

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

REPUBLICA DE GUATEMALA
CENTRO AMERICA

TRATAMIENTO DE LAS OTORREAS
POR EL LIQUIDO DE CALOT

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

POR

HORACIO FIGUEROA M.

Ex-interno, por oposición, del Hospital General.

Ex-interno del Hospital Militar.

EN EL ACTO

DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

12 ABR. 1929

ABRIL DE 1929.

TIPOGRAFÍA SÁNCHEZ & DE GUISE
8ª Avenida Sur Nº 24.

INTRODUCCION

A principios del año próximo pasado, llegó a la consulta del Dr. don Serapio de León un niño atacado de otorrea cuyo origen fué el siguiente: Durante sus juegos, unos compañeros del referido niño, tuvieron la diabólica idea de sujetarlo y echarlo al suelo. Una vez caído, le introdujeron en el conducto auditivo externo, un cohete, al que luego dieron fuego. Naturalmente, al estallar produjo lesiones en el oído medio y externo ocasionando una ruptura de la membrana del tímpano. Como es de suponerse, quedaron restos del cohete en la caja, por lo cual se produjo una infección secundaria que dió origen a la otorrea.

El Dr. de León estuvo tratándolo durante mucho tiempo, combinando todos los métodos terapéuticos aconsejados, pero ya cansado del poco resultado de sus esfuerzos quiso la casualidad que cayera en su poder el artículo de Riccietelli y Franchinix titulado "Tratamiento de las otorreas por el líquido de Calot" que aparece en la revista de Oto Rino-Laringología de Burdeos del mes de Agosto de 1927. Fué entonces cuando decidió usarlo en su enfermo en cuestión (haciéndole únicamente la modificación del lavado auricular) y cual no sería su gusto al notar que en el término de pocas semanas estaba completamente curado. Halagado por esto, siguió empleándolo en otros pacientes y obtuvo los mismos inesperados éxitos a pesar de que en algunos de ellos, veía inminente la necesidad de la Operación radical.

Cuando me dió a conocer el método, me propuse emplearlo juntamente con él, en la consulta de O. R. L. del Hospital General y al notar los buenos resultados me decidí a escribir la tesis que presento, haciendo antes un corto esbozo de la Anatomía y Fisiología del oído medio.

OIDO MEDIO

ANATOMIA

El oído medio, que es el único del que nos ocuparemos, es una cavidad llena de aire, situada en el espesor del hueso temporal. Separa el oído interno del externo. Hállase en su interior la llamada *cadena de los huesecillos*, compuesta de *martillo*, *yunque* y *estribo*. Está cerrado por fuera, mediante una membrana—la membrana del tímpano—en tanto que por delante se encuentra en comunicación con la faringe, merced a un conducto—la *trompa de Eustaquio*. Atrás, el tímpano se prolonga en las *células mastoideas* de la apófisis de ese nombre, células que constituyen simples prolongaciones del oído medio. Tenemos, por consiguiente, que estudiar:

- I) La caja del tímpano;
- II) La cadena de los huesecillos;
- III) Las cavidades mastoideas; y
- IV) La trompa de Eustaquio.

I) Caja del Tímpano.

Llamada así por comparársela a un tambor o caja militar, consta de dos paredes, interna y externa, y una circunferencia.

a) *Pared externa*.—Consta de dos porciones, una *membranosa*,—que constituye su mayor parte—y una *ósea*, que comprende la región del hueso temporal que rodea al tímpano. Estudiémoslas sumariamente:

(alpha) *Porción membranosa*. (*Membrana del tímpano*). Preséntase bajo las apariencias de una membrana regularmente circular, colocada a la terminación del conducto auditivo externo, separando a guisa de tabique ambas regiones, es decir, el oído medio del externo. Según los individuos, sus dimensiones oscilan entre *nueve y medio y diez y medio milímetros*. No circular, sino elíptica, su superficie

presenta un diámetro vertical que generalmente excede en $\frac{1}{2}$ o 1 milímetro al horizontal. Denominanse *polos* ambos extremos de dicho diámetro: *polo superior*, *polo inferior*, según correspondan a las extremidades respectivas.

Según las edades, la inclinación de esta membrana es muy variable. Del todo horizontal a la base del cráneo durante la vida intrauteriana, paulatinamente se eleva a la vertical—sin alcanzar nunca este plano—a medida que desarrolla el individuo. He aquí los siguientes datos: en el recién nacido, el ángulo que forma con la horizontal—*ángulo de inclinación de la membrana timpánica*—varía entre 30° y 35° ; en el adolescente y en el adulto, dicha inclinación oscilará entre 40° y 45° , siendo, por consiguiente, muy exigua la amplitud de los límites de inclinación de esta membrana en los diferentes períodos de la vida.

Se dijo ya que su forma es circular, mas advirtiéndose que su superficie no es plana. En efecto: el mango del martillo, adhiriéndose perfectamente a ella por su cara interna, la atrae hacia adentro, de tal manera que hay una depresión infundibuliforme, cóncava respecto al conducto auditivo externo y convexa por el lado de la caja. Dicha depresión lleva el nombre de *ombligo* y no está en el centro de la membrana, sino un poco debajo y detrás de dicho centro, (Rouviere) correspondiendo a la extremidad libre del mango del martillo.

La membrana del tímpano está engastada (a la manera de un vidrio de reloj en su ranura metálica, *Testut*) en un surco óseo—el *sulcus tympanicus*—; mas, diferenciándose de este símil, no es completa la ranura, y sólo las *cinco sextas partes del tímpano* están comprendidas en ella, es decir, que en el *sexto* restante, superior del círculo timpánico, queda una pérdida de substancia (aproximadamente de cinco milímetros) llamada *segmento de Rivinus*, al nivel del cual la membrana del tímpano toma el nombre de *membrana flácida de Schrapnell*.

Histológicamente, consta de tres hojas, de naturaleza y fisiología distintas:

- 1.^a) Una hoja *externa* o *epidérmica*, que no es sino una prolongación de la piel que recubre el conducto auditivo;
- 2.^a) Una hoja *intermedia*, o *lámina propia*, de naturaleza fibrosa que da su consistencia peculiar a la membrana;
- 3.^a) Una capa *interna* o *mucosa*, continuación de la que tapiza la caja del tímpano.

Arterias, venas, linfáticos y nervios de la membrana, están dispuestos formando dos redes, una para la capa cutánea y otra para la mucosa.

- | | |
|-------------|---|
| Arterias. | Capa cutánea: Timpánica auricular profunda (rama de la maxilar interna.) |
| | Capa mucosa: Timpánica y rama de la estilo mastoidea. |
| Venas. | Capa cutánea: Terminan en la vena yugular externa. |
| | Capa mucosa: Afluyen, unas al plexo pterigoideo, otras a las venas de la dura madre y al seno transverso. |
| Linfáticos. | Capa cutánea: Red finísima, que se continúa con los linfáticos del conducto auditivo externo. |
| | Capa mucosa: Red que se continúa con los linfáticos de la caja. |
| Nervios | Capa cutánea. Proviene: 1. ^o , de un ramo del nervio aurículo temporal (V par); 2. ^o , del ramo auricular del pneumogástrico. |
| | Capa mucosa: Proceden del nervio de Jacobson (ramo del IX par). |

Conviene advertir que, una y otra red, vascular y nerviosa, están solidariamente unidas a través de la membrana.

(beta) *Porción ósea*. La membrana del tímpano está rodeada por una parte ósea que completa la pared externa de la caja. Por delante, atrás y debajo de la membrana, esta parte mide apenas unos dos milímetros de ancho. Arriba, es bastante más extensa, tiene cerca de cinco a seis milímetros de altura; esta importante parte de la pared externa lleva los nombres de *ático*, *recessus epitimpanicus*, *cavidad superior de la caja* y *alvéolo de los huecesillos*, porque aloja la cabeza del martillo y el cuerpo del yunque.

