

CRÍTICA SOBRE EL ESTADO ACTUAL DE LA CIRUGÍA ÓSEA DE OIDO

por el doctor

J. CAMPOS MARTÍN

La cirugía otológica requiere como preámbulo un buen conocimiento anatómico, y cuanto mayor sea éste, mejor podremos lanzarnos en el campo de esta cirugía y entender primero y practicar después, los procedimientos que otros idearon.

Los procedimientos mejores, en esta cirugía, son los que tienen una buena base anatómica. Sucede en esto como en todas las *intervenciones* de cirugía general; aquellos procedimientos en que la anatomía es la base y la vía de intervención está acorde con ella, son los métodos que perduran y son los que siempre ejecutamos, sin dejar de reconocer y dar beligerancia a otros, cuando estos superan en todo a los demás.

La anatomía que ha de estudiarse conviene que sea de aplicación, es decir; detalles que nos orienten y sean bien perceptibles, distancias fijas o aproximadas que en un momento pueden hacernos descubrir un punto de referencia. Es esto tan importante que bien pudiéramos decir, no existe cirugía, sino anatomía.

La que nos ha de aportar conocimientos preciosos es la comparación de muchos temporales. Sólo de esta manera adquiriremos un hábito que tiene gran valor en el momento de la intervención.

Un inconveniente, en el estudio de la anatomía, es el hacerlo solamente por láminas. Por muy bien que estén representadas, resultan siempre muertas, esto es, sin profundidades; y otras veces están tan perfiladas y la disección que enseñan es tan limpia de dibujo y de color, que no pasan de ser simples estampas que no causan en nosotros mas impresión que la de recordar la anatomía gruesa.

He observado en muchos libros que el color de todas sus láminas es el mismo, creyendo un error esta manera de interpretar las intervenciones quirúrgicas. En la naturaleza nada hay igual, y es esto, lo que hemos de poner en evidencia. Además: acostumbrados a ese tono de placer o desplacer que producen en nosotros los colores todos iguales, hace que cuando ejecutemos o presenciemos esta misma intervención la creamos diferente, o en otro caso, tengamos que hacer esfuerzos de adaptación de una y otra imagen, para sacar de ambas las enseñanzas que buscamos, siendo sólo estas las que debían de integrarse en nosotros.

En las láminas anatómicas no debemos ver el color ni el mucho o poco perfilamento; solamente debemos fijar nuestra atención en las distancias de un punto a otro, en líneas imaginarias por las cuales podamos unir pequeños detalles que han de ser luego de gran utilidad para nosotros.

El *temporal* normal se ha dividido en varias partes para su estudio, como son; la porción escamosa, la mastoidea, la petrosa y el hueso timpánico. Como no pretendemos hacer anatomía, sino recordar algo de ésta, y solo lo verdaderamente útil para la cirugía, seremos breves en la exposición mastoidea y el hueso timpánico. Este circunscribe el conducto auditivo externo óseo, que marcha normalmente hacia adelante; basta recordar que en el examen otoscópico hay veces en que vemos por transparencia el promontorio en el cuadrante timpánico postero inferior; muchas veces ésta inclinación es máxima, coincidiendo entonces con la espina de Henle acentuada, detalle anatómico de gran importancia, pues entonces tendremos que trepanar muy próximos al conducto, o bien encima de su parte postero-superior, para llegar encima del antro.

He observado que, cuanto más perpendicular está el conducto mejor coincide el antro en el cuadrado de trepanación de Escat, estando estas dos áreas comprendidas en el cuadrilátero de Botey.

Estos datos, con relación al seno, se traducen de la manera siguiente: conducto inclinado hacia adelante, seno próximo; conducto vertical, seno ajejado. En cuanto a la inclinación del conducto hacia atrás no se ha visto ningún caso. Hemos de advertir que en los casos de exostosis no existen datos de relación, o si existen son muy complejos.

Las relaciones que guarda la inclinación del conducto con la fosa cerebral no son tan constantes, pero conviene advertir que muchas veces coincide el antro alto con esta inclinación, estando dicha altura limitada, casi siempre, por la línea de unión de escama y mastoides, dato de relativa importancia en el curso de una trepanación para no descubrir las meninges.

En cuanto al facial, el punto de referencia de mayor interés es su profundidad y ésta la podemos saber aproximadamente, siempre en el momento de la intervención, pues bien despegado el conducto cartilaginoso del óseo podemos ver siempre la altura de la pared posterior de éste, siendo todavía menor esta distancia que la a que se encuentra el facial.

