

Para la Biblioteca de la F. de Medicina de
Granada *El autor.* 4-45

PUBLICACIONES DE LA «GACETA MÉDICA DE GRANADA»

EL PRIMER CONGRESO ESPAÑOL
DE
OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

RESEÑA Y COMENTARIOS

SOBRE EL MISMO

ESCRITOS PARA LA «GACETA MÉDICA DE GRANADA»

POR

P. L. PELÁEZ VILLEGAS

Catedrático de Anatomía descriptiva

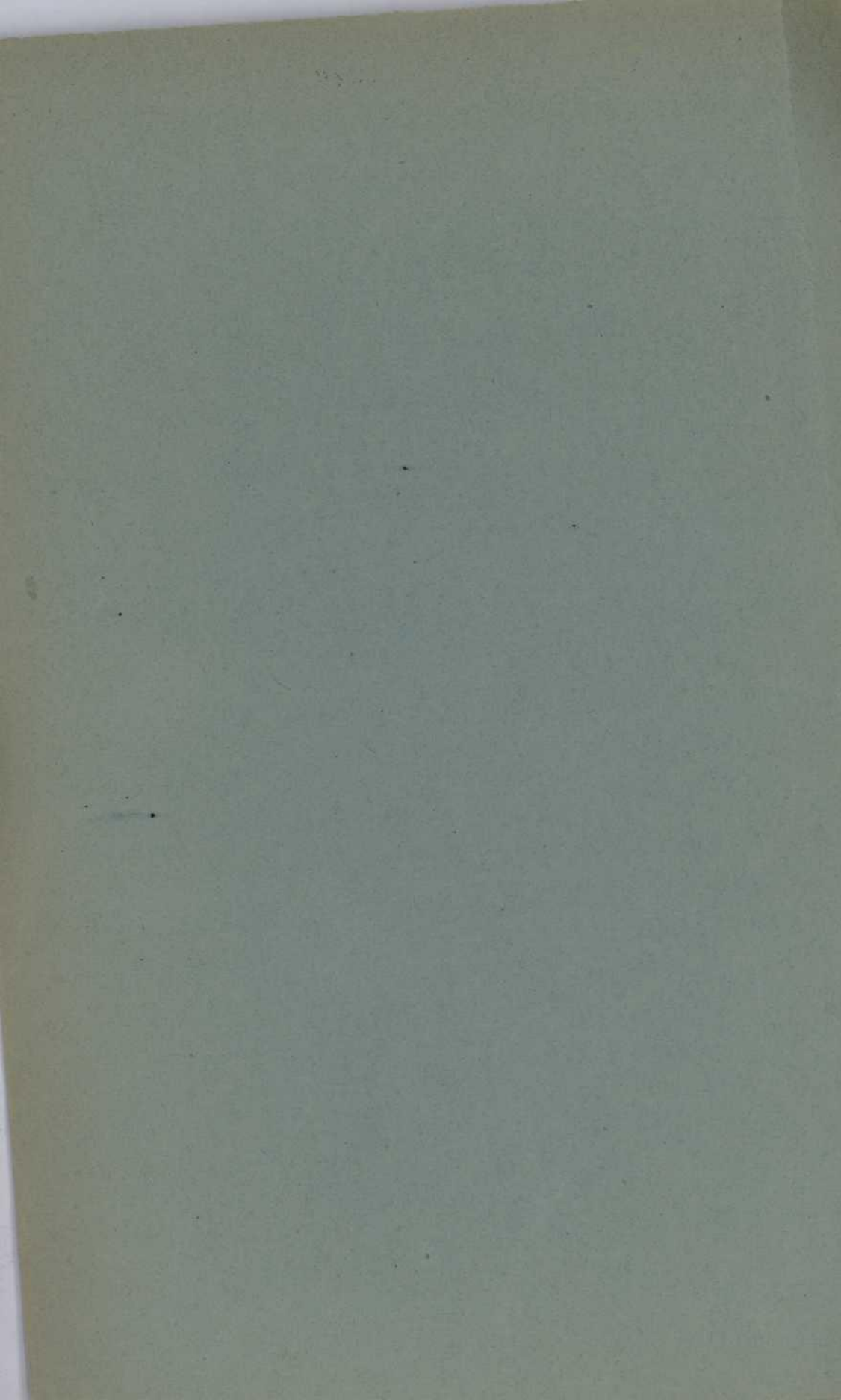
y Embriología en la Facultad de Medicina de Granada

y Oto-rino-laringólogo.

GRANADA

IMP. Y LIB. DE D. JOSÉ LÓPEZ GUEVARA

1897



R. 29026

EL PRIMER CONGRESO ESPAÑOL

DE

OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

POR

P. L. PELÁEZ VILLEGAS

(GACET. MÉD. DE GRANADA, vol, XV, núms. 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331,

332, 335, 336, 338, 339, 342, 343 y 344).



GRANADA

IMP. Y LIB. DE D. JOSÉ LÓPEZ GUEVARA

1897

6508

RESEÑA

DE LOS ASUNTOS CIENTÍFICOS

TRATADOS EN EL

PRIMER CONGRESO ESPAÑOL DE OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

celebrado en Madrid del 18 al 24 de Noviembre de 1896

POR EL

DR. P. L. PELÁEZ Y VILLEGAS

Catedrático de Anatomía descriptiva y Embriología en la Facultad de Medicina
de Granada y Oto-rino-laringólogo.

Los comentarios relativos á los asuntos puramente científicos, que han constituido comunicaciones, discutidas ó no, en el *Primer Congreso Español de Oto-rino-laringología*, pueden clasificarse y exponerse con arreglo á un orden armónico con el título de la *especialidad médico-quirúrgica* á que se refieren, y en esta forma se enumeran á continuación:

1.º—COMUNICACIONES DE OTOLOGÍA.

A. De carácter anatómico:

1. Datos para la historia de la Otología en España, por el . . . DR. FORNS (de Madrid).

2. Exposición de cuadros murales destinados á demostrar la anatomía del aparato auditivo, por el . . . DR. FORNS.

B. De carácter técnico é instrumental:

3. Recipiente auricular por el DR. CARRALERO (de Madrid).

4. Instrumentos para operaciones en el aparato auditivo, por el . . . DR. BOTÉY (de Barcelona).

C. De carácter clínico:

5. Infecciones consecutivas á la perforación habitual del lóbulo de la oreja, por el . . . DR. VIOR TRAVIESO.

6. 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).

7. Tratamiento de las supuraciones crónicas comunes de la ca-

- ja, por el DR. KARMINSKI (de Barcelona).
8. Otitis media supurada en los niños, su rebeldía, causas que determinan ésta y modos de corregirla, por el DR. CARALERO.
9. Osteitis necrósicas altas del oído, por el DR. SUÑÉ (de Barcelona).
10. Dos casos de complicación cerebral de origen otítico, por el DR. CASTAÑEDA (de San Sebastián).
- D. De carácter anatómico, técnico y clínico:*
11. El método conservador en las afecciones del ático, por el DR. RUEDA (de Madrid).
12. ¿Por qué siendo tan frecuentes las otitis medias, son tan raras las mastoiditis? por el DR. FORNS.
13. Tratamiento de los vértigos, zumbidos y algunas afecciones del laberinto, por la punción de la membrana redonda, seguida de aspiración, por el DR. BOTEY.
14. Juicio de la anterior comunicación, por el DR. FORNS.
- E. De carácter clínico y social:*
15. Exposición de un caso notable de sordo-mudez, por el DR. GONZÁLEZ ÁLVAREZ (de Madrid).
16. Datos para el estudio de la sordo-mudez, por el DR. BARBERÁ (de Valencia).
17. Nuevos datos en favor de la curabilidad de la sordo-mudez, por el DR. VERDÓS (de Barcelona).
18. Aloquiria auditiva y ruidos extra-craneales, por el DR. VERDÓS.

2.º—COMUNICACIONES DE RINOLOGÍA.

19. Tratamiento de la rinitis hipertrófica por la resorcina, por el DR. GONZÁLEZ CAMPO (de Madrid).
20. El nuevo tratamiento del ozena, por el DR. COMPAIRED.
21. Algunas consideraciones sobre las rinitis crónicas y el tejido eréctil de la mucosa nasal, por el DR. PELÁEZ (de Granada).
22. La etmoiditis supurada y

- el cornete medio, por el DR. RUEDA.
23. Observación de un caso de papiloma en la fosa nasal derecha, comprobado por el examen histológico, por el DR. BORRÁS Y TORRES (de Barcelona).
24. Tratamiento de las sinusitis frontales crónicas y sus lesiones intra-cranianas consecutivas, por el DR. BOTEY.
25. Tratamiento de la desviación vertical del tabique cartilaginoso con obstrucción nasal y lateralización de la punta de la nariz, por el DR. BOTEY.

3.º—COMUNICACIONES DE LARINGOLOGÍA.

A. *Sobre afecciones nerviosas:*

26. Sobre el ictus laríngeo, por el DR. ROQUER (de Barcelona).
27. Tratamiento ortofónico de la parálisis unilateral, por el . . DR. BARBERÁ.

B. *Sobre neoplasias:*

28. Diagnóstico de los tumores laríngeos, por el DR. HORCASITAS (de Madrid).
29. Tratamiento y curación de los pólipos laríngeos por las vías naturales, por el DR. URUÑUELA (de Madrid).
30. Tumor laríngeo angiomatoso, por el DR. RUEDA.
31. Cáncer laríngeo. Aneurisma aórtico? Traqueotomía. Muerte súbita por *angor pectoris*, por el DR. ROQUER.

C. *Sobre operatoria:*

32. La laringo-fisura en el cáncer laríngeo, por el DR. BOTEY.
33. Intubación laríngea, por el DR. LLORENTE (de Madrid).
34. Instrumentos para laringología, por el DR. BOTEY.

D. *Sobre otros asuntos distintos de los citados, pero de gran interés clínico:*

35. Urticaria laríngea, por el DR. FORNS.
36. Sobre una forma de la-

ringitis aguda de la infancia que se confunde con el croup, por el DR. CASTAÑEDA.

4.º—COMUNICACIONES SOBRE TEMAS DIVERSOS, PERO ANEXOS Á LOS INCLUIDOS EN LOS TRES GRUPOS EXPUESTOS.

A. Sobre Traqueología:

37. Las inyecciones traqueales de creosota y guayacol en la tuberculosis laringo-pulmonar, por el DR. BOTEY.
38. Sobre la terapéutica del traqueocele, por el DR. ROQUER.
39. Simplificación de la traqueotomía, por el DR. URUÑUELA.

B. Sobre Faringología:

40. El sulfuro de calcio en las faringitis exudativas, por el . . . DR. PÉREZ MORENO (de Madrid.)

C. Sobre afecciones constitucionales:

41. Sífilis hereditaria tardía y vegetaciones adenoides, por el . . DR. ARRESE (de Bilbao).
42. Sífilis bucal y faringo-laríngea. Su tratamiento por la cura mixta termal, por el DR. BOTELLA (de Madrid).
43. Relaciones del artritismo con las afecciones naso-faríngeo-laríngeas y bronquiales. Necesidad de ampliar el campo de la especialidad al estudio de las afecciones de los aparatos respiratorio y circulatorio, por el DR. ENRÍQUEZ (de Madrid).

44. Enfermedades reflejas y reflejadas de la nariz, garganta y oídos en los niños, por el . . . DR. R. PINILLA (de Madrid).

D. Sobre asuntos heterogéneos.

45. Sillón oto-rino laringoscópico por el DR. BOTEY.
46. Aplicaciones del fonógrafo de Edisón, al diagnóstico de ciertas enfermedades torácicas y laríngeas, por el DR. R. PINILLA.
47. El herpetismo en la garganta, por el DR. MARIANI.

COMUNICACIONES DE OTOLOGÍA.

1. DATOS PARA LA HISTORIA DE LA OTOLOGÍA ESPAÑOLA, por el Dr. FORNS, *Profesor médico del Colegio nacional de sordo-mudos y ciegos y Profesor de Oto-rino-laringología en la Facultad de Medicina de Madrid y en la Escuela práctica de Especialidades médicas.*

El objeto de esta comunicación, según declara en ella el comunicante, consiste en señalar los descubrimientos y trabajos anatómicos, que sobre el aparato auditivo, llevó á cabo el distinguido disector español, D. Marcos Viñals y Rubio, antiguo preparador-conservador de los Museos anatómicos en la Facultad de Medicina de Madrid.

Dicho anatómico presentó, en 1838, una preciosa colección de temporales humanos (1) á una comisión de profesores del antiguo colegio de San Carlos, hoy Facultad de Medicina de Madrid; ante dicha comisión demostró sus descubrimientos acerca del verdadero trayecto de la cuerda del tambor, de la lámina espiral del caracol, de la existencia de dos acueductos en esta región del laberinto, y de la de una porción de canaliculos y otros detalles de segundo y tercer orden, en punto á importancia orgánica, pero no por esto menos interesantes; detalles todos, señalados por primera vez por el Dr. Viñals y, descritos luego con una minuciosidad y precisión admirables.

Precisamente esta descripción quedó consignada por escrito en una Memoria leída por el Dr. Viñals en 1841, ante la sección de Ciencias Antropológicas de la Real Academia de Ciencias Naturales de Madrid. Esta Memoria, cuyo título era «Nueva descripción de la porción petrosa del temporal, manifestando varios descubrimientos hechos en el órgano interior del oído» se imprimió en 1843, y su lectura ante la Academia citada se acompañó de otra colección de preparaciones sobre el temporal y el aparato auditivo (2).

Estas mismas demostraciones anatómicas, se repitieron más tarde, ante numerosos profesores de la Facultad de Medicina de París, á donde

(1) Esta colección de preparaciones estaba destinada á los museos anatómicos de la citada Facultad de Medicina, y debe conservarse en el indicado departamento.

(2) Esta otra colección, que he tenido la satisfacción de admirar, quedó en poder del Dr. Viñals, y en la actualidad la conserva su sobrino el distinguido médico de Madrid Dr. D. Francisco Viñals y Torrero, el cual en fecha posterior á la celebración del primer Congreso español de Oto-rino-laringología, ha hecho por su cuenta la reimpresión de la Memoria citada de su señor tío, juntamente con la comunicación de Dr. Foras, que vengo reseñando.

Tengo, pues, á la vista, el trabajo del distinguido anatómico D. Marcos Viñals y el del eminente otologista madrileño, mi querido amigo el Dr. Foras; y si en el primero admiro la exactitud, valentía y precisión descriptivas del paciente disector, enamorado con justicia de sus obras, en el segundo celebro el entusiasmo patriótico y otológico, la galana y correcta frase y las discretas indicaciones del notable escritor.

acudió el autor con motivo de un viaje científico dedicado principalmente al engrandecimiento y mejora de los museos anatómicos de Madrid. En el Museo Orfila deben conservarse algunas de las preparaciones exhibidas en París por el Dr. Viñals.

Los trabajos del eminente anatomista de referencia fueron premiados por varias corporaciones científicas nacionales y extranjeras; y sus observaciones sobre la cuerda del tambor fueron publicadas en una fecha coetánea con la en que Huguier indicó algo, según Cruveilhier, sobre el trayecto del citado nervio (1.^a y 2.^a edición de su *Anatomie descriptive*. 1837-1845) pero son mucho más completas las indicaciones de nuestro distinguido compatriota, según puede apreciarse en la Memoria citada. Este trabajo, es por muchos conceptos notable; una nota de los Sres. Maestre de San Juan y Ramirez, traductores del *Tratado de Anatomía médico-quirúrgica y topográfica de E. Petrequín* y ambos distinguidos anatómicos españoles; y una cita del profesor D. Juan Creus en su *Tratado elemental de Anatomía médico-quirúrgica* (2.^a edición. Madrid, 1872), han sido las fuentes donde ha bebido el laborioso Dr. Fornis, para lograr la desamortización de los descubrimientos anatómicos del Dr. D. Marcos Viñals y Rubio.

Á su notable comunicación contestó el Dr. Uruñuela en nombre de todos los congresistas, felicitando á todos los otólogos españoles por la adquisición de datos históricos que ponen tan alto el nombre del Dr. Viñals, y que constituyen, indudablemente, una parte de la Otología española.

2. *Exposición de cuadros murales destinados á demostrar la Anatomía del aparato auditivo, por el Dr. FORNIS.*

Constituye esta comunicación un trabajo magistral de artista y anatómico. Está formado por una elegante y admirable colección de 30 cuadros murales, que tiene cada uno aproximadamente un metro y 25 centímetros de longitud por cincuenta centímetros de anchura, y en los cuales ha copiado el Dr. Fornis con una discreta exactitud y considerable ampliación, la extensa serie de los magníficos grabados que ilustran el incomparable libro de Retzius, distinguidísimo anatómico de Stockolmo, sobre anatomía del aparato auditivo.

La reseña de los cuadros murales del Dr. Fornis, que constituyen un decorado muy útil en un dispensario de Oto-rino-laringología, puede condensarse en la siguiente explicación:

Cuadro núm. 1. Representa el *pabellón auricular*, en seis figuras: de éstas, las dos superiores representan 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 el 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) Corte horizontal de la membrana timpánica á nivel del cuello del martillo. (8 y 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. (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 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 vestibulo 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) Vestibulo visto por delante y afuera. (2) Utriculo 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 utriculo, su recessus y conducto utriculo-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 utriculo 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, utriculo 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 el hombre, 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 basilar, 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 la disposición de las células de Claudío 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 central 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 estria 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 tunel 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 hacedillos 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, 8) Tres cortes de la membrana tectorja vistos desde la membrana basilar y correspondiente 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 estrias 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 epitelico 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.

Los cuadros murales de Anatomía otológica, del Dr. Forn, 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, el Dr. Verdós y el que suscribe esta reseña, felicitaron al autor y se felicitan á su vez de que los futuros alumnos del Dr. Forn tengan la fortuna de encontrar tan útiles y brillantes elementos de enseñanza como representan las 148 figuras comprendidas en los referidos cuadros.

3. *Recipiente auricular, con presentación del aparato, por el Dr. CARRALERO, oto-rino-laringólogo de Madrid.*

Es un doble receptáculo metálico susceptible de quedar dividido en dos mitades completamente independientes, pero destinado á usarse quedando ambos receptáculos unidos. De éstos, uno ofrece dos escotaduras y una de ellas se destina á adaptarse por debajo del pabellón auricular: sobre este receptáculo y sin necesidad de orellón ni canal alguna, caen los líquidos inyectados en el oído, que arrastran los detritus purulentos, ceruminosos ó de otro orden, que en aquel pueden estar contenidos. En cambio el otro receptáculo no escotado, puede destinarse á contener el líquido limpio que ha de inyectarse.

El Dr. *Compaired*, objetó al comunicante, que probablemente su aparato será caro y desde luego puede considerarse como un poco pesado.

El Dr. *Forn*, dijo que el ser metálico este recipiente limita mucho su uso, pues no puede destinarse á contener muchos líquidos antisépticos que atacan los metales. Además la proximidad de los dos receptáculos y el estar desprovisto de tapa el que contenga el líquido que haya de inyectarse, puede ser motivo de que salpique hasta éste algo del que salga del oído, lo cual ocasionaría la inutilidad ó malas condiciones de uso para el primero. Por esto y por haber visto usar en Barcelona al Dr. *Suñé* un aparatito muy cómodo, que él también usa desde entonces, y que consiste en un receptáculo de vidrio provisto de una tapadera de madera con cuatro perforaciones á las cuales se adaptan otras tantas peras de goma, recomienda al Dr. Carralero, que construya su aparato en caoutchouc, porcelana ó vidrio y le complemente del modo dicho.

Considerando el *Dr. Carralero* atendibles las observaciones hechas por los Dres. *Compaired* y *Forns*, merece plácemes su invento y, modificado en el sentido indicado por el *Dr. Forns*, puede asegurarse que quedará un recipiente auricular todo lo más adecuado posible, á las necesidades de la práctica ototerápica.

4. *Instrumentos para operaciones en el aparato auditivo, con presentación de los mismos, por el Dr. BOTÉY, oto-rino-laringólogo de Barcelona y Director de los «Archivos latinos de oto-rino-laringología».*

Pueden dividirse estos instrumentos en cinco grupos y recibir las siguientes denominaciones: *paletas para limpiar el fondo del conducto auditivo; cuchillete para la amputación del mismo conducto citado; gubias para la aticotomía y escoplos y pinzas para ensanchar las aberturas por trepanación.*

a. *Paletas para limpiar el fondo del conducto auditivo externo.*—Son tres estiletes, enmangados que terminan en una pequeña placa metálica, ovoidea y de 2, 3 y 4 milímetros de diámetro transversal, según el número del instrumento. Esta placa se continúa con el tallo del instrumento en ángulo obtuso. Prestan excelentes servicios, según el autor, para extraer partículas ceruminosas, medicinales y toda clase de cuerpecillos anidados en el fondo del conducto.

b. *Cuchillete para la amputación del conducto auditivo externo.*—Es un cuchillito cuya hoja forma ángulo recto con el tallo; el autor lo destina á suplir todo bisturí en la mencionada operación, que se hace con cierta frecuencia en Otología, como preliminar de otras más comprometidas que recaen sobre la caja, ático y antro, como la operación de Stake y otras.

c. *Gubias para la aticotomía y antrectomía.*—Con ellas trata de sustituir el *Dr. Botey*, la gubia de Stake, que considera defectuosa y cuyo empleo exige su protector correspondiente. Estas gubias son de tallo largo, delgado y recto hasta muy cerca de la punta, donde se acodan en ángulo obtuso, se ensanchan, engruesan y acanalan, para poder cortar, según el autor, lo más próximo posible á la perpendicular, la pared externa del ático. El *Dr. Botey* ha hecho construir dos números, que se diferencian por la longitud del corte; es uno de tres milímetros y otro de cinco.

d. *Escoplos para ensanchar las aberturas por trepanación.*—Son aplicables también á Rinología, principalmente para los senos frontales y las trepanaciones derivadas de las de estas cavidades, del mismo modo que pueden emplearse en la mastoides y sus inmediaciones, aprovechando ó no las lesiones sinusíticas ú óticas. Son cuatro números de 3 á 5 milímetros de anchura en su parte cortante: ésta se halla doblada en ángulo obtuso sobre el resto del instrumento en unos sobre una de las ca-



ras y en otros sobre uno de los bordes. El corte es abiselado por ambas caras, y en sus extremos terminan los bordes laterales en una pequeña eminencia redondeada; ésta, sirve en un lado para rechazar y proteger la dura madre, y en otro para apartar los tejidos blandos del contorno de la herida, mientras que el corte del instrumento dirigido oblicuamente, secciona por capas toda la substancia ósea que se necesite separar.

e. Pinzas cortantes para ensanchar las aberturas por trepanación.— Tienen el mismo objeto que los escoplos descritos. Su porción cortante es fina, también está doblada oblicuamente hacia un lado, y sólo alcanza 9 ó 10 milímetros de extensión.

Los congresistas presentes examinamos y escuchamos con atención la descripción y ventajas de los instrumentos propuestos por el Dr. Botey, y el Dr. Uruñuela hizo algunas observaciones dirigidas á elogiar la laboriosidad del Dr. Botey y á señalar la conveniencia de ser moderados precavidos en el número y clase de instrumentos que se inventen; pues de no ser así, se cae en el vicio que se censura á los autores de muchos instrumentos conocidos, los cuales no se emplean de ordinario.

5. *Infecciones consecutivas á la perforación habitual del lóbulo de las orejas, por el Dr. VIOR-TRAVIESO, oto-rino-laringólogo.*

En esta comunicación, que fué leída por uno de los Sres. Secretarios, por ausencia del comunicante, enumera éste las infecciones de que trata en su tema: gangrena *noma*, flemones sépticos, erisipelas exudativas persistentes y eczemas húmedos é impetiginoides. Refiere dos historias clínicas de gangrena consecutiva á la perforación del lóbulo auricular, y trata de explicar todos los hechos mencionados por las condiciones anatómicas del órgano afecto y por las circunstancias especiales que concurren en la solución de continuidad.

En cuanto á las primeras, recuerda la tenuidad de la piel, la delicadeza del tejido sub-cutáneo y la riqueza vásculo-linfática de ambas capas orgánicas.

En cuanto á las segundas, recuerda: 1.º, que las personas que horadan generalmente las orejas á las niñas, suelen ser extrañas á la práctica médica, é ignorantes, por lo tanto, de las precauciones asépticas y anti-sépticas que en todo caso quirúrgico deben tomarse. 2.º, que el cuerpo extraño representado por el pendiente, hilo, etc., que se coloca en la perforación, impide durante cierto tiempo la cicatrización necesaria, y es una puerta abierta á las bacterias septógenas, que encuentran en la exudación linfática que en ella existe, un excelente medio de cultivo. 3.º, que si, por añadidura, el caso recae en una niña débil, se tienen todas las circunstancias favorables para que las noxas flogógenas produzcan la gangrena.

Por lo demás, si á pesar de estas causas las infecciones indicadas no ocurren, es porque, según el Dr. Vior, los tejidos lesionados tienen una

gran riqueza linfo-plástica, y dando lugar á la formación inmediata de granulaciones en los bordes de la herida, éstas y la obliteración inflamatoria de los vasitos linfáticos de la región, obran como valla infranqueable á las bacterias, cuando éstas no pasaron en el momento de la perforación ó en los inmediatos.

De todos modos, el Dr. Vior opina, y en mi concepto con buen acuerdo, que la perforación del lóbulo auricular, debe desecharse por las razones dichas.

Por mi parte, no sólo opino como el Dr. Vior, sino que creo que esta operación vulgar y perjudicial desde el punto de vista higiénico, es además ridícula, representa un lazo que nos liga con los pueblos salvajes en los que hombres y mujeres se perforan sus orejas, como se las perforaban aún todos los romanos, hasta el Imperio de Septimio Severo, es quizá también un vestigio de la primitiva sociedad humana, y constituye hoy en la mujer uno de tantos incentivos como subsisten para el lujo, pasión mezquina que á todo trance debe corregirse y moderarse en tanto el hombre como ser perfectible, llega á abolirla.

6. *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, oto-rino-laringólogo de Madrid, Profesor encargado de los Dispensarios oto-rino-laringológicos de la Policlínica Cervera y Policlínica del Refugio y Profesor encargado de un curso libre anual de oto-rino-laringología en la Facultad de Medicina.*

El comunicante se concreta á referir las historias clínicas de dos casos de epiteloma del oído externo, cuyo diagnóstico fué confirmado por examen histológico, practicado en uno de ellos por el Dr. Fornis, y en los cuales fueron inútiles el legrado, la cauterización con cloruro de zinc y las aplicaciones de resorcina. En vista de este resultado, el Dr. Compaired, en ambos casos, extirpó el pabellón auricular, toda la porción membranosa del conducto auditivo externo, un trozo de parótida, próximo y sospechoso, y los ganglios sub-maxilares; aplicando después sobre la superficie cruenta y durante muchos días consecutivos la cura seca con clorato potásico finamente pulverizado. El Dr. Compaired, aunque no se da cuenta clara de cómo obra esta substancia, supone que coloca en asepsia completa la región cruenta donde se aplica y que activa la cicatrización. Sin embargo, huyendo de optimismos exagerados, aunque en sus operados no se ha reproducido la neoplasia después de transcurridos seis y diez meses respectivamente, teme que se reproduzcan por la ley fatal de los epitelomas; mas añade que, la curación temporalmente obtenida, es muy digna de tenerse en cuenta.

El Dr. Fornis, declara que así como en asuntos patogénicos la clave la da siempre la Anatomía, en asuntos terapéuticos, la clave debe darla la

Química. Recuerda que el clorato potásico es un producto inestable que se descompone en presencia de las substancias orgánicas; y que es posible que se descomponga desprendiendo oxígeno ú ozono, que es, como se sabe, el oxígeno más activo. Este ozono podría obrar sobre las células hipergenéticas produciendo una degeneración por exceso de vida celular ó una acción bactericida análoga á la que posiblemente tiene lugar sobre las médulas de animales hidrófobos, cuando se preparan éstas para atenuar el virus lítico.

El *Dr. Botey*, cree que debió operarse llevando la intervención quirúrgica hasta el conducto auditivo óseo y aun hasta el tímpano, pues de este modo dice que habría menos peligro de recidiva y más seguridad de actuar sobre tejido sano, que es, en su concepto, lo principal tratándose de la extirpación de toda neoplasia y sobre todo de las malignas. Es por esto por lo que cree que debe desconfiarse de la acción del clorato potásico á pesar de sus virtudes químicas, pues algo análogo se ha pensado de otras muchas substancias que la práctica ha tenido que desechar por inútiles. Si la extirpación no se hace bien ó si se hace habiendo infartos ganglionares, á pesar de que éstos se extirpen y de que se asocie la medicación tópica que se quiera, el *Dr. Botey* supone que la neoplasia maligna se reproduce.

El *Dr. Compaired* rectifica adhiriéndose á las opiniones del *Dr. Forns*, y rebatiendo los del *Dr. Botey*: recordando que ya en su comunicación expone por qué procedió como dice y no de otro modo; que no extirpó parte ósea del conducto auditivo externo porque cree que no llegaba hasta allí la neoplasia; y que teme la recidiva, aunque no haya ocurrido hasta el presente.

Á pesar de la pequeña diferencia de apreciación que dejo consignada, para el comunicante y los dos señores que intervinieron en el debate, entiendo que son dignos de elogio los tres y atendibles las razones de cada uno: es indiscutible que el *Sr. Botey* señala lo que hasta hoy enseña la experiencia quirúrgica; pero no es menos cierto que la Química tiene secretos, que debemos descubrir persiguiendo el ideal de reemplazar la cruenta y aterradora Cirugía, por la Terapéutica conservadora.