Esta parte ha aumentado de importancia en estos últimos años a causa de las operaciones quirúrgicas de que ha sido objeto.

b) *Pared interna*.—La pared interna de la caja, que se ve tan pronto como se ha quitado la membrana timpánica, separa el oído interno del externo.

Sus detalles anatómicos son bastante numerosos y de importancia variable.

Los principales de éstos son los siguientes, que hay que estudiar por separado:

1.º—*El Promontorio*.—Es una saliente que se encuentra en la parte central de esta pared; tiene una forma *mamelonada*, lisa y mide próximamente unos siete milímetros de ancho por seis de altura (Rouviere). Esta saliente corresponde por el lado del oído interno a la primera vuelta de la espiral del caracol.

Por debajo del promontorio y en el límite de la pared interna con la pared inferior de la caja, se ve un orificio, que no es más que el superior del conducto de Jacobson. De este orificio parte un surco que se ramifica por el promontorio; canal y surco, dan paso al nervio de Jacobson y a sus ramas.

2.º—*Ventana oval*.—(*Abertura vestibular del tímpano*).—Situada por arriba y un poco por detrás del promontorio, separa el tímpano del vestíbulo del oído interno.

Se presenta bajo la forma de un orificio de forma elíptica cuyo eje mayor está dirigido en sentido transversal y mide de tres a cuatro milímetros de largo. Descansa sobre una foseta llamada foseta de la ventana oval.

Al estado seco pone en comunicación la caja con el oído interno, pero normalmente está ocupada por la base del estribo la cual se amolda perfectamente a su forma elíptica.

3.º—*Ventana redonda*.—(*Abertura espiral del tímpano*).—Es otra formación colocada por abajo y detrás del promontorio en el fondo de una fosilla llamada fosita de la ventana redonda de Ribes. Corresponde a la extremidad inferior del tramo timpánico del caracol. Se encuentra cerrada al estado fresco por una membrana que se conoce con el nombre de tímpano secundario.

4.º—*Seno timpánico*.—Entre las dos ventanas que acabamos de describir, se encuentra una pequeña excavación, es el seno timpánico o cavidad subpiramidal de Huguier. Dicha cavidad está separada de la fosita de la ventana oval por una pequeña cresta, el *ponticulus promontorii*, así mismo está separada de la fosita de la ventana redonda por otra cresta llamada *cubiculum promontorii*. El seno tiene una forma circular cuyo diámetro mide aproximadamente unos cuatro milímetros.

5.º—*Conducto del músculo del martillo*.—Adelante y arriba de la ventana oval y del promontorio, es decir, en la

porción ántero-superior de la pared interna, corre un canal óseo, es el *conducto del músculo del martillo*. Principia en el ángulo entrante formado por el borde circunferencial de la escama al unirse con el borde anterior de la roca; de aquí se dirige hacia atrás, afuera y arriba caminando por debajo de la porción ósea de la trompa y después sobre la parte más elevada de la pared interna y al llegar a la fosa oval se récurva hacia afuera bajo la forma de una saliente cónica terminada por un orificio que libra paso al tendón del músculo del martillo.

Como se ve por esta descripción, el mencionado conducto consta de dos partes: una *porción refleja o intratimpánica* y otra *porción directa* que en parte está situada adentro del tímpano y en parte afuera. La longitud total del conducto es de diez a quince milímetros de los que corresponden cinco a la *porción intratimpánica* y diez a la *porción extratimpánica*.

Examinada al estado seco, la porción intratimpánica de este conducto nos muestra una pérdida de substancia correspondiente a su pared externa, de tal manera que en vez de un conducto completo tiene la forma de un canal que va estrechándose hasta su terminación a la manera de la extremidad de una cuchara y de aquí el nombre clásico de *pico de cuchara* con que se designa a esta parte del conducto.

c) *Circunferencia*.—La circunferencia separa las dos paredes anteriormente descritas; para comodidad de su estudio, puédese, a su vez, considerársele cuatro paredes:

- 1.ª) Superior o craneana;
- 2.ª) Anterior o tubaria;
- 3.ª) Inferior o yugular; y
- 4.ª) Posterior o mastoideana.

1.ª) *Pared superior o craneana*.—Techo de la caja o *tegmen tympani*, se halla representada por una lámina ósea, delgada y semitransparente, que separa el oído medio de la cavidad craneal. Dicha laminilla, está formada en parte por el peñasco (*parte interna*) y en parte por la concha del temporal (*porción externa*), separadas ambas por una estrecha sutura que persiste hasta una edad avanzada (*sutura petro-escamosa superior*), estando además atravesada por vasos arteriales y venosos, que ponen en relación la caja con la duramadre regional.

2.^a) *Pared anterior o tubaria*.—En relación con la trompa de Eustaquio—de la que la caja no parece ser sino una dilatación—comunica con ella mediante una ancha abertura, que tiene: por arriba, el conducto del músculo del martillo; por abajo, se confunde con el piso de la caja; por adentro, con el promontorio y por fuera la membrana del tímpano. En su parte súpero externa “se nota un orificio por el cual la cuerda del tímpano sale de la caja: es el orificio posterior o profundo del canal anterior de la cuerda”. (Rouviere).

Empero, la relación clínicamente más importante de esta pared, es la que presenta con la arteria carótida interna—vecindad peligrosa en todas las afecciones supurativas de la caja, porque, propagándose el pus, torna frágiles las paredes de este vaso, haciendo inminente la muerte, por hemorragia carotidiana.

3.^a) *Pared inferior o yugular*.—(Piso de la caja o *recessus hypotympanicus*).

La pared inferior o *suelo de la caja*, tiene la forma de un canal de dirección *ántero-posterior*, limitado hacia afuera por un *reborde óseo*, que hace que esta pared se encuentre a nivel inferior del conducto auditivo externo. Tal disposición anatómica favorece el estancamiento del pus en los casos de otorrea.

Como la superior y la anterior, esta pared presenta también una vecindad llena de riesgos, cual será: *el golfo de la vena yugular*, accesible a una supuración que causaría una de las más graves complicaciones, es decir, la *trombo-flebitis* de esta vena.

4.^a) *Pared posterior o mastoideana*.—Preséntanos, en primer término, hacia arriba, un orificio ancho, de forma irregular muy variable, generalmente triangular; es el *conducto tímpano mastoideo o aditus ad antrum*, que conduce al antro mastoideo. En el ángulo inferior de este orificio se encuentra una hendidura en la que se aloja la rama horizontal del yunque.

Debajo del *aditus* y enfrente del seno timpánico se eleva una saliente cónica llamada *Pirámide*. (Rouviere) Su situación exacta está en el límite de esta pared con la interna, de aquí que algunos autores la describen en esta última región.

En el vértice de la pirámide existe un pequeño orificio, que conduce a un conducto llamado *del músculo del estribo*.

Por el orificio sale el tendón de este músculo. En todo su recorrido, este conducto se encuentra situado por delante del acueducto de Falopio del cual está separado por una delgada lámina ósea. Un poco más abajo se encuentra el orificio de entrada de la *cuerda del tímpano*.

II) Cadena de los Huesecillos.

De la pared externa de la caja—*membrana del tímpano*—hasta la ventana oval, se extiende la ya citada serie de huesecillos, engranados en forma de *cadena*, “cadena de los huesecillos auriculares”, articulados de modo que transmiten íntegramente al líquido laberíntico cuanta vibración sonora fué impresa al tímpano y que, recogida y condensada, llególes mediante el conducto auditivo externo.

Tres huesecillos integran tal cadena:

Martillo,
Yunque y
Estribo.

1.^o—*Martillo*.—El martillo (*malleus*), el más externo y anterior de la cadena, es igualmente el más largo (ocho milímetros). Consta de cinco partes: *cabeza*, *cuello*, *mango*, *apófisis larga* y *apófisis corta*.