Una vez salvados estos tres inconvenientes la operación discurre sin ninguna importancia, variando solamente los métodos según escuelas y maneras de proceder, pero siempre con esta base anatómica.

En cuanto a las anomalías, son algo frecuentes en esta región. Hemos visto bastantes casos de prominencias de seno, o de proximidad de éste hacia la caja timpánica.

Esto hace que cuando se descubre de improviso y al principio de la operación, el curso de ésta sea engorroso y pesado, pues además de ser pequeña la región aún la achicamos con el tapón compresor; y en otros casos, según la importancia de la hemorragia, hay que

suspender la operación, dejando al enfermo en peores condiciones que al principio de la intervención, con todos los inconvenientes de haber abierto el seno en una cavidad piógena. Generalmente, esto ocurre, como decimos, en las anomalías. ¿Cómo ponerse al margen de ellas?

Cuando el seno está más próximo a la caja de lo normal, necesariamente el antro es más pequeño; haciendo una investigación de sus dimensiones, sabríamos, con una certeza muy digna de tener en cuenta, la situación del seno.

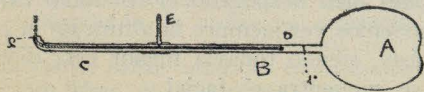
Como procedimiento para esta determinación no conocemos hasta la fecha uno seguro; existe algo que podría servirnos, como por ejemplo la diafanoscopia con sus dos procedimientos. BECK, que hace aplicación de la lámpara en la región mastoidea e investiga el conducto con un espéculum de cristal, y BOSIO que introduce la lámpara en el conducto y por transparencia de la mastoidea a nivel del antro llega a hacer alguna determinación.

Estos procedimientos tienen la ventaja de su sencillez, pero están ideados por sus autores para saber por la opacidad o transparencia del antro y caja si existen exudados o pus en estas cavidades; en caso de transparencia, único en que serviría para saber aproximadamente las dimensiones del antro, no haría falta (más que en muy contados casos) la trepanación de la mastoidea.

Otro inconveniente nada despreciable es la movilidad y variabilidad de dimensiones del antro según la edad, pues en la infancia está más alto y sus dimensiones también varían. Por el proceder de Escat, que trepana el *aditus* encima de la espina de Henle es bueno, pero la operación se efectúa entonces encima del facial.

Sin embargo, creemos haber encontrado algo con que investigar el antro y llegar hasta saber su diámetro antero-posterior de una manera muy aproximada y suficiente para que en el momento de su trepanación estemos con un dato más, sobre los anatómicos, y podamos evitar los inconvenientes que antes apuntábamos.

El instrumento consta de; A mango, B tallo que es un tubito del diámetro de una cápsula de Hartman para lavado de caja y ático: este tallo en su final está doblado de manera que su luz 1.^a y 2.^a estén en ángulo



recto; por dentro de él resbala a voluntad una varilla que su primera porción es rígida y su segunda porción, a nivel de C, es un trenzado metálico de hilo muy fino; de esta manera cuando hacemos descender el botoncito D, y con él la varilla y trenzado éste toma la curva de la terminación del tallo y sale en ángulo recto.

Por fuera del tallo discurre una piecicita E, que no tiene otro objeto que el de indicar siempre la dirección en que sale el trenzado y sólo resta el indicar una escala que cuenta desde el momento que el trenzado aparece en el pico de nuestro instrumento, haciéndose la lectura por medio del botoncito D.

Su aplicación es en el curso de la trepanación, después del despegamiento del conducto auditivo externo; se introduce por él hasta llegar a la caja y haciendo entonces que el pico del instrumento tome la dirección del *aditus*; en estas circunstancias hacemos descender el botoncito, y tras algunas tentativas la varilla flexible penetra en el antro, pudiendo llegar hasta su pared posterior; entonces se hace caer la corredera y ésta nos indicará la situación del antro; dato precioso en los niños, se hace la lectura en el tallo, que será la cantidad de trenzado que ha entrado en el *aditus* y antro; como la corredera va también milimetrada, podemos ver el número de milímetros que hemos leído en el tallo teniendo entonces la dirección y profundidad del antro, haciendo de esta suerte que nuestra trepanación sea siempre encima de éste.

Cuando el número de milímetros que leemos sea muy pequeño será debido a la existencia de un antro muy pequeño o a un cateterismo mal hecho.

Los obstáculos que se oponen a este cateterismo son la parte articular del yunque de la caja y se articula con su fosita a la entrada del *aditus ad antrum*.