7. *Tratamiento de las supuraciones crónicas comunes de la caja, por el*
DR. KARMINSKI, oto-rino-laringólogo de Barcelona,

Empieza el comunicante por reconocer que las otorreas procedentes de la caja pueden obedecer á diversas causas patológicas y el proceso engendrador de las mismas estar localizado en el antro, en el ático, en el recessus hipotimpánico ó en otros puntos de la caja; pero entiende que de ordinario las supuraciones de la caja son principalmente debidas á infecciones secundarias provocadas por el estafilococo piógeno que normalmente vive en la boca, en las fosas nasales ó en la faringe; ó es trasladado por el médico con sus instrumentos y operaciones manuales cuando re-

conoce á los enfermos sin minuciosas precauciones de asepsia: los bálsamos, cocimientos y aceites que el vulgo emplea para los males de oído y ciertas substancias recetadas por el médico sin precauciones asépticas son también vectores de estafilococos.

Por todas estas razones el Dr. Karminski entiende que el otólogo debe ajustarse ante todo á las más rigurosas prescripciones antisépticas y asépticas y proceder del modo siguiente:

1.º Antes de toda insuflación con la pera de Politzer debe tocarse la región faríngea de ambas trompas, con un algodón impregnado en disoluciones cateréticas ó antisépticas: de preferencia cloruro de zinc al 4 y nitrato argéntico al 2 por 100. La ducha de aire no debe practicarse en las otitis agudas.

2.º Los lavados del conducto y de la caja con soluciones bóricas al 4 por 100, previamente tibias; el secado ulterior con algodón esterilizado, la destrucción de las granulaciones, el raspado de la caja, la aplicación de cateréticos y aun de cáusticos en los puntos sospechosos; y luego las insuflaciones de ácido bórico finamente pulverizado y las inyecciones de agua oxigenada, según el Dr. Botey.

3.º Plan tónico y uso interior de medicamentos que lo sostengan.

El Dr. *González Campo* combate el ácido bórico como tratamiento de las otorreas y dice que prefiere el salol alcanforado, con el cual ha obtenido muchos éxitos.

El Dr. *Compaired* está de acuerdo con lo expuesto por el Sr. González Campo y dice que prefiere el salol alcanforado en los niños con otitis agudas con perforación timpánica y sin vegetaciones extirpables. En otros casos emplea el ácido crómico al 1 por 100, recomendando gargarismos con soluciones de bicarbonato sódico; y en otros casos cloruro de zinc al 1 por 30.

El Dr. *Rueda* pregunta al Sr. González Campo si el salol produce irritaciones ó erupciones en el conducto. (El Sr. González contesta negativamente).

El Dr. *Karminski* rectifica diciendo que no ha visto ningún peligro en el ácido bórico y que no ha ensayado el salol.

El Dr. *Forns* dice que es vago el término elegido por el Sr. Karminski para título de su comunicación, y que siendo tantas y tan diversas las causas de supuraciones de la caja, debía haber hecho una clasificación y haber propuesto para cada especie la terapéutica que fuera oportuna.

El Dr. *Karminski* rectifica por segunda vez, diciendo que aprecia lo que dice el Dr. *Forns* y que ya lo consigna en su comunicación.

Por nuestra parte al hacernos eco de la comunicación y discusión precedentes, no podemos dejar de manifestar que son muy atinadas las observaciones terapéuticas del Dr. Karminski y que unidas á las hechas sobre este punto por los Dres. *Compaired* y *González Campo*, son todas dignas de que las tengan muy en cuenta todos los profe-

sos y ayudantes encargados de la asistencia especial en los dispensarios oto-rino-laríngeo-terápicos.

8. *Otitis media supurada en los niños, su rebeldía, causas que determinan ésta y modo de corregirla, por el Dr. CARRALERO.*

El comunicante condensa su extensa comunicación en las siguientes 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 padecimientos, 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, el escrofulismo y la vulnerabilidad que en estos estados ofrecen la piel y las mucosas; las fiebres eruptivas con sus enantemas y propagaciones auriculares desde la faringe; la tuberculosis auricular, la sífilis hereditaria en algunos casos, la superficialidad de la membrana timpánica y la escasa longitud del conducto auditivo externo; la gran susceptibilidad para los catarros naso-faríngeos, la hiperactividad de la mucosa de la caja por la reabsorción reciente del tejido mucoso que la rellena en las primeras edades 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 tónicos generales, higiene, alimentación, ejercicio, etc., de preferencia el vino iodo tánico de Nourri, los glicero-fosfatos y la emulsión de aceite de hígado de bacalao con guayacol.

5.^a En segundo término deberá instituirse la terapéutica local: antiseptia rigurosa de conducto auditivo externo, caja, trompa, faringe y nariz con agua esterilizada ó disolución bórica ó sublimada débil; miringotomía amplia ó dilatación de las perforaciones preexistentes, ducha de Politzer, destrucción de fungosidades, pólipos ó focos carióticos ó necróticos mediante el raspado; tratamiento de las complicaciones si las hubiese (absceso mastoideo, etc.) Por último, de los medios farmacológicos el Dr. Carralero considera preferibles en algunos casos la antipirina y la cocaína, y en general la cura con la disolución bórica de alcohol de 90° al 2, 4, 6, 8, y aun 20 por 100; la cura sublimada y la cura seca de Bezold al ácido bórico y al iodoformo.

El Dr. *Compaired* opina que si hay otorreas que duren meses y aun

años, se deben á descuido del enfermo é ignorancia del médico. Además dice que no considera necesario el uso de la antipirina y cocaína en las otitis crónicas, porque no hay dolor ni nada que isquemiar.

El *Dr. Botey* dice que las principales causas que sostienen las otorreas en los niños son las granulaciones en la caja y las vegetaciones en la faringe nasal; por esto deduce que una vez diagnosticadas dichas lesiones, lo que conviene es seguir un tratamiento exclusivamente quirúrgico y luego insuflaciones de ácido bórico.

El *Dr. Uruñuela* dice que como recaen las otorreas de la niñez, en su mayoría, en sujetos escrofulosos, lo primero que debe tratarse es el escrofulismo. Añade luego que ha obtenido buenos resultados del ácido bórico, sin negar que presten buenos servicios también el iodoformo y el aristol, y que en ciertos casos lo que hay que hacer es legar la caja.

El *Dr. Carralero* rectifica diciendo que está de acuerdo con las observaciones que le han dirigido y que así consta en su comunicación.

Con el conocimiento y discusión promovida acerca de la comunicación del *Dr. Carralero*, quedan perfectamente señaladas todas las causas de la frecuencia y rebeldía de las otitis supuradas en los niños, así como también la conveniencia de que el paidopatólogo se fije en las otopatías de sus enfermitos y establezca un régimen terapéutico con arreglo á las indicaciones precedentes ó llame en su auxilio al oto-rino-laringólogo.

9. *Osteitis necrósicas altas del oído por el Dr. SUÑÉ Y MOLIST, oto-rino-laringólogo de Barcelona.*

El comunicante llama *osteitis necrósicas altas del oído*, á las que ha tenido ocasión de observar en tres casos, circunscriptas á un pequeño punto de la parte más baja de la escama temporal y un poco por encima del conducto auditivo externo, del nivel del ático y aun del plano superior del peñasco. Estas necrosis, que interesaban por completo la escama produciendo una perforación escotada é irregular aunque pequeña, habían sido precedidas de un absceso perióstico de la región temporal y habían sobrevenido en el curso de otitis medias supuradas agudas, pero nada hubo en la mastoides capaz de explicarlas. Fueron tratadas por rigurosa antisepsia y curaron completamente en poco menos de un mes, á pesar de haberse puesto al descubierto, la dura madre, por el proceso y por el tratamiento operatorio que éste exigió.

El *Dr. Suñé* tratando de interpretar la patogenia de estas necrosis, expone una opinión que califica de vacilante. Cree que no se han producido de dentro afuera porque no existía absceso subdural: opina también que el pus acumulado entre hueso y periostio, produjo degeneración trófica rápida de los capilares que atraviesan el hueso en un punto limitado y que se verificó necrosis por mengua de riego; ó bien los estreptococos piógenos se enfocaron en aquel sitio destruyendo el hueso como en las caries sifilíticas que perforan el tabique nasal. Desde la caja, cree que no pudo

propagarse el proceso como no fuera por la vía capilar ó linfática del *tegmen timpani* y conducto auditivo externo hasta el de la escama. Pero ninguna de estas explicaciones le satisface por completo y espera oír la opinión de los congresistas.

El Dr. Botey opina que las necrosis citadas por el Dr. Suñé son debidas á otitis medias periósticas profundas propagadas á través del conducto auditivo externo constituyendo una periostitis mastoidea. Añade que esta propagación se hace lentamente y que puede diagnosticarse previamente observando por otoscopia la pared posterior del conducto auditivo externo cuyo color, consistencia y aspecto varía según la región superficial ó profunda que se observe en dichos casos. Además dice que el temporal en el punto necrosado tiene pocos vasos y por esto se explica la necrosis.

El Dr. Forns, dice que no le satisfacen las explicaciones expuestas sobre el caso: refiere otro de gran absceso temporal curado sin necrosis y ocurrido en el curso de una otitis media catarral no supurada: piensa si este caso y los del Dr. Suñé serían sífilíticos y cree que si se propagara la inflamación como ha indicado el Dr. Botey, la periostitis y necrosis temporales serían más extensas. Atribuye al sistema linfático en sus particularidades desconocidas, la causa probable de estas necrosis.

El Dr. Uruñuela considera los casos del Dr. Suñé diferentes del citado por el Dr. Forns, y refiere uno en el que existía un absceso mastoideo y en la parte más alta de la mastoides un punto necrótico que destruyó con la cucharilla de Wolkmann. Dice que no se explica la patogenia de estas necrosis *punctiformes*.

El Dr. L. Peláez opina que la propagación del proceso otítico hasta la escama del temporal, se hizo por la continuidad que existe entre la dura madre y el periostio de la caja y conducto auditivo-externo, transformado en pericondro en la porción cartilaginosa de este último: esta continuidad, afirma, se establece no tan sólo por los vestigios de sutura petro-escamosa y hendiduras del *tegmen timpani*, sino también por otras más estrechas, casi microscópicas, que existen con frecuencia en la pared superior del conducto en muchos individuos. Además, dice que la dura madre craneal se compone como la espinal de dos hojas que, aunque en parte están fusionadas, reaccionan fisiológica y patológicamente de modo distinto y la más superficial es un verdadero periostio endo-craneal.

El Dr. Robert dice que el Dr. Suñé ha entrevisto seguramente la causa de las necrosis pero no la ha dicho. Añade que no sabe si se encontraron estreptococos ó estafilococos en el pus y que esto pudiera dar la clave de la lesión; por último, cree que en toda mastoiditis hay uno ó varios puntos necróticos.

El Dr. Suñé rectifica diciendo que en los casos observados por él había tumefacción ligera y total del conducto auditivo externo: cree que no venía el pus del antro y la mastoides; cree también que lo que percibió

en el conducto no explica por sí solo la necrosis y se inclina á creer la explicación dada por el Dr. Peláez, diciendo que le satisface por completo.

Por lo dicho puede juzgarse cómo cualquier punto patogénico obscuro se aclara con la discusión, y cómo escuchando el parecer de varios compañeros encuentra siempre el otólogo y el médico en general, satisfactoria explicación á las dudas del ejercicio clínico, que sólo irán desvaneciéndose lentamente á medida que los médicos nos comuniquemos imparcialmente nuestros juicios y opiniones y aumentemos las relaciones fraternales que deben unirnos.

10. *Dos casos de complicación cerebral de origen otítico, por el Doctor CASTAÑEDA. oto-rino-laringólogo de San Sebastián*

El comunicante empieza por manifestar que si expone los dos casos siguientes es porque entiende que es aún muy difícil precisar el diagnóstico de localización cerebral en las complicaciones intra-craneales de las otitis.

En un caso se trataba de una niña con otorrea antigua en la cual sobrevinieron de pronto, disminución de la supuración y síntomas de compresión cerebral, principalmente paresia de los miembros en el lado opuesto. Se practicó la operación de Stacke modificada por Schwartze (an-trectomía seguida de aticotomía) se rasparon las fungosidades, se limpió el campo operatorio y se levantó el techo de la caja; puesta al descubierto la dura madre se practicaron tentativas de aspiración con una jeringuilla de Pravaz y una aguja previamente esterilizada; mas habiendo resultado infructuosas todas las tentativas, se pensó en una nueva exploración aplazándola para otro día por no prolongar la operación. La familia se opuso á los deseos del Dr. Castañeda y la niña murió á los dos meses.

El Dr. Castañeda dice que, aunque de ordinario los abscesos cerebrales de origen auricular se localizan en el lóbulo temporal y los de otros sitios, así como los cerebelosos son muy raros, desde luego se comprende que en el caso descrito se trataba de un absceso de la zona rolándica ó de la cápsula interna en su segmento posterior, según Nothnagel. Mas como en dicho caso no existía relación directa entre el foco supuratorio y el absceso cerebral, pues el techo de la caja estaba íntegro, lo cual por otra parte es frecuente según Broca (*Bulletin de la Société Anatomique de Paris*, 1894), puede explicarse el mencionado absceso, por transporte linfático (Hartmann y Garnault) durante la apirexia más completa (Pollitzer). Además, el mismo Dr. Castañeda, consigna que Lannois y Jaboulay, aconsejan buscar el absceso con un trócar de cierto grosor.

El segundo caso se refiere á un adulto con una otitis media catarral, de cinco días de fecha, acompañada de violenta otalgia y en el cual se presentaron inopinadamente los síntomas de una meningitis cuyo curso

no decreció por la paracentesis timpánica y el enfermo murió en breves horas.

Lo notable de este caso es la meningitis consecutiva á una afección catarral del oído. Ya había sido señalado el hecho por Garnault, pero el Dr. Castañeda añade que dichas meningitis pueden producirse por los siguientes procesos:

1.º Por *contigüidad*; caries ó necrosis de las paredes de la caja y propagación timpano-meníngea; es ésta la paquimeningitis protectora para la producción de otros desórdenes y el Dr. Castañeda ha podido apreciar su frecuencia en numerosas piezas patológicas de una colección de Politzer. 2.º Por *continuidad*; es decir, por el laberinto y conducto auditivo interno. 3.º Á *distancia* por el transporte de los microbios en las células emigrantes de los espacios linfáticos (Laewemberg). Maggiora y Gradenigo han demostrado que los mismos bacilos pueden encontrarse en 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 Lermoyez y Wurtz.

El Dr. Botey, indica que la mayor parte de los abscesos cerebrales no traumáticos, son de origen otítico y que basta tener la noción diagnóstica del absceso cerebral (que si es de origen otítico siempre será peripetroso y en los niños ordinariamente cerebral) para saber que inmediatamente conviene abrir el cráneo y buscar hasta encontrarlo donde se suponga su existencia, por los síntomas de localización que se aprecien en el examen del enfermo.

El Dr. Botella pregunta si hubo alteración en las orinas en el segundo caso, pues éste parece que revistió un síndrome urémico.

El Dr. Uruñuela dice que en casos análogos ha operado y encontrado unas veces pus en la mastoides y otras no, y cita casos de éstos últimos curados sin descubrir el foco supuratorio.

El Dr. Fornes cree que estos procesos obedecen más á las condiciones generales del enfermo que al agente patógeno, pues en los casos más benignos de simple catarro de la caja, ha comprobado hasta el bacilo tuberculoso y en afecciones gravísimas acompañadas de complicaciones violentas, ha visto tan sólo los cocos vulgares de la supuración.

El Dr. Castañeda rectifica adhiriéndose en parte á las opiniones de los Doctores Botey y Fornes y declarando que la orina de su segundo enfermo era completamente normal.

••

En su comunicación ya señala el Dr. Castañeda que quiso intervenir directamente en el primer caso; pero que la familia de la enfermita se opuso á una segunda operación. Realmente es ésta la que debió practi-

carse, y como en este punto estoy completamente de acuerdo con el parecer del Dr. Botey, sólo debemos hacer constar hasta qué grado en algunos casos, como el de referencia, el temor infundado y el afecto mal entendido, llevan á las familias á ser responsables de la muerte de sus parientes. Por otra parte los casos anteriores y sobre todo el primero, demuestra una vez más, hasta qué punto no deben descuidarse ni abandonarse las otorreas y, como el dicho vulgar de lo grave de su supresión, es fundado sí, pero cuando dicha supresión no se establece en virtud de terapéutica apropiada.

11. *El método conservador en las afecciones del ático, por el Dr. RUEDA oto-rino-laringólogo de Madrid, Profesor libre de Oto-rino-laringología y encargado del Dispensario oto-rino-laringológico en la Policlínica de Madrid.* (1)

Este precioso trabajo del Dr. Rueda, que no podemos transcribir íntegro por su extensión, pero cuya lectura es recomendable á todos los Médicos, conduce á las siguientes conclusiones terapéuticas:

1.^a Toda lesión del ático que sólo interesa la mucosa ó se reduce á la retención de colesteatomas, es tributaria del *método conservador*; y, en cambio, todas las restantes exigen la intervención operatoria.

2.^a El método conservador comprende, no sólo los lavados con diversas soluciones medicinales, sino la dilatación de la perforación de la membrana de Schrapnell, la destrucción de las fungosidades y hasta la resección limitada á la parte ósea de la pared externa del ático ó *pars ossea* de Walb. Se comprende, pues, que debe alcanzarse el método conservador al empleo de todos aquellos medios que no mutilan esencialmente ni el continente ni el contenido.

3.^a El *método radical*, por el contrario, está caracterizado por la escisión de la membrana timpánica y las operaciones ático-mastoideas, de Stacke Küster, Schwartze, Zaufal y Cozzolino.

4.^a La prudencia aconseja rechazar en el principio del tratamiento toda intervención operatoria, que no esté debidamente justificada ó que resulte como indicación de urgencia. Pero asimismo, en toda afección del ático, tratada sin resultado favorable durante *dos meses* por el método conservador, debe temerse la existencia de complicaciones ó afectos á donde no alcance nuestra terapéutica; y desde este momento quedará justificada la intervención quirúrgica de mayor importancia.

5.^a La marcha sistemática en el tratamiento de toda afección del ático en que no esté justificada la intervención radical, debe ser además de lo dicho (dilatación de la abertura de la membrana flácida, destruc-

(1) Esta comunicación ha sido publicada en la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*. La incluimos en el grupo que puede verse en la clasificación que figura al frente de nuestro trabajo, porque contiene numerosos datos anatómicos de gran interés.

ción de las fungosidades por el asa fría, raspado, ácido crómico ó tricloraético, etc.); abstenerse de toda cura seca para impedir la obstrucción del orificio de salida de los productos patológicos (ácido bórico, iodoformo, aristol, dermatol, etc.); lavado diario con una disolución antiséptica no irritante sin preferir una determinada substancia, sino poniendo todo el empeño en practicar bien el lavado sirviéndose de las cánulas y aparato instrumental de ático (Hartmann, Milligan, Bruk, Courtade, etc.).

6.^a En los casos de gruesos colesteatomas se reseca la *pars ossea* de Walb, operación sin importancia, pero que no puede realizarse con facilidad de fuera adentro con escoplo y martillo aun sirviéndose del protector de Stacke, ni del instrumento ideado por Gelle; pues de todos modos hay que denudar el conducto auditivo externo, con facilidad se escapa el escoplo y puede herirse el conducto del facial y el semicircular externo (pared interna del ático) y además la *pars ossea* es bastante resistente para ser seccionada por el instrumento de Gelle. Por todas estas razones el Dr. Rueda prefiere la máquina de White que manejada con habilidad puede limitar la intervención milimétricamente.

El Dr. Botey felicita al Dr. Rueda significándole que está á la altura de los últimos adelantos científicos en la Especialidad, y que con su comunicación viene á moderar el furor operatorio que existe en Francia y Alemania ante las otopatías de la caja. Dice que la cauterización con el cloruro de zinc á él le ha dado resultados favorables y además que no se vale de la gubia de Stacke en la aticotomía, sino de unas gubias especiales, presentadas y descritas con motivo de su comunicación sobre «Instrumentos para operaciones en el aparato auditivo.»

El Dr. Fornis manifiesta su opinión acorde con la del Dr. Rueda y dice que los datos anatómicos que ha de exponer con motivo de su publicación. «¿Por qué siendo tan frecuentes las otitis medias supuradas, son tan raras las mastoiditis?» confirman los datos clínicos señalados por el Dr. Rueda.

El Dr. Rueda rectifica indicando simplemente que los instrumentos del Dr. Botey, los considera útiles, pero que reconoce en ellos ciertas dificultades para su uso.

En cuanto se refiere á nuestra opinión sobre la comunicación y discusión precedentes aparte de que incidentalmente ya dejamos dicho algo, entendemos que el mejor juicio que de aquéllas podemos dar, es anticipar que tienen su complemento en la comunicación y discusión que exponemos á continuación:

12. ¿Por qué, siendo tan frecuentes las otitis medias supuradas, son tan raras las mastoiditis? por el DR. FORNS.

El comunicante presenta para apoyar su opinión varias preparaciones anatómicas que han estado sumergidas en líquidos conservadores, en las cuales se demuestra que la caja timpánica ofrece una disposición distinta de la sancionada por la Anatomía clásica. En ellas pudimos apreciar todos los congresistas asistentes al acto, que la caja timpánica se compone de un conjunto de cavidades comunicantes, entre las cuales hay unas menores y otras mayores. Entre estas últimas existen dos principales completamente independientes y separadas por un tabique fibro-mucoso resistente que divide la caja en dos compartimientos: uno antero-inferior, *tubárico*, y otro postero-superior, *mastoideo*, que será el ático tan perfectamente descrito por el Profesor Politzer y el Dr. Rueda. Estos compartimientos no comunican entre sí, según el Dr. Forn's, más que á condición de que se rompa el mencionado tabique de cuya textura y génesis hace una descripción minuciosa, así como de los otros tabiquillos accesorios ligados á aquél; los cuales, comparados por el Dr. Forn's con epiplooncillos, separan, entre sí las cavidades areolares citadas y vienen á confundirse en diversos puntos con el aparato ligamentoso de los huesecitos.

Estos hechos explican, según el Dr. Forn's, que aun en el decúbito supino, no caiga el pus de la caja en el antro mastoideo, siendo así que en esta posición se halla dicho antro en la declive máxima más favorable para la aludida caída; y de aquí se deduce que las afecciones catarrales del oído medio no se propaguen á la mastoides y merezcan ser designadas según el Dr. Forn's con el nombre de *otitis de la cámara timpánica del oído, ó catarros del oído medio anterior*, pues no son otitis medias completas hasta que se destruye la referida valla anatómica.

El Dr. Botey dice que Politzer ha dicho que el mecanismo de las mastoiditis consiste en que en el curso de las otitis medias supuradas siempre hay pus en la parte más alta de la caja y en las inmediaciones del antro, porque las telillas conjuntivas de que habla el Dr. Forn's, señaladas en parte por Politzer con el nombre de *cordones ó cintas fasciculados* del oído medio, se funden en su mayoría durante las otitis agudas ó crónicas; de modo, que si el pus no pasa del ático, nada ocurre en la mastoides, pero las mastoiditis se presentan en cuanto el pus llega al antro.

El Dr. Rueda se inclina á creer que la disposición señalada por el Dr. Forn's es patológica, senil y quizá exclusivamente individual.

El Dr. González Alvarez cree formalmente la existencia de la disposición anatómica y la explicación dada por el Dr. Forn's: 1.º Porque éste ha visto en diversos cadáveres y ha experimentado, y comprobado sus observaciones, según tiene noticia, con inyecciones por la trompa que no

pasan á la mastoides. 2.º Porque tiene visto que en la mayoría de las otitis supuradas, la ducha de Politzer no lanza el pus al antro.

El *Dr. Castañeda* manifiesta su conformidad con lo expuesto por el *Dr. Forns* y le anima á que persista en sus investigaciones anatómicas.

El *Dr. Peláez* dice que en su opinión la disposición anatómica señalada por el *Dr. Forns*, de la cual algo dicen los anatomistas contemporáneos, Testut entre ellos, la considera más bien como una disposición correspondiente sólo á un cierto grupo de individuos y sobre todo propia de la infancia y de la adolescencia. Se afirma en esta creencia: 1.º Porque sabe que cierto número de las preparaciones del *Dr. Forns* sobre este asunto, han recaído en cadáveres de niñas menores de catorce años. 2.º Porque el tejido mucoso que rellena la caja en las primeras edades de la vida, no desaparece de pronto, sino paulatíamente, por transformaciones sucesivas en tejido citógeno y conjuntivo. 3.º Porque quedan durante cierto tiempo esas trabéculas conjuntivas de que ya ha hecho mención el *Dr. Forns*, y luego desaparecen con la edad si no se trata de sujetos escrofulosos ó infantilizados que son los que dan mayor contingente de enfermos otorrécicos á los Dispensarios de los otologistas. Además; como los huesecillos de la caja no están dentro de la cavidad de la mucosa, sino que ésta, al menos en su porción epitelial, reviste á la cadena de huesecillos, se comprende bien que esta cadeneta tenga su mesenterio, y cadeneta y mesenterio, ya por sí forman una buena parte de la membrana descrita por el *Dr. Forns*. Añádanse á esto los restos de dermis que en la caja queden y el verdadero sistema linfático lacunario que estas cavidades representen y se encontrará la explicación de la disposición anatómica descrita.

El *Dr. Forns* rectifica diciendo que sus observaciones se refieren en efecto, pero sólo en parte, á los cadáveres de la Inclusa y Casa de Maternidad, que son á los que se ha referido el *Dr. Peláez*; pero que además han recaído otras muchas de sus observaciones en cadáveres de adultos y aun de viejos procedentes de la Facultad de Medicina. Que hace un año que persigue estas investigaciones y comprobaciones anatómicas según puede testimoniar el *Dr. Uruñuela* y que las halló primero en los viejos y adultos y después en los jóvenes y niños. En estos últimos el tabique divisorio citado, dada su delicadeza y construcción citógena como ha dicho el *Dr. L. Peláez*, se descompone fácilmente; en cambio en los viejos se engruesa, esclerosa y hasta mineraliza algunas veces; pero no puede formarse especialmente entonces porque el proceso de esclerosis senil, como es sabido, es regresivo y no neoformativo. Por último, dice también que una de las pruebas concluyentes que ha efectuado delante de algunos compañeros ha consistido en los siguientes experimentos: introducía una cánula en la trompa y por su intermedio ponía en comunicación la caja con un irrigador; haciendo una perforación en el antro, el líquido no salía; pero, en cambio, si se practicaba la paracentesis tim-

pánica, el líquido salía por esta última perforación; tapando aún el conducto auditivo en estas condiciones, el líquido no salió nunca por el antro mastoideo, hasta que el nivel del agua del depósito no estuvo colocado 26 ó 28 cm. por encima del sitio ocupado por la pieza anatómica.

En este debate quedan puestas muy en evidencia las aptitudes anatómicas del Dr. Forns, ya justipreciadas precedentemente por nosotros; y la sed indagadora que le anima, avalora su natural deseo de buscar explicación á los hechos clínicos que observa, corriendo en busca del sitio donde su razón le dicta que puede encontrar aquélla.

13. *Tratamiento de los vértigos, zumbidos y de algunas afecciones del laberinto, por la punción de la membrana redonda, seguida de aspiración, por el Dr. Botey. (1)*

El comunicante dice que presenta su comunicación, aunque no posee experiencia suficiente para juzgar su nuevo procedimiento, sólo para poder asegurar para él la prioridad del método terapéutico. El objeto suyo es dar salida á la perilinfa y su procedimiento consiste en perforar la membrana de la ventana redonda con un punzón afilado y cortante, recto, de medio á dos tercios de milímetro de grosor y terminado en ángulo curvo á pocos milímetros de la extremidad del tallo que lo sostiene. Introducido el punzón por la ventana redonda, lo dirige hacia adelante y arriba, para ir á parar, según el comunicante, al espacio perilinfático del vestíbulo, salvando el caracol membranoso, el sáculo y el utrículo. Añade que como la simple punción no es suficiente más que para dar salida á una ó dos gotas de líquido perilinfático, retira el punzón é introduce por el agujerito que dejó éste un tubito de cristal estirado á la lámpara y encorvado en su punta, para practicar la aspiración por él y dar así salida á mayor cantidad de perilinfa. Este proceder se efectúa después de la más absoluta y completa antisepsia del conducto auditivo y de la caja y previa abertura con pequeño bisturí del cuadrante postero-inferior del timpano, rasando con aquél el reborde cartilaginoso de Gerlach y levantando hacia adelante el colgajo timpánico consiguiente. Dice el Dr. Botey que no sabe el resultado definitivo; que no lo presenta como medio curativo seguro y que lo ha efectuado en tres casos.

El Dr. Uruñuela, propone á la Mesa, y por el intermedio de ésta al Congreso, que el Dr. Forns, demuestre en una conferencia verbal y con preparaciones anatómicas que posee si es ó no posible y conveniente la operación propuesta por el Dr. Botey.

(1) Esta comunicación ha sido publicada en los «Annales des maladies de l'oreille, du larynx, etc.» publicados en París por Gouguenheim y Lermoyez.



Inmediatamente después de expuesta la proposición del Dr. Uruñuela, se suscitaron entre los congresistas asistentes al acto, rumores, dudas y una acalorada discusión en la que intervienen los Sres. Uruñuela, Arrese, Compaired, Castañeda, Botey y Forns.