Cabeza. Es la extremidad superior del hueso, redondeada y lisa en casi toda su extensión, situada en el ático. *Cuello* Intermediario entre el mango y la cabeza, es bastante estrecho, aplanado de adelante a atrás; soporta las dos apófisis indicadas. *Mango* (*Manubrium*) continúa al cuello, no siguiendo, sin embargo, su misma dirección, sino formando con el eje de éste un ángulo muy obtuso; por lo demás, está englobado en el espesor de la membrana timpánica.

La *apófisis corta o externa* (*processus brevis seu obtusus*) se desprende de la parte inferior y externa del cuello. Dirigiéndose un poco hacia afuera, levanta la parte superior de la membrana timpánica, en las inmediaciones de su circunferencia.

La *apófisis larga* (*processus spinosus vel gracilis*), *apófisis aguda* de Raw, nace en la parte anterior del cuello y penetra en la más externa de la cisura de Glasser.

2.^o—*Yunque*. (*Incus*).—Llamado así por su semejanza con el yunque del herrero, nos presenta, para su estudio,

un cuerpo y dos ramas. El primero ocupa el ático, y está situado detrás de la cabeza del martillo; de su parte pósteroinferior arrancan las dos ramas, una de estas corta (*processus brevis*) y larga y delgada la otra, (*processus longus*), que se termina en un pequeño abultamiento, la *apófisis lenticular*, de la que muchos autores hacen un huesecillo aparte.

3.º—*Estribo*. (*Stapes*).—Situado por dentro del anterior, se extiende en sentido horizontal, desde la apófisis lenticular de dicho huesecillo hasta la ventana oval. Debe su nombre a su semejanza con los estribos de las sillas de montar.

Para su estudio, nos ofrece a considerar: una cabeza, una base y dos ramas.

La cabeza se articula con la apófisis lenticular. La base está representada por una lámina ósea, que cubre perfectamente a la ventana oval. Las dos ramas, anterior y posterior, nacen de la base del estribo y, dirigiéndose hacia la cabeza ya señalada, se reúnen entre sí, constituyendo la llamada *asa del estribo*.

Los tres huesecillos descritos someramente, no están libres, sino reunidos entre sí por verdaderas articulaciones y ligamentos. El martillo articula con el yunque y éste con el estribo; sus articulaciones pertenecen al género de las *diartrosis*. Este delicado engranaje está puesto en movimiento por dos músculos: el *músculo del martillo* y el *músculo del estribo*. En cuanto al yunque, carece de haz muscular, y sus movimientos son pasivos, comunicados, ya por el martillo, ya por el yunque.

III) Cavidades Mastoideas.

La parte más alta de la pared posterior de la caja conduce a un sistema de *cavidades* excavadas en la porción mastoidea del temporal; hay una, mayor que todas, llamada el "antro mastoideo," cuya forma es casi siempre oval, estando dirigido su eje mayor en un sentido antero-posterior. Rodeándolo por doquiera, todas ellas unidas entre sí y en comunicación igualmente con dicho antro, se hallan las ya citadas cavidades más pequeñas, que han recibido la denominación de *células mastoideas*.

Muy interesantes, desde el punto de vista quirúrgico, son las relaciones anatómicas de estas cavidades y células con los órganos vecinos.

Finalmente: las supuraciones del oído medio encuentran en ellas fácilmente donde esconderse y propagarse, originando complicaciones, tales como la mastoiditis, la flebitis del seno lateral, etc.

IV) Trompa de Eustaquio.

La trompa de Eustaquio (*tuba eustaquiana*) o conducto gutural del oído, es una larga comunicación rectilínea, infundibuliforme, en parte ósea y en parte fibro-cartilaginosa, de cuarenticinco milímetros de largo, que se extiende desde la pared anterior de la caja del tímpano hasta la parte superior y lateral de la faringe.

Su principal función es dar salida hacia este último órgano a todas las secreciones de la caja, manteniendo en equilibrio de presión el aire que ésta contiene y el atmosférico.

FISIOLOGIA

Fisiología del oído medio.

Su principal papel consiste en la transmisión de las ondas sonoras que vienen del oído externo al interno. Tal transmisión está asegurada por la *membrana del tímpano* y la *cadena de los huesecillos*, cuyos constantes y alternativos movimientos aumentan o disminuyen la presión del líquido laberíntico. Debe notarse, sin embargo, que la ausencia parcial o completa de la membrana del tímpano, no implica fatalmente la *sordera*, sino más bien, una *disminución* o *rudeza de la audición*.

Las ondas provenientes de un cuerpo sonoro, reforzadas por el oído externo, inevitablemente percuten la membrana timpanal, que *vibra* lateralmente, como una cuerda, fenómeno que es posible poner en evidencia, mediante una pequeña palanca registradora: bastará que una de sus extremidades se apoye sobre la membrana y que la otra amplifique las vibraciones sonoras que se le imprima a tal membrana, registrándolas sobre un cilindro rotatorio.

Si bien está ya dicho que la membrana timpánica *vibra como una cuerda*, será preciso añadir que *es sensible* a todos los sonidos, circunstancia que la diferencia de todas las demás cuerdas o membranas tensas, ordinarias, *no vitales*, que vibran únicamente para los sonidos de determinado número de vibraciones. Estas, que afectan directa-

mente la membrana, son transmitidas a la ventana oval, mediante la ya indicada cadena de huesecillos, constituyendo en conjunto un engranaje animado por dos músculos: el músculo del martillo (inervado por el maxilar inferior) y el músculo del estribo (inervado por el facial). El primero, atrae hacia adentro el mango del martillo, que gira al rededor de su cuello, de modo que su extremidad inferior se dirige hacia adentro y la superior hacia afuera.

Es entonces cuando el yunque,—articulándose con el martillo y siguiendo a éste en su desplazamiento—gira en torno de su rama horizontal, combinadamente, la rama vertical gira hacia adentro, empujando al estribo, huesecillo que, finalmente, ejercerá presión sobre el líquido del laberinto, a través de la mencionada ventana oval. El papel de este músculo, en resumen, consiste en *aumentar la tensión intralaberíntica*.

La acción del músculo del estribo es antagonística. Su contracción tira hacia atrás su punto de inserción, o sea la *cabeza* del estribo, acción que tiene por efecto un desplazamiento de su base al rededor de su eje vertical. El resultado último de tan complejo movimiento es que la extremidad posterior del estribo penetra y comprime la membrana de la ventana oval (y por su intermedio el líquido laberíntico), en tanto que la extremidad anterior produce una acción exactamente opuesta, efecto debido a que el eje de rotación del estribo está más próximo a su extremidad posterior, de lo que resulta que, en los desplazamientos de su base, es menor el que se dirige hacia adentro que el que se ejecuta hacia afuera, de donde una *disminución de la tensión intralaberíntica*, término último de la acción del músculo del estribo.

Tal es, pues, la transmisión fisiológica del sonido, la transmisión verdadera, es decir, la que se verifica mediante la cadena de los huesecillos. Pero membrana y cadena pueden faltar, sin que necesariamente se suprima la audición: en tal caso, las vibraciones sonoras son transmitidas al oído interno por el aire de la caja; mas el sentido acústico quedará considerablemente resentido.

Se admite también que las vibraciones pueden ser transmitidas al oído interno por los huesos del cráneo, sin pasar por el oído medio. En efecto: haciendo vibrar un diapasón y acercándolo a la oreja de un sujeto, llegará un instante en que el sonido se ha debilitado tanto que ya no lo percibe; más, si entonces se coloca el diapasón entre sus

dientes o se le apoya sobre los huesos del cráneo, nuevamente lo volverá a escuchar. Ello evidenciaría la transmisión del sonido por los huesos del cráneo; pero Arthus hace notar que si se registran los movimientos del tímpano, se encontrará que, cuando el sonido ya no es perceptible por el oído y necesita el concurso de los huesos del cráneo para ser apreciado, dicha membrana timpánica continúa en vibración, y que esta vibración es tanto más necesaria cuanto que en los individuos carentes de tímpano esta experiencia ya no da el mismo resultado.

Tal es, pues, de una manera muy somera, el papel que le incumbe al oído medio en la percepción y transmisión del sonido.