Esos inconvenientes podemos resolverlos haciendo entrar un poquito más el explorador y dirigiendo hacia arriba el pico de éste. Muchas veces encontraremos un amplio paso, pues algún raspado de caja habrá antecedido a la trepanación.

Todos estos inconvenientes al parecer, con un buen conocimiento de la región, hacen que nos orientemos antes o sea más breve nuestra investigación.

La incisión de Wilde no corresponde a la cirugía ósea, pero es la única que empleamos como acceso a la mastoidea. Esta incisión se debe hacer a medio centímetro de distancia de la unión del pabellón; sin embargo, es muy variable esta distancia y no tiene mucho interés clínico. Una de las causas, quizá la más frecuente, que hace mover de su sitio esta incisión se presenta en aquellos procesos que se han fistulizado hacia afuera, y existe, por tanto, una solución de continuidad en el plano muscular y piel: Entonces es muy conveniente que el trazado de la Wilde pase por encima de esta fístula, para que luego, al hacer la plastia, no tengamos más que avivar los bordes de ella y con una sola sutura cerramos la vía patológica y la que hicimos como procedimiento.

La incisión de Wilde secciona dos arterias, que son las auriculares posteriores, una superior y otra inferior; cohibida esta hemorragia, con frecuencia se ve sangrar del periostio, que con un poco de compresión se suprime: Secciona también esta incisión el músculo auricular posterior.

Insertamos en este lugar esta pequeña intervención por ser la primera cosa que debe de hacerse en todos los procedimientos, y además que por ella sólo pueden tratarse algunas afecciones, por ejemplo: un absceso perióstico, y sobre todo la extracción de cuerpos extraños introducidos en la caja, pues aunque algunos autores creen que en este caso debe de hacerse la radical, es aquella operación más benigna y en buen número de casos suficiente.

Como preámbulo al raspado de caja diremos que en

dos casos en que la hemos practicado, es decir, primero incisión y después despegamiento de conducto, quedó toda la caja más a la vista que sin estos preliminares y, como decimos, con esta manera de proceder en dos casos de abundantes fungosidades fué suficiente, pues de esta manera el raspado es más completo.

La extirpación de los huesecillos de la audición es una operación sencilla y muy antigua; hecha con habilidad y a tiempo puede muy bien suprimir una trepanación radical.

Contamos con dos procedimientos, o mejor aún, con dos maneras de hacer, que se ajustan solamente a la existencia, o nó, de la membrana timpánica. Generalmente, cuando hacemos esta intervención no existe el tímpano completo, pues una solución de continuidad habrá antecedido a la supuración. Haciendo un diagnóstico precoz podemos ejecutar el método de Escat, que consiste en una paracentesis circular, todo lo más cerca posible del *surcus timpánico*, empezando al lado del cuello del martillo y terminando en el otro lado de este cuello; es decir, hacer una solución de continuidad de toda la membrana timpánica excepto de su parte ósea que pudiéramos decir aquí, es el mango del martillo la parte del cuello de éste; una vez conseguido esto, que es sencillo ejecutándolo con la lanceta de miringotomía, el resto de la operación se asemeja mucho a la extirpación de un pólipo de caja que estuviera implantado en el techo de ésta, como sucede aquí con la articulación de la cabeza del martillo y yunque y músculo del martillo, únicos puntos de apoyo que le restan al martillo una vez hecha la paracentesis que hemos indicado.

El final de esta pequeña intervención se efectúa con un polipótomo de oído, haciendo pasar el asa de éste por toda la membrana y haciendo presa en el cuello del martillo, se cierra entonces lo más posible y moviendo a un lado y otro la presa para deliberarla en lo posible de su músculo y articulación, se hacen una fuerte tracción hacia afuera del conducto y aparecerá en el pico de nuestro instrumento martillo y membrana timpánica. Si la supuración procediera de la pared posterior de la caja y hubiera invadido de alguna manera el antro, al hacer la tracción del martillo podemos arrastrar también el yunque, pues una vez desprendida su apófisis articular con la entrada del antro, las uniones que le quedan son todas de menos resistencia que la articulación de éste y el martillo, la cual hemos de romper al extraer solamente este último.

Otro procedimiento de más aplicación es el de DELSTANCHE. Decimos de más aplicación porque se efectúa más número de veces. Este requiere la existencia de la membrana del tímpano o una gran destrucción de ésta, ya sea patológica u operatoria.