El *Dr. L. Peláez*, dice que va á hacer una proposición al Congreso, razonando el motivo en que la funda: puesto que se trata de un asunto tan interesante, de excepcional importancia clínica y esencialmente práctico, desde el punto de vista quirúrgico, si el Dr. Botey no se opone á ello y sólo ve en esta manifestación el deseo de colocar á cada uno en su verdadero lugar, aclarando las dudas de todos, justipreciando el mérito de la idea y del procedimiento operatorios y haciendo que resplandezca ante todo la verdad, y que ésta se traduzca en positivo beneficio humano de diversos órdenes, propone al Congreso que se dedique una sesión ó parte de ella á la demostración práctica y teórica de la operación propuesta por el Dr. Botey, para lo cual el Departamento anatómico de la Facultad de Medicina servirá los segmentos cadavéricos necesarios. Igualmente podrán hacerse á continuación cuantas operaciones comprobatorias se deseen para avalorar y justipreciar el mérito de la realizada por el Dr. Botey; y el Dr. Forns, expondrá, del mismo modo teórico-práctico, la comunicación propuesta por el Dr. Uruñuela.

El *Dr. Botey*, no se opone á lo propuesto por el Dr. Peláez, pero dice que si tropieza con un cadáver en que no se vea la ventana redonda, lo cual, aunque no siempre, sucede algunas veces, no podrá operar con tanta holgura como en el caso contrario, por más que afirme que cuando no se ve la ventana redonda, se puede adivinar fácilmente y él adivina su verdadera situación.

El *Dr. L. Peláez*, insiste en que podrá facilitarse el número necesario de piezas anatómicas para evitar lo que ha indicado el Dr. Botey.

El *Dr. Compaired* y otros señores congresistas asienten á la proposición del Dr. Peláez; pero habiendo parecido al Dr. Arrese que envuelve quizá para la apreciación del público médico nacional y extranjero, alguna pequeña incorrección de forma, por cuanto respecta al Dr. Botey en su carácter de congresista y compañero, y como semejante interpretación está completamente fuera del alcance que el Dr. Peláez ha querido dar á su proposición, el Dr. Suñe como Presidente, propone y así acuerda el Congreso, que las demostraciones prácticas solicitadas del Dr. Botey, si éste accede á ellas, se hagan independientemente de las sesiones del Congreso, y en éste se explique solamente la comunicación del Dr. Forns, propuesta por el Dr. Uruñuela.

..

En efecto, previamente á la apertura de la sesión siguiente, intentó el Dr. Botey practicar la paracentesis de la membrana de la ventana redonda; pero atendiendo á la suciedad del conducto auditivo externo y á

la dificultad de limpiarlo por la carencia de medios apropiados, se desistió de practicar la mencionada operación.

El Dr. Suñé, Presidente, abrió la sesión declarando, en nombre de los congresistas, que estaba en el ánimo de todos, admitir la posibilidad de realizar la operación propuesta por el Dr. Botey y que se iba á explicar la comunicación siguiente.

14. *Juicio acerca de la comunicación del Dr. Botey, titulada «Tratamiento de los vértigos, zumbidos y algunas afecciones del laberinto, por la punción de la membrana redonda seguida de aspiración» por el Dr. FORNS. (1)*

El comunicante empieza declarando que la operación propuesta por el Dr. Botey, á la cual podría llamarse *sangría perilinfática*, es no sólo posible sino fácil, adecuando el instrumental al fin que se desea y ateniéndose á la realidad anatómica de la región que no es como ha imaginado el Dr. Botey, sino como demuestra en varios temporales secos y frescos que presenta y en uno de sus hermosos cuadros murales que también llevó. Cree que, por el sitio donde se introduce por puro tacto y adivinación anatómica un punzón, es poco menos que imposible acertar á introducir (y más no viéndolo) un tubo de cristal desprovisto de mandrín. Además, aparte del inconveniente de la fragilidad del tubo, convendría que fuese el instrumento un trócar con punzón elástico, para ajustarse á las curvaturas que debían darse á la cánula y que deben ser dos: una en el tallo, puesto que siendo éste recto no puede alcanzarse la ventana redonda en la mayoría de los casos, que jamás puede verse y si solamente adivinarse por detrás y hacia abajo del promontorio; y otra, en fin, en la extremidad, muy pequeña, para ajustarse á la dirección de la rampa timpánica del caracol que se dirige hacia abajo y adelante, punto en donde podría con menor peligro practicarse el desagüe perilinfático. De llevar el punzón hacia adelante y arriba, se romperían ó el ligamento espiral ó la cresta espiral del caracol ó una porción de la papila acústica basilar que comprende, como es sabido, el órgano de Corti y todos sus interesantes elementos celulares inmediatos. No podría, pues, llegarse nunca en esta dirección al vestibulo que corresponde, como es sabido, hacia atrás y arriba, sin lesionar alguna de las partes dichas en el punto correspondiente á la primera vuelta, ó de la base del caracol. El instrumental tendría que ser diferente según fuese para el oído derecho ó para el izquierdo y la aspiración cree el Dr. Fornes que es poco menos que imposible, pues teniendo que aspirar un líquido contenido en poca cantidad, dentro de un espacio de paredes ebúrneas, no saldría por aspiración más que lo que consintiese su elasticidad que en los líquidos es escasa.

(1) Esta comunicación se ha publicado en *La Semana Médica* de París.

El Dr. Botey se limitó á felicitar al Dr. Forns por sus conocimientos anatómicos y por la brillantez con que los había expuesto.

El Dr. Suné, (Presidente) y el Dr. Compaired, en nombre de todos los congresistas, felicitaron á los Dres. Botey y Forns, significando que del uno había partido la feliz idea de la operación discutida, probablemente útil; y del otro la modificación del instrumental y de la técnica operatoria en el sentido más conveniente y adecuado. El mérito, pues, pertenece á nuestros dos distinguidos compatriotas; y es de desear, que tanto ellos como otros otologistas españoles, ensayen y estudien más la operación discutida y sus verdaderas indicaciones, para que sea ostensible en la práctica el efecto útil á que aspiran noblemente sus autores. (1)

15. *Exposición de un caso notable de sordo-mudez, por el Dr. GONZÁLEZ ÁLVAREZ, oto-rino-laringólogo de Madrid y Profesor-Médico de la Beneficencia Provincial.*

Esta comunicación se reduce á la historia de una niña de cinco años, sordo-muda, que ha sido curada de su mudéz por el Dr. González.

Había ausencia completa de anamnesia hereditaria y de toda enfermedad anterior susceptible de atribuirle la causa de la mudéz. Mas el diapasón aplicado sobre el cráneo acusaba la reacción de los nervios acústicos y existía además un ligero catarro naso-faríngeo con obstrucción de ambas trompas y de ambas cajas timpánicas.

El Dr. González Álvarez trató el catarro faríngeo y la obstrucción tubárica llegando á ambas cajas por una bujía de ballena introducida por la sonda colocada en la trompa. En uno de los lados traumatizó intencionalmente el tímpano, con objeto de producir una otitis media purulenta que arrastrara el exudado intratimpánico, cuya naturaleza y estado físico fué desconocido para el comunicante.

Al cabo de dos años de tratamiento se logró que la niña percibiera el tic-tac del reloj á 30 cm. de distancia por cada lado; y mucho antes de

(1) Posteriormente á la fecha en que se celebró esta sesión hemos sabido, que en un Congreso oto-rino-laringológico extranjero celebrado no ha mucho tiempo, un especialista italiano, el eminente Cozzolino, se había ocupado de este asunto. Nuestros referencias proceden de un asistente al citado Congreso, el Profesor Calvo y Martín (de Zaragoza) y de un distinguido oto-rino-laringologista madrileño, el doctor Rueda.

Compuesta ya esta parte de nuestro trabajo, recibimos el n.º 2 del corriente año de los *Annales des maladies de l'oreille* en donde he leído una carta abierta que el Dr. Cozzolino dirige al Dr. Botey, y en la cual reclama la prioridad para el de la operación propuesta por éste: justifica su reclamación indicando que se ocupó de este asunto en una comunicación que hizo al Congreso Internacional de Otología celebrado en Bruselas en Septiembre de 1888, con motivo de una perforación accidental de la ventana redonda, por el galvano-cauterio. Esta comunicación suscitó una discusión en la cual tomaron parte M. M. Gellé, Politzer, Sapólini, Moure, Urban Pritchard et Delstanche.

esta época, empezó su aprendizaje para hablar, el cual concluyó hace cuatro años, quedando curada la otitis traumática que se produjo, aun-que dejando perforación timpánica. Además, cuando la niña se constipa ocurre de nuevo una sordera transitoria producida por la obliteración catarral de las trompas.

El *Dr. González Alvarez* se inclina á creer que el exudado que existía en las cajas, era la gelatina de la niñez que no se reabsorbió oportunamente.

*
*
*

La precedente comunicación fué leída por uno de los Sres. Secretarios por hallarse ausente su autor, razón que impidió toda discusión; pero conviene señalar que es un caso que puede añadirse á los que ocuparon la atención del Congreso con motivo de la comunicación del *Dr. Verdós*, titulada «Nuevos datos en favor de la curabilidad de la sordo-mudez.»

16. *Datos para el estudio de la sordo-mudez, por el Dr. BARBERÁ, otorino-laringólogo de Valencia, Profesor-Médico del Colegio Nacional de sordo-mudos en dicha ciudad.*

Empieza el comunicante por reconocer que la sordo-mudez es debida á numerosas y diversas causas susceptibles de investigar por el examen necroscópico y clínico de los sordo-mudos; y que así como el término *sordo-mudez* ha venido á sustituir al de *mudez*, debe á la vez desaparecer el primero de los citados para ser sustituido por el verdadero diagnóstico, variable como queda dicho, para los diversos casos que puede examinar el otólogo.

Entiende, además, el comunicante: 1.º Que la mayoría de los sordo-mudos, no son en absoluto sordos ó por lo menos no lo fueron en los primeros tiempos de su infancia. 2.º Que la sordo-mudez puede estimarse en muchos casos como hereditaria. 3.º Que puede estimarse también como producida por la consanguinidad de los cónyuges. 4.º Que se deben examinar todos los sordo-mudos, y es fácil en muchos su curación en la primera infancia.

Estos datos vienen á ser como las conclusiones que el *Dr. Barberá* puede establecer después del examen que ha hecho de 82 sordo-mudos en el Colegio de estos desgraciados en Valencia. De éstos oyen 5 niños y 6 niñas; dieron señales de audición en su infancia, 42; no dieron tales señales, 34; y no ha podido indagarse ese antecedente, en 6. Entre ellos hay dos familias, en que llegaron á reunirse en cada una tres hermanos sordo-mudos, sin que los padres, abuelos y demás parientes fuesen sordos. De los 82, sólo era hereditaria la sordo-mudez en 6; pero muchos de ellos, contaban entre sus ascendientes directos y sus parientes colaterales, un gran número de sordos. En algunos, había herencia directa y colateral.

Recuerda que la sordo-mudez puede considerarse como estigma de degeneración y propone que el Congreso acuerde proponer á la vez al Gobierno que se haga una estadística seria y minuciosa de los sordo-mudos españoles y que se declare obligatoria su enseñanza y reconocimiento médico.

El *Dr. Forn's*, dice que conoce varios matrimonios entre sordo-mudos, que han dado de sí hijos con oído y habla; que además es muy frecuente que nazcan sordo-mudos 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 sordo-mudez, 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. Teniendo en cuenta estos hechos, así como lo que el Estado entiende erróneamente por sordo-mudo (que en su definición comprende todo sujeto que no puede recibir instrucción por los medios ordinarios) y la deficiencia de las estadísticas que pueden hacerse en las dependencias no profesionales-médicas del Estado, el *Dr. Forn's* propone que el Congreso acuerde pedir al Ministerio de Fomento que se imponga como condición á la familia de todo sordo-mudo que ingrese en alguno de los Colegios que aquél sostiene, que si el sordo-mudo fallece, le sea permitido al Médico del Establecimiento practicar la autopsia del cadáver. Igualmente propone que los Médicos de todos los Colegios de sordo-mudos de España, aporten al próximo Congreso de oto-rino-laringología, cuantos datos puedan recoger de los sordo-mudos sujetos á su inspección y cuidados médicos.

El *Dr. Barberá* rectifica diciendo que él ha aportado algunos datos que considera útiles para el estudio de la sordo-mudez en España, ya que los Dres. Baeza, San Martín y otros que se han ocupado de la sordo-mudez, no han formado estadística alguna. En cuanto á los antecedentes hereditarios, señala las dificultades con que ordinariamente se tropieza al quererlos 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.

Terminada esta discusión, el que suscribe estos apuntes que á la sazón presidía la Mesa de la Sección donde aquella se realizaba, propuso á los congresistas asistentes y así lo acordaron éstos, que las proposiciones presentadas al Congreso sobre la sordo-mudez por los Dres. Barberá y Forn's, se tomaran en consideración, y como eran de transcendental importancia, se aplazará el resolver en definitiva para ellas hasta la sesión general de clausura del Congreso, que había de celebrarse al día siguiente;

mas en esta sesión, por no hallarse presentes ninguno de los señores citados, no pudo tratarse el asunto y quedó sin resolver.

17. *Nuevos datos en favor de la curabilidad de la sordo-mudez por el Dr. VERDÓS, oto-rino-laringólogo de Barcelona, Profesor Médico del Colegio Nacional de Sordo-mudos en dicha capital, autor de un «Tratado sobre la sordo-mudez», iniciador del Primer Congreso Español de Oto-rino-laringología y Presidente efectivo de su Sección de Oto-rinología.*

Empieza el comunicante por referirse á los datos que tiene expuestos en su Tratado sobre «*La sordo-mudez y su curabilidad*» publicado en 1892.

Afirma después que la inmensa mayoría de los sordo-mudos, deben su mudéz á una otopatía adquirida en la infancia á consecuencia de rinitis agudas propagadas hasta las cajas timpánicas; y añade, que estas rinopatías y otopatías, produciendo la sordera accidental y abandonadas sin tratamiento médico-quirúrgico alguno, por ignorancia de su existencia, conducen á la atrofia de los nervios acústicos, la cual, una vez producida, aunque se curen las rinopatías y otopatías, es por sí sola suficiente para sostener la mudéz.

De aquí deduce el Dr. Verdós, que hay sordo-mudos curables; y que éstos lo son en tanto sus nervios acústicos reaccionen, impresionados por el sonido de un diapason colocado sobre las paredes del cráneo, y sobre todo si estos fenómenos coinciden con afecciones naso-tubarias y timpánicas.

El Dr. Verdós dice que ha curado doce sordo-mudos; pero añade que el otólogo debe armarse de paciencia y constancia, pues hay curaciones que sólo se obtienen después de varios años de tratamiento; sin embargo, refiere dos historias clínicas correspondientes á dos de sus sordo-mudos curados, en los cuales el tratamiento duró, en uno sólo dos meses y, en cambio en el otro, cinco años. Este tratamiento consiste principalmente en el de las rinopatías, faringopatías y otopatías productoras de la sordera, duchas de Politzer y movilización de la membrana timpánica con el aparato de Delstanche: como complemento (pero sólo en este concepto) debe auxiliarse del método oral seguido para la enseñanza del lenguaje, en las Escuelas de sordo-mudos.

Conviene llamar la atención de los médicos generales y sobre todo de los pediatras para que ataquen las rinitis agudas de la infancia con tratamientos enérgicos y apropiados ó soliciten el concurso del especialista.

El Dr. Forns dice que los casos de sordo-mudez, pueden clasificarse clínicamente en tres grupos. En el primero comprende los consecutivos á la falta de reabsorción del tejido conjuntivo gelatinoso que en la vida fetal llena las cajas timpánicas y dice que en la mayoría de casos es de-

bida á la obstrucción tubárica que acompaña á las rinitis gonorreicas de los recién nacidos, análogas á las oftalmías purulentas de los mismos, tanto en gravedad como en su mecanismo; (se reconocen por el estado del órgano auditivo, por las retracciones fibrosas timpánicas y la destrucción más ó menos completa de ambas trompas de Eustaquio). En el segundo grupo incluye los casos debidos á rino-patías no ligadas al nacimiento, sino remotas; y en éste comprende los casos descritos por el Dr. Verdós; finalmente, en el tercero incluye los casos que presentan normalidad de nariz, trompa y oídos externo y medio y que son en su mayoría incurables y debidos á trastornos del oído interno ó de los centros nerviosos auditivos. Los enfermos del segundo grupo son los que dan curaciones más frecuentes y los del primero y tercero, muy raras veces.

El Dr. Botey considera difícil, pero no imposible diagnosticar los casos de sordo-mudez adquirida, sobre todo en los niños donde las dificultades de todo examen médico son mucho mayores que en el adulto. Dice que ha tratado sin resultado sordo-mudos con aparente integridad del oído medio y de la nariz.

El Dr. Uruñuela manifiesta que curó un sordo-mudo que lo era por otitis media supurada consecutiva á catarro nasal con vegetaciones adenoides.

El Dr. Verdós rectifica diciendo que está de acuerdo con todas las ideas expuestas por los señores que han intervenido en la discusión; y que muchos de los datos citados se consignan y explican ampliamente en su libro sobre «La sordo-mudez».

••

Es digno de los mayores elogios el distinguido Dr. Verdós, que persigue con una sagacidad notoria sus investigaciones sobre la sordo-mudez; y sería muy laudable el obtener de los Poderes Públicos, leyes que favorecieran este género de estudios y redundasen en beneficio de ese desdichado grupo social que constituyen los sordo-mudos. Igualmente es esta también ocasión, no sólo de recordar estos conocimientos, á los tocólogos, ginecólogos, pido-patólogos y médicos generales, sino á los encargados de dirigir la enseñanza médica y señalar los derroteros de las investigaciones científicas modernas armónicas con el estado actual de los conocimientos sobre la sordo-mudez.

En efecto, como muy bien dicen los Dres. Verdós y Forn, la sordo-mudez depende de enfermedades congénitas y de enfermedades adquiridas posteriormente á la fecha del nacimiento. Dejando á un lado la sordo-mudez dependiente de las enfermedades que constituyen este último grupo y que han sido perfectamente enumeradas por los eminentes oto-rino-laringólogos citados, he de fijarme por un instante en la sordo-mudez dependiente de las enfermedades del primer grupo, signi-

ficando que las enfermedades congénitas, ya sean enfermedades del embrión ó del feto, son siempre las que en el tecnicismo biológico se designan con el término genérico de *anomalías*, y, por tanto, que para adelantar en el conocimiento de las causas congénitas de la sordo-mudez, es imprescindible avanzar en el estudio de la Teratología del aparato auditivo, sobre todo en la teratología del laberinto y del sub-aparato del nervio acústico; y como este avance no puede hacerse sino á favor de los conocimientos embriológicos y de Anatomía comparada; y como afortunadamente disponemos de una Embriogenia y Teratogenia experimentales, há tiempo creadas por Hæckel, Dareste y otros y cultivadas actualmente de un modo especialísimo por M. Duval, His, etc., es hora oportuna la presente de llamar la atención de los anatomistas españoles recordándoles las vías del nuevo auge de los estudios organológicos é histológicos, su aplicación inmediata á la Medicina práctica y aun á la Medicina social y, por fin, la razón que nos asiste para desear y pedir la institución en nuestro país de nuevas cátedras de Anatomía, dividiendo el inmenso caudal de conocimientos actuales ó creando, por lo menos, la de *Embriología y Teratología, teóricas y experimentales*.

18. *Aloquiria auditiva y ruidos extracraneales*, por el Dr. VERDÓS. (1)

El comunicante se concreta á reseñar un caso clínico diagnosticado del modo dicho, indicando, que de *aliquiria* sólo conoce la referencia de otro caso comunicado en 1888 á la Sociedad de Biología de París por el Dr. Gellé; y en cuanto á los *ruidos ó zumbidos extracraneales*, aunque han sido señalados por Politzer y otros otólogos, no debe olvidarse que son también bastante raros. El excepcional interés del caso del Dr. Verdós consiste principalmente en haberse asociado los fenómenos indicados, en un mismo sujeto.

Se trataba de una enferma tenida y tratada como neurasténica por el Dr. Espadaler (de Barcelona) y que en vista de sus fenómenos acústicos fué enviada al Dr. Verdós. De 50 años, soltera, linfática, obesa, sin fenómenos tabéticos, histéricos, ni de ningún otro orden que hiciera presumir la existencia de afecciones medulares; además perfectamente íntegros y normales en ambos lados el conducto auditivo externo, la membrana timpánica, la caja, las células mastoideas, las trompas, la faringe y las fosas nasales. Los dos nervios acústicos reaccionaban á todo género de excitantes; voz humana, acúmetro, diapasones, reloj, electricidad.

Pero en el momento de investigar la conductibilidad acústica, se encontraba que el sonido era percibido por el lado opuesto á aquel en que se colocaba el instrumento que lo producía, á la distancia de dos á tres metros de la enferma y ya se colocase aquél sobre las paredes craneales, ya lejos de éstas á 12 ó 15 centímetros del oído. Si se aplicaba en el vértice, el sonido se percibía 2 metros por detrás, y sólo en algunos casos

(1) Esta comunicación ha sido publicada en la *Gaceta Médica Catalana*.

se percibía por el mismo lado, cuando el instrumento productor del sonido estaba situado á 10 ó 15 centímetros del oído.

Además, la enferma aquejaba á la misma distancia y en la misma forma en que percibía los sonidos provocados por el observador, la percepción constante de otros ruidos ó zumbidos que compara al de un escape de vapor; y también de vez en cuando y principalmente al hallarse rodeada de silencio, se añadía á dicho ruido otro parecido á la voz humana en bajo tono. Estos últimos fenómenos eran, como es consiguiente, los que más le molestaban y alarmaban por la continua excitación cerebral que producían.

Se emplearon todos los medios conocidos para disminuir la hiperexcitabilidad de la enferma; y al principio el mal pareció aminorar, pero luego quedó estacionado.

El Dr. Verdós, deseoso de encontrar explicación fisio-patogénica á los fenómenos referidos, recuerda que el Dr. Gellé atribuía la aloquiria de su enfermo á una hiperexcitabilidad de uno de los oídos, coincidente con lesiones productoras del zumbido en el lado opuesto, porque en su caso existía una otitis media crónica en el lado opuesto á aquel por donde se percibían los sonidos. Pero en la enferma del Dr. Verdós no había nada de esto y como tampoco era tabética, ni histérica, y no podía pensarse dada la reacción de los nervios acústicos en una perturbación circulatoria del laberinto, como invoca Politzer para explicar estos fenómenos, hay que pensar, según el Dr. Verdós, en que la causa de la aloquiria y ruidos extracraneales de su enferma, debían radicar en lesiones de los centros acústicos no determinadas hasta el presente.

El Dr. Forns felicitó al Dr. Verdós por el notable caso que habían comunicado al congreso y se adhirió á su opinión sobre la causa de la aloquiria de su enferma.



Comentarios. En efecto, es este quizá el caso clínico más notable de los comunicados á la Sección de Otología, pues envuelve un diagnóstico misterioso, que el historiador sólo ha podido traducir por dos síntomas: la *aloquiria* y los ruidos *extracraneales*; y es tanto más extraordinario é interesante este caso, cuanto que en él se precisan con una sagacidad y discreción, sólo propias de los buenos especialistas como el Dr. Verdós, los detalles minuciosos de la apreciación de dichos síntomas.

Esta minuciosa apreciación tiene en mi opinión una transcendencia mayor de la que á primera vista puede parecer: es esta enferma uno de los casos que podría servir á los espiritólogos, antiguos espiritistas y hoy modernos pseudo-psiquistas para venir en apoyo de sus creencias sobre la que titulan *mediunidad auditiva*. Ahora bien; como probablemente se trataba de una enferma neuro-artrítica, en la que estaban exagerados los caracteres neurósicos, aunque no se manifestase en ella nin-

guna especie neurótica puramente nosológica; (1) como esta clase de enfermos abundan mucho, sin acudir á los dispensarios de los otólogos, ni á los de los neuroóptólogos, y en cambio asisten á las reuniones tiptológicas y espiritistas; (2) como son también sujetos eminentemente sugestionables é hipnotizables; y como muchos de ellos se atribuyen tácita ó expresamente la investidura de moralizadores de la sociedad sin que en la mayoría de los casos prediquen con el ejemplo, conviene dar la voz de alerta á todos los neuro-artríticos en general por tener las indicadas condiciones orgánicas; y á todos los no neuro-artríticos para que se precavan contra las afirmaciones y fenómenos provocados en los primeros ó realizados por ellos mismos.

Por lo demás, al médico en general, toca el reconocer los anteriores estados y saber que muchos de ellos son curables por la sugestión hipnótica; al neurólogo, en segundo término corresponde estudiar su causa íntima histo-fisiológica, psíquica ó como quiera que sea; y por lo que en particular se refiere á los otologistas, conviene recordar, que aunque no está dicha la última palabra, ni mucho menos, sobre la anatomía del sub-aparato del nervio acústico, se sabe que independientemente de la papila acústica-basilar de Retzius, de las crestas de las ampollas de los conductos semi-circulares y de los orígenes papilares ó pseudo-papilares de los ramos sacular y utricular del nervio vestibular, existe en el comienzo de éste el ganglio de Scarpa y en el comienzo del coclear el ganglio de Corti; y que luego, desde éstos, las fibras de los nervios acústicos se reunen en cada lado en un solo haz, que camina hasta el bulbo encefálico de la médula espinal, se descompone allí para terminar en los ganglios bulbares anterior y posterior del acústico, tubérculo del mismo nombre y núcleo de Deiters; se relacionan directamente por sus ramas descendentes con otros núcleos no bien precisados aún; se enlazan también directa ó indirectamente con el cerebelo, llegando hasta los núcleos del techo y el flóculo; y vienen de este modo á constituir el *sistema central del sub-aparato del nervio acústico*, llamado hoy en las modernas nomenclaturas alemanas *fascículo acústico de la cinta de Reil ó cinta de Reil lateral ó inferior*.

Este sistema del cual constituyen parte las estrias acústicas del cuarto ventrículo ó antiguas y famosas barbas del *cálamus scriptorius*, se detiene ó no en la oliva superior y núcleo lateral de la protuberancia, cruzándose ó sin cruzarse el derecho con el izquierdo al nivel del rafe bulbo-protuberancial; y formando el cuerpo trapezoides de la protuberancia,

(1) Me afirmo en esta creencia el tipo noso-patológico que nos describe el Dr. Verdós para su enferma y la idea de que ésta venía siendo considerada como neurasténica antes de observarla el Dr. Verdós.

(2) Esta afirmación la fundo en observaciones que he practicado y que en otro orden de ideas, formarán parte de un trabajo que tengo en preparación sobre «Los estigmas de degeneración».

llega al nivel de los tubérculos cuadrigéminos posteriores ó ganglios acústicos del cerebro medio. En estos, unas fibras se terminan enviando otras de asociación á los tubérculos ópticos ó cuadrigéminos anteriores; y bien emanando de dichos ganglios acústicos ó llegando directamente desde el cuerpo trapezoides citado, hasta el brazo conjuntival correspondiente de los referidos tubérculos cuadrigéminos posteriores, el fascículo acústico ó inferior y lateral de la cinta de Reil llega al cuerpo geniculado interno del tálamo óptico y por el intermedio de éste unas fibras, y sin su intermedio otras, ingresa todo él en la zona sub-óptica.

Desde este punto alcanza el brazo posterior de la cápsula interna, confundiendo en parte al nivel del callejón sensitivo con las fibras ópticas y desde la referida región separándose de las otras fibras cerebripetas y cerebri-fugas de la citada cápsula interna, va directamente á terminar en células de la zona cortical de las *circunvoluciones primeras del lóbulo temporal*. Se sabe hasta por atrofas observadas en cadáveres de sordomudos, que en la mitad posterior de la primera circunvolución temporal, reside el *centro cerebral acústico principal* ó mejor conocido; mas se dice también que por detrás ó por delante del citado centro, pero siempre en la misma circunvolución temporal primera, reside el *centro de la sordera verbal* ó sea de la *memoria auditiva del lenguaje*; y que en las dos circunvoluciones subyacentes T² y T³ existen otros *centros auxiliares de asociación para las otras formas de la memoria auditiva*.

Combine el otólogo y el oto-terapeuta estos conocimientos con los de topografía cráneo-cerebral, que ya sería por mi parte prolijo é impertinente el reseñar; recuerde que la cirugía cerebral moderna es hoy relativamente inofensiva ó por lo menos está desprovista de los peligros que la rodeaban los antiguos; profundice en la teratogenia neuro-otológica y no sólo encontrará la clave de los trastornos patológicos del caso del Sr. Verdós y todos sus análogos, sino que verá también más realizable y relativamente próxima su natural aspiración de curar los mencionados afectos.

19. *Tratamiento de la rinitis hipertrófica por la resorcina, por el Dr. GONZÁLEZ CAMPO, oto-rino-laringólogo de Madrid (1).*

Las conclusiones á que puede reducirse este trabajo son las siguientes:

1.^a La rinitis hipertrófica, ya dependa de una degeneración mixomatosa de la mucosa, ya de la hiperplasia del tejido conjuntivo submucoso, consecutiva al coriza crónico, es tan frecuente y á veces tan grave, que merece se estudien con ahinco todos los medios susceptibles de ponerse en juego para lograr su curación.

2.^a Coincide esta afección con la tuberculosis pulmonar y en general precede á este último proceso. El Dr. G. Campo expone que puede ser de-

(1) Esta comunicación ha sido publicada en la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*.

bida esta coincidencia á que entre menos cantidad de aire que la normal en los alveolos pulmonares, por razón de estorbarlo la hipertrofia de la mucosa nasal.