EXAMEN DEL TIMPANO Y OIDO MEDIO

El examen del tímpano se hace por una técnica particular, habiendo necesidad en la mayoría de los casos del uso de un especulum auris, debido a la dirección del conducto auditivo externo. En ciertos individuos en los que este conducto es rectilíneo no es necesario el uso de este aparato.

El especulum es un pequeño aparato infundibuliforme, hecho casi siempre de metal pulido, plata o maillechort niquelado; hay varios modelos como el de Tonybee, Politzer, Siegle y el especulum dilatador de Mahu.

Este último es muy poco usado, pues es sabido que el objeto principal del aparato consiste, no en dilatar el conducto, sino en enderezar su porción cartilaginosa para ponerla en la misma dirección que la porción ósea. Por la misma razón, un especulum largo debe desecharse, puesto que al ser introducido en el conducto auditivo, disminuye su calibre poniéndonos, por consiguiente, en mayores dificultades para el examen de la membrana.

El mejor aparato sería el de Tonybee, que es simple, de fácil manejo y de dimensiones apropiadas.

Técnica del examen.—Luz artificial. El enfermo se sienta del lado que va a ser examinado, dando el dorso a la fuente luminosa; el observador, provisto de su espejo frontal, envía hacia el conducto un haz de rayos. Luego que el conducto está iluminado, con una mano (mano derecha para el lado izquierdo y viceversa) se tira de la oreja, tomándola por la hélice entre el dedo pulgar, colocado adelante y los dedos índice y medio detrás y se lleva hacia arriba y atrás con el objeto de enderezar la porción

cartilaginosa. Tómase entonces el especulum con la otra mano (mano derecha para el lado derecho y viceversa) y teniéndolo cogido por el pabellón entre el pulgar y el índice, preséntese la otra extremidad al meato; introdúzcase en seguida lentamente y teniendo cuidado de no provocar el más mínimo dolor. No hay que penetrar profundamente, bastan y deben ser siempre suficientes unos cuantos milímetros más allá del punto de unión de la porción cartilaginosa con la ósea.

Es un error lamentable creer que entre más se introduzca el aparato, mejor se ve, ya hemos dicho que es lo contrario lo que sucede.

He aquí un buen expediente para introducir sin dolor el aparato:

“Teniendo el especulum por su papellón entre el pulgar y el índice, tómese un ligero punto de apoyo en la región pretraguiana con el anular y el quinto dedo, entretanto que el dedo medio, colocado en la parte media del aparato, lo dirige en su penetración, suavemente, lentamente, hacia el orificio del conducto.”

Demás está decir que a medida que el aparato es introducido, deben examinarse las paredes del c. a. e. anotando todo lo que se encuentre al paso: cuerpos extraños, forúnculos, eczema, micosis, acné, herpes, atresia, etc.

Imagen otoscópica del tímpano.—Una vez que el espéculum está convenientemente colocado, es fácil ver la membrana timpánica, en el fondo del conducto auditivo externo.

La membrana timpánica, al estado normal, examinada a la luz solar, ofrece una coloración gris perla, brillante; vista a la luz artificial es gris amarillenta, siendo, en uno y otro caso, debida dicha coloración tanto al color propio de la membrana como al de la pared interna de la caja, vista por transparencia. Por consiguiente, el color de esta membrana es susceptible de variar, en los casos de un derrame o de un rubor difuso de la membrana.

Como ya está dicho, la inclinación del tímpano sobre la horizontal es, por lo general, de 45° en el adulto y de 30° a 35° en el niño, de donde esta aplicación práctica: tratándose de un infante, es menester inclinarle la cabeza hacia el hombro opuesto al oído que se examina.

El primer punto de referencia que habrá de buscarse, será una pequeña saliente situada arriba y adelante, del tamaño de una cabeza de alfiler: trátase de la pequeña apófisis del martillo, de la que parten los dos ligamentos

tímpano-maleolares, arriba de cuya inserción se encuentra la *membrana de Schrapnell*. De esta diminuta apófisis, oblicuamente, hacia abajo y hacia atrás, desciende el mango del martillo con el aspecto de una línea blanca.

Más abajo, en el cuadrante ántero-inferior del círculo timpánico, se percibe un reflejo luminoso, triangular, cuyo vértice corresponde al *ombliigo* (centro) y su base a la circunferencia de la membrana: es éste el *triángulo luminoso de Politzer* o *cono luminoso de Wilde*, debido a la concavidad de la membrana. Por consiguiente, sus dimensiones variarán en la misma medida que varía dicha concavidad; y en casos en que el tímpano abomba al exterior (otitis media supurada) desaparece este triángulo y la membrana pierde su brillo y refringencia normales.

Clínicamente, podemos dividir la membrana timpánica, asimilándola a un círculo, en cuatro segmentos o cuadrantes. Tracemos mentalmente una línea vertical que pase por el mango del martillo: pasará también sobre el ombliigo, y el tímpano quedará dividido en dos regiones semi-circulares, *pre-umbilical* y *retro-umbilical*. Si, perpendicular a esta línea, trazamos una horizontal que asimismo la corte en el *ombliigo*, tendremos nuevamente otras dos regiones, *supra* y *sub-umbilical*, y, en definitiva, el tímpano quedará dividido en cuatro segmentos:

antero superior,
postero superior,
antero inferior y
postero superior.

En toda observación clínica lo anormal deberá referirse siempre a cada uno de estos cuadrantes. Ejemplos: *perforación única en el cuadrante postero-superior; doble perforación en el cuadrante antero-inferior, etc.*

Examen funcional del oído medio.

Tal examen debe comprender:

Estudio de la audición;

Estudio de la equilibración. Esta última está más en relación con el oído interno, como lo demostraron Flourens y Ménière y, dados los fines de este trabajo, la pasaremos en alto; haciendo notar, sin embargo, que en algunas afecciones de la región auditiva que nos ocupa (otorrea) suelen presentarse algunos trastornos del equilibrio, tales como vértigos, mareos, obnubilaciones, etc., más propios de las

lesiones del oído interno. Lo que por ahora nos interesa es el estudio de los trastornos propiamente auditivos, entre los cuales la *sordera* es el principal.

Sordera.—Fisiológicamente, divídese el oído en dos partes, con funciones diferentes: recepción y transmisión.

Mediante la primera, percibimos y ampliamos los sonidos, antes de transmitirlos a los centros (oído externo u oreja, que hace las veces de un resonador, conducto auditivo externo, membrana del tímpano). Gracias a la segunda, estos sonidos, bajo forma de vibraciones, son transmitidos al oído interno, impresionan los centros respectivos y nos hacen conscientes del fenómeno sonoro, de su naturaleza, su calidad y demás características. La transmisión de estas vibraciones está principalmente encomendada a la cadena de huesecillos ya señalada.

Ambos fenómenos (percepción y transmisión) pueden estudiarse separadamente, y comparándolos, se logra a menudo localizar la lesión causal. Verbi-gratia: Supongamos que la percepción aérea esté disminuida o anulada, y la ósea conservada y en estado normal. Podremos decir que el oído interno *recibe* el sonido y nos hace conscientes de él. Por consiguiente, está en estado fisiológico, y la lesión sospechada reside, ya en el oído externo, ya en el medio. Supongamos ahora que no exista la transmisibilidad ósea, (y por ende, faltará la aérea): ello nos indicará que la lesión reside en el oído interno, es decir, que está situada *más adentro* del oído medio.

Hay numerosas pruebas para el examen de la audición, entre las cuales se cuenta:

- a) Prueba de la voz;
- b) Prueba del reloj; y
- c) Examen al diapason, con sus diferentes pruebas (Weber, Rinne, etc.)

