

Los agentes medicamentosos, desde el salicilato y el yoduro hasta el mercurio y el 606 han sido hasta hoy infructuosos en el tratamiento del rinoescleroma.

Nosotros, en este año, guiados por el estudio de d'Utra e Silva hemos empezado a ensayar las inyecciones intravenosas de tártaro emético, en dosis de 0,05 y hasta de 0,10 centigramos; pero como no disponemos de un servicio hospitalario en donde poder hacer estos experimentos, y son raros los rinoescleromas en la clientela civil, apenas hemos empezado a hacer el experimento en dos individuos, uno de los cuales se ha visto mejorado bastante después de la 15<sup>a</sup> inyección; en el otro apenas hemos puesto cuatro. Estos casos, que aún tenemos en observación, no figuran en nuestros cuadros estadísticos, y únicamente los citamos para que sirvan de base a los médicos que quieran cooperar por medio de este tratamiento al estudio de estas lesiones.

En las cinco observaciones que figuran en nuestros cuadros no ensayámos el emético, los tratamientos médicos no tuvieron ningún resultado y nos vimos obligados a recurrir a la cirugía para producir algún alivio por medio de extirpaciones más o menos totales y de curetajes que no dieron sino resultados medianos, pues las lesiones volvieron a reproducirse al cabo del tiempo, y necesitaron nuevas intervenciones.

NEURALGIAS FACIALES—(Observaciones números 2,394 y 2,395). Aunque la neuralgia facial no sea enfermedad cuyo tratamiento corresponde al especialista, suelen venir a nuestro consultorio enfermos con fuertes neuralgias de la cara, creyendo que dependan de afecciones de la nariz o del oído.

Figuran sólo dos en las observaciones que presentamos, una (número 2,395), de origen palúdico, que curó con quinina, y otra, de origen desconocido (no había antecedentes palúdicos ni sifilíticos y el enfermo hacia muchos años había perdido todos los dientes), en la que obtuvimos excelentes resultados con dos inyecciones de alcohol puestas sobre el tronco nervioso del nervio maxilar a su salida por el agujero oval.

## ENFERMEDADES DE LOS OIDOS

ECZEMAS DEL PABELLÓN DE LA OREJA—(Observación número 2405). Casi nunca se consulta al otologista para esta clase de eczemas, que en lo general son tratadas por los dermatólogos, lo que explica que a pesar de su frecuencia no figure sino un caso en esta estadística, que cedió fácilmente por los tratamientos ordinarios.

**ECZEMAS DEL CONDUCTO AUDITIVO**—(Observaciones números 2,396 a 2,407). Más frecuentemente acuden los enfermos por adolecer de eczema del conducto auditivo (once casos en esta estadística). Lo hemos observado bajo las dos formas de seco y húmedo. Casi siempre de marcha crónica, de repeticiones frecuentes, depende mucho del estado general del individuo (sífilis, diabetes). Las formas húmedas y agudas las hemos tratado con talco, óxido de cinc o pomadas de óxido amarillo.

En las formas secas, que tanto hacen sufrir a los enfermos por el intenso prurito, nos valemos del nitrato de plata al 4 por 100 en pinceladas en el interior del conducto.

**CONTUSIONES DEL PABELLÓN** — (Observación número 2,408). No se ha presentado sino un caso en el que apenas había una ligera equimosis sin ninguna otra lesión.

**FURÚNCULO DEL CONDUCTO** — (Observación número 2,409). Los furúnculos del conducto son muy frecuentes entre nosotros, y aunque en esta estadística no figura sino un caso, al hacer el interrogatorio sobre el pasado otópatico de algunos de nuestros enfermos, en muchos de ellos hemos encontrado antecedentes del furúnculo del conducto.

En lo general son muy dolorosos y acompañados muchas veces de síntomas generales y adenitis (netamente hacia adelante de la oreja).

El caso que apuntamos curó sin complicación después de la punción.

**TUMORES DEL CONDUCTO AUDITIVO**—(Observaciones números 2,410 y 2,411). No hemos observado tumores malignos. Entre los benignos, un quiste sebáceo de la pared inferior del conducto y un condiloma del conducto, que no ofrecieron ningún inconveniente para operarlos.

**CUERPOS EXTRAÑOS DEL CONDUCTO AUDITIVO**—(Observaciones números 2,412 a 2,415). Los cuerpos extraños más diversos pueden ser encontrados en el conducto auditivo: parásitos, cuerpos inertes los más variados, introducidos con objeto medicamentoso o por juego (niños). Así nosotros hemos extraído garrapatas, polillas, arvejas, pedazos de algodón que se habían puesto hacía mucho tiempo y que se habían hundido y olvidado por el enfermo, botones de manzanilla, de ruda, sebo, puestos con una mira medicamentosa, etc.

