un distinguido pediatra que no basta ser buen neurólogo para entender bien las enfermedades nerviosas en los niños.

Su etiología y patogenia, arrancan de la anatomía y fisiología de dicho sistema en los niños. Todo el mundo sabe que su diferenciación celular es escasa, que su cerebro no tiene bien limitados los confines entre las substancias gris y blanca, y que á pesar de que su cerebro representa la octava parte del peso de su cuerpo, mientras que en el adulto sólo representa la 46.^a, el del niño, por esa misma indiferenciación, no tiene su fisiología bien determinada. Pero estos datos ni aun el de la comprobada disminución del fósforo en la integración celular nerviosa, prueban ni nos dicen la verdadera causa del aumento de los reflejos en los niños. Nos enseñaría mucho más si resultara comprobada la teoría de los hermanos Cajal, quienes sostienen que el verdadero papel fisiológico de la

neuroglia sería el de aislar las corrientes nerviosas formando una vaina protectora á los cilindros-ejes y tubos nerviosos, y así, en la primera infancia, en donde la neuroglia no tiene su textura bien delimitada—hasta los cinco años—serían, por esta causa, más fáciles los contactos—como dicen los telegrafistas—y las derivaciones y extracorrientes.

Sea de ello lo que quiera, son los hechos de los que vamos á ocuparnos y de las condiciones en que se determinan, más que de sus causas lejanas. Pero antes señalaremos brevemente las relaciones nerviosas entre el oído, nariz y garganta que facilitan sus mutuos reflejos. Se verifican, como sabéis, relaciones nerviosas entre los nervios que animan la cavidad timpánica y aquellos otros que corren subyacentes á la mucosa gingival, dando explicación de las alteraciones que se verifican en el oído (otalgias, otorreas) y la evolución dentaria. Así, un pequeño nervio (la rama auricular del nervio aurículo-temporal) regula la circulación de la cavidad timpánica, puesto que anima á la rama timpánica de la arteria carótida interna, y de otra parte, el mismo nervio aurículo-temporal, por intermedio del ganglio ótico, pone en comunicación con el tejido de las encías por medio de las ramas del nervio dentario inferior que abocan á uno y otro sitio.

Parecidamente se verifican conexiones entre el oído y la laringe. Del oído viene primero una rama del pneumo-gástrico (rama auricular) á unir el oído (conducto auditivo, membrana del tímpano y oído medio) con el segundo ganglio del mismo nervio, y éste á su vez se une de un lado con el primer ganglio cervical del simpático, por medio de un pequeño fascículo y con la laringe por medio del nervio laríngeo superior, y por si esta relación nerviosa no fuera bastante, existe la que se establece por los vasomotores que parten del primer ganglio cervical del simpático á la carótida externa, de la que á su vez emerge la arteria laríngea, que va á dar vida á este órgano.

Y se podrían señalar parecidas conexiones nerviosas entre centros aún más apartados, que el pneumogástrico facilita y explica por sí solo estos grandes trastornos reflejos, que á todos los médicos nos preocupan.

Sin embargo, existe un centro reflejo aún discutido por muchos, y que nos explicaría muy bien una porción de síntomas laríngeos de origen reflejo, cuyo primer movimiento no era bien explicado antes, ni aun teniendo en cuenta la existencia del centro bulbar. Me refiero al centro cerebral laríngeo, situado, según los modernos investigadores, en la parte posterior de la tercera circunvolución frontal, y cuya irritación produciría la adducción de las cuerdas vocales.

El laringismo estriduloso, por ejemplo, sería más veces explicable de este modo que por irritaciones de otros centros.

Y esto me lleva á entrar más de lleno en el asunto principal de esta comunicación.

De los dos síntomas que principalmente da la laringe afectada por modo reflejo, la tos ha sido ya bien estudiada, y se conocen casos en que ha sido producida por irritaciones timpánicas, cuerpos extraños, cerumen, etc., por úvula protráctil y por rinitis hipertróficas; pero en los niños, la tos refleja frecuente es producida por causa intestinal y por irritaciones en las encías al brotar los dientes. En la primera infancia, á este síntoma domina el laringismo, y éste es producido en el 95 por 100 por el raquitismo.

No se me oculta que también es causa á producirlo la hipertrofia del timo (asma tímico), pero con Jacobi, creo que son los menos casos. Ahora, si para la producción del espasmo hace falta ó no una causa determinante además de la predisponente del raquitismo, puede haber discusión.

Entiendo, sin embargo, que siempre debe haber una modificación funcional del momento, que dé lugar al ataque, pero nos es desconocida, del mismo modo que vemos muchas causas permanentes producir síntomas periódicos. Día llegará en que se conozca la producción del fenómeno con todos sus detalles. Ya es saber algo, sin embargo, el conocer las vías nerviosas que pueden seguirse para la producción de un aceso determinado, y el conocer la influencia de las modificaciones vaso-motrices.

Y esto lleva como de la mano á preguntar: ¿pueden comprenderse como producidas por origen reflejo las variaciones de **TEXTURA** propias de algún órgano determinado?

Deben contestar afirmativamente algunos autores cuando se imprimen tesis como la del Dr. Chapar, en la cual, al tratar "de las deformaciones torácicas y desviaciones raquídeas en sus relaciones con las obstrucciones crónicas de las vías respiratorias superiores,, dice que "la hipertrofia amigdalар y las vegetaciones adenoides influyen sobre la osificación y por ende sobre la conformación del pecho,,. En estos casos, añade: "la deformidad torácica presenta, vista por detrás, un aspecto especial: uno de los omóplatos es más alto que el otro, la punta sale por detrás y la espalda es abovedada. Una cifosis dorsal, seguida de una lordosis lumbar compensadora, acompañan á estas deformidades,,.

No hace constar este autor la edad de los niños en los que haya observado estos fenómenos, pero por mi parte se me ocurre preguntar: ¿no habrá confundido este autor el origen de las deformaciones torácicas con lo que es á su vez efecto de algo más general y substantivo? Porque hay que distinguir entre ciertos cuadros sindrómicos puramente funcionales que pueden tener origen en una excitación aguda ó crónica, transmitida por vía refleja, como, por ejemplo, el asma de origen nasal, y este mismo asma, ó mejor, una variedad de él, para seguir el ejemplo, producido por dificultades materiales á la respiración. Lo primero será una enfermedad refleja; lo segundo es una enfermedad con patogenia y etiología aparte.

Y bien sé que no está solo el Dr. Chapar en esta opinión. No hace muchos meses se ha ocupado de este asunto el Dr. Browner, el cual dice que ha visto la frecuencia con que se padecen en el Norte de Inglaterra obstrucciones nasales, que basta á producir un ligero catarro, y de las cuales, añade, resulta una detención en el desarrollo pulmonar y del pecho mismo, que se alarga en su parte superior y aparece aplastada lateralmente. Estos niños respiran con la boca abierta, son irritables, despiertan entre la noche lloriqueando y son muy expuestos á las infecciones, etc.

Pues bien: en mi opinión, estos trastornos, tróficos, de textura, no pueden, no deben considerarse como fenómenos reflejos, ni como enfermedades reflejas. Son reflejadas, mejor dicho. O lo que se expresa mejor: en ellas está reflejado un proceso de desviación nutritiva más íntimo.

Todos los autores que se han ocupado de esto aprecian que las vegetaciones adenoides, la hipertrofia amigdalal, y, en una palabra, cuanto es y significa producción de tejido linfoide, va ligado, ó con la herencia (artritis, neurosis, en general enfermedades por retardo nutritivo) ó con anteriores enfermedades agudas (fiebres eruptivas, coqueluche, etc.). Los especialistas oto-rino-laringólogos engloban, como se hace generalmente, toda esta etiología en la palabra "linfatismo,, pero hay motivos para creer cada día más, y entiendo haber hecho algo para demostrarlo (1), que ese linfatismo es un hecho posterior, consecutivo á enfermedades agudas, que envenenan la linfa, que producen mala linfa, que vierten en ella productos de catabolismo que irritan los vasos linfáticos y traen á la corta ó á la larga linfangitis, infartos, etc., así como otras veces, sin necesidad de enfermedad ninguna, se produce por deficiencia nutritiva (infantilismo, gaminismo) *miseria fisiológica*, y en una palabra, por alimentación inadecuada.

Y esta es la verdadera causa del tejido linfoide y de las alteraciones del esqueleto.

Es más: la edad más á propósito para la producción de los reflejos son los primeros tres años de la vida, y precisamente las vegetaciones adenoides son menos comunes en esa edad que de tres á seis años, como vuelven á ser raras en los adultos por la reabsorción del tejido, y por lo cual se hace muchas veces inútil, el practicar ablaciones de las amígdalas en esa primera infancia si no son muy hipertróficas y por ende dificultan la respiración normal.

Se dice que una vez operadas las vegetaciones adenoides desaparecen síntomas psíquicos, que por ende se tienen como producidos por aquéllas, pero debe meditarse bien en esto, porque los que esto sostienen, nada dicen de cómo explicar la relación patogénica que puedan tener las vegetaciones con el desarrollo intelectual.

Operadas las vegetaciones, separado el tejido linfoide, en cuanto es ó ha sido obstáculo mecánico á la respiración, mejorará ésta, y el desarrollo del pecho mejorará también en parte, porque nadie ha visto que un tórax ya raquítrico, deformado estructuralmente, se

(1) Véanse mis artículos en la *Revista clínica* "El linfatismo en los niños,."

ponga normal con ninguna terapéutica, y las funciones intelectuales no mejorarán por arte de encantamiento á su vez, como parecen dar á entender los que quieren hacer de ese tejido linfóide una enfermedad, cuando no es más que una afección, en el sentido que da Bouchard á esta palabra. En cuanto son obstáculo á la hematosi, se comprende que, mejorando ésta, una sangre mejor haga funcionar mejor la célula nerviosa; pero conviene fijarse en que, como dice Jacobi, las congestiones pasivas *ligeras* que desaparecen no muy tarde en el cerebro, dejan tras de sí un aumento de nutrición celular, por lo que se ve que sujetos raquítics, de gran cráneo, curados, tienen más intelectualidad que los tipos ordinarios..... explicación que á su vez puede aplicarse á lo dicho sobre vegetaciones adenoides.

En mi concepto, pues, esta afección es una modalidad del raquitismo, que no siempre va unido á modificaciones en los huesos, sino que en casos atípicos puede revelarse bajo esta forma de gaminismo, infantilismo, proliferación de tejido linfóide, etc. Del mismo modo que se piensa hoy por muchos que el llamado escorbuto en los lactantes y la enfermedad de Barlow no son más que modalidades más ó menos agudas también del raquitismo.

Se abre cada vez más camino la idea de que una mala alimentación, inapropiada, hace enfermar al niño desde su más tierna edad, y de que estas alteraciones de la nutrición se revelan antes por el sistema nervioso que por nada. Cuando veamos, pues, algún síndrome ó cuadro morbosos de índole neurósica en un niño que no responda á prodromos de una enfermedad aguda, ó al primer período de un trastorno de textura cerebro-medular, pensemos que es producido por deficiencia nutritiva, por inadecuada alimentación. Desde el *pavor nocturnus*, la enuresis nocturna también, á veces primer síntoma de la epilepsia, hasta la tos estridulosa y los llamados síntomas de meningismo, todo es reflejo ó reflejado, nada directo, ó pocas veces.

En tal sentido, yo no puedo menos de concluir enalteciendo el empleo del fósforo en estos estados. Muy mínimas dosis de este cuerpo simple, sea en aceite ó sea en disolución alcohólica, y después en agua, me han dado satisfactorio resultado, unido á un cam-

bio de régimen, del cual es la primera medida la separación de todo alimento artificial ó específicos alimenticios, tan perniciosos como los específicos farmacéuticos.

CONCLUSIONES

1.^a Las diferencias de textura del sistema nervioso del niño con el adulto explican la frecuencia con que ostenta diversos cuadros morbosos, puramente de orden reflejo.

2.^a A su vez, esta abundancia de reflejos, de origen vario, depoen en favor de la existencia de un centro cerebral laríngeo, en orden á explicar con mayor facilidad el espasmo laríngeo ó estridulismo.

3.^a De confirmarse la doctrina de los histólogos hermanos Cajal respecto al papel en la neuroglia como aislador de las corrientes nerviosas, sería un dato más á explicar, á más del existente de la indiferencia de la textura nerviosa, la abundancia de reflejos en la infancia.

4.^a Los reflejos del oído, laringe y faringe son en la mayoría de los casos originados por el raquitismo. Son evidentes también los reflejos provocados por causas mecánicas, como, por ejemplo, cuerpos extraños en el oído, que producen tos, etc.

5.^a Los infartos de las amígdalas desaparecen muchas veces solamente por el crecimiento, al mismo modo que ocurre con el fimosis congénito no muy graduado. A menos de producir dificultades en la función y ser causa de reflejos intensos, deben someterse, antes que á remedios quirúrgicos, al tratamiento general.

6.^a Antes que los trastornos objetivos demuestren el raquitismo, suelen ser sus síntomas prodrómicos, los exagerados reflejismos del oído, nariz, faringe y laringe.

7.^a Las deformaciones del pecho, atribuidas por Chapar á las obstrucciones crónicas respiratorias (vegetaciones adenoides), constituyen una exageración del concepto, pues el acto reflejo no produce lesiones orgánicas sino á consecuencia de duraderas alteraciones vaso-motoras, y en las tesis de Chapar parecen confundirse los efectos del raquitismo con el acto reflejo.

Lo mismo puede decirse de las afirmaciones de Browner sobre la obstrucción nasal y su influencia sobre el asma orgánico.—He dicho.

DISCUSION

El Dr. Compaired: Felicita al Dr. Pinilla, y dice que está conforme en que la anatomía, la fisiología y la patología del niño son diferentes que las del adulto; que ha aprendido de esta comunicación que además de los reflejos de todos conocidos, los hay debidos á la preponderancia del raquitismo. Comprende que la mala alimentación, la anemia y el raquitismo puedan ser causa de reflejos; así como hay casos de procesos morbosos locales por vegetaciones adenoideas, hipertrofia amigdalas, etc., que determinan el raquitismo, constituyéndose así un círculo vicioso.

El Dr. Rodríguez Pinilla: Dice que podría añadir que hay circunstancias en las que el raquitismo resulta útil para el desarrollo intelectual y cerebral, por dar como consecuencia un aumento de la inteligencia del niño y un aumento de la substancia nerviosa. Hay individuos de cabeza grande, cuya inteligencia es superior á la media normal que tendría si no hubiera tenido ese primer período raquítico. Verdad que si ello se exagera, resulta contraproducente.

El Dr. Forns: Dice que no ha comprendido cómo el raquitismo puede ser causa de desarrollo intelectual del que lo padece, y cree que no deben confundirse los niños que nacen con un temperamento encefálico, por predominio embrionario de las vesículas cerebrales y menor desarrollo medular, con los casos de raquitismo con temperamento parablástico.

El Dr. Castañeda: Pregunta al Dr. Pinilla cómo se explica que el raquitismo produzca reflejos sin lesiones naso-faringo-laríngeas, ni oífticas, siendo de éstos de los que parece tratar.

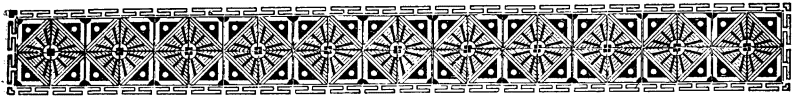
El Dr. Pinilla: Doy gracias á los señores que me han objetado, y contestaré brevemente, diciendo que, respecto á las vegetaciones adenoideas, creo perfectamente que pueden producir ciertos reflejos en un niño, por tratarse de un objeto extraño que se introduce en las vías reflejas, *grosso-modo* comprimidas. Pero mi idea es que las vegetaciones adenoideas pueden producir fenómenos de esa naturaleza, porque se trata de un fenómeno trófico de raquitismo. ¿Cómo el raquitismo produce reflejos? Señores, somos tan apegados á que el fenómeno material entre por nuestros ojos y que la causa externa sea siempre la que nos

facilite la comprensión de la patogenia, que buscamos estos fenómenos de causa externa, y la prueba, señores, es que el fenómeno es de utilidad médica. La etiología de causa interna ha desaparecido, y nadie hace caso de ella; pero yo debo manifestar, sin embargo, que el raquitismo produce reflejos sin trastornos de carácter interno, porque basta una pequeña causa predisponente para que se pueda considerar como causa externa, así como, por ejemplo, el dar de mamar á un niño á destiempo, ó que se produzca un fermento en su aparato digestivo ó un pequeño catarro nasal que pasa desapercibido para muchos de nosotros, etc., etc. En mi concepto, el raquitismo puede producir estos reflejos de ese modo, aunque muchas veces el motivo pasa desapercibido.