Para el examen mediante el reloj y la voz, precisará tomar cierto número de precauciones, a falta de las cuales los datos recogidos serían poco provechosos. Señalemos las principales:

- a) Colocar al paciente de perfil;
- b) Obstruir el oído no examinado;
- c) Requerir el más absoluto silencio;
- d) Situar el reloj (o hablarle) en la prolongación del eje del conducto; y
- e) Examinar cada oído sucesivamente.

a) *Prueba de la voz.*—Después de tomar las precauciones ya apuntadas, el explorador se coloca lejos del paciente y en seguida se le acerca progresivamente, pronunciando palabras conocidas que el enfermo deberá repetir tan pronto como las oiga. Se anota entonces la distancia máxima a la cual acusa el paciente haber oído.

Esta prueba debe hacerse en voz baja (salvo para los casos de gran sordera) y para obtener una misma intensidad del sonido se hablará con el aire residual, es decir, con el aire que queda después de una gran expiración.

b) *Prueba del reloj.*—La prueba en la cual se usa el reloj no es mas que una variante de la anterior.

Utilízase un reloj de bolsa, el cual se acerca progresivamente a la oreja de la persona a quien se examina y se anota también la distancia máxima a la cual es oído el tic-tac, lo cual nos será indicado por el enfermo mismo.

c) *Diapasones.*—Los diapasones estudian el sonido no según la distancia a la cual se oye, sino por el tiempo durante el cual es percibido. Es decir, que miden la cantidad del sonido, pero sirven así mismo para el estudio de la calidad de éste, aprovechando el juego de tonos graves y agudos que emiten.

Tienen además otra gran importancia y es que estudian tanto la percepción aérea como la que se verifica por los huesos del cráneo.

d) *Prueba de Weber.*—Colocado el diapason sobre el vértex, el sonido se percibe igualmente con ambos oídos, si están normales. Si alguno de ellos está afectado en la función transmisora, el diapason será oído más fuertemente del lado enfermo. Precisamente lo contrario sucedería si fuese el oído interno el lesionado. Para que esta prueba ofrezca alguna garantía, es requisito que uno de los oídos esté normal.

e) *Prueba de Rinne.*—Normalmente, un diapason que vibra es oído durante un tiempo dos veces más largo, aproximado al conducto auditivo que colocado sobre la apófisis mastoides: el Rinne es positivo; pero si hay una lesión del aparato transmisor, y, por lo tanto, está disminuida la percepción aérea, la prueba de que tratamos puede ser igual (*Rinne*) o negativa (*Rinne*).

Se da el nombre de *otitis media supurada crónica, timpanitis crónica*, o simplemente *otorrea*, a un escurrimiento de pus, proveniente del oído medio, intermitente o constante.

Etiología.

La otorrea puede instalarse de golpe; pero generalmente pasó antes por una fase aguda.

Hecha abstracción de las complicaciones, el más grave contratiempo de una otitis aguda es su transición a la cronicidad, contratiempo para el cual se invocan tres diferentes orígenes:

1.º—*Causas locales*.—Falta de limpieza; presencia de un cuerpo extraño ante el tímpano y producción consecutiva de pus; perforación muy alta, *recessus hipotimpanicus* profundo, *colesteatoma*, etc. Pero hay una causa, quizá la más importante: la *ausencia de paracentesis*.

En efecto: la generalidad de los enfermos se presentan ante el médico cuando la perforación ya se ha hecho de una manera espontánea, con el inconveniente de que en la mayoría de veces fué muy alta y por lo tanto insuficiente, toda vez que, desde el punto de la perforación hasta el piso y mayor declive de la caja, queda un bajo fondo, un espacio lleno de pus, estancado y sin drenaje posible, colección purulenta que dará margen al estado crónico, a las propagaciones de vecindad y, finalmente, a las tardías, pero gravísimas y mortales complicaciones meníngeas a que está expuesto todo individuo que no concedió atención a su otorrea.

2.º—*Causas generales*.—Estado general defectuoso, virulencia exacerbada del agente productor de la otitis, en un terreno de *minor resistentia*: convalecencia de enfermedades infecciosas (tifoidea, gripe), anemias, diabetes, cáncer y, sobre todo, sífilis y tuberculosis.

3.º—*Persistencia de las causas generadoras de la otitis*.—Vegetaciones adenoides, amigdalitis crónicas, sinusitis y rinitis crónicas, etc.

En toda otitis crónica la membrana del tímpano está perforada, epidermizándose los bordes de la perforación. Fórmase así una fístula que no presenta la menor tendencia a cicatrizar.

Esta perforación puede ser *única y pequeña*; puede *destruir* completamente la membrana; finalmente, puede ser *múltiple*, invocándose, para explicarla en este último caso, la sífilis y la tuberculosis.

En la otorrea, la mucosa de la caja está engrosada y granulosa. Estas granulaciones, al aumentar de volumen, constituyen los *pólipos* que surgen a veces por el meato auditivo. Ulceraciones, más o menos grandes, conducen a las paredes óseas, denudadas, patentizan procesos de osteítis *parietal* u *osicular*, aislados o conjuntos; lesiones que, en definitiva, llegan a extenderse al antro mastoideo, permaneciendo latentes durante un largo lapso de tiempo, dándole una falsa seguridad al enfermo, mas siendo susceptibles de abrir la vía a infecciones imprevistas y mortales.

La trompa de Eustaquio no permanece indemne a las alteraciones y trastornos patológicos: engruesa sus paredes, y su revestimiento epitelial prolifera. Por su lado, la supuración es muy variable: abundante al principio, va disminuyendo poco a poco, sin llegar, empero, a la completa desaparición. Su coloración varía igualmente, y pasa del verde al amarillo, al amarillo obscuro, a veces ligeramente sanguinolento.

Otro tanto ocurre respecto a su consistencia, que puede ser: fluida o espesa, constante o intermitente, fétida o inodora.

Modernos exámenes bacteriológicos han revelado en el pus la presencia de numerosas y variadas especies de microbios, tales como el *bacilo piocianico*, el *estreptococo*, el *estafilococo*, el *pneumococo*, el *micrococcus pyogenus* y otros muchos saprógenos. En las otorreas tuberculosas se ha encontrado, como era de presumirse, el *bacilo de Koch*.

Sintomatología.

Síntomas funcionales.—Son tres los síntomas principales que inducen al enfermo a buscar médico:

- a) Supuración;
- b) Sordera;
- c) Dolor.

a) *Supuración*.—Este es el síntoma fundamental, a veces el único y exclusivo. La supuración, de caracteres muy variables, es, ya escasa, ya abundante; su color asimismo, puede ser verde, amarillo, etc., y es en ocasiones sanguinolento. Fétido en muchos casos, en otros (derrames sero-purulentos) no ofrece ningún olor apreciable. Puede ser intermitente o continua.

Como se ve, los caracteres de esta supuración varían mucho, de un individuo a otro, y a veces en un mismo sujeto, de un momento a otro, presenta variaciones en su cantidad, color, olor, etc.

b) *Sordera*.—Poco marcada en la infancia, va aumentando con la edad, y es casi completa al llegar a la edad adulta. Tal aumento es debido al incremento cada vez mayor de las lesiones.

c) *Dolor*.—Es nulo en la mayoría de los casos, circunstancias que induce al enfermo a despreciar su enfermedad por creerla poco grave, preparándolo así, insidiosamente a las complicaciones más terribles. Cuando existe, es muy variable en sus manifestaciones: a veces agudo hasta desesperar al paciente (como lo era en uno de mis casos) otras se reduce a una simple sensación de pesantez del lado del oído enfermo.

Síntomas secundarios.—Además de los tres síntomas principales que acabamos de describir, el enfermo se queja de *zumbidos de oídos, vértigos, obnubilaciones, sensaciones auditivas extrañas*, tales como *ruido de cascada, chorro de vapor, campanas, etc.*

Signos físicos.—El examen otoscópico nos enseña sobre los caracteres de la perforación, la cual existe siempre. Es necesario investigar meticulosamente la procedencia del pus, la existencia de una osteítis de la cadena de huesecillos y de las paredes de la caja, y un lavado, suavemente practicado con agua tibia, será a veces necesario para poder examinar debidamente la región.