Se comprende que su sintomatología es muy variada, según sean cuerpos animados que produzcan inflamaciones o cuerpos inertes que sólo produzcan la obstrucción. Para su extracción nos hemos valido del lavado, de la palanca y de la pinza de Mahu. La garrapata, que estaba muy adherida, la hicimos morir primero poniendo un algodón con petróleo y luego la extrajimos fácilmente con pinzas.

**TAPONES DE CERUMEN.** (Observaciones números 2,416 a 2,455). Sumamente frecuentes y de formación que obedece a varias causas (malformaciones del conducto, presencia de numerosos pelos, cuerpos extraños, concreciones epidérmicas) que hacen que el cerumen secretado normalmente se acumule.

Su sintomatología es bien conocida.

Hemos visto casos en que los enfermos estaban verdaderamente desesperados por las molestias auditivas. Recordamos entre otros un Agente de Policía en quien un tapón de cerumen produjo zumbidos y ruidos que poco a poco ilusionaron al enfermo, quien se volvió un perseguido y fue llevado al Asilo de Locos; el estado de manía duró bastante tiempo hasta que hicimos la extracción del tapón, volviendo así el enfermo a recobrar su juicio.

La extracción la hacemos con la jeringa de Guyon cargada de agua alcalina tibia, previo reblandecimiento del tapón, cuando está duro, con una solución de carbonato de soda en glicerina y agua.

Los ceruminosos recaen, y observámos en muchos de ellos que venían cada seis meses o cada año para hacerse extraer su cerumen. No es rara entre ellos la otosclerosis.

**OBSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO**—(Observaciones números 2,455 y 2,455 A). No hemos observado sino dos casos: uno, casi completo, debido a una brida cicatricial por antiguo traumatismo, y otro en que había una estrechez congénital muy marcada, pero no completa.

**CATARRO Y ESTRECHEZ DE LA TROMPA**—(Observaciones números 2,456 a 2,475). El catarro del rinofaringe se propaga muy frecuentemente a las trompas y de ahí al oído medio, siendo ésta una de las principales causas de otitis.

La costumbre que tienen muchos individuos de sonarse haciendo gran presión con el aire a la nariz, favorece mucho la entrada de las mucosidades en la trompa, así es que nosotros lo primero que hacemos con estos enfermos es enseñarles a sonarse, sin hacer bruscas presiones, para lo cual basta no obturar ambas narices a la vez en el acto de sonarse.

En otros, como los enfermos de los números 2,456 y 2,457, los frecuentes catarros tubarios habían producido una estrechez de la parte blanda de la trompa, que tuvimos que dilatar con bujías.

En el 25 por 100 de los individuos atacados de catarro de la trompa de Eustaquio, hemos encontrado lesiones concomitantes de la nariz y la garganta (hipertrofia de las amígdalas palatinas y faríngeas, hipertrofia de los cornetes, espolones, etc.), que favorecen la producción de los catarros.

No hablamos de las complicaciones producidas por estos catarros, que van desde producir simples ruidos hasta la otoesclerosis o las otitis medias supuradas con todas sus complicaciones. El cateterismo con la sonda de Itard lo hacemos sin anestesia, y sólo en un caso hemos observado un vértigo, la primera vez que se le hizo al enfermo.

**TUMORES DEL TÍMPANO**—(Observación número 2,476). Es el único caso que hemos observado y que conocemos en la literatura otológica. Se trataba de un hombre de veintiocho años que se sentía un poco sordo y tenía muchos ruidos en el oído izquierdo. Nunca había tenido ninguna supuración de oído y no tiene antecedentes patológicos de importancia. Examinado su oído encontramos permeable la trompa; disminución auditiva para los sonidos graves; lateralización del Weber a la izquierda; Rino negativo; Schwabach prolongado; Dellé positivo. Al examinar la membrana del tímpano la encontramos móvil, ligeramente roja, muy poco hundida y en la parte superior y externa (borde de la membrana de Schrapnell), un tumor blanco, sesil y duro al tocarlo con el estilete, como del tamaño de una gruesa cabeza de alfiler. No había perforaciones del tímpano. Visto año y medio después, el tumor presentaba su mismo estado.

Ignoramos cuál sea la naturaleza de esta neoplasia.