3.^a La rinitis hipertrófica se ha tratado sin resultado por la dilatación progresiva mediante bugías, por el amasamiento, la electrolisis, la cauterización química por diversas sustancias y la galvano-caustia. Estos dos últimos medios han surtido buen efecto en algunos casos, pero no dejan de tener un inconveniente, principalmente por la adherencia, de las paredes nasales que puede provocarse por ambos y por las dificultades de empleo para el segundo.

4.^a Atendiendo á estas últimas razones, y siguiendo las indicaciones del Dr. Compaired, que á su vez tuvieron por fundamento el tratamiento farmacológico del Dr. Marage contra las vegetaciones adenoideas, el doctor González Campo ha ensayado con éxito en la rinitis hipertrófica los toques ó embadurnamientos nasales con una disolución de resorcina al 100 %.

5.^a Sus observaciones se refieren próximamente á 125 enfermos, todos curados por la resorcina en el espacio de dos á cuatro meses en sesiones de días alternos ó dos veces en semana.

6.^a La acción de la resorcina sobre la mucosa nasal, es ligeramente irritativa; provoca una hiperemia seguida de hipersecreción sero-mucosa y una ó dos horas después de ésta, sequedad y retracción del tejido hipertrofiado, mostrándose á la rinoscopia algunos copos de albúmina coagulada en la superficie resorcinada.

7.^a La secreción sero-mucosa del primer período puede provocar eczemas químicos en las ventanas de la nariz y labio superior; pero esto se previene con el embadurnamiento de dichas regiones antes del toque resorcinado con una substancia grasa (pomada de cualquier clase).

8.^a Este tratamiento no ha podido emplearse en un sujeto neuropático.

El Dr. *Castañeda*, dice que la resorcina produce una acción irritativa no cáustica sobre la mucosa nasal y que esto es un inconveniente para el tratamiento de la rinitis hipertrófica, pues los cáusticos químicos son de acción extensa y difusa y por eso se desechan. Él emplea la galvano-caustia, porque destruye el tejido vascular ó eréctil de la mucosa y no se explica cómo la resorcina sin destruir este tejido reduce las hipertrofias de la mucosa nasal.

El Dr. *Botey* cree que todas las rinitis hipertróficas obedecen al desarrollo del cuerpo cavernoso de los cornetes y dice que destruyendo este cuerpo cavernoso todas las rinitis hipertróficas se curan: añade que él usa siempre la galvano-caustia con éxito y que no tiene necesidad de recurrir á otro medio de tratamiento menos seguro: indica que ha hecho construir unos galvano-cauterios para este uso, los cuales son semilunares y tienen por un lado una placa que protege el tabique.

El *Dr. Compaired* dice que el tratamiento propuesto por el *Dr. González Campo*, es solamente para rinitis hipertróficas no muy graduadas ni extensas, que no invalida el de la galvano-caustia y que la resorcina obra curtiendo la mucosa y por tanto dejando protegido y con menor espacio para su desenvolvimiento, al tejido eréctil.

El *Dr. Forns* cree que no se ha explicado lo suficiente en qué casos está indicada la resorcina y en cuáles no. La hipertrofia del cornete se efectúa en los casos leves y de corto plazo á expensas de los elementos no vasculares de la mucosa; y en los crónicos de apariencia polipoide, á expensas de aquéllos y del tejido cavernoso que se hipertrofia y aumenta considerablemente de volumen como demuestran, según dice, una serie de preparaciones histo-patológicas que sobre el asunto tiene hechas. En el primer caso, la acción de la resorcina es excelente y basta para curar el catarro hipertrófico. Empero, cuando hay hipergénesis del tejido cavernoso, no basta la resorcina y hay necesidad de amputar ó destruir con el galvano-cauterio la formación polipoide angiomatosa.

El *Dr. Uruñuela*, considera á la resorcina como antiséptico descongestivo, hemostático y conveniente en las lesiones nasales señaladas por el *Dr. González Campo* y puntualizadas por el *Dr. Forns*.

El *Dr. Cisneros*, dice que se ha culpado mucho injustamente á la galvano-caustia de la formación de bridas ó adherencias entre el tabique y las superficies cauterizadas: que esto puede obviarse no cauterizando en los puntos más culminantes del cornete, sino por encima ó por debajo y luego dejando perfectamente interpuesto entre ambas paredes de la fosa nasal, algo que evite el contacto entre las mismas; además de insuflar polvos de dermatol ú otra substancia análoga. También cree, que si la resorcina curte la mucosa, quizá actúe sobre las glándulas é impida su secreción produciendo la sequedad consiguiente é impropia para la fisiología nasal.

El *Dr. Botella* dice que ha empleado la resorcina en un caso de rinitis hipertrófica y ha obrado como cáustico, puesto que pudo desprender del sitio resorcinado una extensa escara.

El *Dr. Peláez* entiende que el generador inicial de las rinitis hipertróficas está de ordinario en el tejido eréctil y este agente es hipertrófico por sí antes de que generen los otros elementos de la mucosa ó antes de que ésta se hiperplasia ó hipertrofie según los casos: cree también que el cuerpo cavernoso de los cornetes puede ser congénitamente hipertrófico y opina que sólo la destrucción de dicho tejido puede curar la rinitis hipertrófica, razón por la cual es partidario de la galvano-caustia. Además limita el uso de la resorcina el no poderla emplear en los sujetos neuropáticos, entre los cuales hay muchos con rinitis hipertróficas.

El *Dr. Arrese*, dice que él se vale de la electrolisis y que ha obtenido buenos resultados empleando diez á quince miliamperes.

El *Dr. González Álvarez* cree que sirve la resorcina en los casos de

hipertrofia ligera; pero que en las grandes hipertrofias debe preferirse la galvano-caustia punteada que es la que él practica, seguida ó precedida del masaje vibratorio manual de la mucosa.

El *Dr. González Campo* rectifica diciendo que la resorcina, lejos de obrar como cáustico, coarruga y curte la mucosa coagulando la albúmina que se concreta en capa sobre la mucosa misma, lo cual no debe confundirse con las escaras de los cáusticos. Además, que no obra sobre las glándulas mucóparas, pues éstas funcionan sin accidente después de la aplicación resorcínada; que no se opone á la galvano-caustia cuando no dé resultados la resorcina, por más que el galvano-cauterio es un instrumento que por su elevado precio no pueden poseerlo todos los especialistas, y además no puede emplearse en los sujetos hemofílicos. Por fin, cree que alcanza la acción de la resorcina al tejido cavernoso, y sólo se vió impedido de emplearla en uno de sus 125 enfermos.

*
*

De la discusión precedente se deduce: 1.º Que es evidentemente plausible la laboriosidad y buen deseo del distinguido rinólogo *Dr. González Campo*; y 2.º Que merece ensayarse el tratamiento que ha propuesto y observar los resultados. Por mi parte, debo decir que he empezado á ensayarle en mis enfermos de rinitis hipertrófica; y que sé de otros compañeros que también lo están ensayando ya: el tiempo y muchas observaciones se encargarán de esclarecer este punto.

20. *El nuevo tratamiento del ozena, por el Dr. COMPAIRD (1).*

El comunicante, después de exponer algunos antecedentes sobre la fecha y nombres de los especialistas que han señalado recientemente el tratamiento del ozena por las inyecciones hipodérmicas del suero antidiftérico Roux, fundándose en que el diplo-bacilo del ozena es parecido morfológicamente al de Lœfler, dice que ha practicado sus observaciones sobre siete casos, seguidos de éxito, y refiere dos de éstos detalladamente. Añade que se ha servido del suero preparado por los doctores Robert y Llorente, del Instituto Microbiológico de Madrid, que tiene un poder inmunizante de 50 á 100.000 en el conejillo de Indias y que se conserva en frascos de 20 cc.; y termina con las siguientes conclusiones que califica de provisionales:

1.ª Que hasta el actual momento es este el medio terapéutico que más positivo resultado da en el ozena.

2.ª Que semejante éxito se traduce subjetivamente por la desaparición del olor nasal á partir de la segunda ó tercera inyección de 4 á 6 cc. de suero, recientemente obtenido, y practicada con todas las reglas posibles de la asepsia y antisepsia; y objetivamente por la falta de sequedad

(1) Esta comunicación ha sido publicada íntegra por su autor. Madrid 1897.

en las fosas nasales con disminución de las costras y aumento de la secreción nasal fluida.

3.^a Que objetivamente se advierte cambio de la coloración de la mucosa, la cual se manifiesta más sonrosada, algún tanto húmeda y como ligeramente infartada.

4.^a 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.^a Que la cantidad de 10 cc., propuesta por Granedigo, no está exenta de peligros, ni tampoco menores dosis; por cuya razón conviene practicar las inyecciones en proporciones crecientes, desde 4 cc. y con la prudencia y reserva consiguientes.

6.^a Que no considera exento de peligros el tratamiento en cuestión, pero que siendo hasta hoy el que ha dado mejores resultados en el ozena, conviene continuar su estudio y ensayo.

El *Dr. Castañeda* hace la historia de las observaciones y conocimientos actuales sobre el asunto y dice que en una estadística se cuentan 32 casos, en otra 24 y en la del Sr. Compaired 7; pero que de todos éstos sólo se asegura haber curado 2; porque se habla de muchos aliviados, y de otros no se menciona el resultado; pero esto no quiere decir que se hayan curado. Añade que en uno de los casos citados por el doctor Compaired, en el cual intervino él, puede asegurar que mejoró; pero de ninguna manera lo da por curado. Por otra parte, según lo que dice Granedigo, los ozenosos son, ó descendientes de tuberculosos ó descendientes de sífilíticos ó no pueden incluirse en ninguno de estos grupos; la tuberculina puede diagnosticar los primeros y el mercurio los segundos; ¿pero cómo conviene á todos el suero Roux? Lo único que puede presumirse, según el *Dr. Castañeda*, es que el suero Roux, sea como la tuberculina una especie de revelador del proceso local.

El *Dr. Forns* deplora que no se haya hecho el diagnóstico bacteriológico en los enfermos del *Dr. Compaired*, tratados por el suero Roux. Dice que desconfía mucho de este procedimiento, no porque no cure las ulceraciones, sino porque el ozena es una manifestación consecutiva á la falta de secreción nasal, por atrofia de las glándulas mucosas, las cuales perecen dentro de las mallas fibrosas de la esclerosis de la mucosa nasal. Y como no es posible hacer que recobre la mucosa su natural contextura, ha de quedar condenado el enfermo á sequedad de sus fosas nasales por insuficiencia secretoria.

El *Dr. Botey* dice que es partidario de la opinion de Zaufal en cuanto á la etiología y patogenia del ozena; pues si bien esta es en su esencia completamente desconocida, se sabe que, bien por sílilis hereditaria tardía ó por otras causas, los ozenosos heredan cierta disposición anatómica peculiar de sus fosas nasales; éstas son más amplias y los cornetes son más pequeños; y esta amplitud exagerada trae más evaporación de las

secreciones mucosas, más sequedad de la región y condiciones para que prendan esos bacilos encapsulados propios del ozena, que atacando las glándulas, producen la fetidez. Añade que considera hasta hoy incurable la afección de que se trata; que emplea constantemente las irrigaciones y luego todos los diversos tratamientos propuestos, electrolisis simple, electrolisis cúprica, etc.; él prefiere, sin embargo, los tapones de Gotsstein que achican las fosas nasales y pueden los enfermos aprender á colocárselos; y además, las pulverizaciones con escipiente oleoso de menthol, timhol ú otro cualquier antiséptico.

El *Dr. González Campo* considera ineficaz la acción de los tapones de Gotsstein además de ser molesta ó dolorosa.

El *Dr. Compaired* rectifica diciendo que no cree que desaparezca la esclerosis nasal con el tratamiento de que se ha ocupado; pero que le parece que aumenta algo la secreción mucosa. Refiriéndose á lo dicho por el *Dr. Botey* conviene con éste, por una interrupción, en que las narices anchas y chatas sólo son causa predisponente del ozena, pero de ningún modo causa ocasional.

••

Es indiscutible hoy el origen micróbico del ozena; pero también es indiscutible que sólo debe estimarse como síntoma que consiste en una fetidez nasal característica, la cual no debe confundirse con la producida por el pus más ó menos descompuesto. Se sabe, en efecto, que hay una porción de rinitis atróficas que no son fétidas; y aun una porción de afectos nasales, atróficos ó no, pero fétidos y no ozenosos. Se ha dicho también, aunque ignoro con qué fundamento, que el gran diplo-bacilo del ozena producía una fermentación de los humores segregados por las glándulas de la mucosa nasal; y que tanto á la degeneración grasienta de éstas, producida también por el micro-organismo citado, cuanto á la referida fermentación, era á lo que se debía la fetidez.

Sea de ello lo que quiera, es lo cierto que la rinoterapia cuenta hoy con una porción de medios que hacen desaparecer dicha fetidez si el enfermo es lo suficientemente cuidadoso y constante para tener siempre limpias sus fosas nasales y completamente embadurnadas con una substancia oleosa que lleve en suspensión esencias volátiles de olor agradable. Pero como esto no aniquila el diplo-bacilo ni detiene la marcha atrófica, por lo común, de la rinitis en donde aquél se presenta, conviene buscar un agente microbicida que puede hallarse en la suero-terapia, y que quizás sea el mismo suero Roux más ó menos modificado. Son, pues, muy plausibles los ensayos llevados á cabo por el *Dr. Compaired*; debe y deben los rinologistas españoles persistir en ellos, que dentro de los antisépticos ó de la sueroterapia es, á nuestro entender, donde se hallarán seguramente los elementos necesarios para la cura radical del ozena.

21. *Algunas consideraciones sobre las rinitis crónicas y el tejido eréctil de la mucosa nasal, por P. L. PELÁEZ, Oto-rino-laringólogo de Granada y Vicepresidente de la Sección de Oto-rinología del Congreso.* (1)

Termina esta comunicación con 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 historgánica; en el segundo caso puede tratarse de procesos muy diversos.
- 3.^a Las anomalías genitales más frecuentes como procesos engendrados 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-erectiles bulbares ó bulbo-protuberanciales y conducciones erectígenas bulbo-medulipetas y médulo-bulbipetas.
- 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 escrofulosos.
- 7.^a Dependen constantemente de las rinitis escrofulosas las adenopatías, pre-vertebrales, intra-parotídeas y peri-hioideas.
- 8.^a Independientemente de las observaciones especiales de los otorino-laringólogos, 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 neuropáticos, 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 á pesar de dicho tratamiento y régimen, la rinitis crónica persistiera y ésta fuese *hipertrófica*, no se vacilará en practicar en las regiones naso-erectiles, profunda galvano-caustia 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 *macro-erectilia* de los órganos copuladores.

(1) Este trabajo se ha publicado íntegro en la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*. (25 Diciembre 1895).

12. Dicha operación puede ensayarse en los monos afectos 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 anti-sépticos 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.



Sobre esta comunicación no hubo discusión alguna; solo el *Dr. Forn*s habló para felicitar al autor y éste significó que una parte de sus observaciones las había recogido en el Dispensario oto-rino-laringológico del *Dr. Forn*s.

22. *La etmoiditis supurada y el cornele medio por el Dr. RUEDA.*

El comunicante hace un estudio concienzudo de la región anatómica y de los afectos que interesan el denominado *laberinto etmoidal*; significando que estos últimos, en todas sus fases y formas, pueden reunirse bajo el título común de *etmoiditis supurada*.

Se ocupa después de una comunicación que presentó en 1894 á la Academia Médico-Quirúrgica sobre el *cateterismo del seno maxilar y tratamiento del empiema*, hace historia científico-literaria de lo conocido sobre el diagnóstico del empiema del seno frontal y el empiema del seno maxilar, insiste en la significación diagnóstica de gran importancia que se concede á la existencia de pus en el canal medio y más principalmente en el *hiatus semilunar*; igualmente recuerda la disposición celulosa del cornete medio señalada por *Zuckerlandl*. Refiere, en fin, dos casos de *etmoiditis* que ha tenido ocasión de tratar, de los cuales uno tiene transcendental importancia: 1.º Por coincidir con un flemón orbitario profundo. 2.º Porque no existía pus en el canal medio. 3.º Porque el síntoma dominante era la tumefacción del cornete medio y la existencia en éste de un trayecto fistuloso que daba pus.

El valor que puede concederse á este último hecho, es que ha sido señalado por primera vez por el Dr. Rueda y que puede servir de síntoma patognomónico para el diagnóstico del empiema etmoidal; se ha hablado mucho del empiema de los senos frontal y maxilar, pero nada se sabía de positivo del empiema del laberinto etmoidal. El Dr. Rueda cree que puede coexistir con la ausencia de pus en el canal medio (*hiatus semilunar*) por la aproximación de las dos paredes inflamadas de su abertura nasal. Añade que el cornete medio en su mucosa de revestimiento, traduce en muchos casos lo que ocurre en el etmoides, del mismo modo que la mastoidees traduce á veces la existencia de un proceso ático-mastoideo.

Por esto termina 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.»

El Dr. Castañeda refiere que ha visto un caso de dilatación quística del cornete medio con formación poliposa en un sífilítico y que se explicó este proceso como cariótico y consecutivo á una osteo-periostitis de la concha media. Reconoce el valor diagnóstico que ofrece el caso del Dr. Rueda y los datos que aporta respecto á la supuración del canal medio.

El Dr. Fornis refiere otro caso de poli-quistoma del cornete medio que extirpó, pudiendo apreciar en él un armazón fibroso bastante duro con numerosas celdas comunicantes y conteniendo una materia cretácea cuya naturaleza no puede precisar.

El Dr. Rueda rectifica diciendo al Dr. Castañeda que ha tenido el mérito de señalar las dilataciones quísticas del cornete medio con trayectos fistulosos, coincidiendo con pólipos mucosos; pues los trabajos de Zuckerkandl expuestos en su Anatomía de las fosas nasales, sólo explican las ampollas del cornete medio y su contenido ó las dilataciones no ampolosas.



En esta comunicación el Dr. Rueda pone de relieve sus dotes de laborioso investigador, de las cuales ya hicimos mérito á propósito de nuestro comentario sobre su comunicación acerca del ático de la caja timpánica. El Dr. Rueda nos da datos de diagnóstico para las etmoiditis y demuestra que estudia á conciencia los casos clínicos sometidos á su observación é intervención.

23. *Observación de un caso de papiloma en la fosa nasal derecha comprobado por el examen histológico, por el Dr. BORRÁS Y TORRES, otorino-laringólogo de Barcelona.*

El comunicante se limita á la referencia de su observación que es la de

un caso vulgar de un tumor polipoide implantado en la concha media de la fosa nasal derecha, extirpado por el asa y cauterizado el pedículo por el galvano, y cuyo examen histológico ulterior demostró que se trataba de un papiloma.

Insiste en que no debe diagnosticarse esta especie de neoplasias sino por el microscopio; y hace notar que las opiniones de los autores y publicistas sobre la frecuencia del papiloma nasal, deben considerarse exageradas; pues mientras unos creen que son papilomas el 20 por 100 de los tumores nasales, otros reducen esta cifra á la de 0'4 por 100.

*

• •

Esta comunicación fué leída por uno de los Sres. Secretarios por no hallarse presente su autor y con este motivo no surgió discusión alguna sobre ella.

24. *Tratamiento de las sinusitis frontales crónicas y de sus lesiones intra-craneanas consecutivas, por el Dr. BOTEV.*

El trabajo del Dr. Botev sobre este asunto, termina con las siguientes conclusiones:

1.^a En las sinusitis frontales con retención absoluta ó casi absoluta de pus, hay que trepanar por la vía frontal lo más pronto posible.

2.^a Abierto el seno y raspado y desinfectado convenientemente, se puede impunemente cerrar por completo la herida frontal con tal de labrar una amplia comunicación del seno con el canal medio, lo cual se logra por la destrucción de la pared inferior del seno y ensanchamiento del conducto fronto-nasal. La salida del pus por esta abertura no exige tubo de drenaje.

3.^a Cuando se presentan síntomas cerebrales (soñolencia, vómitos, etc.), hay que temer una perforación de la pared posterior de este seno y la penetración del pus en la cavidad craneal. En este caso conviene abrir ampliamente, á la mayor brevedad, la pared posterior del seno, raspar las granulaciones y poner al descubierto sin temor alguno toda la dura-madre fungosa, raspándola y explorando después con un trocar fino la masa encefálica, por no ser absolutamente en nada peligrosa esta maniobra si se hace en las mejores condiciones de asepsia y antisepsia.

4.^a La lesión es perfectamente curable si el cerebro no está interesado; y aun estándolo puede también esperarse la curación si se procede bien y sin temor; en cambio si se llega tarde ó se procede con miedo, el enfermo puede morir.

5.^a En los casos de obstrucción del conducto fronto-nasal y perforación de la pared posterior del seno, con ó sin hernia cerebral, no conviene cerrar la herida frontal y abrir el citado conducto, pues la infección consecutiva puede sobrevenir por la nariz; pero en los casos de completa integridad de las paredes óseas del seno y con ausencia de sin-

tomas cerebrales, es precisamente cuando debe suturarse la herida frontal después de ensanchado el conducto fronto-etmoidal, limpio y raspado el seno.

6.^a El lavado de la substancia cerebral no debe hacerse con sublimado ni con ácido fénico, sino con ácido bórico en solución saturada, esterilizada y tibia, dirigida en forma de chorro débil.

7.^a El cerebro no demuestra gran sensibilidad á toda clase de traumatismos: lo que hay que tener muy presente es la asepsia.

8.^a Los tres casos historiados por el Dr. Botey, enseñan mucho; dos fueron curados: y en otro murió el enfermo después de varias operaciones, hernia cerebral, abscesos cerebrales y transcurrir cuatro ó cinco meses durante los cuales comía, bebía, paseaba, pensaba y recordaba perfectamente.

El Dr. Fornis entiende que en el segundo de los casos expuestos por el Dr. Botey, debió intervenir practicando una craneotomía amplia, para dar salida al pus, porque esto es regla de Cirugía general, si bien considera que el enfermo llegó á deplorables condiciones y que se realizaron con él verdaderas temeridades quirúrgicas.

El Dr. Compaired dice que no encuentra relación entre la sinusitis ú afección que se considera originaria en los casos expuestos por el doctor Botey y las extensas lesiones del frontal, del parietal, de las meninges y del cerebro tal como aquél las ha relatado. Entiende que quizá estas últimas ó todo el proceso pudo ser debido á la sífilis.

El Dr. Botey rectifica diciendo que cree murió su enfermo porque él fué poco atrevido en la operación que practicó, pero que lo que opina el Dr. Fornis es tan temerario que él no se atrevió á practicarlo, porque craneotomías tan extensas no las defiende nadie. Al Dr. Compaired contesta diciéndole que él supone que hubo una causa general que dominaba á la local; que pensó en la tuberculosis y no se confirmó; que no cree fuese la sífilis porque no había antecedentes en el enfermo y que á la indocilidad de éste, á tener que curarse lejos del especialista y quizá á una extensa osteo-mielitis infecciosa del parietal y frontal, es á lo que pueden atribuir las lesiones que se observaron en el enfermo.

*
*
*

Por la discusión precedente se ve á qué serios peligros expone la obstrucción de las células etmoidales anteriores y por ende del seno frontal; y cuánto debe vigilarse en el tratamiento de toda rinitis la hipertrofia y la simple tumefacción del cornete medio que oblitere la hendidura etmoidal y la abertura del *infundibulum*. Igualmente se advierte cómo va adquiriendo, afortunadamente, carta de naturaleza en nuestro país la cirugía cráneo-cerebral y cómo el Dr. Botey, con una honrosa sinceridad expone á la consideración de sus compañeros, lo mismo los casos felices que los desgraciados, haciendo ostensible de este modo que de todos se obtienen grandes enseñanzas.

25. *Tratamiento de la desviación vertical del tabique cartilaginoso con obstrucción nasal y lateralización de la punta de la nariz, por el Dr. Botey.*

Empieza el comunicante por recordar su comunicación sobre el mismo tema al Congreso Internacional celebrado en Roma el año 1894 y su publicación en sus «Archivos Latinos;» pero añade, que tanto las objeciones que le hicieron en el mencionado Congreso como su experiencia ulterior, le han enseñado que debía modificar el procedimiento operatorio que entonces propuso y al efecto se ha hecho construir dos pequeños buriles acodados en ángulo obtuso, cuyo corte sólo tiene la longitud de 2 milímetros en uno y 3 milímetros en otro, terminando por los lados en dos eminencias redondeadas que prolongan los bordes.

Partiendo del principio de que todo tabique nasal combado se debe á la excesiva extensión de éste, y buscando la verdadera causa de esta anomalía en la embriología, el Dr. Botey entiende con razón que la operación necesaria para corregir la deformidad de que tratamos, debe consistir en la extirpación de una pequeña porción del tabique, desprendimiento de las adherencias de su borde inferior, enderezamiento y colocación en la línea media.

En efecto, hace una incisión vertical sobre el relieve formado por la combadura del tabique; esta incisión más ó menos extensa según los casos, alcanza de ordinario toda la altura del tabique cartilaginoso y debe interesar la mucosa y el pericondro; se despegan del cartilago estas partes membranosas, tanto cuanto sea posible; se extirpa una pequeña tirita de ambas membranas, puesto el cartilago al descubierto y sirviéndose de uno de los buriles citados; colócase éste con la abertura angular hacia arriba y con su extremo cortante en la extremidad inferior de la incisión y se van levantando capas cartilaginosas de abajo arriba, según Botey, en la extensión de un centímetro; después se desinserta el tabique por abajo con otro buril y trabajando de delante atrás; y llegado este momento operatorio, introduciendo el pulpejo del dedo por la fosa nasal opuesta y empujando con otro por la incisión de la mucosa, se endereza el tabique y se coloca en la línea media: después se aplica en una y otra fosa nasal una pequeña placa de zinc envuelta en gasa iodofórmica y se sujeta con un fiador á la mejilla. El operador anestesia previamente la región con cocaína al 30 por 100.

• •

Sobre la precedente comunicación no hubo discusión; pero en ella se ve que el Dr. Botey pone su actividad y gran valimiento oto-rino-terápico, al servicio de todo lo que se relaciona con la especialidad que cultiva con tan justa notoriedad. Lo mismo atiende á lo grave que á lo

leve: lo mismo interviene con una operación erizada de peligros en el caso de llenar una indicación vital, que pone á contribución sus conocimientos y habilidad en una operación de complacencia, corrigiendo una deformidad y penetrando incidentalmente en la indagación de la misteriosa génesis que presentan algunos procesos teratológicos. Es digna, pues, de loa y consideración la conducta del Dr. Botey y nos complacemos esta vez como otras en darle nuestro aplauso.

COMUNICACIONES DE LARINGOLOGÍA

26. *Sobre el ictus laringeo, por el Dr. ROQUER CASADESUS, oto-rino-laringólogo de Barcelona, Presidente de la Sección de Laringología del Congreso, Presidente de la Comisión organizadora del que ha de celebrarse en Barcelona el 20 de Septiembre de 1898, Director de la «Revista de Laringología».*

Empieza el comunicante por recordar que tiene publicado un caso típico de esta enfermedad en 1891 en la *Revista de Laringología*.

El segundo caso que ha observado, es el que se refiere al enfermo que motiva su comunicación.

Se trataba de un sujeto de 30 años, robusto, sin antecedentes neuropáticos, que sentía con cierta frecuencia un ligero cosquilleo en la garganta y á continuación un acceso de tos que era seguido de caída al suelo y pérdida del conocimiento por algunos segundos. Investigada la presumible existencia de zonas hiperestésicas en la mucosa nasal y faríngea, no se encontraron éstas y sólo se observó una ligera hiperemia laringea, gran dificultad para el examen laringoscópico, un acceso de tos y el vértigo antes citado.

Considera el comunicante este caso como puramente típico, porque el vértigo sobrevenía solamente después de la tos y á consecuencia seguramente del fenómeno inhibitorio que ocurría en la laringe.

Por esta razón Botey defendió el nombre de *laringismo inhibitorio*, para esta afección, con motivo de un trabajo fundado en tres observaciones que publicó dicho especialista á raíz de la publicación del primer caso de Roquer. Este, sin negar la razón que asiste á Botey, prefiere el nombre de *ictus* en recuerdo al ilustre neurólogo que lo propuso (Charcot).

En cuanto á la patogenia del ictus ha sido muy debatida, Roquer opina como Charcot, y otros publicistas han adoptado sus interpretaciones. Supone que la causa del ictus está en la hipertrofia del tejido adenoideo y muy principalmente de la amígdala lingual.

Debe hacerse el diagnóstico diferencial del ictus con todos los reflejos laringeos que pueden observarse. No deben olvidarse los sintomáticos de la tabes, epilepsia y otras enfermedades nerviosas. Igualmente no debe

confundirse con los espasmos laríngeos que constantemente son precedidos de un ruido característico.

En un trabajo reciente (Archivos internacionales de laringología, etc., Julio, Agosto, 1895), el Dr. Mongorge, hace un ensayo de clasificación del ictus, colocando en un primer grupo los casos de ictus esencial (tipo Charcot) y en otro los *pseudo-ictus*, producidos por diversos fenómenos vertiginosos ó inhibitorios que pueden presentarse como complicaciones en muchas enfermedades. El Dr. Roquer admite esta manera de opinar.

El Dr. Cisneros.—Refiere un caso muy semejante al del Dr. Roquer en el cual, el punto de partida del reflejo pareció estar en la úvula, pues extirpada ésta, desaparecieron los vértigos.