El instrumento que se emplea es el anillo del autor, cuya mitad superior es cortante; éste se introduce por el suelo del conducto, se hace entrar en él el mango del martillo, procurando salvar la apófisis corta de éste para lo cual se introduce el anillo un poco más dentro del conducto al mismo tiempo que elevamos el instrumento, y una vez cogido el cuello de nuestro hueso solo nos queda por hacer el separar éste del yunque, lo que

podemos hacer de dos maneras; o bien subiendo mucho el anillo y haciendo tracción, o despegar esta unión con el corte del anillo que se encuentra en esta dirección, tarea difícil pues la cabeza del martillo se halla escondida en la parte superior de la caja y, además, si recordamos la inclinación del mango del martillo en un examen otoscópico, comprenderemos fácilmente que la articulación que tratamos de deshacer permanece completamente oculta a nuestra vista, por eso el mejor procedimiento es el de la tracción, una vez que hayamos subido todo lo posible el anillo, y de esta manera hacemos un procedimiento mixto.

De igual manera que hay métodos para la extracción del martillo los hay también para el yunque y hasta para las ramas del estribo, pero resulta entonces que lo que efectuamos es un raspado de caja incompleto pues quedan todos los musculitos que son focos de supuración cuando está infectada la caja; por otra parte sacrificamos bastante la audición, lo mismo que haciendo una de las operaciones que pasamos a describir, siendo estas quizá más sencillas por el mejor campo operatorio y por sus resultados más positivos.

La *aticotomía*, o trepanación del ático, puede hacerse por dos vías: Una por el conducto auditivo externo, y otra por el comienzo de una radical, es decir, incisión de Wilde, despegado de periostio y conducto auditivo cartilaginoso, quedando de esta suerte el conducto óseo a nuestra vista y también la pared del ático, por ser la parte superior de este conducto.

Esta es una operación sencilla. Por vía natural (auricular) ya tiene más complicaciones y su técnica requiere una gran habilidad. Los escoplos que se emplean en este procedimiento son muy largos, finos, y de corte acodado al tallo, para facilitar, o mejor, hacer posible la trepanación.

El punto donde hemos de trepanar tiene estas dimensiones: de ancho lo mismo que el conducto auditivo óseo, y de alto, lo necesario para no rebasar la línea de arranque del arco zigomático.

Los resultados de esta operación, cuando la supuración es solamente del ático, son suficientes para que la curación sea completa.

La dificultad de la misma consiste en que el techo del ático es el suelo de la base del cráneo en la parte de su fosa temporal cerebral media, exigiendo, por lo tanto, un gran cuidado en su trepanación.

Algunas veces pueden quedar meninges al descubierto, pero esto no tiene importancia siempre que estas meninges estén completas.

Antrotomía, o trepanación de la mastoides hasta abertura del antro. Podemos efectuar esta operación, como todas las que restan, de dos maneras: con escoplos y gubias o con fresas y trépanos, eléctricos o de mano. Generalmente el especialista no usa estos últimos y emplea solamente una colección de escoplos y gubias bien afilados.

Se oye frecuentemente discutir si es mejor el empleo de una u otra cosa; ambas bien dirigidas son ideales. Para el que no tiene ocasión de trepanar con frecuencia, la fresa eléctrica es mejor y de más fácil manejo; para el que está habituado a los escoplos y

gubias son insustituibles estos instrumentos. Las fresas se embotan en el curso de la operación, es decir, se llenan sus estrías de una masa, que no es más que fragmentos pequeñísimos de hueso y sangre, y llegan hasta no hendir la mastoide, siendo preciso cambiarlas en el curso de la misma intervención, maniobra engorrosa.

En cuanto a la otra manera de efectuarla, si los escoplos están bien afilados, éstos cortan siempre y en relación con la inclinación que les demos y el golpe de nuestro martillo.

También se ha hablado bastante de usar uno u otro martillo: es decir, si usar el metálico o el mazo de madera; discusión sin fundamento, pues creemos que el hábito del peso de éste es el único regulador del golpe del escoplo o gubia. En cuanto a la opinión de que el martillo metálico resbala es errónea, máxime cuando se usan éstos rellenos de plomo.

La antrotomía es solamente la abertura del antro. Hemos de trepanar, pues, en el cuadrado clásico; esta abertura debe ser amplia para hacer un buen drenaje.

En esta operación no puede hacerse plástia de ningún género; llenándose la cavidad abierta por granulación.

Creemos que en una antrotomía pura no debe despegarse el conducto auditivo, pues pondríamos en peligro la audición de nuestro enfermo, como tampoco debe rasparse mucho la entrada del aditus ya que la apófisis articular del yunque se encuentra en este punto.