**PÓLIPOS DE LA CAJA DEL TÍMPANO**—(Observaciones números 2,478, 2,543 y 2,544). Los casos que hemos visto siempre han dependido de antiguas otorreas; hemos tratado las otitis y extirpado los pólipos con un serranudo y la cureta.

**OTITIS MEDIA CATARRAL AGUDA**—(Observaciones números 2,477 y 2,479 a 2,487). La otitis media aguda es una de las afecciones más frecuentes que no sólo tiene que tratar el especialista sino el médico general, y que descuidada o mal tratada puede dar lugar a las más funestas complicaciones.

En este grupo hemos comprendido aquellas otitis agudas, catarrales, que no han llegado a la supuración y que apenas han alcanzado a presentarse con un derrame ceroso. De los diez casos que lo constituyen, en cuatro es causa un catarro del rinofaringe; en uno un cuerpo extraño (cerumen), y en cinco su causa fue desconocida. Los medios emolientes y la desinfección de la garganta y la nariz con alivio del dolor por la glicerina fenicada, fueron los medios de que nos valimos para tratarlas, obteniendo en todas la curación, sin complicaciones.

**OTITIS MEDIA SUPURADA**—(Observaciones números 2,488 a 2,531). La otitis catarral puede pasar del estado ceroso al purulento y perforar el tímpano o pasar el pus a otras regiones; células mastoidianas, senos, cavidad craneana, etc.,

dando lugar a una otitis purulenta con complicaciones más o menos graves según los territorios infectados.

De los cuarenta y cinco casos que relatamos, cinco acudieron en un principio y pudimos operarlos pronto por paracentesis del tímpano, desinfección y curaciones secas que los hicieron curar sin ninguna complicación. Pero en lo general, la gente que casi siempre se preocupa por cualquier supuración deja correr tranquilamente el tiempo con una supuración del oído, sin prestarle mayor atención, hasta que brotes agudos, dolores, o la misma fetidez de la secreción los obliga a acudir al especialista, muchas veces cuando ya la lesión está muy avanzada, con caries de los huesecillos o fenómenos mastoidianos.

Hemos observado la otitis media purulenta en sus formas aguda y crónica. Aguda, casi siempre ha tenido por causa la gripe; el coriza agudo, catarros tubarios de origen rinofaríngeo, infecciones de las amígdalas y adenoides, otitis externas producidas por viejos tapones de cerumen, fiebres eruptivas. Crónica, la heredosifilis, antiguas otitis agudas que han evolucionado en mal terreno y la tuberculosis, que en un caso la hemos visto como lesión primitiva, no apareciendo los fenómenos pulmonares sino mucho tiempo después.

Siendo tan múltiples las causas, sería en extremo prolijo ponernos a detallar los tratamientos de cada uno de los casos que anotamos. Lo primero que hacemos es asegurar la buena salida del pus con una paracentesis si el tímpano no está perforado, o agrandar la perforación si es muy pequeña, y quitar los pólipos si los hay. Los lavados con agua oxigenada, las aplicaciones de alcohol boricado a saturación caliente, y las curaciones secas con gasas, nos han dado muy buenos resultados según los casos. Cuando hemos encontrado lesiones óseas (caries de los huesecillos, supuraciones mastoidianas), hemos hecho el tratamiento quirúrgico. (Extirpación de los huesecillos, curetaje de la caja, vaciamiento petromastoidiano).

**MASTOIDITIS** —(Observaciones números 2,532 a 2,541). Las mastoiditis agudas son casi siempre consecutivas a otitis medias agudas. Sin embargo, algunas veces se presentan en el curso de otitis crónicas que han tenido algún brote agudo. En ambos casos son la retención del pus y la exaltación de la virulencia microbiana el principal agente.

Fuera de estas formas que podemos llamar secundarias, hemos observado la forma primitiva, en que el enfermo no ha tenido otitis o ha pasado inadvertida, siendo infectada la mastoide por la vía sanguínea en el curso de una infección general (observación 2,541), siendo la más común la fiebre tifoidea. (En el Hospital de la Misericordia hemos

operado cuatro mastoiditis evertianas de origen metastático en niños de uno a ocho años).

La mastoiditis crónica puede provenir en ciertos casos de una mastoiditis aguda, ya por el mal estado general del individuo, ya por un tratamiento defectuoso o incompleto. En los tuberculosos es crónica desde un principio.

No nos detendremos a hablar sobre los síntomas y marcha de la mastoiditis, cuyos diagnósticos no ofrecen dificultad al especialista, pero si séanos permitido decir dos palabras acerca del tratamiento.