El Dr. Botey.—Entiende que estos casos de laringismo inhibitorio de los cuales ha visto muchos después de su publicación aludida por el doctor Roquer, no sólo tienen su punto de partida en la laringe, sino en la tráquea, en las fosas nasales, en las amígdalas, en los bronquios, etc.

El Dr. Uruñuela.—Declara no haber visto ningún caso de ictus laríngeo, sino muchos de reflejos laríngeos por causa nasal, faríngea, etc.

El Dr. Compañed.—Se declara conforme con el Dr. Roquer en la existencia de un ictus laríngeo, esencial y típico, y otro ictus mucho más frecuente por acción refleja provocada por diversas causas. Refiere un caso de ictus reflejo que él curó en un enfermo que tenía un caracolito de mar dentro del conducto auditivo externo.

El Dr. Roquer rectifica diciendo que investigó en su enfermo si se trataba de un ictus reflejo y pudo convencerse de que era un ictus rápido ó inhibitorio directo; que ha recordado que el humo de ciertos tabacos y la impresión fría de los helados puede provocar espasmos laríngeos y vértigos semejantes al de su enfermo; que en el ictus laríngeo la corriente nerviosa debe tomar origen en la laringe y en la mayoría de casos él supone que el punto de partida de la excitación está en la epiglótis. Por último, opina que la tos de su enfermo no era la causa, sino un fenómeno coincidente con la impresión irritativa; que luego se efectuaba la inhibición, y que ésta se exteriorizaba por la pérdida del conocimiento y la caída del enfermo.



La afección á que se refiere el caso expuesto por el Dr. Roquer, la consideramos como una de tantas manifestaciones del neuro-artritis; porque aun cuando en el enfermo no existían otros antecedentes neuropáticos, el fenómeno ó fenómenos que en él se daban eran evidentemente nerviosos y las dificultades del examen laringoscópico lo demuestran á su vez. Estas dificultades exploratorias y la hiperemia laríngea que existía, indican á mi modo ver, que la verdadera causa del ictus residía en la laringe misma como opinaba el Dr. Roquer ó más probablemente en

el istmo de las fauces. La admisión de un ictus esencial típico, sin lesión superficial mucosa que lo determine, se resiste á mi razón aunque haya de ponerme en este caso, y lo siento, enfrente del parecer de clínicos y neurologistas tan respetables como Charcot y sus partidarios.

Posteriormente á la lectura de la comunicación del Dr. Roquer he tenido ocasión de observar un enfermo que trato en la actualidad, el cual padece una faringitis mista (atrófica en unos puntos é hipertrófica en otros) con una úvula larga, delgada y de venas algo varicosas que no puede soportar el examen laringoscópico, sino después de profunda y prolongada anestesia con cocaína de todo el istmo de las fauces; pero que aun así en el momento en que se trata de *colocar* en *posición* el espejillo laríngeo, es amenazado de espasmo laríngeo. Este espasmo no ya le amenaza sino que le acomete con frecuencia en las condiciones más diversas: durante la deglución, más al beber líquidos que al tomar sólidos, aunque aquéllos no estén muy fríos, ni muy calientes, ni trate de deglutirlos de prisa; en los intervalos de las comidas, en el curso del más tranquilo diálogo y, en una palabra, sin que exista nunca causa ostensible capaz de producir el referido espasmo. Este sujeto no es fumador, no comete ninguna clase de excesos, observa una vida notablemente morigerada, pero su tipo es neuro-artrítico, cualquier cosa le impresiona y sobrecoge y el examen de su orina ha dado la presencia de la acetona.

Opino que la causa de los espasmos laríngeos de este enfermo reside en su úvula ó en las zonas hipertróficas de su faringitis; y espero la desaparición de la acetona en la orina, para lo cual el enfermo usa ya un tratamiento apropiado, para practicar la uvulectomía y si no se curan los espasmos, hacer la galvano-caustia punteada en la faringe.

He referido este caso, porque, aunque no se me oculta que es totalmente distinto del referido por el Dr. Roquer, su examen imparcial viene á demostrar que no por dejar de ser ostensible la causa de los accidentes reflejos, debemos negar que existe é inclinar nuestro ánimo á la admisión de un ictus esencial: indudablemente la causa existe; y la tarea del especialista debe consistir en primer término en indagarla por cuantos tanteos considere pertinentes é inocentes.

Por lo demás, es muy de aplaudir la discreta y sincera reseña que el Dr. Roquer ha hecho de su caso y su conducta profesional merece ensalzarse por este sólo dato y por su noble aspiración.

27. *Tratamiento ortofónico de la parálisis unilateral, por el doctor BARBERÁ.*

El autor de esta comunicación se limita á referir una observación clínica, en la cual con motivo de la administración de un emeto-catártico, un sujeto con gastricismó fué acometido de espasmo glótico alarmante que hizo indagar al Dr. Barberá su verdadera causa, descubriendo la existencia de una *parálisis de la cuerda vocal izquierda*, por compre-

sión del nervio recurrente del mismo lado, al nivel del cayado de la aorta donde existía también un tumor aneurismático.

La amenaza de nuevos espasmos glóticos, las alteraciones de la voz, que según el Dr. Barberá, cambiaba frecuentemente de registro; y más que nada, la disfagia de líquidos y sólidos más ó menos anhidros que casi constantemente acusaba el enfermo sobre todo en la primera comida verificada cada día después del reposo y sueño de la noche, hicieron pensar á dicho Doctor en el tratamiento ortofónico de la parálisis, como alivio de la disfagia además del uso de un tratamiento interior é higiénico contra la aortitis crónica y para prevenir en lo posible los accidentes á que podía dar lugar el aneurisma.

Ordenó los ejercicios vocales, colocando al enfermo casi en DECÚBITO SUPINO adiestrándole en la respiración abdominal, eligiendo para el *tono* el registro medio en la extensión de una octava, y en cuanto á la *intensidad* la media voz. En estos ejercicios de canto, ejecutados con ritmo variado, alternaban las notas cantadas, con las pausas de silencio, en sesiones de poca duración y repetidas varias veces al día.

La circunstancia de haber obtenido con este tratamiento que el enfermo observa desde hace ocho años, la desaparición de la disfagia, hace que el Dr. Barberá le proponga para otros casos análogos y mejor para aquellos en que las parálisis unilaterales no dependan de compresiones producidas por tumores de pronóstico tan grave como el que existe en el desdichado enfermo que motiva esta comunicación.

El Dr. Botey dice que no habiendo expuesto el Dr. Barberá la posición fija que tenía la cuerda paralizada en el enfermo de su caso, queda la duda, de si la mejoría obtenida, se debió ó no al tratamiento fonético empleado.

Opina el Dr Botey de acuerdo con su experiencia y con la mayoría de los laringólogos, que cuando existe una parálisis vocal por compresión del recurrente, la cuerda paralizada se aproxima á la línea media y queda paráltico el músculo crico-aritenoideo posterior por la ley de Chemol. Después, si la compresión continúa, la cuerda vocal afecta, se coloca en posición cadavérica en cuyo caso, que es el en que debía encontrarse el enfermo del Dr. Barberá, á juzgar por la clase de compresión de que se trataba, la cuerda vocal y el aritenoïdes, debían estar inmóviles. Además el enfermo, como todos los que padecen parálisis laríngea, debía tener una voz ronca, bitonal y especial que no se olvida habiéndola oído alguna vez.

Por último, el tratamiento fonético no puede mejorar la parálisis porque la corriente nerviosa no puede pasar por un nervio comprimido; lo que sí puede ocurrir es que se desenvuelva el sistema muscular que depende del otro recurrente, y el músculo crico-tiroideo innervado por el laríngeo superior; y la cuerda vocal opuesta más desarrollada, tiende por esta razón á sobrepasar la línea media en sus movimientos y á formar

una glotis oblicua; pero esto cree el Dr. Botey que ocurre espontáneamente sin ejercicios fonéticos.

El Dr. Barberá rectifica señalando que la cuerda vocal paralizada en su enfermo, primero sólo ostentaba cierta pereza y después la ha observado en posición cadavérica á medida que ha ido avanzando el proceso de la endo-arteritis.

No niega que se puedan conseguir los efectos que él ha notado por otros medios distintos del tratamiento ortofónico; pero insiste en que él ha visto mejorar su enfermo con dicho tratamiento.



Nuestra opinión patogénica en este punto, está de parte del Dr. Botey, pero no podemos menos de reconocer que el Dr. Barberá procedió en consonancia con lo que sólo podía intentarse en un enfermo aneurismático, al cual logró mejorar de un modo bien notable. Además, todos los músculos del lado sano debieron desenvolverse en el enfermo del doctor Barberá, y sobre todo los tensores y adductores de la cuerda vocal sana, es decir, no sólo el crico-tiroideo citado por Botey, sino el crico-aritenoideo lateral, tiro-aritenoideo y mitad sana de inter-aritenoideo.

28. *Diagnóstico de los tumores laringeos por el DR. HORCASITAS, otorino-laringólogo de Madrid, encargado de un dispensario oto-rino-laringológico en el Instituto de Terapéutica Operatoria del Hospital de la Princesa.*

El comunicante empieza 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 varias porque se queja de disfagia. Estos signos nos pueden, al mismo tiempo dar á entender el sitio donde está la neoplasia; es decir, que si el enfermo tiene 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 la epiglótis y es algo voluminosa. El dolor nos puede dar á conocer que existe alguna ulceración, propagándose siempre aquel al oído del lado afecto de la neoplasia.

Los síntomas físicos se aprecian, como es sabido, con el laringoscopio. Con el auxilio de este aparato, nos podemos hacer cargo de la situación, forma, volumen, etc., del tumor, y asimismo podemos dividirlos, para su diagnóstico, en tumores benignos y malignos. Entre los prime-

ros se encuentran los pólipos en sus distintas variedades; y entre los segundos, las neoplasias propiamente malignas, ó sean el cáncer y el sarcoma.

El papiloma en general se implanta en las cuerdas vocales. Empieza por 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 de una cabeza pequeña de alfiler, hasta el de una nuez.

El fibroma suele implantarse generalmente en las bandas ventriculares y en las cuerdas también. El punto de preferencia suele ser las primeras. También puede 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 las cuerdas vocales que toman 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 da á entender que existe una cavidad, y dentro de esta cavidad existe líquido.

Las vegetaciones papilomatosas generalmente se presentan por un punto como azulado.

Pueden existir varias, pero están siempre reunidas y agrupadas, mientras que los papilomas de origen tuberculoso, se presentan con preferencia en la región inter-aritenoidea y no están reunidos como las afecciones papilomatosas de índole benigna.

Suelen estar separados y ocupar la región citada, aunque pueden presentarse en algún otro sitio de la laringe, pero siempre les caracteriza una palidez general que se extiende por toda la superficie del tumor y de la mucosa laríngea.

Los papilomas sífilíticos no tienen como los tuberculosos preferencia de implantación por las regiones aritenoidea, é inter-aritenoidea; suelen implantarse en las bandas.

El cáncer puede ocupar todas las regiones de la laringe, y generalmente ofrece tres períodos: congestivo, proliferativo y ulcerativo. En este último se recubre de un exudado fétido, que algunas veces suele ser sanguinolento, y no tiene nunca tendencia á la cicatrización.

Las ulceraciones sífilíticas y tuberculosas tienen el aspecto lupo, siendo rojo el fondo de las primeras y blanco ó por lo menos pálido el de las segundas.

El Dr. González Campo afirma que no tienen importancia tres datos diagnósticos señalados por el Dr. Horcasitas, como característicos de los tumores endo-laríngeos: afonía, dolor y disfagia; la 1.^a porque existe en

una porción de afecciones laríngeas diversas, catarros, parálisis de las cuerdas, etc. La 2.^a porque existe en numerosos procesos agudos de la laringe, y la 3.^a porque también se ve en afecciones endolaríngeas sin que haya nada neoplásico. Por otra parte, según el Dr. G. Campo, el dolor y la consistencia no pueden servir para establecer el diagnóstico diferencial de los tumores como quiere el Dr. Horcasitas, y afirma que muchísimas veces se extirpan los tumores sin saber su naturaleza histológica. Indica además, que ha olvidado el Dr. Horcasitas la cita del encondroma que existe casi siempre creciendo hacia fuera de la laringe; y además, por razón topográfica é importancia fisiológica de la laringe, todos los tumores de esta región son malignos.

El Dr. Pérez Moreno pregunta al Dr. Horcasitas, si admite la coincidencia en un mismo sujeto y en una misma época de las laringitis tuberculosa y sífilítica.

El Dr. Horcasitas rectifica, contestando al Dr. González Campo. 1.^o Que no da la afonía y demás signos funcionales como datos seguros de la existencia de un tumor endolaríngeo; que lo único que dice es, que en caso de existir dichos síntomas hay motivos para sospechar la existencia de los citados tumores. 2.^o Que insiste en considerar la disfagia y dolor como signos presuntos de la existencia de una tumoración ó ulceración laríngea, razón por la cual queda de acuerdo con el Sr. González Campo en que las ulceraciones endolaríngeas sífilíticas y tuberculosas se acompañan de dolor y disfagia, pero que no ha tenido tiempo de exponer el diagnóstico diferencial de estas lesiones con los tumores. 3.^o Todo tumor endolaríngeo, si crece y no se ve ó no se extirpa oportunamente, podrá comprometer la vida del enfermo, pero esto no quiere decir que sea maligno; y además el crecimiento de los tumores laríngeos se hace con lentitud y permite siempre el que los vea el laringólogo antes de que por su tamaño comprometan la vida del enfermo. 4.^o El encondroma no lo ha visto en el interior de la laringe el Dr. Horcasitas, y por eso no lo mencionó.

Al Dr. Pérez Moreno, contesta que su pregunta no está dentro del tema que ha expuesto, pero que le dirá lo siguiente: que aunque muy rara vez cree que pueden coincidir las lesiones tuberculosas y sífilíticas de la laringe en un mismo enfermo y en una misma época.

29. Tratamiento y curación de los pólipos laríngeos por las vías naturales, por el Dr. URUÑUELA, oto-rino-laringólogo de Madrid, profesor libre de Oto-rino-laringología en el Instituto Rubio y presidente de honor de la sección de Laringología del Congreso.

Juzgamos tan interesante esta comunicación del Dr. Uruñuela, que preferimos insertarla íntegra. He aquí los términos en que se expresó el eminente laringólogo madrileño:

«Voy á ocuparme de un asunto vulgar y corriente de nuestra especia-

lidad, 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 subhióidea 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 sesiles, 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 ex-

traña y mal justificada la intervención extra-laríngea, explicándonos el porqué 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 políposos ó cuando se pueda temer su recidiva; de la galvano-caustia 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, legar, 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 en la laringe, clase de pólipo, de su tamaño, forma y punto de implantación, extremos que necesariamente 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 sesil, la introducimos cuantas veces sean necesarias para arrancar toda la masa tumerosa, 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 gálvano-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 cáustico; 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, dispnéica y completamente afónica, después de haber recorrido varios balnearios y agotado la farmacopea española.

El espejo laríngeo nos puso de manifiesto una gran masa tumerosa 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 pe-



queño foco, después de hacer de cámara oscura 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 polipótomo 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 epiglottis, 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, residente en Zaragoza, la cual trajeron á Madrid ha dos años para que yo la reconociese, sin voz y con dispnea laringea, 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 laringea repleta de una masa papilomatosa típica; parecía un semillero de papilomas, con un pequeño espacio glótico. No prestándose esta niña á la intervención endo-laringea, por razones fáciles de adivinar, la hicimos la traqueotomía, y después conseguimos con cariños y dulzura se prestase á la intervención endolaringea 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 pólipa papilomatosa 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 14.º tercio de la Guardia civil de Madrid, el cual tenía un tumor es-

férico 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 descendía á la glotis por impedírsele 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, implantado 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 ví 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.

El *Dr. Compaired* estuvo de acuerdo con las ideas expuestas por el *Dr. Uruñuela*, dijo que los procedimientos de éste eran evidentemente preferibles al empleo de los cáusticos químicos y galvánicos y felicitó á dicho Doctor en nombre de todos los congresistas.

30 Tumor laríngeo-angiomaso, por el *Dr. RUEDA*.

El comunicante da cuenta de una observación clínica correspondiente á una mujer de 50 años afecta de una faringitis atrófica, la cual presentaba además un tumor lobulado de 2 centímetros de extensión antero-posterior y centímetro y medio de extensión transversal, situado en el repliegue ari-epiglótico derecho y llegando en parte al aritenoides, á la epiglotis y á la banda correspondiente. El color del tumor era gris en unos puntos, violado en otros, ceniciento en alguno: pellizcada con una pinza, la neoplasia daba cierta sensación de dureza y la superficie mucosa quedaba por un instante notablemente isquémica, aspecto, que por otra parte presentaba el resto de la superficie endo-laríngea. El tumor, además de los caracteres dichos, presentaba el de ser péndulo en algunos de sus puntos, y los de no impedir para nada la deglución, la respiración y la fonación.

Se dudó al establecer el diagnóstico, entre un quiste y un angioma, sobre todo por la rareza de estos últimos tumores en la laringe.

El *Dr. Rueda* creyó decisiva para el diagnóstico la aspiración practicada con una jeringa de Hering, armada de fina aguja; y estrajo de este modo una pequeña cantidad de sangre, diagnosticando desde entonces *angioma*.

Dadas las dificultades de la aplicación del asa y no exigiendo la neoplasia un tratamiento extra-laríngeo, el Dr. Rueda se decidió por la aplicación de la galvano-caustia; pero sobrevino una copiosa hemorragia y la enferma, quizá alarmada, no volvió por la consulta del Dr. Rueda.

Añade éste, que en situación equivalente era de recomendar la electrolisis.

El *Dr. Uruñuela*, dice, que le chocan los caracteres descritos para el tumor de su enferma por el Dr. Rueda, pues cree que los angiomas tienen un color rojo-vinoso y se deshacen con las pinzas. Cree que se trataba de un quiste y que pudo destruirse en una sesión de galvano-caustia procediendo sin temor.

El *Dr. Castañeda*, dice, que no considera como medio de diagnóstico diferencial el citado por el Dr. Rueda; pues cree que todo tumor en que se ensaye la punción y aspiración, da sangre en mayor ó menor cantidad sobre todo siendo sólido.

El *Dr. Barajas* felicita al Dr. Rueda por la rareza del caso, pues según las estadísticas y noticias que él tiene, hace el núm. 13 el angioma observado por el Dr. Rueda. Cree que era angioma por el color y el aspecto y considera apropiado el tratamiento porque es el empleado en todos los casos análogos; lazo ó galvano-caustia.

El *Dr. Compaired* considera peligrosa en estos tumores la aspiración diagnóstica por la jeringuilla de Hering y la intervención por la galvano-caustia; pues la sangre contenida en el tejido cavernoso del tumor ofrece gran facilidad para salir en el momento en que se perfora una de las aréolas y la hemorragia que puede ocurrir, es de gran peligro para el enfermo; prefiere, pues, la aplicación del lazo.

El *Dr. Cisneros* declara que no ha visto ningún caso de angioma en la laringe; pero que sí ha visto pequeños tumores sonrosados que se deshacen con las pinzas y dan sangre; considera que estos son quistes y que la pinza en una ó dos sesiones separa por completo el tumor. En cambio, en los angiomas considera peligroso el pellizcarlos con las pinzas, pues rotas las paredes de los vasos, puede venir una hemorragia muy difícil de cohibir por la implantación del tumor.

El *Dr. Forn*s insiste en que no ha habido suficientes elementos de diagnóstico para reconocer la pretendida naturaleza angiomatosa del tumor, pues para que así hubiera sido debió haber después del pellizco de la pinza, de la aspiración con la jeringa y de la intervención con la galvano-caustia, copiosa hemorragia. Además debió practicarse el examen histológico.

El *Dr. Rueda* rectifica contestando de una vez á todos los señores objetantes: 1.º Que los tumores que se deshacen con las pinzas no son angiomas sino quistes de paredes más ó menos espesas; y que según lo publicado en los Archivos de Fraenkel el año pasado, hay fibromas quísticos que contienen sangre.—Que no pellizó con la pinza porque ya te-

mía que se tratara de un angioma y que por lo mismo no empleó como tratamiento operatorio el lazo, que por otra parte no era muy haccedero dadas las condiciones de implantación del tumor. Por otra parte cree que todo tumor sólido en el que se practica una punción si la aguja es fina, se obtura y no aspira sangre.

Por la historia clínica expuesta y por la discusión que promovió, es muy verosímil que se tratara de un angioma de paredes más ó menos resistentes y fibrosas; y dada su implantación y disposición de su ancha base, en mi concepto sólo cabía el intentar contra él la acción de un agente destructor, pero en modo alguno la extirpación total ni parcelaria ni aun para confirmar el diagnóstico; pues necesariamente toda sección había de producir gran hemorragia: precisamente el haberse presentado ésta con motivo de la galvano-caustia, viene en apoyo del diagnóstico, y por esto indica ya, el Dr. Rueda, en mi concepto, muy atinadamente, que en un caso equivalente, convendría ante todo ensayar la electrolisis.

31. *Cáncer laríngeo. Aneurisma aórtico? Traqueotomía. Muerte súbita por «angor pectoris», por el DR. ROQUER.*

El comunicante empieza por indicar que el objeto de su comunicación consiste en señalar la conveniencia de hacer un examen minucioso de los aparatos respiratorio y circulatorio en todos los enfermos graves que acudan á la consulta del oto-rino-laringólogo y más principalmente de los cancerosos y de todos aquellos que sean susceptibles de someterse á una operación de cierta importancia (ó de alarma familiar) como la traqueotomía; y por tanto que estén expuestos á una muerte súbita.

Añade que la muerte súbita de los sujetos afectos de cáncer laríngeo es bastante frecuente y ha sido explicada de varios modos; que Botey publicó hace algunos años, varios casos de esta índole, tratando de explicar el mecanismo de la que el comunicante titula *inhibición funcional absoluta*; que él podría añadir la observación de un enfermo canceroso que falleció súbitamente en un vagón del ferrocarril sin presentar fenómenos de asfixia y, por último, que el caso objeto de su comunicación prueba lo mismo.

Expone á continuación un caso de cáncer laríngeo, en cuyo curso el paciente se queja en diversas ocasiones de opresión torácica que es atribuida á la estenosis laríngea. Sobreviene la asfixia inminente, y en el momento de ir á practicar la traqueotomía, se advierten fenómenos pulsátiles en la horquilla supra-esternal; se trata de incindir la tráquea y se la encuentra notablemente desviada hacia atrás, hasta el punto de que una vez incindida casi todas las cánulas de que se disponía, que eran las ordinariamente empleadas, resultan cortas y sólo una excepcional, muy larga, es la que pudo aplicarse. El enfermo entra después de la

operación en un período de bienestar, duerme una hora y se despierta sobresaltado, acusando una fuerte esterno-dinia, ansiedad respiratoria y pulso lleno y lento; pasa este acceso, vuelve á dormirse durante otra hora y se despierta de nuevo, con otro acceso semejante al citado, muriendo súbitamente.

El Dr. Roquer supone que existe fundamento para creer que la muerte fué producida por la rotura de un aneurisma aórtico. No pudo hacerse examen necroscópico.

El Dr. Botey opina lo mismo que el Dr. Roquer, en cuanto á gran parte de los hechos que ha referido; pero entiende que el mecanismo de la muerte en su enfermo ha podido ser otro y obedecer quizá á la compresión del recurrente por el aneurisma ó por la tráquea desviada, pues es frecuente ver cómo compresiones del recurrente producen fenómenos inhibitorios laríngeos que ponen en grave peligro á los enfermos.

El Dr. Uruñuela cree que se trataba en el enfermo del Dr. Roquer, de dos procesos completamente distintos y que coincidían sin razón de congruencia de los mismos. Ha observado, sin embargo, dos casos de traqueotomía, en donde el examen ulterior reveló á él y al Dr. Horcasitas la existencia de un aneurisma. En cuanto al mecanismo de la muerte opina que fué por rotura del saco aneurismático.

El Dr. Horcasitas refiere el caso de un traqueotomizado, muerto súbitamente por hemorragia debida á la rotura de un aneurisma.

El Dr. Roquer rectifica y dice que únicamente ha expuesto el caso para hacer notar la posible coincidencia de un aneurisma con una afección laríngea operable de traqueotomía; y para señalar la conveniencia de que se investigue en este último caso, sobre la existencia de dicha afección ú otra análogamente grave y mortal, y evitar de este modo la responsabilidad moral del operador. Por lo demás en su enfermo cree que no hubo nada del recurrente, sino que la muerte ocurrió por angina de pecho.

Es muy oportuno llamar la atención de los oto-rino-laringólogos en la forma, y con ocasión del caso, en que lo hace el Dr. Roquer: pues de una parte se ve la necesidad imperiosa de que el especialista no se desprenda de los conocimientos médicos generales que constantemente ha de necesitar y han de reportarle utilidades; y, por otro lado, en la observación del Dr. Roquer, se ve al médico práctico y solícito que prevee los acontecimientos y los anuncia á las familias de sus enfermos, colocándole en las condiciones de la más justa estimación por sus méritos científicos y sociales.

32. *La laringo-fisura en el cáncer laríngeo, por el Dr. BOTEY (1).*

(1) Esta comunicación ha sido publicada en la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*,

Esta comunicación puede sintetizarse en las siguientes conclusiones:

1.^a La extirpación total de la laringe no debe practicarse. Los casos en que esta operación se ha practicado en España, todos han sido seguidos de muerte. (Rubio, Toro, Cisneros, Sota, Botey). En Austria y Alemania la mortalidad consecutiva á esta operación equivale según las estadísticas de los casos publicados del 94 al 95 por 100.

2.^a La laringo-fisura tiroidea, permite poner al descubierto la parte enferma de la laringe y reseca cuando el proceso no está muy avanzado, todo el tejido canceroso.

3.^a Esta operación ha tenido detractores (Paul Bruns, Morell-Mackenzie y Bullin); en cambio tiene defensores decididos como el Dr. Semon que la ha practicado cuatro veces seguidas de éxito y el Dr. Botey que la practicó tres y en dos de ellas obtuvo la curación completa.

4.^a La extirpación del cáncer laríngeo por fisura tiroidea sólo debe practicarse, según la clasificación de Krishaber, en los casos titulados intrínsecos, en los cuales aún no ha invadido la neoplasia tejidos perilaríngeos, ni se asienta en regiones próximas á sus extremidades ó superficie exterior (y no existen infartos ganglionares apreciables ó estos son muy circunscriptos, pequeños y poco numerosos). El cáncer suele ser en estos casos unilateral, bien limitado y el principio de la enfermedad se refiere cuando más á cuatro ó cinco meses de fecha. Después de esta época la operación está por completo contraindicada.

5.^a Importa, pues, diagnosticar el cáncer laríngeo en un período lo más precoz posible, y hacer entender al médico en general y al público en cuanto es posible, que toda ronquera pertinaz en un sujeto de edad madura puede ser debida á una afección maligna y debe procederse, por lo mismo cuanto antes, al examen laringoscópico por persona competente.

6.^a Para diagnosticar el cáncer laríngeo en su principio, deben tenerse presentes las indicaciones señaladas por el Dr. Ariza, esclarecido y malogrado laringólogo español, en su trabajo titulado «Elementos diagnósticos del cáncer laríngeo» y siempre que sea posible, extraer con las pinzas cortantes un trozo de neoplasia y practicar el examen histomicroscópico.

7.^a La laringo-fisura tiroidea no debe practicarse sin previa traqueotomía y administración clorofórmica. La superficie cruenta resultante de la extirpación de la neoplasia, debe curarse al descubierto durante los primeros días.

8.^a En la mayoría de los cancerosos que concurren actualmente á las consultas del especialista no está indicada la extirpación por laringo-fisura.

El Dr. Uruñuela pregunta al Dr. Botey: 1.º, cuál es la movilidad normal de la cuerda vocal; 2.º, cómo vió la cuerda englobada por un tumor canceroso en uno de los enfermos de su referencia, porque él en

los 53 casos de cáncer laríngeo que tiene registrados, ha observado siempre, que si la neoplasia asienta en la cuerda vocal, ésta queda inmóvil y si la engloba la masa del tumor, se comprende bien que la oculte. Además, entiende respecto de la operación que es difícil por la estrechez del campo operatorio descubierto con la laringo-fisura, la extirpación total de una neoplasia laríngea; y, por último, que si está indicada la extirpación parcial, lo mismo debe considerarse indicada la extirpación total; sobre todo, que bastaría el saber la salvación del enfermo en un sólo caso de cada cien operados para decidirse por la operación en una enfermedad que irremisiblemente había de producir la muerte de otro modo.

El Dr. Castañeda refiere un caso de epiteloma situado en una cuerda vocal, que fué operado de tirotomía en la clínica del Dr. Moure. La cuerda afecta estaba inmóvil. El epiteloma no se ha reproducido después de cuatro años que han transcurrido.

El Dr. Botey, en una 1.^a rectificación, contesta que creía antes de ahora en la parálisis de la cuerda vocal en todo caso de cáncer laríngeo; pero que después de los trabajos de Crous y de lo que él tiene visto, sabe que la cuerda vocal cae en una especie de estupor desde que es afecta de la neoplasia, pero no se paraliza en tanto no sucede una infiltración hiperplásica de los músculos intrínsecos de la laringe. En dos de sus enfermos la cuerda estaba completamente paralizada, en el otro no. Por lo demás, el Dr. Botey sigue las inspiraciones de su amigo el Dr. Semon, de Londres, que puede presentar estadísticas muy lisonjeras en el tratamiento del cáncer laríngeo por la laringo-fisura, la cual, siendo operación más leve ó tanto como la traqueotomía, merece ensayarse.