En cuanto a los resultados de esta intervención, diremos únicamente que son inferiores al de las que vamos a mencionar.

La operación conservadora de BARANI no es más que una antrotomía alta, para que el *aditus* esté más vigilado y más desembarazado de sus fungosidades: En esta operación se respeta completamente la caja y cadena de huesecillos y, por lo tanto, la audición.

Es una operación de menor cuantía que la anterior, pero en la práctica es superior a ésta, es decir, los resultados son más positivos.

Tampoco podemos hacer drenaje anterior, o sea por la caja, sino por la misma incisión de Wilde.

En esta operación el antro se cierra por granulación (proceso largo). Una vez conseguido esto no ha disminuido la audición en lo más mínimo, cosa importante pues la función auditiva, en un órgano puramente sensitivo como el oído, es toda su función.

El vaciamiento es el máximo de las operaciones efectuadas en la mastoide. Consiste en abrir todas las células mastoideas sin llegar a la caja.

Antes de pasar adelante diremos que ha habido muchos autores que han estudiado estas celdillas mastoideas y han querido reducir a una ley su distribución en la mastoide; pero, esto no ha sido posible.

Nosotros dividiremos estas celdillas en: superiores, las que se encuentran próximas a la línea zigomática; células áticas, las que están en su proximidad; células grandes, las que están en el centro de la mastoide, y las que preceden al seno.

Con atención veremos que existe en la punta una célula constante, que es quizá la mayor, y que llama-

remos célula de la punta. En algunas mastoiditis esta célula se fistuliza, cayendo el pus o exudado en ella contenido detrás del externo-cleido-mastoideo, dando lugar a la mastoiditis de BEZOLD.

Otras veces se observa, también, en el centro de la mastoide la existencia de una célula grande, la más esférica de todas, estudiada por MOURE y que lleva su nombre. Como detalle clínico diremos que en esta célula cabe perfectamente el Stake, instrumento que usamos para comprobar la existencia del antro en el curso de nuestra intervención.

Trepanación radical.—Hoy día es casi la única operación que se efectúa. Podemos resumirla diciendo que es una antrotomía que se amplía hasta la caja; hay que hacer saltar el puente óseo que queda en las antrotomías. Hay muchos procedimientos para conseguir esto; el especialista lo ejecuta a escoplo. Conviene colocar el Stake para este tiempo de la operación. También existe la pinza sacabocados de CITELLI, que en este momento es sencillamente maravillosa, y también se usa con frecuencia las pinzas gubias de LOMBART. Este momento es el más delicado de toda la operación, pero conociendo bien la anatomía de la región, sobre todo lo concerniente al facial, no presenta ninguna dificultad.

Una vez que el Stake sale libremente, sin ninguna clase de movimiento, podemos dar la operación por terminada. Como detalle, y para facilitar las curas, conviene rebajar un poco el *masé del facial*.

Si ampliamos hasta la punta de la mastoide la operación anterior, y ensanchamos hasta la proximidad del seno, es decir, hacemos un vaciamiento después de la radical, habremos combinado ambas operaciones y tendremos una radical con vaciamiento.

En esta operación ponemos en evidencia caja, antro y células mastoideas, incluso la de la punta. Generalmente, en clínica, es la operación máxima.

Esta intervención será la preliminar para la abertura del laberinto.

Como detalle de la cirugía ósea de oído incluimos la Radical ática conservadora. Esta operación es una antrotomía amplia; resume también la conservadora de Barani y el vaciamiento.

Conserva también la audición, como todas las intervenciones en que se respeta la caja. Diremos que es demasiada operación para no hacer plástia, quedando una gran cavidad debajo de la incisión de Wilde. Claro que la audición algo vale, y puede resolver esta intervención ambos problemas.

Trepanación de laberinto.—En este punto aumentan las discusiones acerca del instrumental operatorio más conveniente, escoplos y gubias o fresa eléctrica, aumentando los partidarios de esta última.

Existen procedimientos de trepanación de laberinto que solamente puede ejecutarse con la fresa o trépanos, como sucede con el BOURGUET, que es simplemente una especie de punción del canal semicircular horizontal o externo.