Una vez hecho el diagnóstico *hay que operar*. Hemos visto muchos casos en que por contemplar con la pusilanimidad del enfermo o de su familia, hemos tenido que intervenir un poco tarde, con lesiones avanzadas que en muchos casos han puesto en peligro la vida del enfermo. Los raros casos en que el tratamiento médico ha dado buen éxito, no deben ponerse en contrapeso contra los muchos en que por negligencia o miedo se han perdido enfermos que una intervención a tiempo hubiera podido salvar.

¿Y en caso de duda en el diagnóstico? También creemos que se debe operar; con buena asepsia y una regular destreza operatoria la abertura del antro mastoideo no ofrece ningún peligro (nosotros hemos hecho trepanaciones mastoideas en enfermos desde uno hasta sesenta años), y si no hay ningún proceso infeccioso, la herida cierra en pocos días, dejando tranquilo al cirujano que se ha quitado de encima la responsabilidad de haber quizás, por descuido, dejado seguir adelante una tan peligrosa infección.

De los diez casos que figuran en nuestros cuadros operamos ocho con buen éxito, inclusive dos mastoiditis crónicas (observaciones 2,534 y 2,538), en que hubo que hacer no solamente el vaciamiento total de la mastoide sino el completo y radical vaciamiento petromastoideo.

**ABSCESOS CEREBRALES**—(Observación número 2,542). Sólo hemos visto uno en un individuo que no se operó a tiempo una mastoiditis aguda; cuando lo vimos en junta de médicos, tenía fenómenos meníngeos (líquido cefalorraquídeo turbio), temperaturas altas, etc. Se hizo la trepanación sobre el lóbulo temporal y la trepanación de la mastoide, dejando amplios drenajes, y el enfermo murió al segundo día de operado.

**COLESTEATOMA**—(Observaciones números 2,545 a 2,547). En algunas mastoiditis crónicas operadas y aun en ciertas otitis crónicas supuradas, el proceso de curación se hace mediante la epidermización que en algunos casos tiene una evolución anormal, dando lugar a una formación especial llamada colesteatoma, compuesta por pajillas o laminitas

epidérmicas, de un color blanco nacarado que tapizan el fondo supurado o que nadan entre una supuración fétida.

Este tumor algunas veces cura espontáneamente, pero otras continúa creciendo e invadiendo el antro, la caja, etc., siendo, como dice Guisez, «un tumor esencialmente *benigno*, por su constitución, y *maligno* por su evolución.»

Su diagnóstico es difícil por los signos funcionales, y solamente lo hemos hecho cuando hemos visto las pajillas de colesteatoma en el agua de los lavados del oído o en los materiales de curación.

De los tres casos que vimos, sólo uno operámos por vaciamiento total petromastodiano, y curó. De los otro dos no volvimos a tener noticias.

**OTITIS ADHESIVA**—(Observaciones números 2,548 a 2,561) La otitis adhesiva es una otitis media crónica *seca* con ausencia total de exudado, sumamente frecuente y que por lo general hemos visto que sucede por brotes de otitis media catarral.

Aquellas causas que pueden producir lesiones inflamatorias de la garganta, de ahí a la trompa, son las que se ponen en primera línea en su etiología. Así en los trece casos que apuntamos en seis había o había habido vegetaciones adenoides; en dos hipertrofia de los cornetes, y en tres, otitis catarral. En varios había antecedentes de heredosífilis que, como se sabe, es factor principalísimo en la producción de alguna otitis.

Los diversos tratamientos: duchas de aire por la trompa, masajes vibratorios del tímpano, inyecciones de fibroli-sina en la trompa y por vía subcutánea y tratamiento mercurial, no hicieron sino aliviar temporalmente a los enfermos de esta afección, que con la terapéutica actual es hasta ahora de una marcha progresiva. Sólo obtuvimos buen éxito en un niño de cuatro años (observación 2,553) que al operarle los adenoides y las amígdalas recobró la audición. Quizá, si en la primera infancia se trataran las enfermedades del rinofaringe como lo merece, se evitarían muchas otitis adhesivas.

**OTITIS ESCLEROSA**—(Observaciones números 2,562 a 2,597). A diferencia de la otitis adhesiva, la otitis esclerosa depende más bien de causas generales, entre las que se encuentra el artritisismo y sobre todo la *herencia*. Conocemos familias en que la sordera es muy frecuente y cuyos miembros ya están resignados a que entre los treinta y cuarenta años han de empezar a sufrir de la otoesclerosis. Al contrario de lo dicho en las estadísticas europeas, nosotros hemos encontrado que la otosclerosis es más frecuente en el hombre que en la mujer (veintisiete hombres por veintidós mujeres).