Respecto á que el niño raquítico pueda llegar á ser un hombre de gran desarrollo intelectual, esto es un pequeño inciso que se me ocurrió en mi argumentación; y ahora, para demostrar científicamente cómo á veces el raquitismo pasa desapercibido, diré que es porque no ha producido grandes fenómenos, porque se evitó á tiempo y porque el médico lo ha conocido y ha puesto mano en el asunto, desapareciendo así para los ojos de la mayor parte de la gente, puesto que no ha producido más que el primer estadio, y resulta que aquellas pequeñas emisiones sanguíneas ó pequeños derrames del cerebro, etc., cuando han provocado una congestión pasiva dejan una hiper-nutrición en aquel término, y esa hiper-nutrición produce un aumento de tejido.

Es cuanto tenía que decir.

El Sr. **Presidente** levantó la sesión. (Eran las ocho y cuarenta minutos de la noche.)



CUARTA SESIÓN

PRESIDENCIA DEL DR. CASTAÑEDA

Abrióse la sesión á las seis y treinta minutos de la noche.

LA INTUBACIÓN

SUS INDICACIONES, ESTADÍSTICA

por el Dr. Llorente (de Madrid).

SRES. CONGRESISTAS:

La idea del cateterismo laríngeo se remonta á Hipócrates, pero es necesario llegar á principios del siglo XVIII, y sobre todo al XIX, para que estas ideas tomen carta de naturaleza motivada por un hecho casual de todos vosotros bien conocido. Mas este hecho, y otros que son el germen de la intubación, los aplica Bouchut el primero habiendo sido el que tuvo la idea de colocar un tubo corto durante varios días en la laringe. Lo imperfecto de su aparato, el ser desconocido un tratamiento causal en los casos de crup, de origen diftérico, hizo que prevaleciera la traqueotomía como medio terapéutico. Pero un gran laringólogo norteamericano perfecciona el instrumental y generaliza la intubación, que ha venido en virtud de este perfeccionamiento y del empleo de la sueroterapia, á ser la operación indicada en la inmensa generalidad de casos en que lo estaba la traqueotomía. Permitidme que desde este sitio dedique un

recuerdo y haga justicia al Dr. D. Ramón de la Sota y Lastra, de Sevilla, el cual, con una constancia digna de todo elogio, ha sido el primero en practicar en España esta operación contribuyendo á generalizarla, dando estadísticas y haciendo comunicaciones que es justo merezca el primer lugar entre nosotros como iniciador y propagandista incansable de esta hermosa operación.

En el mes de Noviembre de 1895, y ante la S. G. E., tuve ocasión de ocuparme de la intubación de la laringe en sus relaciones con la sueroterapia en los casos de crup, fueran ó no de origen diftérico; haciendo la afirmación que repetimos hoy de que la intubación está indicada en la inmensa generalidad de los casos de crup ó estenosis laríngea, de origen diftérico, estreptocóccico, etc., etc., edema de la laringe ú otra causa que impida el libre absceso del aire al nivel de la misma, excepción hecha de los cuerpos extraños y neoplasias intrínsecas de la laringe.

Esta convicción, adquirida en presencia de los hechos en las clínicas de Austria-Hungría, Francia y Alemania, se robusteció bien pronto con la experiencia personal al haber asistido á dos niñas que padecían el crup en estado axfítico, de origen diftérico, á las que practiqué la intubación con feliz resultado, dando cuenta de ellos ante la Sociedad Ginecológica Española, en el mes de Noviembre de 1895.

Con posteridad hice una comunicación ante la R. A. M. de Madrid acerca del resultado obtenido en 30 casos de intubación practicados por mí y demás miembros del Instituto Microbiológico de Madrid. El número de intervenciones de éste género ha ido en progresión creciente debido á la confianza en nosotros, depositada por distinguidos compañeros, ya que sólo asistimos aquellos casos en que por el médico de cabecera se solicita nuestro concurso, evitando así la única crítica que merecería nuestra estadística de 72 casos: la de ser juez y parte en los éxitos obtenidos.

Someto hoy á la consideración del Congreso Oto-rino la estadística, en conjunto, de los casos de intubación por mí practicados y por los Doctores R. M y R., sintiendo que la premura del tiempo me imposibilite de dar cuenta detallada de las particularidades que han concurrido en cada uno de los casos en que han solicitado nues-

tro concurso los médicos de cabecera. En todos se ha hecho el diagnóstico clínico y bacteriológico, y en nuestra estadística consta también la edad del paciente, data del padecimiento, el examen de la orina, la fecha de la operación, el resultado obtenido y las causas de muerte.

Antes de exponer á la consideración del Congreso los resultados de nuestra estadística, creo necesario hacer una aclaración que me parece pertinente, y es la de que la inmensa generalidad de los casos han recaído en niños de familias más que pobres, careciendo hasta de lo más indispensable para la vida y habitantes en casas faltas de condiciones higiénicas; y, por último, que seguramente más del 50 por 100 de las familias se hubieran opuesto á que practicáramos la traqueotomía, y ni una de ellas ha negado su asentimiento para que practicáramos la intubación.

El número de intubados asciende á 71 en la infancia, y uno en persona adulta de veintidós años, y en el quinto mes de la gestación: total, 72 casos con 22 muertos; ocho antes de las veinticuatro horas, lo que da un resultado de 83 por 100 de curaciones; es decir, una mortalidad de 17 por 100, aun sin tener en cuenta la circunstancia de lo tarde que, por lo general, esta clase de enfermos acuden al médico. Como el tiempo apremia, y no me es posible dar lectura á cada una de las historias de los 72 casos, me permitiré leer solamente el caso de intubación en el adulto, por ser la última por mí practicada hace pocos días.

El día 5 de Noviembre de 1896 fuí llamado por la familia de la enferma Emilia Soriano Vila, habitante en la carretera de Extremadura, núm. 40, casada, de veintidós años de edad, y en el quinto mes de la gestación, la que encontré con disnea tan intensa y en un estado de postración tal, que propusimos sin pérdida de tiempo la intubación. Aceptada, practicámosla inmediatamente con el auxilio del Dr. Roca y Rajás. La remisión de los síntomas fué instantánea, y la enferma arrojó á través del tubo gran cantidad de mucosidades, de un tinte amarillento, lo que contribuyó á que la reacción se verificase inmediatamente, y que el tinte violáceo y sudor frío que cubría su semblante, fuera reemplazado por una coloración y respiración casi normal.

En el momento de la intubación, pudimos apreciar por el tacto, mediante el índice de la mano izquierda, gran edema de la epiglotis, que permanecía levantada y descansando en parte sobre los repliegues ariteno-epiglóticos, también sumamente edematosos. Se trataba, pues, de un edema, no de la glotis, sino de toda la laringe, á pesar de lo cual la intubación se realizó sin dificultad. Una vez lograda ésta, nos determinamos á examinar la faringe, la que presentaba todos los caracteres de los edemas de esta región sin placas ni exudado fibrinoso, á pesar de lo cual, y teniendo presente que en las inmediaciones habíamos asistido casos de difteria, y que un hermano de esta enferma, de trece años, había fallecido por esta causa hacía poco tiempo, practicamos una inyección de suero antidiftérico de 20 centímetros cúbicos.

Al poco rato fué necesaria nuestra presencia, por haber expulsado el tubo y repetido el estado asfítico. El médico de cabecera, D. Sebastián López de Castro, se encontraba presente, y de común acuerdo, vista la urgencia del caso, repetimos la intubación, habiéndose logrado igual efecto y dándome los antecedentes siguientes: Hacía veinte días estaba afónica y con síntomas de una laringo-traqueitis vulgar sin importancia, habiéndosela recomendado los medios higiénicos propios de éstos casos, evitar los enfriamientos permaneciendo en la habitación y exponerse al frío. Así continuó sin darse importancia á su enfermedad, hasta que el día antes de la intubación fuí llamado por haberse acentuado los síntomas antedichos, encontrando á la enferma con gran dificultad respiratoria y con un síntoma que merece consignarse: tal es el de imposibilidad en la deglución, producida por dos causas: edema considerable de la glotis y paso de los líquidos á la tráquea, que aumentaban la disnea, llegando á un estado completo de ortofnea. En vista de la gravedad del caso, prescribió un revulsivo en la región laríngea, que produjo abundante vexcicación, pero sin modificar en nada el edema de la misma. También se prescribieron emolientes, habiendo necesidad de suspenderse la medicación interna, por la dificultad antes dicha de la deglución.

Debo consignar un hecho, y es el de que, dada la distancia, propuse á la familia trasladar á esta enferma al centro de la población;

el médico de cabecera proporcionó los medios para que así se hiciera, y la ya entubada enferma fué trasladada sin dificultad á la calle del Biombo, núm. 6, y debido á ello pudimos vigilarla como el caso requería.

La dificultad de alimentarse esta enferma hizo que tuviéramos que recurrir al cateterismo exofágico por la vía nasal, con cuyo procedimiento se alimentó perfectamente.

El tubo, á medida que el edema iba cediendo, era expulsado con más facilidad, habiendo tenido que reintubarla dos veces más.

El día 7, á la una de la madrugada, volvió á expulsar el tubo, quedando la enferma sin disnea y en estado relativamente satisfactorio, atendido lo cual ya no hubo necesidad de reintubarla.

La convalecencia ha seguido sin ningún entorpecimiento, y la enferma ha podido entregarse de nuevo á sus habituales ocupaciones, según nos informó el médico de cabecera.

Hecho el examen microscópico de una siembra practicada con el exudado expulsado á través de la cánula, dió por resultado la presencia de microorganismos sin carácter específico, y cuya acción local pudiera explicar este edema; pues la fiebre y demás síntomas de una infección general faltaron, así como tampoco hubo alteración en la orina que pudiera explicar este proceso.

Indicaciones.—La intubación es la operación indicada en los casos de estenosis laríngea, sean ó no de origen diftérico, y reemplaza con ventaja á la traqueotomía en la inmensa mayoría de ellos.

La intubación debe ser la regla y la traqueotomía la excepción.

En el adulto está indicada, no sólo en los casos de edemas de la glotis ó laríngeos, sino también en la estenosis, incluso las de origen sífilítico.

La principal indicación de la intubación en el adulto se deduce, más que de la forma y naturaleza de la estenosis, de la curabilidad ó incurabilidad del proceso.

En los setenta y dos casos de intubaciones por nosotros practicadas, no hemos visto contraindicación en ninguno de ellos.

Los casos de muerte por parálisis de origen central, han recaído siempre en enfermos que han acudido tarde al nuevo tratamiento por la sueroterapia.

Los casos de garrotillo y bronco-neumonía, no son una contraindicación absoluta para la intubación.

Conclusiones.—1.^a La circunstancia de ser aceptada esta operación por las familias sin obstáculo, hace que, aun suponiendo iguales resultados para ésta que para la traqueotomía, deba proponerse, siempre que ello sea posible, la primera con preferencia á la segunda.

2.^a Las complicaciones consecutivas á la traqueotomía son más frecuentes y en mayor número que en la intubación.

3.^a En los hospitales debe ser la práctica casi exclusiva, quedando en segundo lugar la traqueotomía, para aquellos casos en que haya sido imposible practicar la primera, ó no se hubiere obtenido resultado, ó por la naturaleza del padecimiento esté aquélla contraindicada.

Pues como consta en nuestras estadísticas, se ha obtenido resultado en algunos de ellos.

Es cuanto tenía que poner á la consideración del Congreso.—He dicho.

DISCUSION

El **Dr. Uruñuela:** Sin poner en duda la estadística de que nos habla, me voy á ocupar solamente de la intubación con relación á la traqueotomía, y de las ventajas de una y otra, así como de las complicaciones de ambos tratamientos y de algunas observaciones que, ó yo no las he entendido bien á S. S., ó no puedo estar conforme con sus ideas.

Como de la traqueotomía he de hablar en esta misma sesión y me referiré á ella, sólo voy á anticipar algunas ideas en contestación á lo que S. S. ha manifestado, diciéndole que no hay tantas complicaciones como parece en la traqueotomía. Como verá luego el Sr. Llorente, no hay más que un peligro en esta operación, porque ni la glándula tiroidea ni el plexo venoso más ó menos desarrollado y con las venas repletas de sangre, en mi concepto significan un peligro para la traqueotomía. El peligro principal de esta operación está en la abertura de la tráquea, es decir, que al abrirla es cuando se han visto los accidentes de los traqueotomizados; pero teniendo cuidado al abrir la tráquea é introducir inmediatamente la cánula, no se produce ningún accidente.

Algunos de los señores que están presentes me han visto operar, y ya saben que con un bisturí y una cánula me basta para practicarla.

El Dr. Llorente me ha presentado setenta y cinco casos de entubamientos sin accidentes, y yo le puedo presentar á S. S. una estadística de cerca de doscientas traqueotomías sin defunción ni complicación de ningún género. El que sepa que alguno de los traqueotomizados por mí ha muerto ó ha tenido alguna complicación, ni antes ni después de la operación, puede manifestarlo.

Por consiguiente, vemos que la traqueotomía, á la cual tienen horror algunos médicos por aquello de que parece una *degollación*, no es una operación de gran importancia, ni comprometida en la región en que se opera; guardando la línea media no puede tener ningún peligro, así como tampoco los órganos que encontramos al paso. Al practicar la traqueotomía haciéndola rápidamente y casi sin traumatismo, el enfermo se marcha por su pie á su cama ó á su casa.

Ahora bien, el entubaje, si en realidad su práctica es sencilla, no llega al extremo de que cualquiera pueda hacerle, y en un momento dado, bien la patrona de la casa, ó bien el ama seca del niño, pueda llevarla á cabo con perfección, porque esto, como comprenderán los señores Congresistas, no puede ser exacto.

En mi concepto, necesita mucha más asistencia y más constancia á su lado el enfermo entubado que el traqueotomizado, porque en los traqueotomizados se hace la operación, se aprieta fuerte la cinta, se enseña á un individuo de la familia, ó á un criado que esté al lado del enfermo que saque la cánula y la lave; á los ocho ó diez días se renueva ésta, y nada más.

En el entubaje es necesario que haya un médico inteligente que pueda practicarle, y es necesario que haya al lado del enfermo una guardia permanente, porque éste puede expulsar el tubo y puede morir sin hacersele la traqueotomía.

Ahora bien; es cierto que las familias, en general, aceptan el entubamiento mejor que la traqueotomía, porque eso de decir que le van á meter un tubo y que no le van á hacer sangre, á decir que le van á degollar casi al enfermo, ya veis si hay diferencia. Realmente la traqueotomía, aunque no es operación de gran importancia, sin embargo causa siempre horror. Yo he visto muchos individuos que han presenciado diferentes operaciones con una tranquilidad pasmosa; y, sin embargo, al ver practicar una traqueotomía, se han caído de espaldas desvanecidos; pero esto no quiere decir nada para que obremos con la debida energía.

Refiriéndome ahora á las complicaciones del entubaje, porque existen, y porque hay no solamente contraindicaciones, sino que hay que tener en cuenta las alteraciones que produce, yo he de manifestar que tengo los dos sistemas, el americano y el que se ha modificado últimamente con tubos más cortos; pero me referiré á la observación del Sr. Llorente. Decía S. S. que solamente por el tacto del dedo apreció un edema de la epiglotis y de toda la laringe, sin que éste fuera obstáculo para la colocación del tubo. Pues bien; yo creo que una de las contraindicaciones y una de las dificultades mayores para la colocación del tubo es el edema de la epiglotis, así como también es uno de sus mayores peligros, porque viene la infiltración por encima del tubo y se pone en peligro la vida del enfermo.