Es menester ser prudente y atento: una destrucción completa de la membrana y del martillo puede hacer confundir la pared interna con el tímpano; una perforación, cuyos bordes estén adheridos a la pared interna puede pasar desapercibida, y a igual emergencia estará expuesta una perforación ignorada de la membrana de Schrapnell.

Formas Clínicas.

Según el origen de la supuración, el asiento y número de las perforaciones, puede distinguirse varias formas clínicas, siendo las principales las siguientes:

a) Supuración timpánica con *perforación central o inferior*;

b) Supuración tubo-timpánica con *perforación antero-inferior*;

c) Supuración ático-timpánica con *perforación póstero-superior*;

d) Supuración ática, con *perforación de la membrana de Schrapnell*.

Cada una de estas formas anatómicas posee su sintomatología propia.

Diagnóstico.

Pocas afecciones pueden ser confundidas con la otorrea. He aquí las principales:

Forúnculo del conducto auditivo externo.—Es una afección muy dolorosa, de evolución aguda, y sólo expone a confusión cuando ya ha llegado a la madurez y se abre, dando salida al pus.

Otitis agudas.—Distínguense por el dolor y la fiebre. Su principio fué generalmente una enfermedad aguda anterior.

Pronóstico.

Abandonada a sí misma, la supuración del oído medio u otorrea es de un pronóstico serio. Hay formas que amenazan la vida del enfermo, el cual, mientras persista la supuración, está bajo la constante amenaza de alguna de las complicaciones, casi todas ellas mortales.

Todas las complicaciones se hacen por propagación del agente virulento, por vecindad o por vía sanguínea; pero según sean los órganos atacados podemos subdividir las en estas tres clases:

a) *Complicaciones nerviosas*.—Parálisis facial, trastornos paralíticos, espasmódicos o neurálgicos en la esfera del trigémino, parálisis del motor ocular externo, parálisis del glosofaríngeo, pneumogástrico y espinal, etc.

b) *Complicaciones vasculares.*—Hemorragias de la carótida interna, trombo-flebitis del seno lateral, de la vena yugular, de los senos petroso superior y transversal, etc.

c) *Complicaciones infecciosas.*—Septicemia, piohemias, meningitis, abscesos del cerebro y cerebelo, mastoiditis, laberintitis supurada, etc.

TRATAMIENTO

Numerosos han sido los tratamientos preconizados y, según se me refiere, fueron varios los enfermos que curaron, recurriendo a tal o cual procedimiento (Lavados con líquidos antisépticos o cáusticos, instilaciones, curaciones secas, etc., etc.) Ninguno de ellos ofrece una seguridad absoluta; y sin pretender que el método que yo recomiendo sea un tratamiento único e infalible, comparándolo con los otros, me es muy grato patentizar que, en los casos ensayados en nuestro Hospital, me dió siempre resultados excelentes, con la ventaja de su inocuidad absoluta, su fácil aplicación (el mismo enfermo, en su propio domicilio puede administrárselo), siendo, además, utilizable en todos los casos de otorrea.

La otorrea crónica es, desgraciadamente, una afección que no muestra la menor tendencia a la curación espontánea: necesita tratamiento. Y si bien existe una minoría de otorreas que curaron por sí solas y otras por medios muy simples, la mayoría de ellas reclama intervenciones operatorias más o menos amplias—peligrosas generalmente—que no siempre están al alcance del cirujano no especializado, y que tampoco suelen los enfermos el someterse a ellas.

Si bien es cierto que el “vaciamiento petromastoideo” es una operación radical que puede ofrecer una seguridad casi absoluta en cuanto a la curación, no siempre está indicado en todos los casos. Quien la ejecuta, habrá de ser un hábil cirujano familiarizado con la técnica, porque dicha operación requiere un cuidado post-operatorio tan asiduo y tan especializado, que buena parte del éxito se deberá a tales atenciones. Aún más: en numerosas circunstancias, el otólogo no podrá, por las vías naturales, tener acceso en los tejidos enfermos—paredes de la caja o huesecillos caria-dos—que serían foco de supuraciones interminables. De aquí, pues, la necesidad imprescindible de un tratamiento médico. He aquí el método que propongo y que he ensayado, objeto de mi tesis:

Líquido de Calot.—Es una mezcla de substancias poseedoras de propiedades cicatrizantes indiscutibles:

Guayacol.	1
Creosota.	5
Yodoformo.	10
Eter sulfúrico.	30
Aceite de olivas esterilizado.	70

Se presenta bajo la forma de un líquido de consistencia oleaginosa, de color amarillo y de un olor que recuerda el de sus componentes. Expuesto a la luz solar, toma una coloración oscura, debida a la formación de yodo; débesele, por tanto, conservar en frascos oscuros y no emplearlo ya cuando ha variado su color.

¿Quién fué el primero en usar el líquido de Calot en otología?

El líquido de Calot fué introducido en la terapéutica de las otorreas por Fotiade, marcándose así un progreso en el tratamiento de esta cruel dolencia.

Inspirándose en sus trabajos, dos autores, Riccitelli y Franchinix, ensayaron el método de Fotiade en algunos casos de otorreas crónicas, obteniendo la curación en todos ellos.

Fué el Dr. Serapio de León el primero que en Guatemala puso de manifiesto las bondades del líquido de que tratamos—experimentándolo en las otorreas. Entusiasmado por los primeros éxitos que él obtuviera con sus enfermos, seguí, unido a él, empleándolo en la Consulta de Oto-Rino-Laringología de nuestro Hospital. Ambos pudimos constatar que el líquido de Calot es, hasta ahora, el mejor tratamiento médico que puede emplearse en las otorreas. Tratamos cerca de veinte enfermos, todos ellos con el éxito más satisfactorio.

Ocioso sería advertir que, si al practicarse el examen general del enfermo, se encontrase alguna causa que produjese o mantuviese la afección, ante todo sería preciso eliminarla, sin cuyo requisito el líquido de Calot no rendiría los resultados deseables. Tal condición es lógica, elemental, fácil de comprender. Pero no se diga que, suprimiendo una adenoides, quitando unas amígdalas crónicamente inflamadas, tratando un coriza crónico, no haya necesidad del líquido de Calot: no; la otitis crónica, sobretodo cuando data

de algunos años, ha creado en el oído medio lesiones propias, que no pueden ser curadas sino atacándolas localmente.

Ello nada tiene de extraño. ¿No pasa exactamente lo mismo con algunas otras enfermedades? ¿Por ventura, las miocarditis de la fiebre tifoidea se tratan con baños? Las endocarditis crónicas debidas al reumatismo ¿se curan mediante el salicilato de soda o desaparecen al desaparecer el reumatismo? ¿Quién—insisto—ha pensado tratar como una tuberculosis pulmonar, un tumor blanco de la rodilla, un mal de Pott, una coxalgia? Además del tratamiento general de la tuberculosis ¿no se les prodiga también un tratamiento local?

Acción del líquido de Calot.—Su acción *fármaco-dinámica* ha sido estudiada y puesta en evidencia por Coton, Laurence, Fiessinger. Tales autores han demostrado que el líquido de Calot produce una llamada considerable de polinucleares, los cuales, al destruirse, ponen en libertad fermentos *lipásicos* y *proteolíticos*, fermentos que obrarán sobre los gérmenes patógenos, destruyéndolos. Esto explica por qué la secreción purulenta aumenta en los primeros días del tratamiento, a la par que se torna menos fétida y más fluida. Su misma naturaleza líquida explica también cómo se extiende hasta a los más recónditos rincones de la caja y cavidades vecinas, desembarazándolos de cuantas fungosidades pudieran contener, limpiándolos asimismo de las mucosidades que los recubren y devolviéndoles poco a poco su coloración y aspecto normales.

Una vez irritado el epitelio, éste prolifera por su cuenta, se extiende sobre las ulceraciones existentes y las epidermiza, haciéndolas más resistentes a los microbios, los cuales, a su vez, atacados por el líquido, tienden a desaparecer.