A pesar de depender su producción de una causa general, anotamos que hemos observado con mucha frecuencia pequeñas hipertrofias de los cornetes, y espolones del tabique y estrecheces de la trompa en las otoesclerosis (casi en el 20 por 100 de los casos.) Quizás éstas sean causas predisponentes, lo mismo que los frecuentes tapones de cerumen: hemos visto muchas veces que en los individuos que padecen de hipersecreción de cerumen, poco a poco la otitis esclerosa se establece, desapareciendo la hipersecreción ceruminosa a medida que el oído medio sufre el proceso escleroso. ¿Es causa o es efecto?

Los varios tratamientos que hemos ensayado no nos han dado ningún éxito, y solo hemos podido sacar en conclusión que las duchas de aire por la trompa de Eustaquio, de que se valen algunos especialistas, no hacen sino empeorar a los enfermos, aumentando los ruidos y los vértigos o produciéndolos cuando no existían.

Algunas veces hemos logrado disminuir un poco los ruidos y vértigos con la administración del acónito.

**LABERINTITIS**—(Observaciones números 2,598 y 2,599). Paracusia, vértigos y ruidos subjetivos son la triada de las lesiones del oído interno.

No hemos tenido ocasión de observar sino dos enfermos. El número 2,599, antigua otoesclerosa, quien súbitamente tuvo vértigos de Ménière. Tenía hipertensión arterial y era un terreno neuropático. Supusimos que se trataba de una anemia del laberinto, y para hacer su diagnóstico administrámos vasos dilatadores (trinitrina) que hicieron desaparecer los signos en pocos días.

El otro caso se refiere a un hombre (observación 2,598) que nunca había sufrido de los oídos hasta que súbitamente sintió vértigos, zumbidos de oídos y disminución de la agudeza auditiva. No tiene antecedentes patológicos de importancia. Cuando nos consultó ya habían pasado los fenómenos agudos, que se agravaban después de las comidas, y apenas había un poco de paracusia y ligera sensación de vértigo que se exageraba al inclinar la cabeza hacia abajo. Supusimos que se tratara de una hiperemia laberíntica. En este enfermo nos dio buen resultado el empleo del sulfato de quinina a la dosis de 0,05 centigramos diarios (método de Lermoyez.)

**NEURALGIA RETROMASTOIDIANA**—(Observación 2,600). Sólo observámos un caso, de origen palúdico, que vino al consultorio con el diagnóstico de mastoiditis y que curó con quinina.



Haciendo el resumen de los casos observados de enfermedades de los órganos de los sentidos, presentamos el siguiente cuadro que muestra su número y frecuencia con el porcentaje que corresponde a cada una en su especie.

## RESUMEN DE LAS OBSERVACIONES PRESENTADAS

Enfermedades de los ojos.....	1,765, o sea el 64.08 %	
Enfermedades de la garganta..	440, o sea el 15.97 „	
Enfermedades de la nariz.....	343, o sea el 12.45 „	
Enfermedades de los oídos.....	206, o sea el 7.50 „	
Total .....	2,754	100 %

## RESUMEN DE LAS 1,765 ENFERMEDADES DE LOS OJOS

Números de orden citados.	Diagnósticos.	Total	Porcentaje en casos. tre 1,765 casos.
1	Quiste dermoide de la ceja...	1	0.06
2	Heridas de la ceja .....	1	0.06
2 A	Xantelasma del párpado.....	1	0.06
3	Nevi materni del párpado...	1	0.06
4	Herida contundente del párpado.....	1	0.06
5	Quemadura del párpado.....	1	0.06
6 a 9	Eczema del párpado.....	4	0.23
10	Zona oftálmica.....	1	0.23
11	Tic del párpado.....	1	0.06
12 a 82	Blefaritis ciliar .....	71	4.02
83 a 85	Orzuelo.....	3	0.17
86 a 100	Chalazión .....	15	0.85
101	Triquiasis.....	1	0.06
102	Ptoxis congénita del párpado	1	0.06
103 a 106	Ptoxis del párpado.....	5	0.28
107 a 109 A	Entropión .....	4	0.23
110 a 112	Ectropión .....	3	0.17
113 y 114	Epitelioma del párpado...	2	0.11
116 a 136	Lagrimo (epífora) .....	21	1.19
138 a 146	Dacriocistitis.....	9	0.51
147 y 149	Cuerpos extraños de la conjuntiva .....	2	0.11
149	Quemadura de la conjuntiva.	1	0.06
156 a 158 y 196	{ Conjuntivitis de Wecks....	4	0.23