Además, creo que S. S. debe tener un tacto tan fino y tan exquisito, que es capaz de hacer un diagnóstico de edema de la epiglotis ó de toda la laringe solamente por el tacto, aun cuando el individuo esté dando arcadas.

Permítame que lo dude, porque yo creo que solamente con el laringoscopio se podrá hacer un diagnóstico exacto del edema de la epiglotis y de toda la laringe.

Otra de las observaciones que nos ha dicho el Dr. Llorente, y que no quiero pasar en silencio, es la de que á una enferma de edema de la glotis le colocó la revulsión no creyendo oportuna sin duda la colocación del tubo. (El Dr. Llorente: Eso lo hizo el médico de cabecera con anterioridad á mi presencia en la casa del enfermo.) No me refiero á su señoría, pero debo aclarar esto. La revulsión en el cuello de los enfermos que tienen afecciones laríngeas no les alivia jamás, sino que les perjudica horrorosamente al extremo de haber tenido yo necesidad de intervenir diez ó doce veces en casos de laringitis simples en los que sobrevinieron edemas de la glotis por la revulsión.

Otra de las cosas que nos ha dicho S. S. es que hasta en las laringitis sifilíticas está indicado el entubaje. Señores: todos sabéis lo que son las laringitis sifilíticas; pues bien, en estas afecciones, en las que ha aumentado el tejido y en las que generalmente vienen estados condilomatosos de la laringe, no conseguiría nada S. S. con el entubaje, porque puede provocar una porción de espasmos que obliguen á practicar la traqueotomía.

Ahora voy á manifestar las alteraciones que pueden ocurrir á consecuencia del entubaje. Una de las primeras contraindicaciones es en algunos casos la suspensión de la respiración, y en los niños, el que se pro-

duzca una especie de *choc*, porque hay que tener en cuenta que la colocación del tubo no se hace con facilidad, ni rápidamente, tratándose de un niño que no se puede estar quieto, y mucho más en los casos en que, por tener dificultad para la respiración, es mayor su intranquilidad.

Otra de las cosas que son perjudiciales, tratándose del entubaje, es la producción de falsas vías por la colocación del tubo, y ya sabe el Dr. Llorente y todos los Sres. Congresistas, que de eso se ha hablado ya en algún Congreso. Claro está que los que han producido estas vías falsas no habrán sido personas muy peritas; pero, en fin, apunto el hecho por lo que pueda valer.

Otra de las contraindicaciones es el acumulo de mucosidades en el tubo que se pone, porque el calibre de éste tiene que ser pequeño, cuyo acumulo, sobre todo en los niños, hacen que se produzcan grandes dificultades respiratorias, hasta el punto de que pueden provocar la muerte, aun teniendo bien colocado el tubo en su sitio, y de esto ya se registran bastantes casos.

Esa misma obstrucción del tubo por las falsas membranas, pueden hacer que éstas sean introducidas dentro de la tráquea al empujar el tubo, cosa que hay que tener en cuenta, porque ya se sabe los graves trastornos que puede producir.

También se ha hablado, como una contraindicación del entubaje, de la caída del tubo al esófago, y lo que es más grave, la salida del tubo por la tos. Esto es frecuentísimo, y si algunos Sres. Congresistas han practicado el entubaje, habrán observado que en la mayoría de los casos sobreviene la protesta del aparato respiratorio, y es expulsado el tubo, y aunque se coloque, vuelve á ser lanzado al exterior, y hay casos en que no ha podido volver á colocarse.

También debo manifestar que puede presentarse la ulceración á consecuencia de un traumatismo en la laringe producido por el tubo, dando lugar después á alteraciones graves que hacen indispensable la operación de la traqueotomía.

Para terminar, hablaré de la posible penetración de los alimentos dentro del aparato respiratorio, cosa que también sucede con frecuencia. De esto nos ha hablado S. S., manifestándonos que ha necesitado á veces alimentar á un enfermo por medio de la sonda, á través de la nariz, etc., etc.

(Ocupa la Presidencia el Dr. Carralero.)

El Sr. Castañeda —Voy á decir nada más que cuatro palabras. Estoy conforme con el Sr. Uruñuela en que hay ciertos casos en que no se debe hacer la intubación. Yo la he hecho treinta y tantas veces, pero por

más que no he encontrado inconvenientes por lo que respecta á la salida del tubo, sin embargo, creo que hay casos en que no cabe esta operación; y me refiero al edema, en cuyo caso creo que está perfectamente indicada la traqueotomía. En cuanto á lo demás, no debo contestar al Sr. Uruñuela, pero sin embargo, me permitiré decirle que también la intubación tiene sus ventajas, y una de ellas es la de la calefacción del aire, y digo esto, porque en la intubación, al entrar el aire por las fosas nasales, penetra caliente y húmedo, y llega á los pulmones en las condiciones normales, cosa que no sucede en los traqueotomizados, por mucho cuidado que se tenga, lo cual puede producir las complicaciones de la bronco-neumonía, como todos sabéis. Yo no soy de opinión de que esto sea debido á la herida traqueal, pero sí creo que la acción directa del aire influye bastante en la producción de estas bronco neumonías.

El Dr. Cisneros: Siento en el alma no haber podido llegar á tiempo para haber escuchado la discusión que se ha promovido respecto á la comunicación del Dr. Llorente, pero, sin embargo, manifestaré mi opinión en el sentido de que creo como regla general de conducta en los casos en que es necesario hacer penetrar el aire de una manera artificial por las vías respiratorias, que deba preferirse siempre que pueda hacerse la intubación, y sólo en los casos en que esto no sea posible por cualquier circunstancia, se debe recurrir á la traqueotomía. En igualdad de condiciones, siempre debe preferirse el intubaje. Yo lo encuentro menos peligroso y más cómodo, á pesar de que yo he hecho muy pocas operaciones de esta clase, y en cambio he hecho muchas traqueotomías; pues si bien he tenido la suerte de no haber tenido ninguna defunción en el momento operatorio, creo puede ser fácil y siempre he pensado que podría suceder esto. Por tanto, vuelvo á repetir, entre hacer la traqueotomía y hacer el intubaje, opto siempre por este último, pero claro es que siempre con limitaciones. Hay casos en las afecciones crónicas de la laringe en los que la traqueotomía está más indicada por evitar la permanencia de la cánula ó del tubo por mucho tiempo en aquel lugar, pues creo que así como el tubo es inofensivo permaneciendo veinticuatro horas, siendo por espacio de muchos días pudiera determinar alteraciones quizá análogas ó parecidas á las que el Dr. Sota y Lastra cita en un caso que él presenció, en el que se produjo una necrosis de los cartílagos, etc.

El Sr. Llorente: Señores: Es más fácil plantear problemas que resolverlos. Yo empezaré mi rectificación, sintiendo no poder entrar en detalles porque me lo veda el tiempo reglamentario, celebrando que el

Dr. Cisneros piense del mismo modo que yo, y me lamento que el doctor Uruñuela no coincida conmigo en cuanto á la preferencia que debe tener la intubación sobre la traqueotomía. Siento mucho que S. S. opine así, pero no lo lamento profundamente, porque realmente la estadística que nos ha citado el Dr. Uruñuela creo que no la presenta ningún cirujano de Europa. Por lo tanto, le felicito y le doy la enhorabuena por el número de curaciones que ha citado. (El Dr. Uruñuela: Me he referido á la operación y no á la curación.)

Ya comprenderá S. S. que lo que á las familias les interesa no es que el médico haga bien ó mal la operación, sino que lo que le agrada más es que el enfermo se cure.

De cualquier modo, debo manifestar que siempre en el seno de las familias hay horror á la traqueotomía, hasta el punto de que se la denomina, y yo creo que sin justicia, *un degüello á domicilio*. Yo creo que es injusta, la expresión, y que la traqueotomía tendrá siempre un puesto muy honroso en la cirugía; pero me parece que de ella se puede decir lo que Cervantes pone en boca de la pastora Marcela; es decir, *que su fama pasaba á su hermosura*, y de la intubación puede decirse que *traspasa los límites de su fama*.

Me parece que es elocuente la manifestación que yo he hecho y que nadie puede negar, porque todos estamos conformes en ella, diciendo que las familias no se oponen nunca á la intubación, y en cambio sí presentan alguna dificultad para que se practique la traqueotomía.

Pues bien; en este caso es una ventaja la intubación, porque el deber del médico es proponerla, si la familia se opone á la traqueotomía, antes de dejar morir al enfermo, aun aceptando las ideas de S. S.

Respecto á lo que S. S. ha indicado acerca de la finura del tacto mío, yo lo acepto, porque en realidad, tengo un tacto bastante delicado y he podido apreciar los fenómenos que he indicado en mi Memoria.

Contestando más de lleno á las observaciones del Sr. Uruñuela, en la parte que hace relación á las complicaciones de la traqueotomía, le diré á S. S. que yo no me atrevo á enumerar cuáles puedan ser éstas. He sido discípulo del Dr. Saint-Germain, de París, al cual le considero como una autoridad y con una habilidad tal, que seguramente forma paralelo con la de S. S. Pues bien; á pesar de ello, he visto surgir graves complicaciones al practicar dicha operación, no por escasez de conocimientos del operador, sino porque, como ha dicho el Dr. Cisneros, hay gran variedad en cuanto á la forma de la tráquea, sin que yo hable nada de la edad de los niños, porque S. S. acepta, que en los que son

menores de un año la traqueotomía está contraindicada. También comprenderá S. S. que aunque no haya complicaciones *en el acto de la operación*, lo que á la familia le preocupa son las complicaciones post-operatorias, y yo apelo á la conciencia de todos los médicos que me escuchan para que digan cuáles son las complicaciones de diversos órdenes consecutivas á la traqueotomía, y *las que puedan ser imputables á la misma*.

No hablemos de la fístula permanente, de la supuración misma de la incisión que se practica, de las úlceras que se forman constantemente en la pared posterior de la tráquea, punto de partida de traqueítis y de bronco-neumonías, sino que dando por sentado que el peligro mayor de la traqueotomía lo constituye el momento mismo de abrir la tráquea, puedo manifestar que aunque se abra ésta con facilidad, jamás puede hacerse en el corto tiempo en que se practica una intubación. ¿Sabe S. S. cuánto tiempo necesito para hacer la intubación, y algunos Sres. Congresistas que están presentes pueden atestiguarlo? Pues diez á doce segundos.

¿Necesita más asistencia la intubación? Yo me encuentro algo más perplejo para contestar á esta pregunta, pero puedo afirmar que en el momento presente hay un niño intubado y está solo, sin asistencia de ninguna clase, pero que por el curso de la intubación y de la manera como soportó el tubo en los primeros momentos, casi le puedo asegurar á S. S. que no lo expulsará, pero aunque así se verificara, habría tiempo suficiente para venir aquí en mi busca, marcharme y verificar la reintubación, cosa que no me atrevería á asegurar lo mismo tratándose de la traqueotomía.

Y por último, en todos los hospitales, en el de *Enfant-malade*, los hospitales de Budapesth, Berlín y Baginsky, en todos ellos se realiza hoy la intubación antes que la traqueotomía. Claro es que nosotros, por la organización que tiene la modesta casa, de todos vosotros, y que se denomina *Instituto Microbiológico de Madrid*, podemos asistir con más asiduidad á los niños, tratándoles mejor por la intubación que por la traqueotomía.

El que acepte ó no la familia la traqueotomía, creo que es un obstáculo formal y serio para el médico, así como también el asunto de las estadísticas.

Yo habré visto centenares de traqueotomizados, y en cuanto al *modus faciendi*, le concedo á S. S. más habilidad que á nadie, pero en cuanto á las complicaciones, le aseguro que todos tenemos las mismas experiencias.

También ha dicho S. S. que el edema de la glotis contraindica la intubación. Pues bien; yo creo, por el contrario, que por el tacto se puede apreciar mucho mejor que con la vista, y puedo afirmar á S. S., porque así lo practico muchas veces, que cuando procedo á estos reconocimientos cierro los ojos, teniendo en cuenta que los ciegos ven por el tacto, y estos son hábitos adquiridos en la ginecología á la cual he tenido mis aficiones.

Estoy conforme en lo que S. S. ha manifestado respecto á la revulsión en las estenosis laríngeas.

Ha hablado también S. S. de la producción de falsas vías en la intubación, y dice que esto es posible. ¿Quién lo puede negar? Yo he visto más, pues en Alemania he presenciado el hecho siguiente: una rama del forceps introducida en el fondo del saco posterior llegar al interior del vientre, y no contento con esto, el operador introdujo la otra rama de dicho instrumento. Jamás pude creer que un médico tuviera tal inexperiencia. Pues bien; lo mismo puede ocurrir con aquel que practica la intubación sin tener condiciones para ello; pero esta excepción, por la nulidad de algunas personas, no puede servir para contraindicar una operación.

En cuanto á la inflamación por encima del tubo, ya sabe S. S. que los tubos se han modificado de tal modo, que ya se fabrican con objeto de evitar estos accidentes, y lo mismo acontece con el edema de la glotis.

El acumulo de mucosidades en el tubo es mucho menor que en la traqueotomía, porque yo puedo afirmar á S. S. que en el Instituto Microbiológico se conservan membranas que han sido expulsadas, á través del tubo, de un tamaño verdaderamente enorme, y que se diría que realmente no pueden pasar por el mencionado tubo.

Estas falsas membranas, por tanto, salen al través del tubo lo mismo que al través de la cánula por una ley natural, y es la siguiente: el impulso es de abajo arriba, mientras que en la cánula el recodo que forma ésta amortigua el golpe respiratorio, y es frecuente (yo he tenido algún caso) el tener que estar á menudo limpiando la cánula con objeto de que el niño no se asfixiara.

Respecto al modo de sacar el tubo, ya sabe S. S. el nuevo procedimiento, que consiste simplemente en ejercer una ligera compresión sobre la punta del tubo, por fuera del cuello, y éste se arroja con gran facilidad.

(Ocupa la presidencia el Dr. Barberá.)

SIMPLIFICACIÓN DE LA TRAQUEOTOMÍA

por el Dr. Uruñuela (de Madrid).

SEÑORES:

A cuatro palabras se va á reducir mi comunicaci3n; á tratar de demostrar que en la mayoríá de los casos no est3n justificados los temores y el horror que se tiene á la traqueotomía, y que como operaci3n de urgencia, su manual operatorio debe reducirse á la mayor simplicidad posible y al alcance de todos los médicos evitando los accidentes que dicen sobrevienen con alguna frecuencia, y que yo no he observado nunca en mis enfermos, durante y en los primeros días que siguen á esta operaci3n.

No me ocuparé detenidamente de las indicaciones de la traqueotomía en raz3n á que todos conocéis mejor que yo los signos que obligan á la abertura de la tráquea, pero sí he de manifestar que no puedo estar conforme con la conducta generalmente seguida hasta hoy, de no traqueotomizar los enfermos, sea aguda ó cr3nica su laringostenosis, hasta que la asfixia amenaza la vida del paciente, y esta al parecer prudente determinaci3n, no la cre3 justificada, porque con el laringoscopio descubrimos con alguna frecuencia laringostenosis muy acentuadas en enfermos que no han dado aún señales de asfixia y que luego mueren repentinamente, ocurriendo aquí, señores, una cosa parecida á lo que observamos en algunos enfermos cr3nicos con grandes lesiones, que así como en éstos el organismo se va habituando al padecimiento hasta el punto de extrañarnos cómo pueden continuar viviendo, en aquéllos, ó sea en determinadas estenosis laríngeas, también se acostumbra el enfermo hasta la falta de aire cuando se ve privado de él paulatinamente.

Teniendo esto muy en cuenta, una vez que llegue á reducirse la capacidad laríngea á una tercera parte cuando más de su calibre normal, debemos traqueotomizar antes que estalle el ataque asfítico que suele cortar repentinamente la vida de los enfermos citados.