Técnica del tratamiento.—Principiense por limpiar el oído externo del pus que pueda contener, mediante pequeños hisopos de algodón absorbente, introducidos lentamente hasta donde sea posible, sin causar el menor daño al enfermo. Cuando el último hisopo salga del todo limpio, practíquese un lavado con agua boratada tibia (borato de soda al 10%, o dos cucharaditas más o menos, para un litro de agua), haciendo pasar por el oído unos 250 c. c. de esta solución, y teniendo el cuidado de no dirigir el chorro directamente al tímpano, sino hacia una de las paredes del conducto auditivo externo.

El aparato empleado puede ser un irrigador, colocado a cincuenta centímetros arriba de la cabeza del enfermo;

mas es preferible emplear una pera inyectora simple, provista de una cánula de Moure, de vidrio. Si se deseara lavar el ático (lo cual deberá hacerse siempre que se trate de una supuración ática con perforación de la membrana de Schrapnell) deberá recurrirse a la cánula de Hartmann.

A continuación del lavado, inclínese la cabeza del paciente, para que salga el agua que haya quedado, y nuevamente, con diminutos hisopos de algodón, enjúguese la cavidad timpánica, hasta que se encuentre completamente seca.

Viértanse entonces en el oído unas 8 o 10 gotas del líquido de Calot—las suficientes para que llenen la caja. (El paciente, como es natural, tendrá la cabeza inclinada hacia el hombro opuesto, lo más horizontalmente posible).

La única molestia que experimentará podrá ser un dolor, poco acusado al principio, que aumentará a medida que la supuración vaya cediendo y mejore el estado de la caja. En ocasiones, este dolor llegará a ser intolerable.

La indicada manipulación deberá repetirse diariamente, durante los ocho o quince primeros días; mas cuando la supuración haya disminuido, se practicarán solamente dos lavados por semana, si bien el líquido se deberá continuar vertiendo diariamente en la cavidad timpánica, como al principio.

Por lo general, el tratamiento, a lo más, dura dos meses, con la advertencia de que, *una vez haya suprimídose la supuración* continúese durante unos ocho días más.

Cada día, después de la introducción del líquido en la caja, deberá dejársele al paciente un pequeño taponcito de algodón en el conducto auditivo externo, para evitar de este modo que el polvo se introduzca. Como, generalmente, en los casos de otorrea muy crónica, la membrana del tímpano quedó completamente destruida y se estableció una comunicación directa entre la atmósfera y la caja, dicho algodón deberá llevarlo el enfermo perennemente, por decirlo así, cambiándolo cada dos días, o bien, adoptar el hábito de asearse diariamente el conducto auditivo, limpiándolo del polvo que pueda contener.

En los casos de *colesteatoma*, suprimase el lavado y recúrrase directamente al líquido de Calot, alternándolo con el alcohol absoluto.

Tal es, sucintamente expuesto, el método de Fotiade, con ligeras modificaciones. De los casos curados en el servicio de la consulta de Oto-Rino-Laringología del Hospital

General, atendida por el Doctor don Serapio de León, presento siete observaciones, las cuales solo dan a conocer la presencia de la *Otorrea y la acción del Líquido de Calot*.

He aquí las observaciones:

Observación Número 1.

R. L. de tres años de edad, originaria y vecina de esta Capital, fué llevada al servicio de la consulta de O. R. L. del Hospital General el día 1.º de Julio de 1928, para que se le tratara una supuración de los dos oídos que le databa desde hacía dos años.

Antecedentes: Sin importancia.

Historia de la enfermedad: Refiere la madre de la criatura que desde hace cerca de dos años le "reventaron" los oídos y desde entonces no han dejado de supurarle, no obstante ésta es menor que al principio de la enfermedad.

Examen de la Enferma.

Examen local: Supuración poco abundante de ambos oídos; pus de color amarillo, poco fétido. No hay dolor ni sensaciones auditivas extrañas.

El examen otoscópico revela una perforación de los dos tímpanos en el segmento ántero inferior.

Examen general: Solamente se encuentran vegetaciones adenoides.

Diagnóstico: Otitis media crónica supurada, bilateral.

Tratamiento: Se le hizo la adenoidectomía y el día 15 de Julio se principió el tratamiento por el líquido de Calot. Un mes quince días más tarde la enferma estaba curada. Hasta la fecha, persiste la curación.

Guatemala, 1.º de Febrero de 1929.

H. FIGUEROA.

Es auténtica,

S. DE LEÓN,
Jefe del Servicio.

Observación Número 2.

A. R. de 16 años, llega a la consulta el día 20 de Setiembre de 1928 a curarse de una supuración del oído derecho, de la cual padece desde hace seis meses.

Antecedentes: Sin importancia.

Historia: Refiere la enferma que siempre ha respirado casi solo por la boca; le han dicho que ronca mucho por las noches. Hace seis meses sintió un dolor de oído y como a los cuatro o cinco días le apareció pus, el cual, desde entonces; no ha dejado de salirle.

Examen de la Enferma.

Examen local: Supuración fétida, poco abundante, color amarillo y algo espesa del oído derecho. No tiene dolor. La audición con ese oído le ha disminuido.

Al examen con el especulum se nota una perforación de la membrana del tímpano en la parte media.

Examen general: Se encuentran vegetaciones adenoides.

Diagnóstico: Otorrea.

Tratamiento: Se le hizo la adenoidectomía y se principió el tratamiento por el L. C. el 8 de Octubre de 1928. A los dos meses la enferma estaba curada y la curación persiste hasta la fecha.

Guatemala, 20 de Diciembre de 1928.

H. FIGUEROA.

Es auténtica,

S. DE LEÓN.
Jefe del Servicio.

Observación Número 3.

A. J. de 6 años de edad, es llevada a la consulta de O. R. L. del Hospital General, el 20 de Octubre de 1928 para que se le curara de una supuración bilateral de los oídos.

Antecedentes hereditarios y colaterales: Sin importancia.

Antecedentes personales: Catarros frecuentes. Sarampión hace tres años.

Historia: Después del Sarampión le supuraron ambos oídos y desde entonces no ha dejado de salirle el pus.

Examen de la Enferma.

Examen local: Por ambos oídos se ve salir una ligera cantidad de pus de un color amarillo oscuro, ligeramente fétido y bastante fluido. La enferma no acusa más que ligera sordera; no hay dolor. El examen otoscópico revela la presencia de una pequeña perforación en cada una de las membranas timpánicas.

Examen general: Solo se encuentran vegetaciones adenoides.

Diagnóstico: Otitis media crónica supurada, bilateral.

Tratamiento: Fué hecho después de la adenoidectomía. Principióse el 5 de Noviembre de 1928. A los dos meses ya no había supuración y la enferma considerándose curada no volvió al servicio.

Guatemala, 15 de Enero de 1929.

H. FIGUEROA.

Es auténtica,

S. DE LEÓN.

Jefe del Servicio.

Observación Número 4.

J. A. de 28 años, originario y residente en Guatemala, de oficio mecánico, llega al servicio de O. R. L. el día 4 de Noviembre de 1928 a curarse de una supuración de los dos oídos de la cual viene padeciendo desde hace veinte años.

Antecedentes hereditarios y colaterales: Sin importancia.

Antecedentes personales: Chancro hace dos años. Sarampión. Gripe hace 15 días.

Historia de la enfermedad: El enfermo nos da pocos datos referente a su enfermedad, solo nos cuenta que desde que le apareció la supuración hasta la fecha, ésta no ha dejado de molestarlo, no obstante a veces se le suprime por un tiempo que nunca ha pasado de diez a quince días.

Examen del Enfermo.

Examen local: Supuración muy abundante de ambos oídos, el pus es espeso, fétido y de color blanco amarillento. Según nos dice el enfermo, esta supuración es intermitente, pues a veces se le suprime durante diez o quince días.