El Dr. Forns, desea que el Dr. Botey puntualice cuándo y hasta qué fase evolutiva del cáncer laríngeo está indicada la tirotomía y además admitida esta en unos casos, porque no hemos de admitir la extirpación total de la laringe en otros en que esté más avanzado el proceso.

El Dr. Botey, en una 2.^a rectificación, contesta al Dr. Forns, recordando lo que tiene dicho en su comunicación: la mortalidad en la extirpación total de la laringe es espantosa, aunque no pueda referirse á recidivas del cáncer. El proceso en esta neoplasia es de curso lento; y sólo cuando es incipiente y está localizado, es cuando debe hacerse la laringo-fisura y extirpación parcial; pues si se temen las recidivas es preferible esperar la estenosis laríngea y practicar la traqueotomía.

..

Escuchadas con atención y leídas y releídas posteriormente la comunicación y la discusión precedentes, nuestra opinión se inclina del lado de las expuestas por el comunicante y por el Dr. Forns. Creemos que no debe guiar espíritu de partido alguno en los asuntos terapéuticos, y por otra parte que todo lo unicista es de ordinario exagerado. Es esta la principal razón en que nos fundamos para pensar que habrá muchos casos

en los cuales lo indicado será la laringo-fisura y la extirpación parcial de la laringe; habrá otros en que convenga y pueda esperarse un favorable resultado de la extirpación total; y habrá seguramente muchos más en que las dos operaciones dichas estén contraindicadas.

33. *Intubación laringea: indicaciones y estadística, por el Dr. LLORENTE, Oto-rino-laringólogo y Profesor del Instituto Microbiológico de Madrid.*

Esta comunicación puede condensarse en las siguientes conclusiones:

1.^a Aunque era conocida la idea del cateterismo laríngeo desde Hipócrates, y, sobre todo, desde el siglo XVIII, y más aún desde la primera mitad del presente, es Bouchut el primero que aplica los aludidos conocimientos á ciertas enfermedades laríngeas y coloca un tubo corto en la laringe. Pero la imperfección de su instrumental y el desconocimiento de una terapéutica causal para la difteria, fueron los motivos que han hecho prevalecer la traqueotomía, operación que, según el autor de la comunicación, está llamada á dejarse de practicar en los casos de estenosis laríngea no neoplásica ni por cuerpos extraños. — Un gran laringólogo norteamericano ha perfeccionado el instrumental, y con éste y el empleo de la sueroterapia la intubación está indicada en la inmensa mayoría de los casos en que lo estaba la traqueotomía. El Dr. Sota y Lastra, de Sevilla, ha sido el primero en practicar en España esta operación, contribuyendo á generalizarla mediante su defensa, haciendo comunicaciones á Congresos y Academias y publicando estadísticas.

2.^a El personal del Instituto microbiológico de Madrid, Llorente (autor de esta comunicación y de otras análogas á la Real Academia de Medicina de Madrid y á la Sociedad Ginecológica Española), Robert, etc, han practicado la intubación en 72 casos: 11 en niños y 1 en una adulta embarazada. De los 72 casos sólo fueron seguidos de muerte 22; 8 antes de las 24 horas; lo cual da un resultado de un 83 por 100 de curaciones, ó sea una mortalidad de 17 por 100, aun sin tener en cuenta la circunstancia de lo tarde que por lo general esta clase de enfermos han solicitado el concurso del personal del citado Instituto, pues conviene decir, que en la mayoría de los citados casos, dicho personal ha sido llamado por los médicos de cabecera y cuando ya otros recursos internos y tópicos resultaron ineficaces.

3.^a En vista de la anterior estadística expuesta aquí en resumen, pero que fué presentada por el autor de esta comunicación, deduce éste que la intubación está indicada en los niños, en todos los casos de estenosis laríngea, sean ó no de origen diftérico; y en el adulto en los edemas laríngeos y en las estenosis más ó menos asfíticas, aunque sean de causa sifítica. 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.

4.^a En los casos de intubación practicada por el comunicante, no encontró contraindicación en ninguno de ellos.

5.^a Los casos de muerte por parálisis de origen central han recaído en enfermos que han acudido tarde al nuevo tratamiento por la sucroterapia.

6.^a Los casos de garrotillo y bronco-pneumonia no son una contraindicación absoluta para la intubación.

7.^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, se prefiera la intubación en los casos en que estén indicadas las dos operaciones.

8.^a Las complicaciones consecutivas á la traqueotomía, son más frecuentes y en mayor número y gravedad que las consecutivas á la intubación.

9.^a En los hospitales debe ser la práctica casi exclusiva (así es en Austria, Alemania y Francia) quedando en segundo lugar la traqueotomía, para aquellos casos en que la intubación no dé resultados ó no esté indicada.

El *Dr. Uruñuela* señala las ventajas de la traqueotomía y los inconvenientes y contraindicaciones de la intubación.

En cuanto á las primeras dice que las complicaciones y los peligros que se le han atribuido no son exactos en su mayoría: no debe haber temor ni al plexo-venoso ni á la glándula tiroides; sólo hay que temer á hacer mal la herida de la tráquea y á no colocar rápidamente la cánula; pero si la incisión se hace en la línea media, si se incinde la tráquea con cierta amplitud, y si guiados por el índice de la mano izquierda se coloca rápidamente la cánula con la derecha, nada hay que temer. Frente á los 75 casos del *Dr. Llorente* tratados por la intubación seguida de éxito, el *Dr. Uruñuela* dice que ha practicado 300 ó más traqueotomías, sin tener que lamentar el menor accidente. En la mayoría de los casos los enfermos si son adultos ó niños de cierta edad, vuelven por su pie á la cama ó á su casa si la operación se hizo en el Dispensario como frecuentemente ocurre; además, basta después de aplicada la cánula explicar á cualquier persona cómo debe limpiarla, para no necesitar el enfermo de ordinario asistencia médica hasta los seis ú ocho días, fecha en que se suele renovar la cánula. Lo único que pasa es que la traqueotomía causa horror á las familias.

En cuanto á los inconvenientes de la intubación señala los siguientes:

- 1.º El entubado necesita una guardia permanente de una persona que sepa entubar y ésta no es frecuente hallarla, porque la intubación es más difícil y más peligrosa que limpiar la cánula de un traqueotomizado:
- 2.º Una de las contraindicaciones de la intubación es el edema de la epiglotis, sólo apreciable por el laringoscopio difícil de aplicar en los niños: en estos casos, bien por cortedad del tubo ó por el mismo edema y la

compensación de la disminución que se provoca con la colocación del tubo, puede sobrevenir una vez colocado éste por encima de él y poner en peligro la vida del enfermo, hasta dificultando el extraerlo y precisando la traqueotomía. 3.º En las laringitis sífilíticas está contraindicada la intubación, porque se aumenta el tejido laríngeo, se producen condilomas y se provocarían reflejos peligrosos con la aplicación del tubo, que por otra parte no resolvería ningún problema. 4.º La intubación puede producir la suspensión momentánea de la respiración, el *choc* y la muerte en un instante, pues hay que tener en cuenta que la colocación está erizada de dificultades en un niño de poco tiempo que está inquieto, que tose y tiene náuseas y que respira con mucho trabajo por las pseudo-membranas de su laringe y en muchos casos por la infección sanguínea. 5.º La intubación ha producido falsas vías. 6.º En el tubo colocado se pueden acumular mucosidades y pseudo-membranas que no pueden expulsarse sino sacando el tubo y limpiándolo y entre tanto poniendo otro. 7.º Las falsas membranas pueden caer en la tráquea al empujar el tubo para evitar su expulsión. 8.º El tubo puede caer al esófago. 9.º El tubo puede producir ulceraciones laríngeas. 10. Los alimentos pueden penetrar en el tubo y ya el Dr. Llorente dice que á uno de sus enfermos tuvo que alimentarle con sonda esofágica introducida por la nariz.

Objeta además al Dr. Llorente que cree muy difícil apreciar el edema de la epiglotis por el tacto y que los revulsivos en el cuello están contraindicados en toda afección laríngea.

El Dr. *Castañeda* está de acuerdo con el Dr. Uruñuela en que la intubación no está indicada en todos los casos; él la ha practicado en unos treinta y cinco, pero cree está contraindicada en el edema de la glotis y epiglotis, en cuya afección sólo considera indicada la traqueotomía; entiende también que en esta operación el aire llega á los pulmones sin calentarse y puede provocar por este sólo hecho las bronco-pneumonías consecutivas á la traqueotomía, las cuales cree que no son debidas nunca á razones de la herida de la tráquea. En cambio con la intubación el aire inspirado no pierde sus condiciones de calefacción.

El Dr. *Cisneros* cree que debe preferirse la intubación siempre que pueda practicarse, á pesar de que él ha hecho muchas más traqueotomías que intubaciones, y á pesar de no haber tenido ninguna defunción en el momento operatorio. La intubación no tiene peligros cuando está indicada; pero la traqueotomía sí los tiene, y siempre ha pensado en que el enfermo podía morir en el momento operatorio.

El Dr. *Llorente* rectifica diciendo: 1.º que no es objeción á la intubación el no saberla hacer muchos médicos, ayudantes y enfermeros, pues lo mismo que se les puede enseñar á limpiar la cánula de los traqueotomizados, se les puede enseñar á colocar el tubo. El Sr. Llorente dice que tarda en colocarlo unos 10 ó 12 segundos. 2.º Insiste sobre el horror que produce la traqueotomía á las familias y en que éstas se niegan mu-

chas veces á que se traqueotomicen sus enfermos. 3.º Reconoce con todos los especialistas que la traqueotomía está contraindicada en los niños menores de un año. 4.º Asegura que en el momento de la intubación no ha fallecido nunca el enfermo, y en cambio en el momento de la traqueotomía sí han ocurrido defunciones. 5.º Insiste en que la traqueotomía no es siempre tan fácil como la describe el Dr. Uruñuela, pues la forma y relaciones de la tráquea cambian. 6.º Afirma que diagnostica el edema de la epiglotis con el dedo, y que en la traqueotomía pueden quedar fistulas de la tráquea, úlceraciones de la pared posterior de este conducto, etc.

Á propósito de la intubación laríngea y de la traqueotomía, debo decir algo semejante á lo que exponía comentando la laringo-fisura y la extirpación total de la laringe como tratamiento operatorio del cáncer laríngeo; y en este caso más aún que en el otro entiendo que se debe ser ecléctico; pues al cabo la extirpación total de la laringe es una operación arriesgada y atrevida; en cambio la intubación y la traqueotomía son dos operaciones sencillísimas y nunca erizadas de tantas dificultades y peligros como la extirpación total de la laringe.

Sin embargo, ha sido tan minucioso el examen de las indicaciones y peligros de la traqueotomía é intubación que ha quedado hecho con la discusión anterior, que resultará notablemente útil para todo el que la lea.

34. Instrumentos para Laringología con presentación de los mismos, por el Dr. BOTEY.

I. *Protractor de la lengua y de la epiglotis.*—Es un estrecho depresor lingual, doblado en ángulo obtuso en su extremo faríngeo, que también está ligeramente escotado. Este extremo ha de aplicarse sobre la cara posterior de la epiglotis en los casos en que ésta es muy procidente ó muy inclinada hacia atrás y más comúnmente en los espacios ó fosetas glosa-epiglóticas. Este instrumento tiene su mayor aplicación en los niños rebeldes que no se prestan al examen larínscópico. Sin embargo, el autor ha hecho construir tres modelos: uno pequeño para niños menores de 2 años; otro mediano para niños de 2 á 10 años, y otro grande para los sujetos mayores de 10 años.

II. *Pinzas de laringodectomía.*—Son unas robustas pinzas cortantes de doble cucharilla, semejantes á las de Krausse y á las construídas por Mathieu para seccionar fragmentos de laringe enferma (epiglotis, aritenoides, repliegues ariteno-epiglóticos, etc.) Estas pinzas, en las cuales el autor reconoce ciertos defectos de firmeza y falta de ajuste en las ramas que se propone subsanar en una nueva construcción, han sido ideadas por el Dr. Botey, siguiendo las indicaciones del Dr. Gouguenheim, de París. Generalmente se sirve de ellas, según dice, en los casos de tuberculosis circunscrita á alguna de las regiones laríngeas indicadas y con la

extirpación de éstas se cura muchas veces el proceso ó se disminuyen los síntomas más molestos, como la disfagia. A este propósito el Dr. Botey defiende que la epiglotis es un órgano inútil, ó por lo menos que puede hacerse la deglución perfectamente sin él; pues aparte de que los hechos de extirpación de epiglotis se lo han demostrado, entiende que los aritenoides, base de la lengua y repliegues, glosio-epiglóticos y ariteno-epiglóticos en primer lugar; las bandas ventriculares por debajo y la verdadera glotis en tercer término, forman una corta serie de esfínteres laríngeos, que sucesivamente se ponen en juego al deglutir, sobre todo al deglutir sin epiglotis y que impiden en todo caso la caída de los alimentos en las vías aéreas.

El Dr. Uruñuela dice que el *protractor de la epiglotis* del Dr. Botey es ingenioso, pero ineficaz, porque la dificultad para ver la laringe en los niños, no depende de que éstos saquen ó no la lengua, lo cual puede al cabo conseguirse con cualquier depresor y abre bocas; de lo que depende la dificultad es de que el niño no se está quieto.

El Dr. *Compaired* encuentra más útil que un depresor lingual el *protractor de la epiglotis* del Dr. Botey, pero le encuentra alguna deficiencia de construcción y forma que no señala. En cuanto á las pinzas, no las considera de utilidad porque quedará abierta nueva puerta a la infección tuberculosa y á los alimentos.

El Dr. *Castañeda* lamenta que no hubiera presentado el Dr. Botey su *protractor lingual y epiglótico* antes de aparecer un dibujo de un instrumento semejante, ideado por Escate, en la *Revista* del Dr. Moure. Por lo demás cree que aun siendo difícil la laringoscopia en los niños, se puede hacer por el medio propuesto por el Dr. Botey ó por otro semejante: el mismo dedo índice deprimiendo y atrayendo la lengua hacia el observador, favorece la laringoscopia.

El Dr. *González Álvarez* está de acuerdo con los señores citados anteriormente en la apreciación del valor que debe concederse á los instrumentos presentados por el Dr. Botey. Cree que el *protractor epiglótico* debe provocar muchos reflejos, y que si la laringe en los niños se ve alguna vez sin espejo, lo que hace falta siempre, es que el enfermito esté quieto.

El Dr. *Botey* rectifica diciendo al Dr. Uruñuela que no tiene la habilidad de ver la laringe á los niños sin espejo y sólo con depresor lingual; y en cuanto á la extirpación de porciones laríngeas en la tuberculosis la considera indicada, porque la infiltración es lo que produce la disfagia en estos pobres enfermos y se mueren de hambre no pudiendo tragar.

..

Aunque nos parece algún tanto inmoderado el deseo del Dr. Botey en cuanto se refiere á innovaciones instrumentales, cuya utilidad práctica es para muchas de ellas discutible, reconocemos también la nobleza y

generosidad de la aspiración que le guía y no le hemos de escasear nuestro aplauso; sentimos únicamente en este caso concreto que su protractor lingual y epiglótico no haya aparecido antes que el del Dr. Escate, y que sus pinzas de laringodectomía necesiten ser reconstruidas, según dice él mismo, con arreglo á un modelo que modificará en parte el que ha presentado y descrito; y sobre todo que hayan aparecido y hayan sido propuestas después de las de Gouguenheim y de los notables estudios de éste, Hering y otros muchos sobre el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis laríngea. (Véase nuestra comunicación al Colegio de Médicos de Granada sobre este asunto. *Notas clínicas sobre la tuberculosis laríngea y su tratamiento quirúrgico* por P. L. Peláez.—Granada 1897.—Publicaciones de la GACETA MÉDICA DE GRANADA).

35. *Urticaria laríngea*, por el Dr. FORNS (1).

El comunicante empieza por declarar que la enferma que motiva su comunicación pertenece á una familia neuropática clínicamente interesante, y, al efecto, transcribe una porción de curiosos datos anamnésticos tomados de una comunicación presentada, sobre el padre de la enferma, por el Dr. Pérez Ortega al Congreso Hidrológico Español y publicada en el n.º 1799 del periódico *El Siglo Médico* (17 de Junio de 1888) (2).

El padre de la enferma fué gotoso durante 25 años; sus accesos eran anuales y periódicos y duraban algunas semanas; y los últimos doce años de su vida, falleció. La gota fué sustituida por epilepsia que le condujo á la imbecilidad.

Una hermana del padre padeció *asma* toda su vida.

Una hermana de la enferma empieza á sentir amagos de gota desde los 30 años.

Un hermano murió de eclampsia siendo niño.

Otro de 38 años, padece desde hace siete, epilepsia.

Tiene cuatro hermanos sin haber padecido afecciones neurósicas notables para la familia.

La enferma misma, mujer de 33 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. Es de temperamento linfático, baja de estatura, tipo bello, tez morena, ojos negros, faz redonda. Padece ataques reumáticos é histeriformes y *urticaria cutánea* muy extensa.

Concurre á la consulta del Dr. Forn, con una faringitis reumática típica para la cual se instituyó el oportuno tratamiento y pareció curada.

(1) Esta comunicación ha sido publicada íntegra en *La Ciencia Moderna*.

(2) La citada comunicación del Dr. Pérez Ortega, tenía por título: «¿Existen neurosis diatésicas? En caso afirmativo, ¿cuál es el tratamiento hidro-mineral más conveniente de estas enfermedades?»

Pero á los dos meses acude de nuevo al Dr. Forns y le explica que había sufrido durante la noche última una fuerte comezón en la garganta, tos, dispnea y angustia casi insoportable. Como dato de interés la enferma añade que sus ronchas casi han desaparecido y que aquella mañana su cuerpo no había presentado el monstruoso aspecto que ofrecía de ordinario al amanecer todos los días. Laringoscopizada se notó ligera congestión de la glotis y ligero edema de la banda ventricular derecha. Á los pocos días sufrió un nuevo ataque dispnéico, llamó á su domicilio al Dr. Forns y éste reconoció entonces en la laringe, edema considerable de la banda izquierda, que juntamente con el aritenoides y repliegue ariglotico de su lado, formaba una tumoración difusa, roja, que palidecía y se deprimía á la presión del estilete, y que ocultaba la cuerda de su lado: el tercio anterior de la cuerda estaba vivamente inyectado y el resto de la laringe ofrecía un color rojo y aspecto seco.

Con agua saturada de cloruro sódico y toques de una solución de cocaina al 4 por 100 se contuvo el acceso, redujose la tumoración y pudo apreciarse la cuerda izquierda vivamente congestionada.

Á los pocos días tuvo un acceso semejante, aunque de menor intensidad y los síntomas laringeos fueron tratados del mismo modo que en el caso anterior.

Desde entonces no ha vuelto á tener paroxismos laringeos; pero, en cambio ha padecido dos accesos de gastralgia intensísimos con calambres de estomago y náuseas, en las mismas horas de madrugada en que antes aparecía la erupción cutánea, que no se presentó en dichos días, lo mismo que en los de los ataques laringeos.

Termina el Dr. Forns con las siguientes conclusiones:

1.^a Entiende que se halló en presencia de un caso de *urticaria laríngea de naturaleza reumática*.

2.^a Ha creído que es digno de someterlo al Congreso: 1.^o, por su rareza; 2.^o, por lo completo de su anamnesis hereditaria; 3.^o, por si se podía añadir al diagnóstico el de *urticaria gástrica*; 4.^o, por el resultado obtenido con el tratamiento local expuesto, auxiliado del uso interior de la quinina y alcalinos; y 5.^o, por ser un caso típico de herencia neurósica frustrada, en la cual la influencia materna no consintió que tomase el mal una forma proporcionada á la intensidad y caracteres que ha revestido en el padre.

Sobre esta comunicación no hubo discusión.

*
* *

Por mi parte, creo que no se trató de un caso de herencia neurósica frustrada como supone mi querido amigo el Dr. Forns; pues la urticaria la considero siempre formando nosológicamente al lado del prurigo y el liquen, dermatosis evidentemente nerviosas: lo que pasó en este caso es que no se heredó la neurosis medular y bulbar ó encefálica de los ascen-

dientes, pero si se heredó el neuropatismo, traducido en la enferma de referencia por una neurose cutánea y quizá con asiento más determinado en los ganglios raquídeos y sus homólogos.

Por lo demás es un caso interesantísimo y la retropulsión urticarica fué tratada hábilmente por el Dr. Forns.

36. *Sobre una forma de laringitis aguda de la infancia que se confunde con el crup, por el Dr. CASTAÑEDA.*

Este notable trabajo puede condensarse del siguiente modo:

1.º Hace una breve reseña histórica de todos los casos y descripciones publicadas hasta el día á propósito de esta enfermedad, desde Trousseau, Rilliet y Barthez hasta la moderna tesis de doctorado de Touchard que apareció en 1893 y en la cual está inspirada, sin duda la comunicación del Dr. Bar, de Niza, presentada el año actual á la Sociedad Larínlogica francesa.

2.º Se inclinaria á la opinión de Bar si no hubiera observado mediante el laringoscopio, mayor número de casos que el citado por dicho laringólogo.

3.º En las laringitis agudas de la infancia dos elementos patógenos pueden dar carácter al proceso: el inflamatorio y el espasmódico; y según la preponderancia de uno ú otro, así toma la laringitis la forma catarral simple ó la catarral espasmódica.

4.º El proceso inflamatorio puede variar en intensidad, desde la simple hiperhemia, hasta la infiltración puramente flogística del tejido submucoso; en cambio cuando domina el elemento espasmódico, apenas si hay una ligera hiperhemia laríngea.

5.º La laringitis submucosa aguda de la infancia es muy frecuente, pero en los diagnósticos se la confunde con el crup por la falta de inspección laringoscópica. Interesa, sin embargo, este diagnóstico diferencial, para no sumar éxitos indebidamente á la seroterapia, sobre todo cuando se interviene por intubación ó traqueotomía.

6.º De 24 casos, sólo en cuatro demostró la palpación con el dedo índice y el espejillo laríngeo, la localización de la inflamación en los pliegues ari-epiglóticos; y en 14 observaciones por el laringoscopio, siempre se comprobó la localización sub-glótica.

7.º Esta última localización tiene la forma de un rodete rojo tenso, situado por debajo de las cuerdas vocales y más apreciable en la inspiración. El resto de la mucosa laríngea tiene un color rojo violado y un aspecto muy distinto, por tanto; del tinte rosa-pálido del edema secundario.

8.º El comunicante propone para esta laringitis el nombre de *submucosa aguda sofocante de los niños*, con localización preferente en la región sub-glótica.

9.º El principio de estas laringitis se diferencia notablemente de el

de las estridulosas; no es repentino ni nocturno; se caracteriza por fenómenos catarrales de intensidad creciente, pero exclusivamente localizados de ordinario en la laringe, por más que alguna vez haya amigdalitis laringar ó rubicundez de los pilares.

La dispnea se manifiesta desde el principio y va paulatinamente creciendo y acompañándose del silbido laringo-traqueal, áspero en los dos tiempos respiratorios, pero más notable en el primero. La voz es enronquecida y rara vez apagada. La tos se aumenta por los movimientos y sobre todo por el examen; es quintosa, ronca, de ladrido, pero siempre de *tonalidad elevada*, carácter diagnóstico de gran importancia; esto indica cierta integridad de las cuerdas vocales (tos ronca y voz clara (Variot). Más tarde si no se interviene oportunamente, sobrevienen fenómenos asfíxicos ó bronco-pulmonia.

10. Á propósito de la interpretación de estos síntomas y sobre todo de la gravedad del pronóstico en las laringitis sofocantes de los niños, el comunicante recuerda los conocimientos actuales sobre bacteriología diftérica. Se sabe que existen normalmente en la boca, fauces y laringe de los niños, bacilos diftéricos no virulentos ó de virulencia atenuada (pseudobacilos diftéricos de los alemanes) que según Roux, si se asocian al streptococo piógeno, son capaces de recuperar su virulencia ó propiedades nocivas. Además existen indudablemente laringitis pseudo-membranosas no diftéricas y formas atenuadas de laringitis diftérica sin falsas membranas, por lo cual Variot cree que puede aceptarse la existencia de anginas y laringitis diftéricas con bacilo de Loeffler y sin exudados; y que á este grupo quizá pertenezca la laringitis submucosa sofocante. Las culturas del bacilo es lo único que puede establecer el verdadero diagnóstico.

11. Debe practicarse siempre un buen diagnóstico diferencial antes del pronóstico y del tratamiento; y el comunicante dice que ha seguido esta regla en todos los casos observados por él. Al efecto, hace en su comunicación una extensa reseña de las afecciones que pueden confundirse con la laringitis sub-mucosa sofocante y señala los síntomas ó indicaciones propios de cada caso; sobre todo insiste en la necesidad de diferenciar la dispnea laríngea de la dispnea torácica y añade la conveniencia del reconocimiento inter-escapular y pre-esternal de los ganglios tráqueo-bronquiales, así como las investigaciones por la auscultación y por el pneumógrafo, que según Grancher, da una línea inspiratoria ó de descenso vertical en el crup y oblicuo y accidentadas en las adenopatías tráqueo bronquiales.

12. En cuanto al tratamiento se decide partidario de Touchard: a) Existen casos benignos que se curan por un tratamiento anti-catarral ligero. b) Casos graves en los que se puede esperar sin intervenir, hasta un límite prudencial. c) Casos de muerte porque la traqueotomía ó el entubamiento no se ha hecho. d) Casos que entubados ó traqueotomizados se curan.

13. Como la intubación es hoy un medio fácil, no debe prolongarse la expectación más allá de los primeros fenómenos de asfixia (cuando el *tirage* es creciente y prolongado). Después de la intubación y pasado el primer período de calma, se suele observar con cierta frecuencia, que reaparece la dispnea y cuando ésta no es explicable por la oclusión del tubo ni por el edema de los repliegues ari-epiglóticos, hay que buscar la causa por bajo de la laringe. En unos casos reside en la tráquea por propagación de la afección y la traqueotomía se impone inmediatamente como recurso salvador. En otros casos es debida la dispnea á una broncopneumonía que ha estado oculta á la percusión y auscultación porque el aire no pasaba á través de la laringe y de la tráquea.

RESUMEN DE LOS 24 CASOS OBSERVADOS POR EL DR. CASTAÑEDA.
ENFERMOS TRATADOS.

	POR INTUBACIÓN		POR TRAQUEOTOMÍA		SIN INTUBACIÓN NI TRAQUEOTOMÍA		TOTAL
	CURARON	MURIERON	CURARON	MURIERON	CURARON	MURIERON	
Con laringitis agudas sin falsas membranas faringeadas ni laringeadas.	4	1	1	"	3	5	14
Con laringitis agudas y amigdalitis lagunares, en cuyos productos patológicos no se encontró el bacilo de Loeffler.	3	1	2	1	1	2	10
TOTALES.	7	2	3	1	4	7	24
Examinados con el laringoscopio. . . .							14

El *Dr. Compaired*, cree que no se debe esperar mucho á practicar la intubación en los casos como los referidos por el *Dr. Castañeda*, pues siendo la intubación una operación exenta de todo peligro, debe practicarse en cuanto se vislumbre el menor vestigio de estenosis laríngea. Además desea saber el tratamiento general que empleó el *Dr. Castañeda*.

El *Dr. Uruñuela*, cree que se debe preferir la traqueotomía al entubaje en todo caso de estenosis laríngea: dice que considera más fácil la primera operación citada, hasta el punto de que puede hacerse en el dispensario y el enfermo volver á casa por su pié: en cambio á la intubación le encuentra grandes dificultades por los grandes y numerosos reflejos que se producen en el momento de ir á poner el tubo, por la imposibilidad de servirse del espejillo laringoscópico y por no tener seguridad de donde se deja colocado el tubo.

El *Dr. Llorente*, manifiesta que es partidario de la intubación después de haberla practicado en 115 á 120 casos; cree que la traqueotomía tiene sus indicaciones, pero que éstas se han reducido después de generalizarse la práctica de la intubación, la cual por otra parte tiene incomparablemente menos peligros que la traqueotomía.

En cuanto á la etiología de la laringitis que se discute, la considera de origen parasitario, como en general la de todas las laringitis; cree que si los gérmenes tienen virulencia bastante para pasar á la sangre y producir un estado general grave, lo provocan antes localmente, si bien coinciden con su presencia circunstancias de edad, temperamento, constitución, etc., que favorecen el desenvolvimiento del proceso. Opina además en cuanto á su localización laríngea, que depende de la temperatura, pues en la boca sólo hay la de 14 ó 15°, y en cambio en la garganta llega constantemente á 24°.

El *Dr. Castañeda* rectifica, contestando:

1.º Al Sr. Compaired, que el tratamiento general que ha empleado ha sido las atmósferas calientes y húmedas y los medios calmantes; pero que en general ha preferido el tratamiento local y quirúrgico, porque lo ha considerado de mejor resultado.

2.º Al Sr. Uruñuela y al Sr. Llorente, que aun cuando se le han muerto más enfermos tratados por la intubación que tratados por la traqueotomía, participa de la opinión del Sr. Llorente. Comprende que se practique la intubación con dificultad en las primeras tentativas por deficiencia de conocimiento, pero éste pronto se adquiere. En Viena la practican fácilmente las hermanas de la Caridad en los hospitales, y él ha tenido un intubado sin expulsar el tubo durante 8 ó 9 días. La intubación se practica sin espejo y sólo con el índice.