Ahora bien, señores, veamos cuáles son los peligros que señalan los autores en la traqueotomía, si están justificados y si disponemos de recursos para vencerlos.

Haciendo una ligera excursión por la región anatómica veremos que después de la piel, tejido celular subcutáneo, aponeurosis cervical é intersticio de los músculos esternohioideos, aparecen los peligros á que se refieren: la glándula tiroides y el plexo venoso, que en los estados dispneicos, á causa de los cuales, precisamente, se practican la mayoría de las traqueotomías, se encuentran repletos de sangre; además de estas venas obsérvase también en algunos casos una rama arterial, la que saliendo del cayado de la aorta se dirige por la parte media al istmo de la glándula tiroides, la arteria tiroidea de Neubaner, y esto es todo; porque he de advertir, que no me refiero á los casos anómalos, de los cuales hemos observado algunos, en los que el tronco arterial braquio-cefálico en lugar de dirigirse por el lado derecho de la tráquea y dividirse muy abajo en arteria subclavia derecha y carótida, se dirige verticalmente hacia arriba hasta el istmo de la glándula tiroides, en donde se divide en las dos arterias mencionadas; tampoco me he de referir á los casos en que están perdidas las relaciones anatómicas, dislocada la tráquea y con ésta los vasos importantes del cuello, como acontece en algunos enfermos con tumores malignos difusos y en algunas pericondritis, ni á los que tienen grandes bocios, por considerarlos también anómalos.

Desde estudiante he venido observando que la causa que ponía en grave riesgo la vida de los traqueotomizados no era, á mi entender, motivada por la hemorragia consecutiva á la herida de algunas venas del plexo (que en muchos, ¿, mejor dicho, en la mayoría de los casos, pueden separarse con el mango del bisturí), ni á la sección del istmo de la glándula tiroides que algunos cirujanos practican antes de abrir la tráquea.

Los peligros los he visto en la falta de serenidad de algunos ci-

rujanos al abrir la tráquea, haciendo una pequeña abertura por donde el enfermo verificaba la supción de la sangre de la operación, y por donde no cabía una cánula pequeña, y, además, por el empleo de la pinza dilatadora, que, abriendo más amplio camino á la sangre, se introducía en grandes cantidades, atascando los bronquios, explicándonos el que en estos casos y por este mecanismo se produzcan pneumonías infecciosas, las que en pocos días fusionan los pulmones de estos pobres enfermos.

Nosotros, en cerca de trescientas traqueotomías practicadas, no hemos perdido ningún enfermo á consecuencia de la operación, ni hemos observado en ningún caso la pneumonía consecutiva. ¿Cómo nos explicamos esto? Únicamente por nuestro sencillo manual operatorio; de ningún modo por nuestras condiciones de cirujano; veamos cómo procedemos:

Teniendo en cuenta la dirección de la tráquea y de que su profundidad es mayor á medida que descendemos hacia el esternón, hacemos una incisión rápida desde el tubérculo del cricoides hasta la parte media de la fosa supra-esternal, después de haber desinfectado al enfermo, etc., etc., con la que seccionamos la piel y el tejido celular subcutáneo, anestesiamos este primer corte con una disolución de clorhidrato de cocaína al 10 por 100 con un 1 por 100 de resorcina; una vez conseguido esto, cortamos la aponeurosis cervical ó línea blanca, separamos los músculos externo-hioideos, etc., siempre pulverizando con la disolución anestésico-antiséptica y no empleando más que un bisturí para cortar y separar los tejidos; nos encontramos ya con el plexo venoso cuyas venas tratamos de separar con el mango del bisturí, y á veces con la glándula tiroides; y digo á veces, porque nosotros hacemos la traqueotomía inferior y descubrimos la tráquea por debajo de la glándula; en estos casos y en aquellos en que no podemos separar el plexo ni la glándula tiroides, hacemos la sección de estos órganos y de tres ó cuatro anillos traqueales en un solo tiempo, introduciendo inmediatamente y con gran rapidez nuestro dedo índice de la mano izquierda en la abertura de la tráquea, y con la derecha, sirviéndonos de conductor este mismo dedo, colocamos la cánula sin que se haya colado nada de sangre, atamos ésta al cuello y damos por terminada la operación.

Algunas veces, por gusto, teniendo á nuestra vista la tráquea completamente limpia y hemostática la región, hemos hecho la modificación de Bryson Delavan que todos conocéis.

Rara vez, señores, empleamos más que los instrumentos citados: bisturí y cánula; alguna vez usamos las pinzas hemostáticas, y en los casos de osificación de los anillos traqueales hemos tenido necesidad de emplear algún cuchillo fuerte ó una tijera para abrir la tráquea: los enfermos, unos hacen cama y otros no.

Hemos de advertir que nosotros operamos estando el enfermo sentado en una silla ó sillón que permita inclinar fuertemente la cabeza hacia atrás, colocándonos nosotros á su derecha.

No terminaré sin dedicar un recuerdo de alta consideración á la memoria de los eminentes doctores Bretonneau y Trousseau, partidarios entusiastas y propagadores de la traqueotomía.—He dicho.

DISCUSION

El Sr. Castañeda: Ha dicho el Sr. Uruñuela, aludiéndome á mí, que las complicaciones consecutivas á la traqueotomía por bronco-pneumonía, son debidas á la entrada de la sangre en los bronquios, y no cree que sean debidas á otras causas, como, por ejemplo, al aire frío, á la acción directa de éste, etc., y nos ha explicado cómo hace la traqueotomía simplificándola.

A mí me ha extrañado, sin embargo, la afirmación de S. S. diciéndonos que abre la tráquea y mete inmediatamente el dedo, porque en este caso creo que al introducirlo en la tráquea ha de dejar un orificio de entrada. (El **Sr. Uruñuela:** El dedo sirve de tapón.) Pues yo reto á su señoría á que tape exactamente la abertura que ha hecho en la tráquea, porque es imposible que S. S. practique una incisión que sea del tamaño del dedo índice, es decir, que éste venga á coincidir con la herida abierta en la tráquea. Eso me parece un tanto difícil de aceptar.

En las pocas operaciones de éstas que yo he hecho, empleo la cánula de Peant con mandrín, fácil de colocar, y no me sirvo del dedo para tapan la abertura, así como tampoco empleo dilatadores ningunos, y como es biselada la cánula, en el momento en que abro la tráquea puedo introducirla inmediatamente.

Además, creo que las bronco-pneumonías que se registran en algunos casos de traqueotomía, deben ser producidas por causas diferentes á la entrada de la sangre en la tráquea.

El Dr. Cisneros: Señores, recuerdo que, en una ocasión, le decía un oculista á Weker, que operaba él las caratas con un cortaplumas, á lo cual le contestó el segundo lo siguiente:—¿Y qué necesidad hay de eso, cuando disponemos de cuchilletes para operar con más facilidad?—Pues yo le digo lo mismo al Sr. Uruñuela: ¿A qué simplificar la traqueotomía de ese modo, dejando de usar los medios de que disponemos para hacerla? Cuando sea necesario practicar esta operación con rapidez, entonces, claro es que debe simplificarse, pero en las circunstancias ordinarias, ¿por qué no emplear las pinzas y la ligadura, cohibiendo esas hemorragias y evitando de este modo, perfectamente, la penetración de la sangre en la tráquea?

Dice S. S. que no aplica las pinzas dilatadoras porque teme la entrada de la sangre en la tráquea. Estoy conforme con S. S., siempre que se tengan á disposición cánulas de Krishaber, y me parece que es más teórico que práctico lo que S. S. afirma respecto á las pinzas dilatadoras, porque dice que en el momento que se aplican estas pinzas hace irrupción la sangre de la herida. Pues bien, yo digo á S. S.: precisamente porque está más abierta la tráquea, sale con más facilidad en el primer acceso de tos. Claro es que cuando se puede prescindir de las pinzas dilatadoras, debe prescindirse, pero todos sabemos que hay ocasiones en que no tenemos más remedio que emplearlas. Por lo tanto, creo que esta simplicación no está justificada más que en los casos sumamente urgentes. En los que no revisten este carácter no la encuentro justificada, porque las cosas entiendo deben hacerse como Dios manda.

Yo también he tenido casos en los que no se ha podido aguardar más tiempo y he tenido que simplificar todo lo que me ha sido posible esta operación, haciéndola con el bisturí y con el dedo; pero, ¿y cuando no tenemos á mano cánulas de Krishaber? (El Sr. Uruñuela: Se emplea otra cualquiera.)

Sí, pero no siempre se puede meter una cánula antiséptica cuando hay gran hemorragia.

(Ocupa la presidencia el Sr. Castañeda.)

El Sr. Llorente: Siento no poder felicitar al Sr. Uruñuela como él se merece, porque nos ha dicho poco en proporción de lo mucho que hubiera podido decir acerca de la simplificación de la traqueotomía, porque hablando solamente de adultos, ha dejado á un lado las inocentes

criaturas que son las que más preocupan tratando de estas operaciones, y éste es el punto en el cual yo hubiera deseado oír algo de lo mucho que sabe S. S. por las numerosas traqueotomías que ha practicado.

Yo no creo que el tema desarrollado en la comunicación leída por el Sr. Uruñuela pueda enunciarse con el título de *Simplificaci6n de la traqueotomía*, porque no es esta una operación en la que se puedan dar reglas para decir que se simplifica. Las formas de laringitis, las edades de los niños, constitución de los mismos, una infinidad de causas y de situaciones de los pacientes, hacen que no le sea dado al médico simplificar lo que la naturaleza ha hecho tan complejo. Por tanto, no veo novedad en el modo y forma de intervenir S. S.

Yo he visto hacer bastantes traqueotomías, y, sin embargo, no puedo citar siquiera dos que se parezcan, por razones fáciles de comprender. Ahora bien; lo que yo desearía que el Sr. Uruñuela nos dijera es, si él cree que la sangre es capaz de producir bronco-pneumonías. Yo creía que S. S., al hablarnos de este asunto, nos iba á dar resuelto el problema de si las bronco-pneumonías que se presentan en los niños al hacerles esta operación, son determinadas por la presencia de la cánula y por la dificultad, ó mas bien imposibilidad de una asepsia y antisepsia rigurosa, por más que la traqueotomía no se presta á cierta clase de precauciones.

Yo creo que la sangre no es causa de las bronco-pneumonías que, como digo, se han presentado en estos casos. La considero como un medio de cultivo muy á propósito.

Hoy existen dos escuelas que son la de los traqueotomizadores y la de los intubadores, y se defienden los traqueotomizadores diciendo que se pueden evitar las complicaciones que hemos enunciado, colocando no ya compresas, sino una esponja caliente para dar al aire la calefacción que necesite. Este verano último he hablado con un profesor de Nueva York, defensor de la traqueotomía, y decía que éste es uno de los procedimientos que ha empleado con algún resultado.

Que la cánula produce una ulceración en la pared posterior de la tráquea, eso es innegable.

(El Dr. Uruñuela: Yo no lo he dicho.) Entonces no insisto.

Solamente quisiera, para terminar, preguntar al Sr. Uruñuela qué tiempo se tarda en hacer una traqueotomía, porque por rápido que sea el manual operatorio, no se puede hacer en igual tiempo que la intubación. Por tanto, creo que en vez de dedicarnos á perfeccionar la traqueotomía debemos ver de qué modo se puede perfeccionar la intuba-

ción, para que tengamos que hacer la traqueotomía el menor número posible de veces.

El Dr. Botey: Señores: de un modo claro y evidente á todas luces, no veo que la comunicación presentada por el Sr. Uruñuela constituya un perfeccionamiento y una simplificación, ó un progreso en la práctica de la traqueotomía. Esta es una operación perfectamente reglada, y todos los perfeccionamientos que se hagan en este sentido serán peligrosos. Creo que con el proceder que se ha indicado aquí, volvemos á los tiempos de Trousseau, el cual operaba rápidamente cortando todos los tejidos á la vez, sin cuidarse de ligar vasos, creyendo que cuando abría el árbol aéreo, todo se había acabado. Esto puede suceder en muchos casos, pero en otros puede dar fatales resultados.

Para practicar la traqueotomía, en mi concepto, hay que proceder poquito á poco, colocando pinzas de Péan, etc., etc., y no abrir la tráquea nunca sino cuando estemos seguros de que en el fondo de la herida no hay sangre. Tal es, á mi juicio, el procedimiento clásico, que no se parece en nada al de Trousseau, al cual parece querer S. S. volver.

Por otra parte, tratándose de adultos ó de adolescentes de doce á trece años en adelante, soy partidario de la laringotomía cricotiroides, defendida en Francia por Girod y por Garel. Ya hace tiempo que la ensayé en algunos cadáveres, y me extrañó sobremanera el que por el espacio intercricoides, que la Anatomía describe como muy estrecho, pasaba una cánula de 8 á 9 milímetros. Además he sabido que á veces con un tubito pequeño y aun con un mondadientes de pluma, puede respirar el paciente, ó sea con una cánula que pueda tener de 3 á 4 milímetros de espesor. Por tanto, teniendo en cuenta esto, es hora de pensar en hacer la laringotomía, sobre todo cuando la lesión es subglótica. Hoy por hoy dicha operación, según es sabido, se ejecuta por capas musculares, etc.; siendo cuestión de algunos minutos, y como no tiene absolutamente ningún peligro, porque aquí no existen vasos de importancia y la región es superficial, debemos pensar en que esta operación pueda ser el verdadero perfeccionamiento de la traqueotomía.

El Sr. Pinilla: Resolver el pleito quirúrgico entre la intubación y la traqueotomía, es tanto como resolver este pleito mezclando ambos campos de la Medicina y de la Cirugía. Resulta que, hombres de la habilidad para hacer traqueotomías como el Sr. Uruñuela, se deciden por esta operación, teniendo en cuenta sus condiciones, que quizá no las tengan todos los demás cirujanos, pero en cambio, al leer los escritos de O'Dwyer parece como que no hay más remedio que hacer intubaciones porque es

la razón suprema para dar aire al que se está ahogando. Hay que buscar el motivo por el cual se hace semejante operación. Yo me sonrió al oír decir que puede hacerse la traqueotomía con toda la tranquilidad, y esperar á que no haya una gota de sangre que pueda penetrar en la tráquea para abrir ésta, siendo así que se trata de una operación que en la mayor parte de los casos tiene que hacerse con urgencia, salvo en los de cáncer y otros, y S. S. puede recordar haber visto una operación de estas al Dr. Ariza y encontrándose con que vino una hemorragia venosa que no hubo más remedio que cohibir cuanto antes, que colocó en cierto compromiso al operador; y si esto sucede en los casos crónicos, ¿qué no sucederá en los casos en que hay que traqueotomizar rápidamente?

Además, ¿se encuentra bastante tranquilidad y bastante quietud en un niño, al cual se le practica esta operación sin que se le haya cloroformizado? No. Por lo tanto, lo que yo creo indispensable y digno de aplauso en el Sr. Uruñuela es mejorar los procedimientos para hacerla rápidamente. ¿Por qué se vanagloria el Dr. Lorente al hablar de la intubación? Pues sencillamente, porque la puede hacer en doce ó catorce segundos, lo cual es un procedimiento rápido. ¿Es que se aguarda á hacer una traqueotomía ó una intubación á gusto del médico? No; porque casi siempre debe hacerla rápidamente y en un momento inesperado.

Aparte de esto, y buscando en el terreno de la Medicina las ventajas de la intubación, no diré que no hay semejanza de casos con la traqueotomía por la razón siguiente: al hablarnos el Sr. Lorente acerca de la mortalidad mínima de enfermos á los cuales se les ha practicado la intubación, ha manifestado que la mayoría de los casos han sido de difteria; luego es la difteria la causa de la muerte de estos enfermos, no la intubación ni la traqueotomía. (El Dr. Lorente: Sr. Presidente: como yo no puedo contestar al Sr. Pinilla, no puedo permitir que siga haciendo esas consideraciones que yo no puedo rebatir.)

Bueno, pues para terminar, no es posible hacer una comparación exacta sin que se practiquen la traqueotomía y la intubación en sujetos que tienen la misma enfermedad, porque de este modo es como se podría hacer una comparación exacta.