Como indica la lámina correspondiente a este método, se ha abierto todo el canal semicircular horizontal hasta la entrada del semicircular vertical ante-

CRÍTICA SOBRE EL ESTADO ACTUAL DE LA CIRUGÍA ÓSEA DE OIDO

POR EL DR. J. CAMPOS MARTÍN

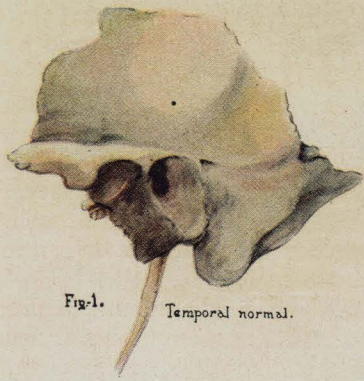


Fig. 1. Temporal normal.

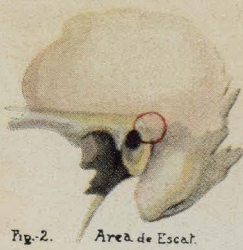


Fig. 2. Área de Escal.

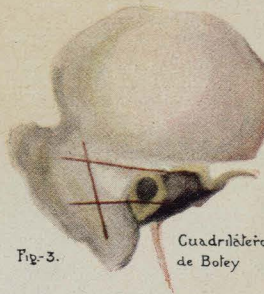


Fig. 3. Cuadrilátero de Boley

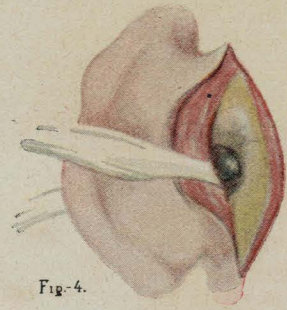


Fig. 4. Incision de Wilde.

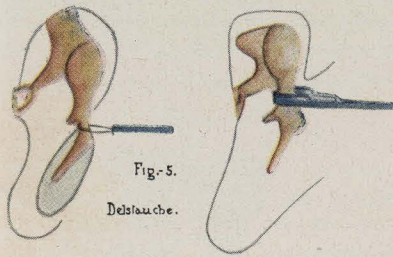


Fig. 5. Delstauche.

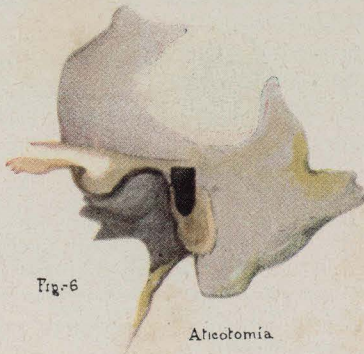


Fig. 6. Alieotomía

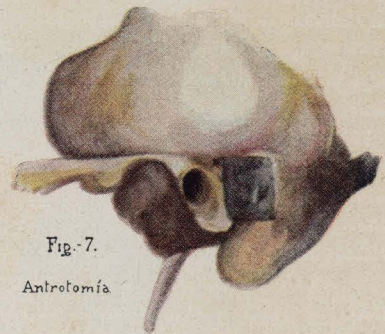


Fig. 7. Antrotomía

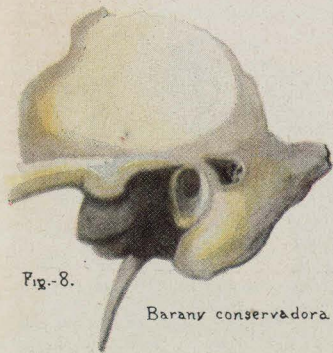


Fig. 8. Barany conservadora.

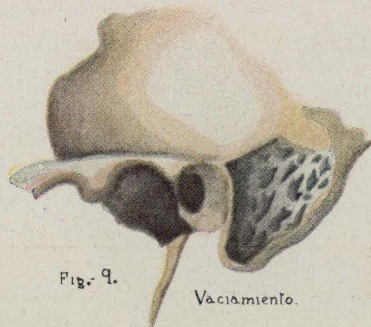


Fig. 9. Vaciamiento.

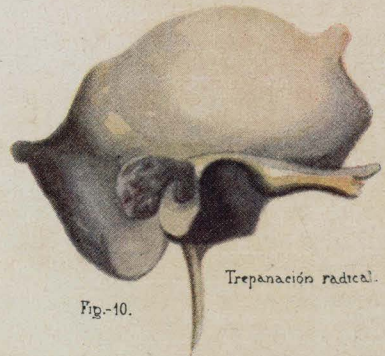


Fig. 10. Trepanación radical.