El *Dr. Forns* dice que dado el peligro que se corre en que el enfermo expulse el tubo, sólo debe practicarse la intubación quedando en guardia permanente una persona que sepa colocar aquél. Además en Madrid se registra un caso de un intubado que tuvo puesto su correspondiente tubo 23 días, pero era porque en el momento en que se le quitaba sobrevénia un espasmo glótico que ponía en peligro su vida; hay, pues, que tener en cuenta estos casos y otros de caída al esófago del tubo, etc., que se relatan en una monografía del Dr. Hirts.

El *Dr. Castañeda*, en una 2.ª rectificación, contesta al Sr. Forns, insistiendo en que, sin desechar la traqueotomía, considera la intubación preferible en muchos más casos, por el horror que inspira lo cruento á las familias y porque tanto necesita el intubado como el traqueotomizado una guardia permanente, por mas que cree puede esperarse dos ó tres horas á colocar el tubo después de expulsado, sin negar que es conveniente colocarlo cuanto antes. Por lo que se refiere á los espasmos glóticos al quitar el tubo en algunos casos, dice que, según las publicaciones del Dr. Variot, también pasan en los traqueotomizados al ir á quitar la cánula.

Nuestro comentario respecto á esta comunicación y su consiguiente discusión está de acuerdo en cuanto á la patogenia y naturaleza de las laringitis de que se trata, con las opiniones de los Dres. Castañeda y Llorente; y en cuanto á terapéutica operatoria, nuestra opinión es la misma que la expuesta como comentario de la comunicación del Dr. Llorente.

COMUNICACIONES SOBRE TEMAS DIVERSOS,

pero anexos á los incluidos en los tres grupos expuestos.

37. *Las inyecciones traqueales de creosota y guayacol en la tuberculosis laringo-pulmonar, por el Dr. BOREY.*

En esta comunicación empieza el autor por recordar que en 21 de Julio de 1890, leyó en su nombre el profesor Bouchard á la *Académie de Sciences* de Paris, otra comunicación titulada «*Posibilité des Injections tracheales chez l'homme comme voie d'introduction des médicaments.*» (Masson edit. 1890.)

Haciendo una síntesis de la citada comunicación expone los hechos siguientes: 1.º Según afirma Gohier, *para matar un caballo viejo* en una escuela de Veterinaria por el chocante procedimiento de inyección traqueal de agua, *se necesitaron 32 litros de este liquido.* 2.º Un interno de Bichat en el Hotel Dieu, teniendo que alimentar un enfermo por medio de la sonda esofágica, introdujo este instrumento en la laringe y en la tráquea, en vez de introducirlo en el esófago; y el aparato respiratorio de este enfermo recibió de este modo cierta cantidad de caldo *sin producirse ningún accidente grave.* 3.º Lelong, Delafoud, Levi, Colín, y Bouley han practicado diversos experimentos que prueban la actividad absorbente de la mucosa respiratoria, explicable por su notable extensión, vascularidad y el tenue espesor de su epitelio, sobre todo del que existe en los alveolos pulmonares. 4.º El comunicante practicó también antes de 1890 experimentos en conejos de cerca de 2 kilogramos de peso; en estos animales, perforando la tráquea por el cuello, inyectó en dicho conducto, gota á gota, hasta tres centímetros cúbicos de agua destilada, y aunque ocurrieron algunos fenómenos asfíticos, fueron muy pasajeros y se desvanecieron con la respiración artificial. Teniendo en cuenta que la capacidad pulmonar del conejo es de 17 á 18 c. c., y que la del hombre alcanza por lo menos 2,500 en el estado normal, aunque hay sujetos

como el mismo Botey, (según él) de 4.000 c. c. de capacidad respiratoria, se comprende (según el comunicante) que se pueda inyectar en la tráquea del hombre por lo menos medio litro de agua destilada sin el más leve riesgo. Estos experimentos, como los de inyectar en la tráquea soluciones cateréticas débiles (bicromato potásico al 1/2 por 100) sin producir trastornos locales tan notables como en las vías digestiva é hipodérmica, fueron consignados por el Dr. Botey en la memoria referida. 5.ª Después de la lectura de ésta, que fué publicada en diferentes revistas alemanas, inglesas y francesas, numerosos laringólogos y médicos ensayaron y comprobaron las aseveraciones del comunicante; Héryng, de Varsovia y Brouner, de Bradford, fueron de los primeros: á éstos sucedieron Saint-Hilaire, Szeuziack y otros, pero olvidando el derecho de prioridad que debe concedérsele al comunicante.

Expuestos los hechos precedentes, el comunicante entra en el desenvolvimiento del asunto que constituye el verdadero objeto de su comunicación y sienta las siguientes conclusiones:

1.ª Ha tratado unos 75 enfermos de tuberculosis laringo-pulmonar por el tratamiento indicado. En 25 de estos enfermos cuyo proceso tuberculoso era incipiente, afirma que obtuvo la curación del padecimiento en el espacio de dos meses, pero la terapéutica citada se acompañó del reposo físico, la vida higiénica y la permanencia en el campo durante doble espacio de tiempo. En otros 25 enfermos las lesiones pulmonares permanecieron estacionarias, siendo la tos mucho menos frecuente y la expectoración menos abundante, renaciendo el apetito é iniciándose la nutrición á los pocos días. Por fin, en los 25 restantes, puede decirse que experimentaron también ligero alivio, y éste pudo estimarse como mayor que el producido cuando se administra la creosota por la vía digestiva; pero tanto estos enfermos como los 25 del grupo intermedio presentaban su proceso tuberculoso notablemente más avanzado que los del grupo primero.

2.ª La técnica de las inyecciones corresponde á los dos procedimientos siguientes:

Via buco-laringea. El comunicante se sirve de una cánula muy delgada y encorvada de modo análogo á todos los instrumentos endo-laríngeos; á su extremidad laríngea terminada en oliva se adapta un corto tubo de goma (14 cm. de longitud) y á su extremidad exterior, enmangada ó no y provista de un pequeño pabellón, se ajusta una jeringa de cristal y armadura metálica de 20 gramos de capacidad y cuyo cuerpo de bomba está perfectamente graduado por c. c. La cánula provista del tubo de goma, se introduce en la laringe como si fuera un estilete ó un portaalgodón y sirviéndose del espejillo hasta que ha llegado á la región subglótica ó toca los primeros anillos de la tráquea; llegada á este punto, se abandona el espejillo y se adapta á la cánula la jeringa previamente cargada, que se tiene al alcance de la mano, y la izquierda que sostenía an-

tes el espejillo, pasa á sostener la cánula, mientras que la derecha, que sostenía la cánula, se encarga de la jeringa. En fin, se eleva ésta ó se deprime para que la extremidad traqueal de la cánula toque la pared anterior ó posterior de la tráquea, y cuando ya se tiene esta seguridad, se inyecta lentamente 2, 4, 6 ó más centímetros cúbicos del líquido de la jeringa, que resbala gota á gota por una de las paredes de la tráquea. Puede ocurrir y ocurre con frecuencia, que proteste la laringe por medio de reflejos de diversos órdenes (tos y espasmos son los más frecuentes) en el momento de la introducción de la cánula; pero una vez traspasados los límites de la glotis, todos los fenómenos alarmantes cesan como por encanto. Sin embargo, el manual operatorio debe ejecutarse con gran rapidez, esperar durante breves instantes á que desaparezcan los reflejos, y según aconseja el comunicante conviene en muchos casos servirse previamente de embrocaciones faríngeas y endo-laríngeas con soluciones de cocaína al 10 por 100. Hay enfermos que no experimentan, apenas, molestias; y en cambio otros son acometidos, durante la inyección ó después de ésta, de violentos accesos de tos que provocan la expulsión del medicamento, más comunmente en parte que en totalidad, y asegura el comunicante que quedan siempre $2\frac{1}{3}$ ó $3\frac{1}{4}$ de la cantidad inyectada.

Via cervico-traqueal. El procedimiento en este caso consiste en perforar la tráquea por debajo del cartilago cricoides ó por uno de los primeros espacios inter-anulares de dicho conducto, con un trocar curvo de un milimetro de grosor y provisto de su correspondiente cánula, á cuya extremidad libre, después de hecha la perforación y extraído el trocar, se adapta la jeringa como en el caso anterior. Añade el comunicante que la inyección por esta vía es mejor tolerada por los enfermos y que la herida producida es de escasísima importancia y cura siempre por primera intención con las precauciones asépticas y antisépticas convenientes.

3.^a Lo mismo por una que por otra vía, lo interesante es que el líquido inyectado resbale por las paredes de la tráquea.

4.^a El comunicante dice que en los enfermos tratados por él de este modo, el primer día sin quitar la cánula y por lo común en dos golpes de pistón separados por un intervalo de algunos segundos, inyectó hasta 10 gramos del líquido medicinal; dejando para los días siguientes, siempre con el intervalo por lo menos de dos, el llegar á inyectar 20 ó 25 gramos del líquido elegido. En algún caso dice que llegó á 40 ó 50 gramos.

5.^a El líquido medicinal empleado es una solución de creosota ó guayacol, al 1 ó al 2 por 100, en aceite de olivas ó en aceite de hígado de bacalao.

Presentó los instrumentos descritos.

El *Dr. Compaired* indica que en cuanto al poder absorbente de la mucosa respiratoria se conoce desde los experimentos de Gubler, y que la jeringa presentada por el *Dr. Botey* es una jeringa de las que ordinaria-

mente se usan para inyecciones intra-laringeas. Además hubiera deseado que el Dr. Botey hubiera hecho, en sus enfermos tratados por las inyecciones traqueales de creosota, investigaciones sobre el peso, apetito, bacilosis, disminución de la tos, etc.; pues esto podría servir para avalorar el mérito de su tratamiento; por lo demás entiende que éste, lo mismo que el hidro-mineral, y las inhalaciones de aire comprimido y cargado de creosota ú otros medicamentos, sólo debe producir en los desgraciados tuberculosos una mejoría pasajera.

El Dr. *Uruñuela* hace tres observaciones: 1.^a que entiende no pueden hacerse curas ni maniobras endo-laringeas sin cocainización. 2.^a que la creosota, en su acción local sobre la laringe tuberculosa, sólo obra como un antiséptico; y al interior no siempre es tolerada por el estómago; pero en el caso de serlo, puede prestar buenos servicios, mejorando al enfermo: sin embargo, cree que puede esperarse más del ácido láctico y con éste ha obtenido curaciones temporales de 8 á 10 años. 3.^a La cantidad de líquido inyectado debe ser corta, porque en otro caso provoca espasmos y reflejos de tal clase en todo el aparato respiratorio, que constituyen un inminente peligro para el enfermo.

El Dr. *Arrese* indica que el uso de la creosota como tratamiento de la tuberculosis le parece bien, en tanto se administren al enfermo grandes dosis de medicamento; pues esto es lo que enseña la clínica respecto á la tuberculosis, aunque se administre la creosota por las vías gástrica, intestinal ó hipodérmica. De aquí deduce que con el tratamiento del Doctor Botey los enfermos pueden mejorar, pero necesitarán un número considerable de inyecciones y si éstas se hacen por la vía cérico-traqueal, no se explica cómo resiste el enfermo tantas punciones y con la facilidad con que se cicatrizan según el Dr. Botey.

Por otra parte el Dr. *Arrese* ha empleado un tratamiento contra la tuberculosis laríngea, del cual ha obtenido resultados incomparablemente mejores que de la creosota. Se trata de los toques endo-laringeos, previa cocainización, de una disolución saturada de alcohol, éter y iodoformo. Esta fórmula la ha tomado de la revista del Dr. *Moure*.

El Dr. *Forns*, desea que explique el Dr. Botey la acción local de la creosota sobre un pulmón tuberculizado, porque entiende que si el medicamento obra sobre un tejido mortificado, éste no ha de reaccionar; y si obra sobre un tejido sano, éste tiene su epitelio, que le impide también ser el punto de acción de la creosota. Además cree que la inyección tráqueo-pulmonar de líquidos medicinales en los tuberculosos (que ya tienen por razón de su enfermedad notablemente disminuida la capacidad y el campo respiratorios) viene naturalmente á aumentar la disminución de dicha superficie respiratoria, colocando al enfermo en peligro de muerte ó produciéndole grandes sufrimientos.

El Dr. *Gastaneda*, pregunta al Dr. Botey si no ve peligro en que caiga á la tráquea el tubito que adapta á la extremidad endo-laringeal del in-

vector de que se sirve. Añade que ha empleado las inyecciones laringeas de aceite creosotado en los tuberculosos, sirviéndose de la cánula de Bear, y que aquéllos no han obtenido alivio.

El Dr. *Gómez de la Mata*, cree que pueden ser útiles las inyecciones intra-traqueales por las grandes cantidades de aceite de hígado de bacalao que por este medio pueden absorberse.

El Dr. *Botey* rectifica, contestando: 1.º al Sr. *Compaired*, que no hay necesidad de pesar los enfermos ni saber si disminuye la bacilosis en cualquier ensayo de tratamiento contra la tuberculosis; que á su entender basta con ver, como él ha visto en sus enfermos, que mejoraban á los pocos días del tratamiento. Además que la bacilosis ilustra el diagnóstico, pero no el pronóstico; pues asegura haber visto procesos tuberculosos limitados y de pequeña importancia con numerosos bacilos, y tuberculosos graves con cavernas y pocos bacilos.

2.º Al Sr. *Uruñuela* le dice que en ciertos asuntos prácticos, lo mejor es probarlos: que él ha hecho las inyecciones traqueales á presencia de muchos médicos en Barcelona; por fin, que cree que la sensibilidad de la tráquea es muy obtusa y en cambio es muy exagerada la de la laringe.

3.ª Al Sr. *Forns*, que todas las cosas de la vida quedan juzgadas por la experiencia en última instancia, y que él, después de lo que ha visto, cree que no es inhumano su tratamiento antituberculoso.

*
* *

Nuevo aplauso nuestro al Dr. *Botey* por su laboriosidad y buen deseo. El tratamiento que propone me parece muy aceptable, limitándolo á la introducción medicinal por la vía buco-laringea, suprimiendo el tubo de goma en la extremidad de la cánula ó fijándolo muy bien á esta para que no haya peligro de que caiga en la tráquea. Por lo demás entiendo que es cuestión de habilidad, paciencia, anestesia laringo-faríngea y experiencia, el hacer penetrar la cánula más allá de la glotis, sin provocar reflejos; y en mi concepto se evitará toda complicación seria, inyectando pequeñas cantidades de cada vez y sirviéndose de una jeringa pequeña, previamente cargada y ajustada ó atornillada, á la cánula, antes de introducir esta en la laringe, y no abandonando el espejillo laringeo durante toda la operación, que por otra parte considero preferible repetir varias veces con intervalos de minutos, antes que prolongarla más allá de 1 á 2.

En cuanto al poder absorbente de la mucosa traqueal es, tan antiguamente reconocido, como ha dicho el Dr. *Compaired*, que en Veterinaria se aprovecha desde hace tiempo para inyecciones medicinales practicadas con una gruesa jeringuilla de Pravaz.

PRIMER CONGRESO ESPAÑOL DE OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

(Continuación.)

38. *Sobre la terapéutica del traqueocele, por el Dr. ROQUER.*

El comunicante presenta dos fotografías de una enferma que ofrece un tumor en la región cervical inmediatamente por debajo de la laringe y delante de la tráquea: una de dichas fotografías, en la que el tumor aparece con menor volumen, fué hecha hace año y medio; la otra es reciente.

El caso clínico fué publicado hace dos años y es tenido por el comunicante como el primero de *traqueocele* que registra la literatura médica española. Se trata de un tumor producido por una hernia de la mucosa traqueal, producida por rotura de las otras partes de la pared posterior de la tráquea, y que con los movimientos de expansión espiratoria, ha ido sucesivamente insinuándose entre tráquea y esófago y creciendo hasta colocarse por delante de la tráquea y hasta adquirir probablemente adherencias con las paredes antero-laterales de ésta y con el tiroides semejando un bocio.

Al principio de la observación, hace dos años, el tumor era blando, se reducía fácilmente y se apreciaba su dilatación mediante la espiración. Molestaba poco á la paciente y huyendo ésta de toda intervención quirúrgica, el Dr. Roquer la propuso el uso de un aparato contentivo que mandó construir al ortopédico Sr. Ramos y que presenta al leer la comunicación.

La enferma no tuvo constancia en el uso del aparato, padeció después de la aplicación de éste, bronquitis repetidas de diversos grados, que la dejaron tos frecuente, fatiga y otros síntomas alarmantes del aparato respiratorio, y habiendo crecido el tumor, siendo completamente irreducible y ofreciendo más gruesas sus paredes, el Dr. Roquer propone la intervención quirúrgica que debía consistir según él en traqueotomía previa, abertura y extirpación del saco y sutura de la tráquea.

El Dr. *Compaired* da fe de haber visto á la enferma antes y después de usar el aparato contentivo ideado por el Dr. Roquer y de haberla visto también después de abandonar el uso del aparato. Recuerda otros casos semejantes publicados por Fischer y Garell y cree que lo indicado es la operación como si se tratara de una hernia no estrangulada.

El Dr. *Botey* está de acuerdo con lo dicho por el Dr. *Compaired*.

El Dr. *Uruñuela* cree que no habiendo dado resultado la contención y pensando en la inconstancia del enfermo para mantener aplicado el aparato, no hay más remedio que decidirse por la operación; pero como ésta no es urgente, como no existen reflejos de ninguna clase, ni nada que haga imperiosa la intervención, cree que puede esperarse hasta ese caso sin operar. Por lo demás cree fácil la sutura de la tráquea y que se

puede asegurar la completa consolidación de la herida y la curación de la enferma.

El *Dr. Roquer* rectifica diciendo que con el aparato contentivo presentado, se proponía favorecer el espesamiento de las paredes de saco y la obliteración del orificio por donde salía. Añade que la enferma respiraba bien con el aparato puesto; y, en cambio, al quitárselo ya se veía imposibilitada de transportar una silla de un punto á otro. Por fin, en cuanto á la operación opina no hacerla mientras no la impongan las circunstancias.

El *Dr. Forn*s indica que, aunque no tiene bien meditado lo que va á decir, cómo pueden llegar en la enferma momentos de gran ansiedad respiratoria, se le ocurre la idea de abrir el saco, suturarle á la piel y establecer una fístula traqueal.

El *Dr. Roquer* rectifica segunda vez diciendo que lo propuesto por el *Dr. Forn*s, no debe hacerse en manera alguna, porque además de otras contingencias que no podría prever, no surtiría el efecto de una traqueotomía.

*
* *

Opino en general, de acuerdo con la opinión del comunicante y la de todos los señores que han intervenido en este debate, adhiriéndome en todas sus partes al tratamiento propuesto por el eminente *Dr. Roquer*, laringólogo en quien justamente confía la enferma; pero en lo que difiero de las opiniones citadas, es en la fecha de realizar la operación, pues como con la contención nada radical y sí sólo muy paliativo, puede esperarse en este caso, y como los peligros que hay que correr con aquella no son muy graves, creo que en vez de esperar momentos angustiosos é indicaciones vitales, debe tratar de convencer á la enferma y á la familia de la conveniencia de practicar pronto la operación que se necesita. (1)

39. *Simplificación de la traqueotomía, por el Dr. URUÑUELA.*

El comunicante dice que en la mayoría de los casos no está justificado el temor que se tiene á la *traqueotomía* y recomienda desde luego las intervenciones prematuras cuando la glotis tiene un tercio del calibre ordinario.

Añade que la región anatómica no ofrece dificultad alguna cuando no existen anomalías orgánicas ni dislocaciones patológicas; y por otra parte las pneumonías infecciosas consecutivas á la operación se deben siempre á la penetración de la sangre por la herida traqueal, cuando ésta es pequeña y no las ha visto nunca en ningún operado suyo.

(1) Después de redactadas estas notas he tenido ocasión de ver otro caso de traqueocele en una anciana de 75 años: era un tumor sólo apreciable haciendo toser á la enferma y fácilmente reducible después. No fué aceptada la cura radical que propuse (*L. Peláez*).

El instrumental lo reduce á un bisturi y una cánula de Krishaber. Procede seccionando piel y fascia subyacente; anestesia entonces la herida con un algodón humedecido en una disolución de cocaina al 10 por 100, con una parte de resorcina; secciona luego las partes blandas hasta la tráquea, y una vez descubierta, con el bisturi abre en un sólo tiempo un ojal que interesa dos á tres anillos y que obstruye inmediatamente con el índice izquierdo, en tanto coloca la cánula, que no quita hasta transcurridos cuatro á ocho dias y que queda sin protegerla con gasa ni con nada; sólo hay que cuidar de limpiarla. De preferencia práctica la traqueotomía inferior.

El *Dr. Castañeda* dice que no cree debidas las bronco-pneumonías consecutivas á la traqueotomía, á la caída de la sangre en la tráquea y sí á otras muy diversas causas; además que considera muy difícil obturar exactamente con su dedo índice la abertura que practica en la tráquea. El *Dr. Castañeda* se sirve de las cánulas de Pean con mandrín.

El *Dr. Cisneros* entiende que hay casos en que conviene proceder y puede procederse como dice el *Dr. Uruñuela*; pero en cambio hay otros en que no es posible intervenir así por falta de cánulas asépticas de Krishaber; y otros casos en los cuales no siendo tan urgente la operación, puede hacerse esta con lentitud incindiendo capa por capa, ligando arteriolas si es preciso y en una palabra, con todas las reglas de la buena cirugía. Lo que propone el *Dr. Uruñuela* sólo debe aceptarse para los casos muy urgentes. En ocasiones no es suficiente servirse del dedo para la introducción de la cánula y no hay más remedio, aunque con pesar, que servirse de las pinzas dilatadoras.

El *D. Llorente* hace observar al *Dr. Uruñuela*, que en cuanto ha dicho sobre la traqueotomía no ha hecho alusión á los niños que son los que ofrecen el mayor número de casos traqueotomizables. Además pregunta cómo puede la sangre producir bronco-pneumonías y si el doctor *Uruñuela* considera á dicho humor con condiciones para el desenvolvimiento de los micro-organismos capaces de producir dicha inflamación, la cual puede atribuirse á la extensión de la flogosis que comienza en la exulceración de la pared posterior traqueal, producida por el continuo roce de la cánula. Recuerda que dada la urgencia y precipitación con que suele hacerse la traqueotomía, es difícil seguir en ella las reglas rigurosas de la asepsia y antisepsia y á esto es más fácil que sean debidas también las pneumonías consecutivas á la operación; añade que por otra parte y por esa misma razón, conviene dar al aire cierta calefacción y condiciones antisépticas colocando por delante de la abertura de la cánula una esponja, gasa ó ciertos aparatos; y concluye diciendo que conviene estudiar la simplificación de la intubación, porque la traqueotomía como tiene que ser distinta según los casos, no puede simplificarse sino adaptarse á cada caso de laringitis, y de disposiciones diversas que la tráquea ofrece.

El *Dr. Botey* opina que la traqueotomía en sí misma no puede sim-

plificarse porque es una operación perfectamente reglada y cree que lo que propone el Dr. Uruñuela supone volver á los tiempos de Trousseau que ante todo consideraba urgente abrir la tráquea; pero la tráquea no debe abrirse mientras haya sangre en el fondo de la herida, pues ante todo lo que debe evitarse es la caída de sangre en la tráquea, razón por la cual debe procederse despacio y poniendo pinzas de Pean, ligando ó haciendo cuanto se pueda y deba hacerse. Sin embargo, el Dr. Botey opina que la verdadera simplificación de la traqueotomía puede ser la laringotomía inter-crico-tiroidea que él prefiere á la traqueotomía en los adultos y en los adolescentes de 13 á 15 años para arriba, siempre que las lesiones no sean sub-glóticas. En esa región, donde no hay tantos vasos como más abajo y donde se encuentra un espacio inter-cartilaginoso más amplio que el ordinariamente descrito por los cirujanos y anatómicos, cabe aplicar una cánula de 8 á 9 milímetros de diámetro y además para poder respirar, basta una pluma de las usadas como limpia-dientes.

El *Dr. Pinilla* opina que para decidirse entre la traqueotomía y la intubación, era preciso que estas operaciones pudieran ser objeto de una comparación exacta, practicándolas en los mismos sujetos ó en sujetos de las mismas condiciones de edad, temperamento, constitución, disposición de tráquea y laringe y padeciendo sobre todo la misma enfermedad; por otra parte no puede negarse que habrá traqueotomizadores habilísimos como el Sr. Uruñuela é intubadores de la misma categoría como el señor Llorente; pero á lo que debe aspirar el grupo común de médicos y especialistas es á ser hábiles en las dos cosas, no olvidando que ambas operaciones son de urgencia por lo general y que no permiten proceder con lentitud.

El *Dr. Forn*s entiende oportuno recordar en esta ocasión el primer caso de traqueotomía que se operó en Santander por Virgili, el pasado siglo, librando así de la muerte á un soldado enfermo de un proceso agudo de garganta. Divide luego las traqueotomías en dos grupos: 1.º, unas de absoluta urgencia, las cuales deben practicarse con cualquier instrumento cortante, y si no hay cánula se pueden utilizar hasta un par de horquillas de las que usan las señoras para el peinado, doblándolas á modo de separadores y dilatadores de la herida traqueal; de estas no se ocupa el Sr. Uruñuela, puesto que más simplificadas que efectuándolas en un sólo tiempo, no cabe; 2.º, otras en las cuales no existe la referida urgencia, por más que en algunos casos sean relativamente urgentes: estas son las que trata de simplificar el Dr. Uruñuela; y al hacerlo, no resulta simplificación técnica, sino porque en estos últimos años, se ha tratado de elevar al rango de operación, de especialidad, compleja y delicada, una que como la traqueotomía casi es operación de cirugía menor ó elemental, dado que se puede practicar en muchos casos hasta sin hemorragia alguna; y que en efecto se han complicado modernamente los tiempos y técnicas de la citada operación de un modo innecesario y

perjudicial para el enfermo. De aquí resulta que, en la opinión del doctor Forns, la simplificación propuesta por el Dr. Uruñuela, no da de sí un proceder más sencillo que el clásico y antiguo, y esto lo considera como una llamada necesaria al buen proceder quirúrgico que desecha lo supérfluo. En cuanto al empleo del dedo índice izquierdo, además de las ventajas expuestas por el Dr. Uruñuela, tiene la de impedir la pérdida del paralelismo entre las heridas cutánea y traqueal.

El *Dr. Calatraveño* decidese partidario de lo dicho por el Dr. Uruñuela y pregunta á los oto-rino-laringólogos si en un canceroso ó tuberculoso confirmado y de afección de pronóstico mortal é inevitable, es clínico y moral al practicar la traqueotomía. Funda su pregunta en que ha visto algunos de estos enfermos morir inmediatamente después de ser traqueotomizados.

El *Dr. Compaired* opina que es cuestión de habilidad el traqueotomizar y el intubar y respecto de la observación del Dr. Calatraveño manifiesta que en toda laringo-estenosis en que el enfermo se asfixia por momentos, aunque supiera que el enfermo había de morir con ó sin traqueotomía, practicaría la traqueotomía para producirle algunas horas de tranquilidad relativa, como paliativo.

El *Dr. Uruñuela* rectifica diciendo en primer término que no pretende haber inventado nada y que sólo refiere lo que él hace. Contesta al doctor Castañeda que ha observado muchos enfermos traqueotomizados, expuestos al aire frío y á las bruscas impresiones atmosféricas sin sufrir bronco-pneumonía y en cambio ésta la ha visto presentarse en los casos en que ha caído sangre en la tráquea. Considera preferible al dedo servirse de las cánulas con mandrín, pero dice que él no lo necesita.

Al *Dr. Cisneros* contesta que nunca hacen falta las pinzas dilatadoras y sobre todo que en muchos casos no hay más remedio que prescindir de ellas. Además cree que la traqueotomía es siempre una operación de urgencia y si él se basta para practicarla con un bisturí y una cánula, para nada hace falta tomar otros instrumentos.

Al *Dr. Llorente* dice que él se ha ocupado de la traqueotomía en general, y que lo mismo se ha referido á niños que á adultos; sin embargo de que cree que más comunmente mueren los niños, no por la traqueotomía, sino por la gravedad de la afección que la motiva. Añade que si hay algunos casos en que no se puede simplificar, menos puede hacerse lenta. Por fin, considera á la sangre como medio de cultivo para los micro-organismos de la pneumonía.

Al *Dr. Forns*, dice que de un sólo golpe, sólo en casos de muchísima urgencia nos está dado el practicar la traqueotomía; pues podemos tropezar con un anillo traqueal que pueda desviar á derecha ó izquierda el bisturí ó no medir la impulsión de éste y herir la pared posterior de la tráquea.

Al *Dr. Calatraveño* contesta diciéndole, que tanto en tuberculosos

laringo-pulmonares muy avanzados como en las neoplasias malignas del mismo grado, y mejor dicho, en todos los enfermos en que hay una gran depauperación orgánica y en que muy poco ó nada se puede esperar de la traqueotomía, ésta no la practica; pero si la hace, siempre que queda algo sano en el pulmón y cuando el enfermo no está muy depauperado.

Al *Dr. Compaired* dice que está de acuerdo con lo que ha expuesto á propósito del asunto discutido.

..