El Sr. Fornis: Creo que al hablar de simplificación de la traqueotomía en este Primer Congreso español de la especialidad, debemos en primer lugar dedicar un recuerdo al autor de la primera traqueotomía, que tuvo lugar en Santander, por Virgili, en un soldado.

Ahora bien; diréis: ¿por qué el Dr. Uruñuela viene á presentar una simplificación de la traqueotomía? Pues porque la traqueotomía, en la

generalidad de los casos, prescindiendo de la urgencia, es una operación de cirugía menor que puede decirse que debe estar al alcance de todos los médicos, y que en la mayoría de los casos puede hacerse sin derramar una gota de sangre.

Hoy ya la tendencia de la cirugía general es dejar esta operación, que debe ser del dominio médico general, para los especialistas, y de operación de todos los médicos se ha convertido en operación de especialidad, al extremo que no ha mucho me decía un distinguido profesor auxiliar numerario de esta Escuela.—¡Oh! La traqueotomía, tal como la hacen los laringólogos, es una maravilla! ¡Qué diferencia de las que yo he visto practicar hasta á algunos catedráticos de esta Facultad!—Y yo le decía: pues ¿en qué consiste? Y él me contestó:—En aumentar los tiempos de la traqueotomía, en hacer una incisión de la piel puramente cutánea y después cortar todas las partes blandas hasta la tráquea con termocauterio. Como veis, este procedimiento operatorio es el más antiquirúrgico y cobarde que pueda citarse, pues no se necesita nada de esto: se descubre perfectamente la tráquea y se ve la brillantez de sus cartílagos y de su tejido fibroso, sin que haya brotado una sola gota de sangre en la mayoría de los casos.

Ahora bien; ¿para qué convertirla en operación difícil?

Para evitar este inconveniente trae el Dr. Uruñuela su comunicación al Congreso. Si generalmente no sale sangre, ¿para qué las pinzas? Y si hay hemorragia en algunos casos, ¿no basta colocar la cánula y sujetarla para cohibir esta hemorragia?

Sintetizando ahora un poco, entiendo yo que tratándose de la traqueotomía, deben establecerse categorías. La traqueotomía de urgencia debe hacerse en un solo tiempo. Si hay cánula, se pone, y si no, se emplean un par de horquillas dobladas. ¿Que la operación da tiempo?, pues en este caso, si se tropieza con anomalías anatómicas hay que vencerlas, y ello no es difícil con tiempo y un poco de habilidad.

El objeto de colocar el dedo en la incisión traqueal es evitar que se pierda el paralelismo entre la herida superficial y la profunda, cosa que no se conseguiría con tanta facilidad si no se sujetase en esta forma, evitándose así la producción del enfisema quirúrgico.

El Dr. Calatraveño: Sres. Congressistas, he pedido la palabra para hacer ligerísimas observaciones, no como especialista, porque líbreme Dios de confesarme tal, sino como médico general, para demandar algunas luces á aquellos compañeros que por su práctica hospitalaria y particular pueden suministrarlas.

En primer término me declaro partidario, dada la índole de mis estudios, por la traqueotomía rápida, en lo cual estoy conforme con el señor Uruñuela, sin meterme á averiguar si S. S. es innovador ó no lo es. La intubación, señores, es un procedimiento que me gusta por esto, por la rapidez también. Como no todos los casos son iguales, en muchos de ellos no se puede operar con calma; además, la mayoría de las veces se nos presentan niños afectos, bien de difteria ó de crup, como describía el Dr. Llorente, que están en peligro grandísimo de asfixia; en esos casos entiendo yo que no podemos andar midiendo los tiempos precisos de la operación y guardar todas las reglas del arte para hacer la traqueotomía. La mayoría de las veces, y cuando se nos llama en consulta, nos encontramos con que el enfermo se está asfixiando ya. ¿Se pueden ir separando con delicadeza los plexos venosos, poner los dilatadores de Trousseau, etc., etc., y perder unos segundos ó quizá un cuarto de hora más? No. Por consiguiente, digo como primera conclusión, que en la traqueotomía constituye un adelanto, sea éste el que quiera, cuando se logra hacerla con rapidez, porque es una de las operaciones que pudiéramos calificar de urgencia en la mayoría de las veces. ¿Y qué diremos de los casos en que cae un cuerpo extraño en las vías respiratorias? ¿Tendremos que seguir entonces los procedimientos clásicos? No; entonces hay que operar de un golpe. ¡Cuántas veces, jugando un niño, tira al aire una cereza, una uva, etc., y éstas, al caer, pueden penetrar en las vías respiratorias, y aquel infeliz se está asfixiando por momentos! En ese caso, con un cortaplumas, con el primer cuchillo que se encuentre á mano, y sin perder tiempo, debemos abrir la tráquea para que penetre el aire en los pulmones.

Otra observación que quiero hacer, es la de que la mayor parte de las complicaciones de la traqueotomía son consecuencia de la diatesis ó de la enfermedad que ha hecho necesaria dicha maniobra quirúrgica. Operando en un canceroso, ¿qué de particular tiene que venga una hemorragia? En este caso parece que la economía es como cartucho de dinamita que sólo aguarda la mano imprudente que le haga explotar, y al practicar la traqueotomía, aquel enfermo, que hubiera vivido ocho, diez ó veinte días más, ó un mes, abrevia los últimos momentos de su vida por consecuencia del acto operatorio. Yo lo he visto algunas veces. Si á muchos enfermos á los cuales se los ha hecho la traqueotomía no se les hubiera practicado dicha operación, quizá hubieran vivido un poco más de tiempo; pero se ha acertado su existencia con la intervención quirúrgica, pura y simplemente, porque ha venido á sumarse á la falta de fuerza

y á la debilidad orgánica de aquel sujeto, un nuevo factor deprimente, el acto quirúrgico, y claro es también que la sangre infeccionada, penetrando en los pulmones, puede traer esa pneumonía agudísima de que nos hablaba antes el Dr. Uruñuela.

Mi tercera observación es casi una pregunta, á fin de que el Dr. Uruñuela y demás especialistas puedan sentar algunas conclusiones para que aprendamos los demás. ¿Es prudente, es clínico y es moral, en ciertos casos desesperados, francamente mortales de necesidad, practicar la traqueotomía? Yo quisiera que ésta fuera una de las conclusiones que salieran de este Congreso. Por ejemplo, en un caso de epiteloma de la laringe, ó tratándose de una tuberculosis de este mismo órgano, cuando la afonía es completa y el enfermo está decaído, cuando, en una palabra, no se tiene esperanza de salvarle, ¿es humano y prudente, repito, es moral practicar la traqueotomía?

Como conclusión de todo esto, vuelvo á insistir en que cualquiera que sea el caso ó el momento en que se resuelva la intervención quirúrgica, creo que es verdadero adelanto, y un mérito en el operador, el hacerla con gran rapidez, con la mayor posible.

¿Qué duda tiene que se han simplificado las operaciones? ¿Pues, qué, hoy las laparotomías se hacen como antiguamente? No; hoy no se anda ya con la calma que hace años. Por tanto, considero de verdadero mérito todos los procedimientos rápidos que llevan aire á los bronquios en un sujeto que se está asfixiando. Felicito, por último, al Dr. Uruñuela, porque, con su práctica y con sus conocimientos, ha venido á animarnos en este camino.

El Dr. Compaired: Señores: yo no veo motivo justificado en la enunciación del tema objeto del debate, para sostener una discusión tan excesivamente animada, por la razón sencillísima de que se trata de una operación tan útil y tan conocida en su *modus faciendi*. Yo creo que, lo mismo en lo que se refiere á la traqueotomía, que en lo concerniente á la intubación, es cuestión de saber operar y cuestión de técnica, lo mismo que sucede con el espejo laringoscópico, cuando se trata de ver la laringe.

Existen casos desgraciados de traqueotomía, como se citan asimismo de intubación; pero creo que, descartando aquéllos en que resultan estas contingencias por la misma operación, opino que la generalidad de los operados de esta clase que fallecen, será por otras causas.

Antes de sentarme he de recoger la alusión de mi querido amigo el Dr. Calatraveño, respecto á si es moral y prudente, y si es clínico, y está

indicada el hacer una traqueotomía en los casos que se ha servido manifestarnos. Yo afirmo rotundamente que cuando existe una verdadera laringo estenosis, por cualquier causa que sea, en virtud de la cual se ve al enfermo materialmente asfixiarse, aun cuando supiéramos que no operando á este enfermo habría de durar unas cuantas horas ó unos cuantos días más, yo, en conciencia, le operaría, porque el tiempo que viviera después de la operación lo viviría relativamente tranquilo, bajo todos sus aspectos, moral y físico, cosa que no sucedería si dejáramos de intervenir quirúrgicamente. Y por otra parte, ¿quién puede leer en el libro de lo por venir?

El Sr. Uruñuela: Señores: en primer lugar voy á hacer una manifestación antes de contestar á los señores congresistas que me han honrado con sus objeciones; y es la de que yo no he inventado nada, y que yo no he traído este procedimiento como invención mía, porque no acostumbro á hacer semejantes cosas, aunque quizá lo hagan muchos especialistas, lo cual no tiene nada de particular.

Yo he elegido el tema *Simplificación de la traqueotomía*, porque, en realidad, he visto grandes temores y cierto horror á practicar esta operación; pero, no porque creyera que iba á exponeros nada nuevo, sino que sencillamente he referido el procedimiento que yo empleo, y ahora voy á contestar á todos los señores que me han objetado.

El primero de ellos fué el Sr. Castañeda, que nos ha dicho que las pneumonías de los traqueotomizados se las explica por los cambios bruscos de temperatura, por el aire frío directo, á lo cual contestaré diciendo que en mi comunicación manifiesto que en esta creencia estaba yo; pero habiendo visto que la mayoría de los enfermos que yo he operado expuestos al aire frío y á cambios bruscos de temperatura no habían tenido semejante complicación, atribuía esto á la observación que yo había hecho, viendo sujetos en los cuales sobrevino la pneumonía, habiéndose introducido gran cantidad de sangre en el aparato respiratorio.

Decía S. S. que no se puede tapar exactamente la abertura por donde ha de penetrar la cánula. Señores, yo no he dicho nada de esto, sino que he manifestado que coloco el dedo después de abierta la incisión, y que como la tráquea está compuesta de anillos cartilagosos, puede amoldarse al dedo perfectamente, y aun en algunos casos hace bastante daño; y he observado que después de traqueotomizados estos enfermos se quedan tan frescos, y los esputos que arrojan no son sanguinolentos, lo cual me demuestra que no ha entrado sangre en la laringe.

¿Que es mejor colocar la cánula con mandrín? Perfectamente, pero yo debo contestar á esto que puedo pasarme admirablemente sin él.

El Dr. Cisneros se ha servido manifestar que no tenemos ninguna necesidad de dejar de emplear las pinzas dilatadoras y todos los recursos de que disponemos para practicar esta operación. A esto le contesto diciéndole que en caso de urgencia se deja todo; porque si yo puedo hacer la traqueotomía con un bisturí y una cánula, ¿para qué voy á elegir otros instrumentos, si con estos me basta? Yo creo que, una vez practicada la dilatación de la tráquea de una manera amplia, y colocando las pinzas mientras traen la cánula, puede entrar una cantidad de sangre en la misma. (El Dr. Cisneros: Es que yo no defiendo el empleo de las pinzas dilatadoras en este caso.) Entonces retiro lo dicho.

Afirma también S. S. que no ve justificada mi simplificación más que en los casos de urgencia. Pues, realmente, creo que en todos los casos en que ha de practicarse esta operación son de urgencia, y lo sabe el Dr. Cisneros tan bien como yo, y por eso digo en mi comunicación que no estaba conforme con la práctica ordinaria de que vengan los enfermos á nosotros en períodos de asfixia, que tengamos que hacer la traqueotomía de cualquier manera, incluso de un solo golpe.

Ahora, respecto de la cuestión de no llegar á tiempo, le diré que yo he visto algunos casos en que me pareciera enteramente que operaba á un cadáver; entre ellos puedo citar el de un individuo de todos muy conocido: el pobre Pina Domínguez. A mí me lo trajeron á mi casa con un ataque de asfixia, porque su señora pensó que si me llamaba no tendría tiempo para ir á la casa y practicar la traqueotomía, y creyó que lo mejor era llevarlo en un coche á mi domicilio. En efecto, llegó á mi casa en hora de consulta, me lo subieron entre cuatro ó cinco hombres, y el enfermo había perdido ya el conocimiento, en cuya situación lo entraron en mi despacho. La gente que estaba en la consulta se me escapó, y yo me encontré sorprendido desagradablemente, creyendo que me traían un cadáver. La señora, con gran tranquilidad, me dijo que no sabía si estaba muerto, y entonces, después de reconocido, y sirviéndome de ayudante la señora misma, le hice la traqueotomía de un solo tajo al referido Sr. Pina, y coloqué la cánula sin que saliera una gota de sangre, y después, con la respiración artificial y con algunos golpes en la región cardíaca, volvió á la vida, se restableció la respiración y se salvó de aquel ataque.

Otro día, y lo recordará perfectamente mi ayudante el Dr. Horcasitas que presenció el hecho, entrando yo en el hospital de la Princesa

me dijeron que un enfermo que había ingresado momentos antes se había caído al suelo, sin conocimiento, en la sala de operaciones. Caminando yo para aquella sala pedí á los internos que me facilitaran un bisturí. En efecto, llegué adonde se hallaba, practiqué la traqueotomía, y el enfermo volvió en sí. Ya ven los Sres. Congressistas que en estos casos había necesidad de proceder rapidísimamente.

El Dr. Llorente ha dicho que yo sólo he hablado de adultos. Yo no he hablado de adultos ni de niños, porque tengo la seguridad de que yo he tratado la traqueotomía en general. Ya sé yo que en las afecciones de los niños puede haber alteraciones, producidas por la enfermedad, que sean causa de que los enfermos sucumban, pero no á consecuencia de la operación, y también me ha dicho que sólo se debe simplificar la traqueotomía en los casos de urgencia. Creo que con lo que he dicho anteriormente queda contestado de una manera perfecta S. S.

También creo que ha dicho que no siempre se puede simplificar esta operación. Pues si no se puede simplificar, menos se podrá hacer una traqueotomía lenta, porque naturalmente en casi todos los casos hemos de abreviar todo lo posible. Si no la podemos simplificar, bastante desgraciados seremos.

Que no ha visto S. S. dos traqueotomías iguales. Yo creo que tampoco las he visto, y no tiene nada de particular el que haya casos con plexos venosos más desarrollados, otros con la glándula tiroides más ó menos desarrollada, que ocupe los anillos de la tráquea, etc., etc.; pero esto no indica nada, porque ya he manifestado anteriormente que cuando tenemos que cortar el plexo venoso y es de urgencia, secciono de un golpe y me meto en la tráquea.

¿Cree el Sr. Llorente que la sangre pueda producir pneumonías, como un medio de cultivo? Estamos conformes.

Al Sr. Fornas nada tengo que contestar, sino que estoy conforme completamente con sus observaciones, y únicamente le diré que respecto á la traqueotomía de un solo golpe, si alguna vez la hacemos, creo que deban limitarse en lo posible su número, porque podemos encontrarnos con un anillo de la tráquea que pueda desviar á derecha ó izquierda el bisturí, y además puede suceder también que no podamos medir la impulsión que se le dé al mismo instrumento y herir entonces en la pared posterior de la tráquea de que ya he hablado.

Al Sr. Calatraveño he de contestarle que en mi comunicación no he hablado de nada que se refiera á la intubación, y que si he hablado de ésta ha sido contestando al Dr. Llorente; y en lo que respecta á la cues-

tión de que en la mayoría de los casos hay que emplear la traqueotomía con urgencia, como estoy conforme con S. S., nada tengo que contestarle.