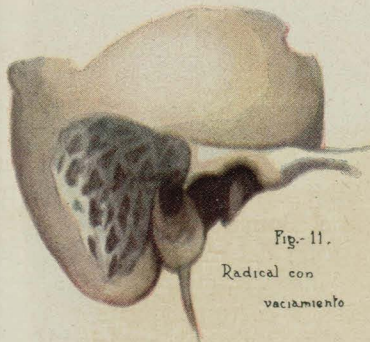


Fig. 11. Radical con vaciamiento

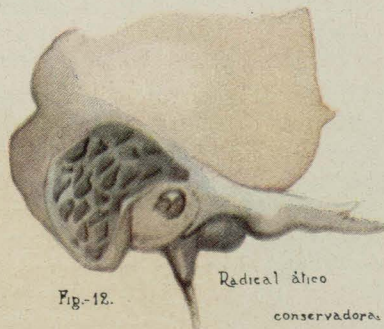


Fig. 12. Radical ático conservadora.

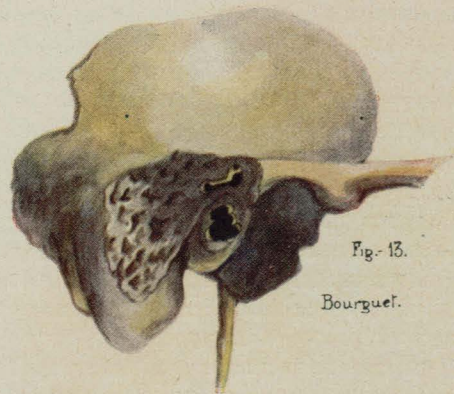


Fig. 13. Bourguet.

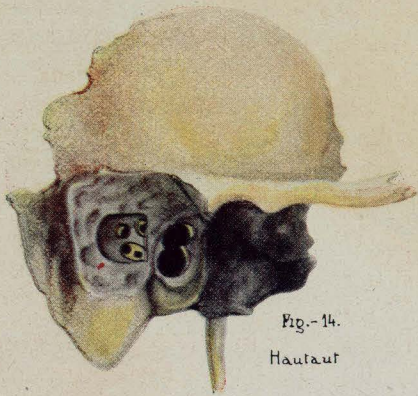


Fig.-14.
Hautaut

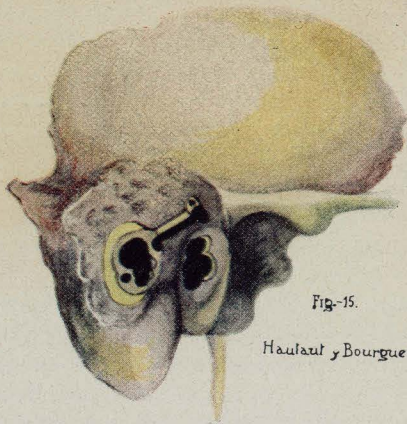


Fig.-15.
Hautaut y Bourguet

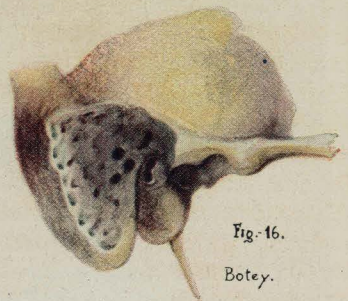


Fig.-16.
Botey.

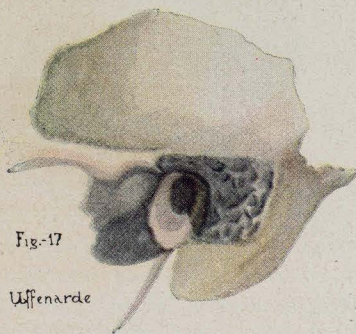


Fig-17
Uffenarde

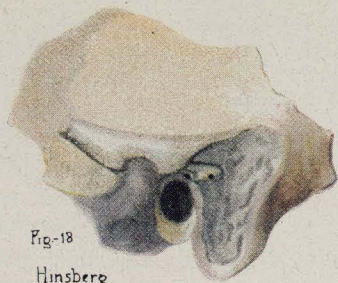


Fig-18
Hinsberg

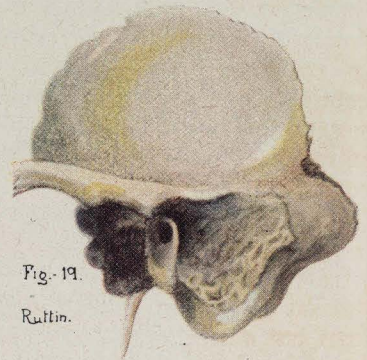


Fig.-19.
Ruttin.