Esta comunicación, que puede considerarse como complemento de la del *Dr. Llorente* sobre intubación, ha resultado como aquella, tan ampliamente discutida, que huelga casi todo comentario. Mas teniendo en cuenta lo que opino y lo que he visto, añadiré únicamente á todo lo dicho, que la traqueotomía debe practicarse como se pueda, dentro de las reglas de la asepsia y antisepsia y siguiendo las indicaciones de los tratadistas clásicos, por más que no dejen de ser aceptables las ligeras modificaciones propuestas por el *Dr. Úruñuela*. En cuanto á la laringotomía inter-crico-tiroidea, tiene el peligro constante de herir la arteria laringea inferior, que camina normalmente por el espacio crico-tiroideo, perforándole en un sitio muy próximo á la línea media después de anastomosarse con su homónima. En cambio en la traqueotomía por excepción suele tropezarse con la tiroidea de Neubaner y es muy raro tener que ligar ninguna arteriola de segundo á tercer orden. La hemorragia, es sabido, que procede siempre del plexo venoso sub-tiroideo cuando la hay; y se cohibe fácilmente por la simple compresión que la misma cánula ejerce una vez aplicada.

40. *El sulfuro de calcio en las faringitis exudativas, por el Dr. PÉREZ MORENO, oto-rino-laringólogo de Madrid.*

El comunicante empieza por sostener que todas las faringitis crónicas son diatésicas y que del mismo modo que se investiga la anamnesia sifilitica y la tuberculosa, debe investigarse la anamnesia artrítica.

Dice que, en consonancia con estas ideas, en toda faringitis crónica al mismo tiempo que se instituye el tratamiento local, debe instituirse el general.

En las faringitis artríticas dice que ha usado con éxito durante dos meses el sulfuro de calcio al interior á la dosis de 4 centigramos diarios; y localmente toques con glicerolados alcalinos.

Para preferir el sulfuro de calcio, se funda en la acción fluidificante que se asegura tiene esta substancia sobre los exudados mucosos de ciertas inflamaciones bronquiales y de otros puntos de la mucosa aérea.

El *Dr. Castañeda* advierte al *Dr. Pérez Moreno*, que puesto que da tanta importancia al estado general y á las afecciones generales como

productoras de faringitis, no sólo nada ha dicho de haber investigado este dato en los enfermos de su observación, sino que ni siquiera apunta la posibilidad de la existencia de faringitis diabéticas, perfectamente descritas por Garel de Lyon, el cual indica que el engrosamiento, pastosidad y rebeldía de ciertas faringitis, le conducen al examen de las orinas.

El *Dr. Cisneros* pregunta al Sr. Pérez Moreno, si cree que, el sulfuro de calcio obre sobre las discrasias ó sobre todas las faringitis discrásicas, o si las faringitis crónicas obedecen exclusivamente á una sólo discrasia y entonces cuál es ó puede ser; y por último, si sólo concede acción local al sulfuro de calcio, forzoso es admitir que siendo todas las faringitis crónicas de causa discrásica, habrá necesidad de emplear otros medios, verdaderamente anti-discrásicos y en consonancia con la discrasia de que se trate.

El *Dr. Pérez Moreno* contesta al Dr. Castañeda que ha hecho el examen de la orina en dos de sus enfermos de faringitis seca; y de ellos uno perdía glucosa y otro no; por lo cual no considera exclusiva la opinión de Garel. — Al Sr. Cisneros le dice que sólo empleó el sulfuro de calcio en los sujetos escrofulosos afectos de faringitis crónicas.

*
* *

Desde luego las faringitis pueden obedecer á muy diversas causas y dentro de las crónicas, claro es que debe colocarse el grupo de las artríticas, que á su vez se dividan en otros grupos y sub-grupos de segundo y tercer orden, según el periodo del artritismo, según la causa ocasional y según otra porción de circunstancias. Considero, sin embargo, muy atinada las observaciones de los Dres. Pérez Moreno, Castañeda y Cisneros, y por lo mismo y por lo dicho, entiendo como ellos que en toda faringitis, evidentemente diatésica debe emplearse en primer lugar el tratamiento anti-discrásico correspondiente; en segundo término el tratamiento local que se considere oportuno en armonía con la extensión, forma y demás condiciones locales del proceso; y por último, como coadyuvante al proceso curativo, no veo inconveniente en usar en ciertos casos en que no se teman incompatibilidades ó antagonismos medicamentosos el uso interior del sulfuro de calcio tal y como lo propone el doctor Pérez Moreno.

41. *Sifilis hereditaria tardia y vegetaciones adenoides, por el DOCTOR ARRESE, oto-rino-laringólogo de Bilbao.*

El comunicante se concreta á exponer una historia clínica de un niño de nueve años con vegetaciones adenoideas en la faringe nasal y que fué operado por él, previa anestesia con el bromuro de etilo.

Después de practicada la operación con rigurosa asepsia y propinados los cuidados antisépticos inmediatamente consecutivos, el Dr. Arrese fué

llamado de nuevo por la familia del niño y se encontró con una profunda ulceración de la faringe nasal supurante y coincidente con una rinitis crónica que ya padecía el enfermito y con una otitis media y meningitis sobre-añadidas en uno de los oídos. Sospechando que el niño fuera hijo de padres sífilíticos, investigó la anamnesia por este camino y se encontró con que la madre había tenido dos abortos de tres meses y el padre, cuando estudiante, una afección constituida por chancro y ulceritas bucales consecutivas que un médico calificó de sífilis benigna, propinándole unas pildoras durante dos meses con lo cual resultó curado.

El *Dr. Arrese* deduce de estos hechos que el niño tenía, además de su afección adenoidea, sífilis hereditaria, razón por la cual le sometió al uso de los poli-ioduros, al mismo tiempo que á la más perfecta antisepsia de la naso-faringe. De este modo obtuvo la curación.

Deduce de aquí el *Dr. Arrese* teniendo además en cuenta las atinadas indicaciones del *Dr. Lermóyez* que en todo enfermo de vegetaciones adenoides, debe investigarse antes de operarle si es tuberculoso ó sífilítico; porque en el primer caso la operación no conviene nunca y es mejor el tratamiento médico; y en el segundo sólo debe operarse después de someter al enfermo durante cierto tiempo á tratamiento anti-sífilítico.

El *Dr. Compaired* manifiesta su opinión contraria á operar las vegetaciones adenoides de la faringe, previa anestesia general por las razones siguientes: 1.^a Porque la extirpación de las vegetaciones se hace rápidamente y apenas sin dolor, sobre todo con la anestesia local. 2.^a Porque durante la anestesia con el bromuro de etilo, el cloroformo, etc., que por sí sólo no está exenta de peligros, cuando se opera sobre la faringe, se corre el riesgo de que caiga la sangre en la laringe y ocurran fenomenos muy peligrosos para la vida del enfermo. 3.^a Porque la anestesia general invierte tiempo, del cual no se dispone siempre en las consultas y esta operación es de las que se hacen en ellas.

El *Dr. Uruñuela* considera en primer término, que no tiene nada de particular la coincidencia de las vegetaciones adenoides y la sífilis; pero que entiende que lo mismo que la complicación sobrevenida pudo atribuirse á la sífilis, también pudo ser debida y esto es muy probable, á una infección producida por el aire que llegó á la faringe operada por las fosas nasales ó por la boca; entiende además que el tratamiento seguido por el *Dr. Arrese* no implica que se tratara de una infección, pues al cabo se emplearon antisépticos. Él ha observado casos análogos; y por último, en cuanto á la cuestión de la anestesia cree que puede hacerse de los dos modos, local y general, en casos como el que se discute, porque la hemorragia es pequeña y el dolor casi nulo, pero se inclina á la opinión del *Dr. Compaired*.

El *Dr. G. Álvarez* cree que se abusa por los especialistas nacionales y extranjeros de la extirpación como tratamiento de las vegetaciones adenoides de la faringe: declara que ha visto muchos casos por ser especia-

lista de enfermedades de niños; y que en unos la simple compresión con el dedo sobre la vegetación adenoidea ha bastado para destruir ésta; y en otros, las cauterizaciones con nitrato de plata al 30 por 100, siempre en los casos en que no se trata de vegetaciones voluminosas. Por fin, considera difícil la existencia de la sífilis en los niños, sin el previo contagio de la madre.

El *Dr. Roquer* respeta la competencia del *Dr. González Álvarez* como paidólogo, pero cree que las vegetaciones adenoideas se curan espontáneamente en muchos niños á medida que avanza la edad, pero dejando en pos de sí catarros naso-faríngeos, laringitis, etc. De no ser así, los niños con vegetaciones adenoides se ofrecen al especialista con una fisonomía estúpida que las delata, con obstrucción nasal y boca abierta. Declara haber visto muchos casos en los que el tacto faríngeo dejaba teñido el dedo en sangre ó demostraba la existencia de vegetaciones, coincidentes ó no con un tipo adénico, epíxtasis, estridulismo y aun aprosexia: en este último caso la pinza de Læwenberg siempre la ha considerado preferible á los toques escaróticos. En cuanto á la sífilis hereditaria cree que reina una verdadera anarquía.

El *Dr. Arrese* rectifica contestando:

1.º Al *Dr. Compaired* que en cuanto á la clase de anestésias es cuestión de gusto y costumbre.

2.º Al *Dr. Uruñuela* que pensó en que podía tratarse de una infección secundaria, pero que los caracteres de la ulceración, la escrupulosidad aséptica que había observado en la operación, el dolor en la nuca, los antecedentes del padre, los dos abortos de la madre y mejorar el padecimiento desde el tercero á cuarto día del uso de los poli-ioduros, le hicieron afirmarse en su diagnóstico de sífilis.

3.º Al *Dr. Roquer* que ya se apercibió de la propagación tubaria de la inflamación faríngea y la producción de la otitis media, pero que esto en modo alguno lo consideró como fenómeno sífilítico.

4.º Al *Dr. González Álvarez*, que efectivamente se abusa de la operación en los niños afectos de vegetaciones adenoides, pero que por lo mismo ya dice en su comunicación que hay que abstenerse de operar cuando se sospeche de la existencia de tuberculosis.

••

Me inclino en este caso á la opinión del *Dr. Compaired* en cuanto á la anestesia; á la del *Dr. Uruñuela* en cuanto á la génesis del proceso y á la del *Dr. Roquer* en cuanto al tratamiento y manifestaciones consecutivas de las vegetaciones adenoideas y la sífilis hereditaria.

Al *Dr. Arrese*, sin embargo, me complazco en tributar el más merecido elogio por haber contribuido, con su observación, á recordar la posible coincidencia de las indicadas afecciones y hacer evidente que conviene en todo caso ahondar en la investigación anamnésica de las rinopa-



tias, faringopatías, etc., para interpretar con más seguridad las lesiones y síntomas que se ofrezcan á nuestra vista.

42. *Sifilis bucal y faringo-laringea. Su tratamiento por la cura mixta termal, por el Dr. BOTELLA, oto-rino-laringólogo de Madrid y médico de establecimientos balneoterápicos.*

El comunicante divide su trabajo en dos partes:

En la 1.^a analiza las manifestaciones sifilíticas de las mucosas bucal, faríngea y laringea; y haciendo abstracción del chanero inicial que, como es sabido, es raro, examina sucesivamente la amigdalitis aguda é hiperplásica, el exantema maculoso ó eritema, el exantema papuloso erosionado ó no y cubierto ó no cubierto de exudado difteroidé; la pápula vegetante, hipertrófica, condilomatosa ó esclerósica, el exantema pustuloso, el psoriasis lingual, placa opalina ó leucoplásica y dentro del período terciario, los gomas mucosos y submucosos.

En la 2.^a, circunscribiéndose á su experiencia clínica en el balneario de Archena, dice que todos los procesos sifilíticos bucales desaparecen con una rapidez pasmosa, empleando, al mismo tiempo que la medicación balneoterápica, la medicación mercurial. Esta la han instituído tanto el comunicante como el Dr. Enríquez, mediante las fricciones cutáneas de unguénto mercurial doble (6, 8, 10 y 12 gramos diarios), sin haber tenido que lamentar ningún accidente local, más que en un caso en el cual apareció un eczema en donde se dieron las citadas fricciones, por tratarse de una piel atrófica que había sido anteriormente asiento de ulceraciones sifilíticas en el aludido sitio. Además, la eliminación mercurial no produjo nunca en la boca ninguna clase de accidentes á pesar de lo elevado de las dosis citadas; explicándose estos hechos el Dr. Botella, porque dicho tratamiento mercurial se hacía simultáneamente con el de los baños sulfurosos y el del agua en bebida, activando aquéllos las funciones de la piel y excitando el agua bebida la secreción renal.

Añade el Dr. Botella: 1.^o que aun cuando se formase sulfuro de mercurio, es indiscutible que éste se absorbe por lo que enseña la experimentación (aplicación cutánea de una pomada con dicho preparado mercurial seguida de estomatitis). 2.^o que ha obtenido tanto mejores y más rápidos resultados con su tratamiento, cuanto más aguda era la fase del afecto sifilítico bucal de que se trataba; y 3.^o que en las neoplasias rebeldes, que pueden predisponer al cáncer, además del tratamiento indicado, hay que acudir al raspado epitelial de todo lo enfermo, previa anestesia local, con cucharilla cortante, en una ó varias sesiones seguidas de aplicaciones de resorcina al 50 por 100.

El Dr. *Pinilla* manifiesta que hubiera deseado del Dr. Botella que se hubiese extendido en la historia del procedimiento que defiende; pues está muy en boga el atribuir la prioridad á Fournier, y él cree que no la tiene este sifiliógrafo. Para apoyar su aserto recuerda que en el reciente

Congreso español de Hidrología, hubo una comunicación en la que se trataba de las medicaciones coadyuvantes al cumplimiento de las indicaciones de las aguas minero-medicinales. El Dr. Pinilla intervino en la discusión de esta comunicación, y dijo que muy anteriormente á la época en que Fournier se había ocupado de este asunto, se venía siguiendo el indicado procedimiento en Archena, asociando á las aguas sulfurosas el uso de fricciones mercuriales. Respecto de esta forma de administración del mercurio entiende que los adelantos modernos exigen que se abandone y sustituya por otra más eficaz, ó se afirme su uso señalando las razones que puedan defenderle.

El Dr. Botella rectifica diciendo que no ha empleado en Archena otros modos de administración que los indicados en su Memoria, porque los enfermos protestan de toda otra clase de tratamiento, sobre todo de las inyecciones hipodérmicas, razón por la cual no las ha empleado.

*
* *

Entiendo que el mercurio conviene, de ordinario, á todos los sífilíticos, y si se auxilia su absorción de uno ú otro modo, como resulta perfectamente explicado por el Dr. Botella, la mejoría del enfermo á que se administre ha de ser seguramente más rápida y positiva. Por lo demás, me adhiero á la opinión del Dr. Pinilla respecto á la prioridad para nuestros compatriotas y médicos de Archena, del empleo de la cura mixta termal como antisifilítica de gran eficacia. En efecto, conviene ir señalando y publicando lo que resulte exclusivo efecto de nuestra iniciativa, porque es la única forma en que podremos caminar á nuestra emancipación científica, en cuanto ésta es compatible con el cosmopolitismo del mismo grado, que estamos obligados en primer término á respetar. En este sentido y por contribuir á ello en la medida de nuestros medios de acción, reciban mi más cordial enhorabuena los compañeros Botella y Pinilla.

43. *Relaciones del artritisismo 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, médico del Establecimiento balneoterápico de Archena.*

El comunicante expone:

1.º Una breve historia del *artritisismo*. El *concepto antiguo* más clásico de esta voz era el de considerarla sinónima de la frase *predisposición reumática*: el gotoso no se consideraba como artrítico, porque era considerado no como predispuesto al reumatismo, sino como reumático efectivo. *Otra opinión posterior* fué la de confundir el artrítico y el gotoso bajo la denominación de diátesis reumática; y anteriormente á las dos opiniones expuestas el reumatismo y el herpetismo eran considerados como una sola entidad nosológica debida á un vicio humoral común, ca-

racterizado principalmente por la acidez especial de la sangre. En una época más reciente se han separado el herpetismo, el reumatismo y la gota.

2.º Su opinión sobre el artrismo. Entiende que existe aún cierta confusión en cuanto al concepto clínico de dicha modalidad patológica; pero cree que el parecer más razonable es el que se funda en hechos clínicos y experimentales; y de las opiniones de Trousseau y Olavide, que considera confirmadas por la moderna teoría de Bouchard y de sus observaciones propias, deduce que el artrítico es un diatésico hereditario ó amortiguamiento de su nutrición y que tanto puede ser reumático como gotoso, polisárcico, urémico, diabético, litiásico, catarroso del aparato fonético y respiratorio ó esclerósico, según condiciones de edad ó influencias de diversos agentes.

3.º Considera al artrítico marcadamente predispuesto y casi constantemente expuesto á congestiones y catarros de todo el aparato respiratorio y de cada uno de sus segmentos, y examina sucesivamente diversos afectos agudos, sub-agudos y crónicos de la nariz, de la faringe, de la laringe, de la tráquea, de los bronquios y de los pulmones, en el joven, en el adulto y en el viejo; y, reconociendo en éste de ordinario la arterio-esclerosis y en los tres la concurrencia de dichas acciones con las cardíacas, entiende justificado lo que constituye la segunda parte del epígrafe de su tema y añade que después de la tuberculosis, la cancerosis y la sífilis, cree que lo más común es el artrismo.

Esta comunicación fué leída por el Dr. Compaired, atendiendo á la circunstancia de encontrarse ausente el Dr. Enríquez y á tener de éste, encargo especial para ello. No fué objeto de discusión alguna.

Conviene, sin embargo, hacer notar que con la moderna concepción del artrismo, después de las magistrales publicaciones del eminente Profesor Bouchard, va ensanchándose tanto el perímetro nosológico de la indicada discrasia, que hay también que dar la voz de alerta y prevenirse contra las exageraciones en que podemos caer si no contenemos el impulso de incluir dentro de la llave de las afecciones artríticas, muchas que van perdiendo su concepto clásico y el cual no es posible romper sin someterlas antes á un minucioso análisis etiológico y patogénico.

Por lo demás hace muy bien el Dr. Enríquez en enfocar la atención de los oto-rino-laringólogos, hacia la observación detenida de los dos aparatos de nutrición que resultan más interesantes para la vida, buscando el enlace de ellos con el sistema nervioso.

44. *Enfermedades reflejas y reflejadas de la nariz, garganta y oídos en los niños, por el Dr. RODRÍGUEZ PINILLA, pidiopatólogo y médico de Establecimientos balneoterápicos.*

Esta comunicación termina con las siguientes conclusiones:

1.ª La diferencia de textura que tiene el sistema nervioso del niño

comparado con el del adulto, explica la frecuencia con que en el primero se ofrecen diversos cuadros morbosos puramente de orden reflejo.

2.^a De confirmarse la opinión de los histólogos, hermanos Cajal, respecto al papel de la neuroglia, como aislador de las corrientes nerviosas, sería este un dato más para explicar, con el existente de la indiferenciación de la textura nerviosa, la abundancia de reflejos en la infancia.

3.^a Á su vez esta abundancia de reflejos de origen vario, depone en favor de la existencia de un centro especial cerebral laríngeo que explicaría el espasm^o laríngeo ó estridulismo.

4.^a Los reflejos del oído, laringe y faringe son, en la inmensa mayoría de 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, del mismo modo que ocurre con el fimosis congénito no muy graduado. Á menos de producir dificultades en la fonación y ser causa de reflejos intensos, deben someterse antes que á remedios quirúrgicos, al tratamiento general.

6.^a Antes que los tratarnos objetivos demuestren el raquitismo, suelen ser sus síntomas prodrómicos, los exagerados reflejos 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, que el acto reflejo, no produce lesiones orgánicas sino á consecuencia de duraderas alteraciones vaso-motoras y en la tesis de Chapar, parecen confundirse los efectos del raquitismo con el acto reflejo.

8.^a Lo mismo puede decirse de las afirmaciones de Browner sobre la obstrucción nasal y su influencia sobre el asma orgánico.

El Dr. *Compaired*. Significa que de lo dicho por el Dr. Pinillos debe deducirse entre otras cosas útiles que deben tener en cuenta los oto-rinolaringólogos, lo siguiente: que el raquitismo es la más frecuente causa de fenómenos reflejos en los niños. Á su vez el Dr. *Compaired* cree que ciertas enfermedades de los niños, como la hipertrofia amigdalar, las vegetaciones adenoides, etc., pueden engendrar el raquitismo y por tanto ser causa directa é indirecta de reflejos naso-faríngeo-laríngeos.

El Dr. *Pinilla* rectifica añadiendo á lo dicho en su comunicación y á lo expuesto por el Dr. *Compaired*, que hay niños en los que el primer período del raquitismo resulta útil para su desarrollo intelectual y cerebral, hasta el punto de que curados ó mejorados de su raquitismo, llegan á la edad adulta conservando una inteligencia que es superior á la media normal en los sujetos que no han sido raquíticos.

El Dr. *Forns* dice que no entiende el mecanismo expuesto por el doctor *Pinilla* contestando á la observación del Dr. *Compaired*, pues éste,

si no entendió mal el Dr. Forns, dijo que un niño bien conformado anatómicamente puede padecer una afección naso-faríngea cualquiera (hipertrofia amigdalár, vegetaciones adenoides, etc.), y á la larga resultar raquitico. Y á esto contesta el Dr. Pinilla que esta irritación primera (afección naso-faríngea sufrida por el niño) en el momento de llegar á los centros nerviosos se manifiesta á la larga en una especie de hipernutrición ó de trabajo excesivo de la célula nerviosa. El Dr. Forns ha entendido que el Dr. Pinilla quería explicar cómo el acto reflejo de una acción local convierte ésta á la larga y en ciertos períodos de la vida, en exageraciones del sistema nervioso; además entendía que había de explicarse el raquitismo por el predominio de las vesículas cerebrales; y por otra parte indica que debe diferenciarse el raquitismo del temperamento sífilítico, con el cual puede confundirse por error de concepto ó de apreciación clinico-anatómica.

El Dr. *Castañeda* dice que no se explica cómo el raquitismo por sí solo puede producir los reflejos; y que sólo existiendo algún coriza, alguna lesión naso-faríngea es como puede entender que se produzcan los indicados fenómenos.

El Dr. *Pinilla* rectifica por segunda vez diciendo: 1.º, que considera perfectamente explicable que las vegetaciones adenoides produzcan reflejos porque compriman las vías de estos fenómenos, pero que á su vez lo entiende también por considerar á las vegetaciones como un fenómeno trófico producido por el raquitismo. 2.º, cree que hay causas internas capaces de producir reflejos y entre ellas coloca al raquitismo; pero admite que puede pasar desapercibido en el niño raquitico con reflejos, un coriza, un fermento intestinal, etc. 3.º, el mismo raquitismo puede pasar desapercibido ó tratado bien oportunamente por el médico.

*
* *

En la tarea de cronista que me he impuesto y además por ser de justicia, aplaudo la iniciativa y comentarios hechos por el Dr. Pinilla sobre las causas de los síntomas reflejos que con frecuencia se observan en los niños.

En efecto, la debilidad y delicadeza propias de todos los aparatos orgánicos en la infancia y sobre todo en los primeros meses de la vida, se acentúa notablemente en el sistema nervioso por defecto de desarrollo que trae consigo la mayor independencia neuronal y por ende la mayor suma de movimientos automáticos, siempre de orden reflejo más ó menos constante. Por otra parte, hay todavía en esa tierna edad cierto número de cilindro-ejes desprovistos de mielina y esta es otra causa que aumenta la delicadeza y peligros de la vida infantil, y que unida con la anteriormente citada y la tenuidad de la substancia neuróglia, hace que se difunda la conmoción nerviosa, que se pierda en parte, que sea muy corto el número de asociaciones neuronales y que haya ausencia de fenómenos conscientes.

Además, como la delicadeza de los otros tejidos corre parejas con la del sistema nervioso; como los epitelios, principalmente, se afectan y caen en el niño con facilidad y como la función más activa en aquél es la circulación, se ponen al descubierto ó irritan de uno ú otro modo los corpúsculos, papilares ó no, en que dan principio los nervios tegumentarios y esta es la puerta general del sin número de agentes que pueden ser causa de accidentes reflejos.

Á esta causa general se añade las particulares y diversas que con tanto tino y discreción ha señalado en su comunicación el Dr. Pinilla.

45. *Sillón oto-rino-laringoscópico, con presentación de una fotografía del mismo, por el Dr. BOTEY.*

Este sillón tiene las condiciones siguientes:

1.^a Tiene una altura mínima sobre el nivel del suelo de 60 centímetros, pero puede elevarse hasta 90 por medio de un pedal neumático. Esta disposición permite examinar el enfermo estando éste sentado, el médico de pie y ya se trate de niños ó de adultos.

2.^a El diámetro antero-posterior del asiento es de 33 centímetros, lo cual obliga al enfermo á permanecer recto y estirado.

3.^a Es giratorio horizontalmente, lo mismo que el apoyo de la cabeza, que también puede cambiar de altura, y todo esto consiente examinar sucesivamente ambos oídos, la nariz y la garganta, sin más que ligeros movimientos de rotación ejecutados en un corto número de segundos.

4.^a El descanso de los pies puede acortarse ó alargarse.

5.^a La base de sustentación es muy ancha y constituida por cuatro pies de extremos redondeados en forma de virolas ó bolas, los cuales limitan los ángulos de un cuadrado de 62 centímetros de lado. Estos pies son de gran anchura y espesor, razón por la cual el sillón resulta resistente y fijo, sin estorbar por sus pies al enfermo ni al médico.

6.^a La ascensión del enfermo se hace por medio de un pedal que mueve una cremallera, manteniéndose siempre á la altura que se desea.

7.^a El descenso tiene lugar por medio de una bomba de aceite cuyo escape se dispara aplicando el pie sobre una cadenilla que une el pedal citado con una palanca, que abre una válvula interior; mecanismo que no es nuevo y que utilizan hoy los constructores hasta para las mesas operatorias modernas.

8.^a El dorso del sillón es inmóvil, pero no así el apoya-pies, ni dos coginetes postero-laterales que forman el apoya-cabeza y que se mueven en todos sentidos por medio de una palanca que obra sobre una serie de conos y placas y abre la bola de la articulación universal del armazón de aquéllos.

9.^a La construcción es de hierro pintado y de bronce niquelado, con asiento y respaldo de cuero labrado.

10.^a El peso es de tres quintales.

11.^a El precio es de 700 pesetas, y su constructor Joaquín Sala, Estruch, 3, Barcelona.

••

Hablaron á propósito de esta silla los Dres. Compaired y Forns, y ambos convinieron en que era indiscutiblemente de gran utilidad y conveniencia para los reconocimientos oto-rino-laringoscópicos, pero tiene un mecanismo complejo, y seguramente por esta razón su precio resulta elevado. Por otra parte, sus condiciones ventajosas pueden hasta cierto punto imitarse ó suplirse, con cualquier otra silla ó mecanismo, ya movilizándolo el aparato de iluminación, ya sirviéndose de ayudantes ó de diversos medios auxiliares.

46. *Aplicaciones del fonógrafo de Edison en el diagnóstico de ciertas enfermedades torácicas y laringeas, por el Dr. R. PINILLA.*

Ciertas dificultades para la instalación de los aparatos necesarios, que surgieron en el momento mismo en que el comunicante iba á dar cuenta teórico-práctica de sus estudios fonográficos de técnica exploratoria, determinaron á los congresistas presentes á acordar que las demostraciones y pruebas prácticas de su comunicación las diera el Dr. Pinilla en su domicilio, con asistencia de todos los compañeros que desearan presenciarlas y quedando encargada de dictaminar sobre las mismas una comisión compuesta de los señores Uruñuela, Rueda, Compaired, Forns y Horcasitas.

Desconozco el dictamen de esta competente comisión, pero particularmente presencié algunas de las citadas pruebas, al día siguiente de dicho acuerdo.

El Dr. Pinilla, que por lo que pude apreciar en su laboratorio médico-fonográfico, hace tiempo que viene dedicándose á este género de investigaciones, nos hizo percibir con notable claridad, mediante tres diversos aparatos (dos fonógrafos de Edison de distinto modelo y un grafófono), la tos de un enfisematoso con bronquiectasia, la de un niño con coqueluche, la de un tuberculoso con cavernas y la voz de distintos enfermos de laringe, que lo mismo que las tres clases de tos citadas, estaban reveladas en cilindros apropiados, que cuidadosamente conservaba el Dr. Pinilla.

El tono y timbre de la voz, sabido es que resultan modificados al imprimirse en los cilindros fonográficos, pero no obstante esto, habida cuenta de tal modificación, cabe que se establezcan distintas comparaciones para apreciar las diferencias. Si el Dr. Pinilla logra fijar la intensidad y grado del agente que modifica en el fonógrafo el tono y timbre de la voz; si elige casos típicos para las impresiones que recoja, ó si, como es posible dado su talento y entusiasmo de médico y artista genial, modifica favorablemente á sus deseos los aparatos de que se sirve, entiendo que obtendrá óptimos frutos de sus plausibles investigaciones.

47. *El herpetismo en la garganta, por el Dr. MARIANI, oto-rino-laringólogo y médico de la Beneficencia general de Madrid (1).*

«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 habéis 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 prepucialis, enfermedades bien diferentes y distintas, y el famoso herpes de la garganta, que realmente no existe sino en la forma de angina vesiculosa 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 braditrofías son las que hoy se admiten? Pues realmente podríamos reducirlas á una sola, al exceso de ácido úrico en todas sus formas, es decir, al artritisismo en todas 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 artritisismo, 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.

(1) Copiamos íntegra esta comunicación por su interés práctico.

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 artritismo.

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 padecimiento, 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»