Respecto á la pregunta que nos ha dirigido S. S. de que si es moral ó prudente, en casos de tumores malignos difusos y en casos de tuberculosis muy avanzadas con depauperación del organismo, si es prudente hacer la traqueotomía, á esto le contestaré que cuando se presenta un caso de tuberculosis laringo-pulmonar con grandes lesiones del pulmón, con fiebre alta, y en estado de depauperación tal que no creo que pueda producir beneficio alguno la traqueotomía, no se la aconsejo.

En los casos de tumores malignos sigo la misma conducta, así como también si los enfermos están sucumbiendo verdaderamente; pero en la mayoría de los casos, habiendo pulmón hábil, y en los enfermos en que aun teniendo una neoplasia maligna no estén en el último extremo, aconsejo la traqueotomía porque la creo moral y creo que he salvado mi responsabilidad con haberle prolongado la vida, porque en la generalidad de los casos se prolonga ésta produciendo al mismo tiempo un bienestar general al enfermo.

El Sr. Compaired no cree que estaba justificada esta discusión porque todos nos hallábamos conformes respecto al punto de que la traqueotomía era una operación de urgencia. Estoy de acuerdo con S. S., y también puede servir esto de contestación á la pregunta del Dr. Calatraveño respecto á lo moral y á lo prudente que sería la intervención en algunos casos.

El Dr. Compaired ha manifestado también que en todos los casos en que el individuo se ahoga y se ve amenazada su vida por asfixia, sea cualquiera el estado del paciente, opera. Yo no voy tan allá, pero sin embargo, si veo comprometida la vida del enfermo, siempre la hago.

El Sr. Compaired: Pido la palabra para una cuestión de orden.

El Sr. Presidente: La tiene S. S.

El Sr. Compaired: Señores: la concesión del sitio en el cual celebramos las sesiones, no por el local, sino por el servicio de bedeles, es hasta las nueve de la noche. Como faltan por leer y discutir dos comunicaciones, y por otra parte sólo restan veinte minutos para terminar las horas reglamentarias, me permito llamar la atención de la Presidencia á fin de que lo tenga presente.

El Sr. Pinilla: En vista de la manifestación hecha por el Dr. Compaired, y como tengo que exponer una comunicación que quizá sea un poco

extensa, voy á llevarme los aparatos que tengo presentados al Congreso, y ruego á la presidencia, que si lo tiene á bien, se nombre una comisión para que, más despacio, puedan oír lo que yo iba á manifestar en esta noche y pueda dictaminar acerca de ello.

El Sr. Compaired: Creo que no quedando ya más que dos comunicaciones, la del Sr. Uruñuela y la del Sr. Pinilla, podrían presentarse y discutirse, siempre que dichos señores las expusieran con la brevedad posible, y los demás Sres. Congressistas sólo usaran del tiempo reglamentariamente concedido para objeciones.

El Sr. Pinilla: Como mi comunicación tiene que ser bastante extensa, por eso he hecho al Sr. Presidente la súplica anterior, y por esto vuelvo á repetir que yo desearía que se nombrara una comisión de Sres. Congressistas para que me oyeran con algún detenimiento y pudieran luego dictaminar acerca de lo que yo les expusiera, con objeto de que así constara en el libro de actas de este Congreso.

El Sr. Presidente: En vista de las manifestaciones de los Sres. Compaired y Pinilla, y teniendo en cuenta la lógica de sus argumentos, ¿cree el Congreso que deba nombrarse una comisión para dictaminar acerca de la comunicación del Dr. Pinilla?

Sin debate alguno se aprobó que fueran designados los Sres. Uruñuela, Compaired, Forns y Rueda.

TRATAMIENTO Y CURACIÓN
DE LOS PÓLIPOS LARÍNGEOS POR LAS VÍAS NATURALES

por el Dr. Uruñuela (de Madrid).

SEÑORES:

Voy á ocuparme de un asunto vulgar y corriente de nuestra especialidad, pero que á mi juicio tiene excepcional importancia, en cuanto se refiere á su manual operatorio, exigiendo la mayor habilidad en el especialista y constituyendo el triunfo de la laringología: me refiero al *tratamiento y curación de los pólipos laríngeos por las vías naturales*.

El tratamiento de los tumores malignos de la laringe exige en la mayoría de los casos la extirpación total del órgano vocal, y pertenece, principalmente, á la cirugía general.

El laringólogo está llamado á tratar con más frecuencia los tumores benignos confundidos bajo la denominación incorrecta de pólipos laríngeos.

Conforme en un todo con mi querido maestro el Dr. Schrötter, de Viena, sólo me creo autorizado á abordar la laringe por la vía externa en dos casos: practicando la laringotomía subyóidea para extirpar los grandes tumores de la región epiglótica, y la laringofisura para desembarazar la glotis radicalmente de papilomas múltiples recidivantes, aun cuando en la mayoría de los casos con una mano hábil puede practicarse también la extirpación completa de estos tumores por la vía endo-laríngea, lo cual es siempre sumamente ventajoso.

Bajo la denominación de pólipos laríngeos comprenderemos, pues, los tumores de forma, coloración, consistencia y estructura

variables, pediculados ó sexiles, circunscritos ó difusos, desarrollados á expensas de los elementos anatómicos constitutivos de la laringe y en particular de la mucosa, que no tienen nada de común con la tuberculosis, sífilis ni cáncer, aun cuando en estas específicas enfermedades no sea raro encontrar producciones morbosas ó vegetaciones que simulan pólipos laríngeos, y alguna vez verdaderos papilomas, como lo demostró en 1887 mi querido amigo el Dr. Gouguenheim.

Para mayor concisión, prescindiremos por ahora de la anatomía patológica, causas, frecuencia, sintomatología, diagnóstico, marcha, duración, terminación y pronóstico de los referidos pólipos benignos, para ocuparnos, como indica el epígrafe de este escrito de su tratamiento curativo; limitándonos tan sólo á manifestar que, como todos sabéis, los pólipos laríngeos son tanto más frecuentes cuanto más se expone el órgano de la fonación á las causas de congestión é irritación permanente de su mucosa, y que por esta razón son mucho más frecuentes en el hombre que en la mujer, influyendo poderosamente en ambos su profesión y su edad.

Lo que sí juzgo conveniente para su mayor inteligencia es el hacer la división de los pólipos por su orden de frecuencia, en papilomas, fibromas, mixomas, angiomas, encondromas y tumores quísticos (supra, intra é infra-laríngeos). El laringoscopio, de absoluta necesidad para el diagnóstico exacto de los pólipos del órgano vocal, es también indispensable para proceder á su extracción por las vías naturales.

Son tan numerosos los casos de curación de los pólipos laríngeos por medio del tratamiento quirúrgico endo-laríngeo racional, que parece extraña y mal justificada la intervención extra-laríngea, explicándonos el por qué algunos cirujanos notables hayan preferido este último manual operatorio, únicamente por carecer de la técnica necesaria para esta clase de operaciones.

Demostrado que ninguna medicación general puede influir en la curación de los pólipos laríngeos, no tenemos otro recurso para conseguir su radical extinción, que, ó destruirlos por cauterizaciones medicamentosas ó galvano-cáusticas, ó lo que es más racional, extirparlos.

No me ocuparé de la destrucción de los pólipos por medio de la cauterización con agentes medicamentosos, por no creerla justificada más que en algún caso para modificar la mucosa laríngea después de la extirpación de los tumores poliposos ó cuando se pueda temer su recidiva; de la galvano-cáustica opino es un medio racional, pero que exige la mayor habilidad y mucha técnica para no exponer la parte sana de la laringe á cauterizaciones que pudiesen dar lugar á accidentes graves.

El descubrimiento de la cocaína como anestésico local ha impreso una nueva fase á la terapéutica quirúrgica endo-laríngea, simplificando de una manera tal nuestro manual operatorio, que, como manifesté en 1887 en un folleto sobre la cocaína, se puede hoy, con la mayor precisión, después de emplear este precioso alcaloide, tocar, cauterizar, legrar, extirpar las neoplasias benignas, grandes y pequeñas, algunas vegetaciones en las laringitis específicas, y hasta algunas neoplasias malignas, insensibilizando la mucosa faringo-laríngea y aboliendo los reflejos ó protestas de estos órganos; y esta rotunda aseveración mía es tan verdadera, señores, que no hablo de memoria; lo he demostrado á cuantos me han honrado con su asistencia en mi clínica del Instituto (Rubio) de Terapéutica Operatoria, y en mi consulta particular, en ciento cuarenta y dos enfermos por mí tratados y en otras muchísimas intervenciones endo-laríngeas no menos importantes, cuales son las aplicaciones galvano-cáusticas.

Me complace el declarar que de estos ciento cuarenta y dos enfermos con pólipos laríngeos por nosotros tratados, á cuya estadística nos referimos, algunos lo fueron en la época en que desempeñé el honroso cargo de jefe de clínica de mi inolvidable y querido maestro el Dr. Ariza, á cuya memoria dedico mis insignificantes trabajos.

OPERACIÓN

Perfectamente enterados; antes de proceder á nuestra intervención quirúrgica, de la situación de la laringe, clase de pólipo, de su tamaño, forma y punto de implantación, extremos que necesaria-

mente han de hacer variar nuestro manual operatorio, procedemos desde luego á la anestesia local, empleando una disolución de cocaína (clorhidrato) al 10 por 100, con la que embadurnamos varias veces la faringe, velo blando y laringe, hasta conseguir la abolición completa de los reflejos y su insensibilidad; inmediatamente después tomamos el instrumental apropiado, el cual se reduce á pinzas polipótomas de cuchara cortante ó de dientes de distintas dimensiones, y á los lazos fríos ó galvano-cáusticos, y vamos por el pólipo, expresión que generalmente empleamos en nuestra clínica del hospital.

Rara vez, señores, tenemos necesidad de introducir la pinza más de una ó dos veces, cuando el pólipo es pediculado; cuando es sexil, la introducimos cuantas veces sean necesarias para arrancar toda la masa tumoral, hasta pelar, si me permitís la palabra, todo el sitio de implantación, no empleando más que una sola sesión.

Cuando operamos con el lazo hacemos una anestesia más detenida, en razón á que en las maniobras de coger el tumor hasta estrangularle tocamos con el asa otros puntos de la laringe, y además con el fin de que el enfermo no sufra mucho cuando ésta es galvano-cáustica. De idéntica manera hemos procedido cuando alguna vez hemos tenido necesidad de destruir alguna formación neoplásica benigna, de poco relieve y difusa, por medio de la galvano-cáustica.

Tenemos registrados diez enfermos en los que la producción poliposa era tan grande que comprometía la respiración; en éstos hemos intentado con decisión la extracción por las vías naturales de su neoplasia, preparados para traqueotomizar, en el caso en que fracasase ó pudiese fracasar nuestra tentativa, produciendo un espasmo letal. En seis de estos casos, cuatro papilomas gigantes y dos fibromas, conseguimos nuestro ideal prescindiendo de la traqueotomía; en dos fibromas enormes tuvimos necesidad de traqueotomizar.

Los papilomas los operamos siempre con pinzas de cuchara cortante, los fibromas con éstas y con el lazo frío ó galvano-caústico; entre los primeros citaré dos casos verdaderamente notables, el de una señora de Madrid, que vivía en la calle de Santiago, y el de

una niña de Zaragoza; la primera era una señora de unos cuarenta años, que se nos presentó en nuestra consulta particular con una historia larga y confusa de su padecimiento laríngeo, dispneica y completamente afónica, después de haber recorrido varios balnearios y agotado la farmacopea española.

El espejo laríngeo nos puso de manifiesto una gran masa tumoral granujienta parecida á la mora, blanco-rosácea, que llenaba toda la laringe dejando un pequeño espacio en su parte posterior por donde pasaba el aire con dificultad: hecho el diagnóstico de papiloma gigante sin poder precisar el punto de implantación, propuse á la paciente la operación por las vías naturales con toda urgencia, prevenidos para en caso de necesidad traqueotomizar.

La paciente aceptó de buen grado mi consejo, y al día siguiente me presenté en su casa con mis ayudantes los Sres. Barajas y Horcasitas. Preparado todo para en un caso de apuro proceder á la traqueotomía, hice sentar á la enferma en una silla de espaldas y á la derecha de una mesa, sobre la que se colocó una lámpara de petróleo ordinaria de pequeño foco, después de hacer de cámara obscura la habitación en donde nos hallábamos.

Verificada la anestesia local con el mayor cuidado, introduje en la laringe una pinza de cuchara grande antero-posterior decidido á coger de primera intención una gran masa del tumor, abriendo de esta manera una vía más amplia al paso del aire y evitar la traqueotomía; afortunadamente el éxito coronó nuestra decisión y buen deseo sacando la pinza polipotomo completamente llena de la producción patológica, respirando la enferma con mayor facilidad; después de nueva anestesia y con mucha paciencia, fuimos extrayendo el resto de la neoplasia papilomatosa que radicaba en los dos tercios anteriores de la cuerda vocal izquierda y ángulo entrante de la epiglotis, hasta dejar limpia la laringe, normal la respiración y recuperada la voz.

A los dos años tuvimos ocasión de examinar nuevamente á esta enferma con motivo de haberla tratado una otitis catarral, y encontramos su laringe completamente bien.

El segundo caso de papiloma gigante digno de relatarse, como ya he manifestado, se refiere á una niña de seis años de edad, re-

sidente en Zaragoza, la cual trajeron á Madrid ha dos años para que yo la reconociese, sin voz y con dispnea laríngea, diagnosticada ya por su médico (cuyo nombre siento no recordar) de papilomas múltiples de la laringe.

Hecho el examen laringoscópico de esta niña con facilidad, pudimos observar la cavidad laríngea repleta de una masa papilomatosa típica: parecía un semillero de papilomas, con un pequeño espacio glótico. No prestándose esta niña á la intervención endolaríngea, por razones que no considero prudente manifestar, la hicimos la traqueotomía, y después conseguimos con cariños y dulzura se prestase á la intervención endolaríngea empleando unas pinzas de cuchara cortante que nos construyó, bajo nuestra dirección, el instrumentista Sr. Escribano.

Poquito á poco, para no fatigar á tan bondadosa niña, y con paciencia, conseguimos en varias sesiones limpiar su laringe de numerosos papilomas implantados en casi toda la extensión de las cuerdas vocales, bandas ventriculares y ángulo entrante de la epiglottis.

Esta niña salió de Madrid curada, pero con la cánula traqueal tapada ya con un corcho, la que no consideré oportuno el retirar hasta estar seguro de la no reproducción.

El año pasado nos escribió el padre, preguntándonos si en virtud de continuar la niña completamente bien les autorizaba á quitar la cánula, siendo mi contestación afirmativa.

Además de estos casos, os cito como curioso el de un pequeñísimo pólipo papilomatoso del tamaño de un cañamón pequeño operado en la semana anterior, el cual conservo y podéis ver en este momento.

Entre los fibromas sólo os citaré el de un individuo perteneciente al catorce tercio de la Guardia civil de Madrid, el cual tenía un tumor esférico de superficie lisa é igual, de coloración rojo-grisácea muy pediculado y de gran tamaño, implantado en la cara superior y parte media de la cuerda vocal izquierda: este tumor, de largo pedículo, era muy movable, rechazándole hacia arriba el aire espirado, quedándose apoyado en el acto de la inspiración sobre los aritenoides y repliegues ariepiglóticos, por manera es que no descen-

día á la glotis por impedírselo su volumen; este enfermo fué operado el primer día de reconocimiento y en una sola sesión.

Otro enfermo de fibroma voluminoso fué un cajista de coches, á quien no pude arrancar de primera intención un tumor del tamaño de una almendra grande, implantada en la banda ventricular derecha, por la gran resistencia que hizo una vez cogido con las pinzas de cuchara grande y cortante; se provocó un espasmo tan intenso, que me vi precisado á hacerle la traqueotomía en la misma silla de reconocimiento.

Este enfermo fué operado con el lazo galvano-cáustico en una sola sesión.

El jueves último tuve ocasión de operar otro en mi clínica del Instituto de Terapéutica operatoria, también de gran tamaño, duro y resistente, blanco-rojizo, implantado sobre la cuerda falsa izquierda.

No refiero más, porque agotaría vuestra paciencia. — He dicho.