El paciente no acusa dolor; en cambio padece de zumbidos de oídos, vértigos y sordera bastante marcada. Para hacerse oír del enfermo es necesario hablarle en voz alta.

El examen otoscópico revela la perforación completa de ambos tímpanos.

Examen general: Adenitis inguinal, axilar y cervical. Ganglios separados unos de otros, ruedan bien bajo el dedo que los explora; no son dolorosos.

Encontramos también una pequeña cicatriz redondeada, ligeramente visible, de color blanquecino en la parte superior del surco balano-prepucial.

Examen complementario: Reacción de Wassermann en la sangre. *Positiva X.*

Diagnóstico: Otorrea bilateral y probablemente Sífilis 2.º Períodos (adenopatía secundaria).

Tratamiento: Comenzó el tratamiento de su otorrea el 5 de Noviembre de 1928.

Lavados de los oídos e instilaciones del Líquido de Calot.

Se le dió el tratamiento antisifilítico *Mercurio Arsénico*. (Endovenosas de Cianuro Hg. y de Neosalvarsán).

A los dos meses y medio de tratamiento estaba curado de su otorrea. La audición casi nula en el oído derecho, pero del lado izquierdo hubo un ligero aumento, pues el paciente oye mejor que antes del tratamiento y ya no hay necesidad de hablarle en alta voz.

Es de advertir que anteriormente, es decir, mucho antes de que le hiciéramos el tratamiento por el L. C. le habían hecho bastantes lavados, pero sin ningún resultado.

Hasta la fecha persiste la curación.

Guatemala, Febrero 27 de 1929.

H. FIGUEROA.

Es auténtica,

S. DE LEÓN.

Jefe del Servicio.

Observación Número 5.

J. L. T. de 27 años de edad, llega al servicio de la Consulta de O. R. L. el día 17 de Diciembre de 1928; a curarse de *dolor y supuración del oído derecho.*

Antecedentes: Sin importancia.

Historia: Hace cerca de siete años y por una causa que él no recuerda, le principió dolor muy fuerte en el oído derecho. Como a los tres días el dolor se le calmó ligeramente, pero en cambio notó que le salía pus por el oído. El dolor se le fué calmando poco a poco hasta desaparecerle por completo, no así la supuración, que aunque insignificante en la cantidad, no ha dejado de molestarlo. No llega él a la consulta propiamente por la supuración, sino porque desde hace mes y medio, el dolor le repitió mucho más fuerte que antes, dolor que le impide trabajar.

Examen local: Derrame seropurulento y muy escaso, no fétido, de color amarillo claro.

El examen otoscópico revela una coloración rojiza de la membrana, la cual tiene una gran perforación en su segmento sub-ombilical. Audición disminuida con el oído enfermo, pero es normal con el izquierdo.

Diagnóstico: Otorrea.

Tratamiento: Se principió el tratamiento por el L. C. el mismo día y un mes quince días más tarde el enfermo estaba curado.

Febrero, 27 de 1929.

H. FIGUEROA.

Es auténtica,

S. DE LEÓN.

Jefe del Servicio.

Observación Número 6.

M. F. G. 56 años, cocinero, llega al servicio a curarse de supuración de los oídos que le sobrevino después de la Gripe que le atacó hace cinco meses.

Antecedentes hereditarios y colaterales: Sin importancia.

Antecedentes personales: Catarros y conjuntivitis frecuentes. Tos ferina. Paperas. Gripe hace cinco meses.

Historia: Hace cinco meses tuvo Gripe y ya que estaba convaleciendo de ésta, le comenzaron a supurar los oídos por lo cual llegó a la consulta.

Examen local: Supuración abundante de ambos oídos, pus amarillo, no fétido, de consistencia fluida. Perforación pequeña en las dos membranas. No hay dolor. Audición disminuida.

Diagnóstico: Otitis media crónica supurada, bilateral (Otorrea).

Tratamiento: Se principió el 20 de Diciembre y el 25 de Febrero de 1929 estaba curado. La curación persiste hasta la fecha.

Guatemala, 20 de Marzo de 1929.

H. FIGUEROA.

Es auténtica,

S. DE LEÓN.

Jefe del Servicio.

Observación Número 7. (Auto-observación).

Otorrea (oído izquierdo) que data de 25 años. Supuración muy fétida, escasa, intermitente, (intermitencias de 8 a 10 días) de color amarillo oscuro, a veces ligeramente sanguinolento. Audición del oído izquierdo casi abolida, vértigos, zumbidos de oídos; dolor nulo.

Examen otoscópico: perforación completa de la membrana.

Principio del tratamiento: 1.º de Agosto de 1928. *Duración:* Agosto y Setiembre de 1928. Desde esa fecha hasta la actual la curación ha persistido.

Guatemala, Marzo 25 de 1929.

H. FIGUEROA.

Es auténtica,

S. DE LEÓN.

Jefe del Servicio.

CONCLUSIONES

- I.—La otorrea es una afección que no tiene tendencia a la curación espontánea y necesita en la mayoría de los casos un tratamiento adecuado.
- II.—El líquido de Calot usado como queda dicho, constituye hasta hoy el mejor tratamiento local de las otorreas.
- III.—El líquido de Calot cura la mayoría de las otorreas cualquiera que sea su origen, no habiendo ninguna contraindicación para su uso.

H. FIGUEROA.

C. M. GUZMÁN.
Vº Bº

Imprímase,
JUAN J. ORTEGA.

BIBLIOGRAFIA

- Arthus.*—Précis de Physiologie.
- Bégouin etc.*—Pathologie Chirurgicale
- Cruveilhier.*—Anatomía descriptiva
- Courtade.*—Maladies de l'oreille
- Escat.*—Technique oto-rino-laringologique
- Forgue.*—Pathologie externe
- Faure etc.*—Pathologie Chirurgicale
- Hédon.*—Précis de Physiologie
- Le Dentu.*—Oto-Rino-Laringologie
- Moure.*—Technique oto-rino-laringologique
- Moure et Brindel.*—Maladies de l'oreille
- Morriset Smith.*—Del vaciamiento petro-mastoideo. *Re-
vista médica Pan Americana.* Feb. 1927.
- Portmann.*—Consultations Oto-Rino-Laringologiques
- Rouvière.*—Anatomie Humaine
- Riccitelli et Franchinix.*—Le liquide de Calot dans le trai-
tement des otites mayennes suppurées chroniques. *Re-
vue de Oto-Rino-Laringologie de Bordeaux.* Août
1927
- Testut.*—Anatomie Humaine
- Wundt.*—Fisiología humana.

PROPOSICIONES

<i>Anatomía Descriptiva</i>	Corazón.
<i>Anatomía Patológica</i>	Miocarditis.
<i>Bacteriología</i>	Bacilo de Eberth.
<i>Botánica Médica</i>	Theobroma cacao.
<i>Clínica Quirúrgica</i>	Exploración de la rodilla.
<i>Clínica Médica</i>	Examen del riñón.
<i>Física Médica</i>	Mecánica de la circulación.
<i>Farmacología</i>	Píldoras.
<i>Fisiología</i>	Circulación.
<i>Ginecología</i>	Metritis.
<i>Higiene</i>	Profilaxia de la fiebre tifoidea.
<i>Histología</i>	Riñón.
<i>Medicina Legal</i>	Muerte súbita por enfermedades del aparato cardiovascular.
<i>Medicina Operatoria</i>	Operación de Pirogoff.
<i>Obstetricia</i>	Enfermedades del corazón y embarazo.
<i>Patología Externa</i>	Heridas del pericardio y del corazón.
<i>Patología Interna</i>	Fiebre tifoidea.
<i>Patología General</i>	Sinergias funcionales.
<i>Química Médica Orgánica</i>	Teobromina.
<i>Química Médica Inorgánica</i>	Sulfato de soda.
<i>Toxicología</i>	Envenenamiento por la digital.
<i>Terapéutica</i>	Toni-cardíacos.
<i>Zoología Médica</i>	Leischmania Tropica. Var. Guatemalensis.