DISCUSIÓN

El Sr. Compaired: He pedido la palabra para felicitar al Dr. Uruñuela y mostrarme completamente de acuerdo con su comunicación. Efectivamente, siempre que pueda practicarse la extracción por vía endolaríngea, no se debe acudir á los procedimientos galvanocáusticos, y mucho menos á la acción de los líquidos que, algunas veces, por no poder limitar su acción, cabe en lo posible sean perjudiciales.

El Dr. Uruñuela: Como el Dr. Compaired se ha manifestado conforme con mi comunicación, y como no ha habido ningún otro Sr. Congresista que haya hecho objeciones á la misma, no tengo nada que manifestar.

El Sr. Presidente: El Sr. Mariani tiene anunciada una comunicación, pero no le ha sido posible leerla por haber sido avisado con urgencia para visitar á un enfermo, y me ha encargado comunique á los señores Congresistas su sentimiento por no haber podido oír las ilustradas objeciones que le hubierais hecho, y al mismo tiempo me ha manifestado su deseo de que constase en el libro de actas.

EL HUMOR HERPÉTICO EN LA GARGANTA

por el Dr. Mariani.

SEÑORES CONGRESISTAS:

Después de discusiones tan luminosas y de comunicaciones tan interesantes como las que todos acabamos de escuchar, voy á molestar vuestra atención con una frivolidad, si se quiere, pero aunque de poco interés, que venga á sentar en este primer Congreso de Laringología el valor que tenga en clínica una frase que yo considero vulgar y destituida de verdadero fundamento científico, por lo menos en la época actual.

Todos habréis oído en vuestras consultas, cuando se presenta un enfermo nuevo, que aun antes de decir lo que siente, manifiesta con las frases siguientes el concepto que tiene de su enfermedad: "yo creo que tengo un poquito de humor herpético, y me han dicho que tengo granulaciones herpéticas, y en efecto, mi padre ó mi madre padecieron algo de herpes, y yo he tenido alguna vez algún granito en tal ó cual parte de la piel,"; y de este modo, enfermos y aun médicos consideran debidas la mayor parte de las enfermedades de la garganta al humor herpético.

¿Y qué es el humor herpético? Pues una entidad histórica, una diatesis que, según el juicio que tenemos hoy de ellas y de los trastornos nutritivos que las engendran no existe, pero que ha gozado de gran predicamento en aquella época en que casi todas las erupciones se consideraban herpéticas, y de la cual queda todavía como recuerdo el herpes labialis, el herpes zona, el herpes prepuccialis, enfermedades bien diferentes y distintas, y el famoso herpes de la garganta, que realmente no existe sino en la forma de angina vesí-

culosa aguda y febril, que se observa rarísima vez y que se llama angina herpética, porque su lesión anatómica es análoga á la de los herpes anteriormente señalados.

¿Qué diatesis ó braditrofias son las que hoy se admiten? Pues realmente podríamos reducir las á una sola al exceso de ácido úrico en todas sus formas, es decir, al artrismo en toda sus variedades, porque realmente las demás alteraciones constitucionales, como el escrofulismo y la sífilis, aun cuando influyan en todas las manifestaciones morbosas del sujeto que las padece, tienen un modo de ser muy distinto y un origen muy diferente.

La mayor parte de los casos del llamado humor herpético en la garganta, son enfermos de corizas crónicas con faringitis postnasal, determinados por el escrofulismo ó por el artrismo, de faringitis glandulosas, reumáticas ó producidas por el abuso del tabaco, y hasta de hipertrofia de las amígdalas con lesión análoga de la mucosa faríngea.

Como la sífilis determina en estas regiones lesiones bien definidas, no entra en ese conjunto de padecimientos naso-faríngeos que se atribuyen de un modo vulgar al herpetismo.

En resumen, pues, yo pienso y someto á la consideración del Congreso, que la cómoda frase de humor herpético en la garganta, debe desterrarse por completo por inexacta y por vaga, puesto que nada dice y ninguna consecuencia clínica ni terapéutica se deriva de ella; que las afecciones naso-faríngeas, ó son determinadas por estímulos locales (respiración de polvos, substancias irritantes, abuso del rapé, del tabaco, etc.), por modificaciones circulatorias (éxtasis y congestiones de los cardíacos, del enfisema, de los tumores desarrollados en el cuello), propagación de las inflamaciones de órganos vecinos, ó, finalmente, y es el caso más común, por el escrofulismo, la sífilis y el artrismo.

Esto era lo único que brevemente me proponía comunicar al Congreso, no como novedad, sino como un asunto de tantos que, aun cuando secundarios, conviene precisar y fijar en clínica, porque la frase ó la palabra, cuando indica un concepto general, si la frase es errónea, el concepto y sus consecuencias lo serán también; y como este concepto y esta frase indica poca importancia en el pa-

decimiento, y los enfermos se contentan con tomar un poco de arsénico y el tratamiento local se descuida y la enfermedad se hace incurable, de aquí que convenga, en beneficio de los enfermos, el llamar la atención sobre este punto ante personas tan respetables y eminentes, porque la propaganda individual es insuficiente para desterrar las rutinas, y la solemnidad de un Congreso puede ser bastante para hacerla desaparecer.—He dicho.



EL FONÓGRAFO, EL MICRÓFONO Y EL TELÉFONO

APLICADOS A LA MEDICINA

Comunicación del Dr. Rodríguez Pinilla.

Desde hace un año vengo haciendo experiencias con el fonógrafo de Edison y con otros modelos del mismo aparato, para impresionar en sus cilindros sonidos y ruidos normales y patológicos que puedan darnos una idea del estado de los pulmones de la laringe y faringe, y por ende, de la parte del cerebro que preside á las funciones fonéticas.

Mi pensamiento, expuesto en términos breves, es este: utilizar el fonógrafo para diagnosticar las enfermedades de los órganos citados, de tal modo que pueda reconocerse un estado patológico sin necesidad de tener al enfermo delante. Así, por ejemplo, un mi amigo literato en Barcelona, á quien yo di cuenta de mis experimentos, me envió un cilindro impresionado con la tos de su hijo, que yo escuché en mi fonógrafo, y vi que se trataba de una tos con todos los caracteres de la ferina, pudiendo así hacer un diagnóstico á muchas leguas de distancia.

Y no sólo esto, sino que se podrá también comparar estados evolutivos de una enfermedad que ataca estos órganos fonéticos. La corea produce á veces un trastorno del lenguaje hablado imposible de describir; yo poseo cilindros impresionados con la voz de estos enfermos cuando estaban en mal estado y después de curados. La audición de estos fonogramas es de enseñanza y de una impresión que no se olvida.

Todos saben que el fonógrafo es un sencillo aparato que primitivamente consistía en un cilindro revestido de papel de estaño, en el cual, por medio de un estilete adherido á una membrana vibrante, se originaban unas rayas ó depresiones que se producían por la vibración de la placa, y que se reproducían haciendo mover el cilindro de modo inverso.

Desde ese fonógrafo primitivo al de hoy existen grandes diferencias.

De éstas resulta que, hasta el presente, los fonogramas en que se han impresionado las diversas clases de tos son muy útiles. En ellos, ó al oírlos, se viene en acuerdo de lo típico de algunas toses, y los escolares podrían aprender el timbre especial de la tos en los tuberculosos con cavernas y el carácter espasmódico típico de la tos ferina, etc.

También es muy interesante y muy instructivo el fonograma en que fija ó graba su voz nasal un adenoideo. Se oye bien la manera especial de pronunciar estos enfermos las sílabas en *en*, *an* y *on*, á diferencia de los que tienen una parálisis del velo, en los que, por el contrario, las sílabas citadas suenan sin la consonante.

Del mismo modo pueden advertirse los trastornos de la voz en un coreico, y comparar su fonación patológica con la normal. Compréndese, sin embargo, que cuando se trata de impresionar sonidos de poco timbre, será un obstáculo el ruido propio de la máquina. Creo, sin embargo, por lo ya experimentado, que con el aparato de Bettini—que no he tenido hasta hace poco—se amenguan mucho estos ruidos del fonógrafo, sobre todo si es modelo movido por la electricidad y está asentado el aparato de modo conveniente.

También he aplicado el micrófono Molka á la bocina del fonógrafo, y con el teléfono Ader he hecho de modo que puedan oírse los fonogramas á la distancia que se quiera.

El *modus faciendi* es muy sencillo. Cuando trato de obtener un fonograma de tos ó lenguaje hablado, coloco una bocina grande de corcho á la boca del enfermo, ó á cuatro dedos de distancia. Si es un niño le provoco la tos con una excitación endolaríngea, y pongo en marcha el aparato.

Hace un año, los fonógrafos producían un ruido al moverse que

imposibilitaba ciertas aplicaciones. Hoy han disminuido muchísimo esos ruidos, y si el progreso sigue, quizá desaparezca del todo. Tengo fonogramas en que por el deterioro del tiempo (un año) se oyen asperezas grandes en el cilindro, y al llegar el trozo impresionado con la tos, cesan aquéllos y se oye la tos clarísimamente. Los que ahora obtengo con el diafragma Bettini son más perfectos.

No puedo vaticinar sobre lo que podré lograr ampliando estos experimentos, pero creo que los tres instrumentos á que aludo son de inmenso porvenir para la Medicina.



El Dr. Compaired: Pido la palabra.

El Sr. Presidente: La tiene S. S.

El Sr. Compaired: He pedido la palabra para comunicar al Congreso, como Secretario general del mismo, que he recibido una cariñosa carta de nuestro vicepresidente, Dr. D. Modesto Martínez Pacheco, quien, después de manifestarme su deseo vehemente de que salude á todos los Sres. Congressistas en su nombre, y especialmente á los de provincias, y de expresar su sentimiento por no haberle sido posible asistir á las sesiones, dado su estado de salud, me ruega ponga en conocimiento de todos el ofrecimiento que les hace á cada uno de regalarles, como recuerdo de cariñosa gratitud y como dato histórico de los trabajos publicados en España sobre otología, su obrita *Tratado elemental de las enfermedades de los oídos*, impresa en Madrid el año de 1870. Al efecto, dice, basta que cada Sr. Congressista, por sí ó por delegación, se encargue de recoger el ejemplar correspondiente en el domicilio del citado Dr. Martínez Pacheco, Hotel de Oriente, calle del Arenal.

El Sr. Presidente: Interpretando los deseos de todos los Sres. Congressistas, se agradece en extremo esta muestra de deferencia y así quedará consignado en el libro de actas.

El Dr. Uruñuela: Pido la palabra.

El Sr. Presidente: La tiene S. S.

El Sr. Uruñuela: Señores: tengo que hacer una manifestación. Los doctores Suñé y Molist y Roquer Casadesús han salido para Barcelona, y yo he tenido el gusto de despedirles en nombre de todos los Sres. Congressistas. He de hacer presente que estos señores me han hecho una afectuosa manifestación de cariño hacia los Sres. Congressistas, así como su gran entusiasmo por este Congreso, y me encargan que si no han podido despedirse particularmente de todos, ha sido tanto por causa de la enfermedad del Dr. Roquer como por la premura de su viaje.

El Sr. Forns: Pido la palabra.

El Sr. Presidente: La tiene S. S.

El Sr. Forns: Yo he recibido un telegrama del Sr. Verdós que en idénticos términos me indica haga presente á todos los Sres. Congressistas que se adhiere á los acuerdos que se hayan tomado en este Congreso.

El Sr. Presidente: Señores Congressistas: Debo manifestaros que el señor Roquer me indicó antes de partir que, por efecto de su enfermedad, se veía en el caso de no poder resumir los trabajos de la Sección de Laringología, pero que deseaba les expresara yo su agradecimiento por las bondades con que le habían distinguido.

Cumplo esta honrosa misión, y no habiendo más asuntos de qué tratar se levanta la sesión.

Eran las nueve y diez minutos.





DICTAMEN

DE LA COMISIÓN NOMBRADA POR EL CONGRESO PARA INFORMAR
SOBRE LA COMUNICACION DEL SR. PINILLA

La Comisión que suscribe se personó en el gabinete del doctor Pinilla y escuchó sus fonogramas, inspeccionando los aparatos de que se vale, y es de opinión:

1.º Que es un hecho ya realizado por él, y útil para la práctica de la enseñanza de la Medicina, la obtención de fonogramas en los cuales pueden oírse las diferencias algunas veces patognomónicas de las diversas clases de tos: coqueluchoide, cavernosa, seca, etc.

2.º Que está igualmente realizada la obtención de fonogramas en donde se fijan las diversas alteraciones morbosas del lenguaje fonético, algunas veces patognomónicas de diversas enfermedades, como vegetaciones adenoides, temblor coreico de la voz, parálisis laríngeas, etc.

3.º Que los procedimientos de que se vale el Sr. Pinilla para que el micrófono y el teléfono puedan utilizarse en la práctica de la enseñanza médica, sólo han dado por resultado hasta ahora el poderse oír á grande distancia los fonogramas á que se alude anteriormente. No nos cabe duda, sin embargo, de que perfeccionándose los procedimientos de que nos ha dado cuenta el Sr. Pinilla, se podrán grabar los ruidos del corazón y los pulmones, y podrá entonces el fonógrafo ser un necesario auxiliar para la enseñanza de la fisiología y de la patología generales.

4.º Los que firman creen, pues, de gran porvenir todos los expe

rimentos del Sr. Pinilla, y de muy estimable valor los hasta el presente realizados, que deben animarle en sus brillantes investigaciones.

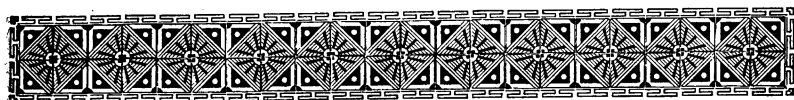
DR. E. URUÑUELA,

DR. C. COMPAIRED.

DR. RUEDA (1).

(1) El Dr. Forns formaba parte en esta Comisión que el Congreso nombró para dar informe sobre lo comunicado por el Dr. Pinilla, pero no pudo asistir el día de los experimentos.





SESIÓN DE CLAUSURA

24 DE NOVIEMBRE DE 1896

Abierta la sesión á las once y cuarto de la mañana, bajo la presidencia del Excmo. Sr. D. Julián Calleja, dijo

El **Sr. Presidente:** (Dr. Calleja): Sres. Congressistas: Esta sesión de clausura tiene un límite muy estrecho.

Lo primero, es acordar la fecha en que se ha de celebrar el segundo Congreso.

Según mis noticias, el acuerdo ó convenio tácito de los señores Congressistas es el de que se reuna en Barcelona, dentro de dos años, el segundo Congreso de Oto-rino-laringología. Creo que éste es un acuerdo muy recto y muy prudente; y no sólo lo creo acertado, por tratarse de aquella capital, sino también por la fecha en que se ha fijado y por el sitio elegido, merecedor, por la historia científica y la laboriosidad de los profesores que hay en Barcelona, de tan señalado honor.

Se ha discutido si deberá tener lugar el próximo Congreso en plazo breve ó en el de algunos años; y si bien los partidarios del plazo de un año demuestran con ello el entusiasmo más grande, parece mucho mejor que en esto la fría edad y la prudencia se impongan, señalando un plazo más largo.

Son las molestias de los viajes siempre cansadas; y luego, aun

cuando estamos en una época de progresos, no es el progreso científico, en las especialidades ni en nada, de tal manera aturdido y de torbellino, que en el plazo de un año se puedan presentar cosas nuevas. Creo muy justo el plazo de dos años. Lo enseña de la propia manera la existencia de casi toda clase de concursos como éste, que siempre se imponen por plazos más largos de tres, cuatro y cinco años.

Por lo tanto, yo pregunto á los Sres. Congressistas si lo que tienen acordado como convenio tácito lo elevan á acuerdo formal y terminante; es decir, que se verifique dentro de dos años en Barcelona el segundo Congreso español de Oto-rino-laringología.

No habiendo ningún señor Congressista que pidiera la palabra en contra, quedó aprobado por unanimidad lo propuesto por el Sr. Presidente.

El Sr. Presidente: Este es el primer punto que debía tratarse y resolverse. El segundo se refiere al nombramiento de la Junta organizadora para el segundo Congreso, residente en Barcelona. Es el momento de designar nombres. Yo entiendo que, habiendo coincidido algunas circunstancias que han obligado á muchos de los residentes en Barcelona á ausentarse, podría tomarse entre los señores Congressistas presentes el acuerdo de designar aquellas personas que creyeren que deben formar parte de la Comisión organizadora, dejando margen de ampliación para algunos nuevos nombramientos de los que ya se han ausentado, señalando simplemente el número de las personas que deban constituir esa Junta organizadora.

Conocido ya todo el personal médico de Barcelona que se dedica á la especialidad, los Sres. Congressistas presentes indicarán el número que crean prudente, para que se les designe. (El **Sr. Compadre:** Se pueden designar cinco individuos.)

Cinco me parecen pocos para esta clase de Congresos, y yo creo que ya que se han designado siete para Madrid, igual número debe constituir la Comisión organizadora de Barcelona.

Los Sres. Congressistas que conocen el personal, desde luego

pueden indicar en quién debe recaer el nombramiento de Presidente.

¿Quién creen los Sres. Congressistas que ha de ser el Presidente de la Comisión organizadora residente en Barcelona? (El Sr. Peláez: Puede ser el Dr. Suñé.)

De todos modos, cabe hacer una cosa: como hemos tenido dos Presidentes de Sección, uno de esos dos, el que tenga mayor antigüedad ó más edad, puede ser designado. (El Sr. Compaired: Pues entonces el Sr. Roquer Casadesús.)

Entonces el Sr. Roquer Casadesús es designado Presidente de la Comisión organizadora del segundo Congreso de Oto-rino-laringología, en atención á esas dos circunstancias antedichas. De esta suerte, no hay posibilidad de ofensa.

¿Lo aprueba el Congreso?

No habiendo ningún Sr. Congressista que pidiera la palabra en contra, quedó aceptado, por unanimidad, el nombramiento del Sr. Roquer Casadesús como Presidente de la Comisión organizadora del segundo Congreso de Oto-rino-laringología.

El Sr. Presidente: Ahora falta designar otras seis personas. Y desde luego creo que podrán ser los Sres. Verdós, Suñé y Molist, Botey y Karminski, dejando los otros dos nombres en blanco para que dichos señores los añadan.

Por consiguiente, en el acta de esta sesión deben constar los nombres de los citados señores para la Comisión organizadora del próximo Congreso de Oto-rino-laringología.

Ahora falta también determinar la fecha en que éste ha de celebrarse el año 1898. (El Sr. Compaired: Se ha acordado en principio que sea el 28 de Septiembre.)

Las fechas no dejan de ser importantes por la costumbre. La fecha del 28 de Septiembre no es mala; es buena temporada. Ahora bien: hay que tener en cuenta que se inauguran las enseñanzas en el día 1.º de Octubre, y los exámenes se verifican en Septiembre; por lo tanto, esa fecha desviará de una manera indudable al personal docente. Aquí hay un catedrático que tendría mucho gusto en

asistir, y le será quizá imposible por la fecha. (El Sr. Compaired: Pues el 15 de Septiembre.)

Advierto á los Sres. Congressistas que esa fecha es la de la celebración de la Virgen de las Mercedes. Lo mismo da que se concluya el Congreso antes que después de la festividad religiosa.

Sin debate quedó aprobada la fecha propuesta por el señor Presidente, es decir, la del 20 al 24 de Septiembre.

El Sr. Presidente: Se reducirá á tener las sesiones antes de la Virgen de las Mercedes.

Ahora, terminadas ya las tareas del Congreso de Oto-rino-larinología, lo que yo deseo que conste en el acta es la verdadera fortuna que han tenido los iniciadores de este Congreso en su organización y realización. Ha sido un Congreso modelo, por la laboriosidad y el entusiasmo que ha despertado en los Sres. Congressistas, por los éxitos seguros que ha obtenido para despertar aquellas aficiones hacia esas importantes especialidades, y para estrechar los lazos de compañerismo y amistad entre todos los concurrentes, y otros que no han podido asistir á las sesiones, pero que lo han visto con mucha satisfacción.

Termino felicitando al Congreso, agradeciéndole profundamente el honor que me ha dispensado y deseándole iguales éxitos en las futuras reuniones. (*Muestras de aprobación.*)

Se levanta la sesión. Eran las once y cincuenta minutos.



BANQUETE OFRECIDO Á LOS CONGRESISTAS FORASTEROS

Se verificó en el restaurant Inglés, á las ocho en punto de la noche del 22, con regular concurrencia de Sres. Congressistas.

En la mesa de honor ocupaban la presidencia D. Julián Calleja, que lo es del Congreso; á su derecha los Dres. Suñé y Molist (de Barcelona), y Peláez (de Granada), y á su izquierda los Dres. Pulido y Castañeda (de San Sebastián). Breves momentos presenció el acto el Dr. Pulido, á quien sus ocupaciones no le permitieron permanecer allí. El Dr. Compaired (Secretario general del Congreso) á la derecha, y el Dr. Uruñuela á la izquierda, completaban la mesa de honor.

El *menú* servido fué el siguiente:

Entremeses variados.

Ostras.

Puré de cangrejos.

Pastelitos y chuletitas á la Monglass.

Langosta, salsa tártara.

Filetes de vaca al champignón.

Espárragos á la vinagreta.

Helado Walesky al moka.

Capones de Bayona, asados.

Ensalada.

Bizcocho genovés al chantilly.

Quesos, pastas y frutas.

Después de la comida, espléndidamente servida, y á la hora del champagne, el Secretario general del Congreso, Dr. Compaired, inició los brindis, manifestando la imposibilidad en que se veían de concurrir al acto, por hallarse enfermos, los Sres. Martínez Pacheco (primer Vicepresidente del Congreso), y Roquer Casadesús (de Barcelona, presidente de la Sección de Laringología). Brindó por los Sres. Congresistas forasteros, sin los que no hubiera tenido este *meeting* la brillantez lograda. Hizo constar que ha habido tal número de comunicaciones, y discusión tan elevadamente científica, que prueba semejante hecho la razón de pedir la celebración del referido Congreso.

El Sr. Uruñuela saludó también á la reunión por encargo del Dr. Roquer, y como ex Presidente de la Comisión organizadora dió las gracias á todos por haber correspondido al llamamiento de dicha Comisión, y al Gobierno y al Ayuntamiento por su cooperación á la obra de este mismo Congreso. Brindó por la memoria de su maestro el Dr. Ariza, por los Congresistas de provincias, y por que se celebre anualmente una reunión de esta clase.

El Dr. Castañeda (de San Sebastián), dió las gracias á los anteriores *toasts*, en nombre de los colegas forasteros, á los colegas de Madrid, cuya amabilidad en atenderlos no podía encomiar bastante, y brindó por los especialistas madrileños.

El Dr. Suñé y Molist (de Barcelona), en un ingenioso brindis, confesó que, como la generalidad de los catalanes, tenía idea de que se trabajaba poco en Madrid, pero que se había convencido de lo contrario, al ver, no sólo la espléndida manifestación que en este Congreso han hecho los especialistas de la corte de su saber, sino las instituciones médicas de Madrid, abundantes y bien montadas, que demuestran el amor al estudio de tales compañeros, por quienes brindó con entusiasmo.

El Dr. Forns, con la fogosidad que le caracteriza, pidió que le dispensasen todos los Congresistas por haber intervenido tan á menudo en las discusiones, á lo cual le llevaba su amor á la especialidad y deseo de aprender. Según el orador, no debe haber menos de dos reuniones de esta clase al año. Terminó brindando por que esta rama de la Medicina, cultivada en España, siga te-

niendo personalidad propia, inspirada siempre en un espíritu progresivo.

Cerró los brindis, con uno muy elocuente, el Dr. Calleja, en el cual recordó que el mejor éxito de estas reuniones está en el conocimiento personal de unos con otros, que nos hace conocernos mejor y tener un más alto concepto de nosotros mismos, porque el pueblo español—dijo—necesita, para conocerse en sus virtudes, que lleguen circunstancias en que se las revelen unos á otros de un modo palmario. Además, estos Congresos demuestran la necesidad y conveniencia de estrechar los lazos de fraternidad entre los médicos españoles, cosa bien sentida desde que se inició la idea de los Colegios médicos.

Grandes aplausos acogieron las palabras del Dr. Calleja, con las que terminó este banquete, amigable reunión de los más distinguidos laringo-oto-rinólogos españoles.





ÍNDICE

	<u>Págs.</u>
Programa.....	7
Bases para el primer Congreso Español de Oto-rino-laringología..	11
Lista de los Sres. Congressistas.....	14
Sesión preparatoria.....	19
Mesa definitiva.....	23
Sesión inaugural.....	25
Carta á los oto-rino-laringólogos españoles.....	26

SECCIÓN DE OTO-RINOLOGÍA

Primera sesión, celebrada el 20 de Noviembre.

Datos para la historia de la Otología española, por el Dr. Forns...	41
Discusión.....	45
Dos casos de complicación cerebral de origen otítico, por el doctor Ramón Castañeda (de San Sebastián).....	45
Discusión.....	50
Nuevos datos en favor de la curabilidad de la sordomudez, por el Dr. P. Verdós (de Barcelona).....	51
Discusión.....	60
Aloquiria auditiva y zumbidos extracraneales, por el Dr. Pedro Verdós (de Barcelona).....	62
Discusión.....	65
Osteítis necrósicas altas del oído, por el Sr. Suñé y Molist (de Barcelona).....	66
Discusión.....	69
Exposición de cuadros murales destinados á demostrar la anatomía del aparato auditivo por el Dr. Forns.....	71

Segunda sesión, celebrada el 21 de Noviembre.

	<u>Págs.</u>
Curación sin recidiva de dos casos de epiteloma del pabellón y conducto auriculares por la amputación y tratamiento consecutivo con el clorato potásico, por el Dr. Compaired (de Madrid).	77
Discusión	80
Tatamiento de las sinusitis frontales crónicas y de sus lesiones intra-cranianas consecutivas, por el Dr. Ricardo Botey (de Barcelona).....	81
Discusión	101
Tratamiento de la rinitis hipertrófica por la resorcina al 100 ^o %, por el Dr. D. José González Campo.....	102
Discusión.....	107
Tratamiento de los vértigos, zumbidos y de algunas afecciones del laberinto por la punción de la membrana redonda, seguida de aspiración, por el Dr. Ricardo Botey (de Barcelona).....	109
Discusión.....	119

Tercera sesión, verificada el 22 de Noviembre.

Juicio acerca de la técnica propuesta por el Dr. Botey para la perforación de la ventana redonda, seguida de aspiración. (Comunicación oral por el Dr. Forns).....	121
Discusión.....	125
Tratamiento de la desviación vertical del tabique cartilaginoso con obstrucción nasal y lateralización de la punta de la nariz, por el Dr. Ricardo Botey (de Barcelona).....	125
Algunas consideraciones sobre las rinitis crónicas y el tejido erectil de la mucosa nasal por el Dr. Peláez (de Granada).....	135
Discusión	148
La etmoiditis supurada y el cornete medio, por el Dr. F. Rueda...	148
Discusión.....	154
El método conservador en las afecciones del ático, por el Dr. Rueda y Carrera (de Madrid).....	155
Discusión.....	161
¿Por qué siendo tan frecuentes las otitis medias supuradas son tan raras las mastoiditis? — Explicación de este fenómeno por descubrimientos anatómicos personales. — Comunicación oral del doctor Forns (de Madrid).....	162
Discusión.....	166

Cuarta sesión, verificada el 23 de Noviembre.

Tratamiento de las supuraciones crónicas comunes de la caja, por el Dr. Carlos Karminski.....	169
Discusión	175

	<u>Págs.</u>
El nuevo tratamiento del ozena, por el Dr. Compaired (de Madrid).	177
Discusión.....	188
Recipiente auricular, por el Dr. Lope Carralero.....	194
Discusión.....	196
Otitis media supurada en los niños, su rebeldía, causas que determinan ésta y modo de corregirlas, por el Dr. Carralero.....	196
Medios que deben emplearse para corregir las causas que determinan la rebeldía en las otitis medias supuradas en los niños.....	200
Discusión.....	205
Presentación de instrumentos por el Dr. Botey.....	206
Discusión.....	206
Exposición de un caso notable de sordo mudéz, por el Dr. D. Baldomero González Alvarez.....	206
Observación de un caso de papiloma en la fosa nasal derecha. comprobado por el examen histológico, por el Dr. Borrás y Torres (de Barcelona).....	209
Infecciones consecutivas á la perforación habitual del lóbulo de las orejas: su carácter predominante, por el Dr. Vior Travieso (de Rivadeo, Lugo).....	212
Datos para el estudio de la sordomudéz, por el Dr. Barberá (de Valencia).....	216
Discusión.....	221

SECCIÓN DE LARINGOLOGÍA

Sesión del 19 de Noviembre de 1896.

El tratamiento ortofónico en la parálisis unilateral, por el Dr. Barberá (de Valencia).....	226
Discusión.....	229
Las inyecciones traqueales de creosota y guayacol en la tuberculosis laringo-pulmonar, por el Dr. Ricardo Botey (de Barcelona).	229
Discusión.....	237
La tirotomía en el cáncer laríngeo, por el Dr. Ricardo Botey (de Barcelona).....	240
Discusión.....	255
Presentación de varios instrumentos, por el Dr. Ricardo Botey (de Barcelona).....	257
Discusión.....	268

Segunda sesión.

Sobre una forma de laringitis aguda de la infancia que se confunde con el croup, por el Dr. Castañeda.....	271
Discusión.....	284
Tumor laríngeo angiomaso, por el Dr. J. Rueda.....	287
Discusión.....	289

	<u>Págs.</u>
Ictus laríngeo, por el Dr. Roquer Casadesús (de Barcelona).....	292
Discusión.....	297
Cáncer laríngeo.—Aneurisma aórtico, traqueotomía: muerte súbita por <i>angor pectoris</i> , por el Dr. Roquer Casadesús (de Barcelona).	299
Discusión.....	302
Un caso de terapéutica del traqueocele, por el Dr. Roquer Casadesús (de Barcelona).....	303
Discusión.....	305
Sífilis hereditaria tardía y vegetaciones adenoides, por el Dr. Arrese.	305
Discusión.....	309

Tercera sesión.

El sulfuro de calcio en las faringitis exudativas, por el Dr. Pérez Moreno.....	311
Discusión.....	312
Diagnóstico de los tumores laríngeos, por el Dr. Horcasitas.....	313
Discusión.....	316
Urticaria laríngea, por el Dr. Fornas.....	317
Relaciones del artritisismo con las afecciones naso-faríngeo-laríngeas y bronquiales. Necesidad de ampliar el campo de la especialidad al estudio de las afecciones del aparato respiratorio y circulatorio, por el Dr. Enríquez.....	321
Sífilis bucal y faríngeo-laríngea, su tratamiento por la cura mixta termal, por el Dr. Botella.....	327
Discusión.....	332
Enfermedades reflejas y reflejadas de la nariz, garganta y oídos, en los niños, por el Dr. Rodríguez Pinilla.....	333
Discusión.....	340

Cuarta sesión.

La intubación: sus indicaciones, estadística, por el Dr. Llorente (de Madrid).....	343
Discusión.....	348
Simplificación de la traqueotomía, por el Dr. Uruñuela (de Madrid).	356
Discusión.....	359
Tratamiento y curación de los pólipos laríngeos por las vías naturales, por el Dr. Uruñuela (de Madrid).....	372
Discusión.....	378
El humor herpético en la garganta, por el Dr. Mariani.....	379
El fonógrafo, el micrófono y el teléfono aplicados á la Medicina, comunicación del Dr. Rodríguez Pinilla.....	382
Dictamen de la Comisión nombrada por el Congreso para informar sobre la anterior comunicación.....	387
Sesión de clausura.....	389
Banquete ofrecido á los Sres. Congresistas forasteros.....	393

616.06619 P600 c.1

Primer Congreso español de otorinola



086 991 328

UNIVERSITY OF CHICAGO