Fig-20
Jansen.

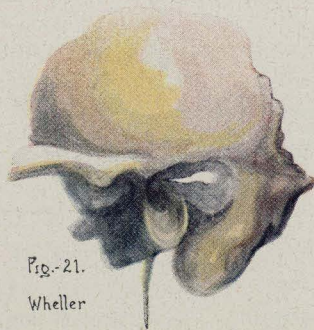


Fig.-21.
Wheller

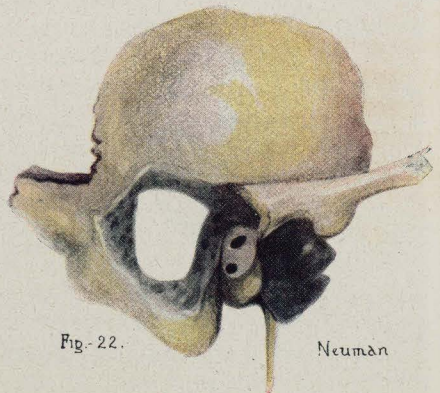


Fig.-22.
Neuman

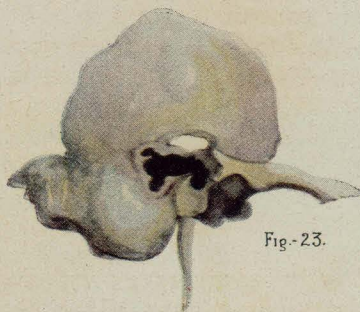


Fig.-23.

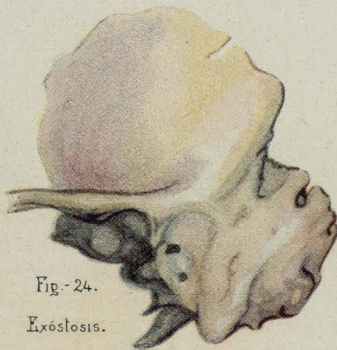


Fig.-24.
Exostosis.

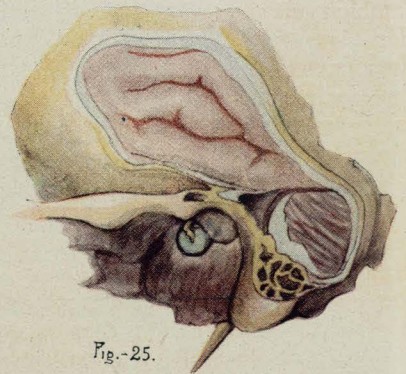


Fig.-25.

rior; la endolinfa y perilinfa que sale al exterior se puede recoger con una giringuilla especial y muy fina, como es la de Hartmant.

También podemos mencionar como instrumento de utilidad en esta intervención el protector del facial, que se coloca en el sitio de la trepanación y recubre completamente el facial preservándole de ser herido.

En este método hacemos la desfenestración, que es establecer una comunicación entre la ventana oval y la redonda, pudiendo comprobar entonces la comunicación de nuestras dos trepanaciones.

Método de Hautant.— Como vemos, también se efectúa en este método la desfenestración: Aquí se buscan los canales semicirculares por detrás del facial, un poco por encima del orificio que nos queda con la unión de las ventanas oval y redonda.

Trepanamos en este sentido como una segunda radical o, mejor aún, como una antrotomía, y llegamos a descubrir todos los canales semicirculares en sus extremos posteriores; una vez conseguido esto podemos, como en el procedimiento anterior, comprobar también la comunicación entre nuestras dos trepanaciones.

El tiempo de la operación correspondiente a buscar los canales semicirculares es muy engorroso efectuarlo con fresa, pues nos complicamos enormemente la intervención con los orificios artificiales que nosotros abrimos con ella.

Estos dos procedimientos anteriores se han unido para que la trepanación de laberinto sea más completa, y de esta suerte, uniendo ambas técnicas, habremos descubierto todos los canales semicirculares y de una manera completa el canal semicircular horizontal; el canal vertical anterior también está abierto por sus dos extremos. Completando esto con la desfenestración tendremos la trepanación de laberinto más completa.

El método de BOTHEY es de los más cómodos, y podemos ejecutarlo sin necesidad de fresa, simplemente con los mismos escoplos y gubias que empleamos para la trepanación del antro.

Como preámbulo a esta intervención hemos de ejecutar un vaciamiento con radical y después de éste, en el sitio clásico en que se encuentran los canales semicirculares, rebajando el hueso desde las proximidades del seno llegamos a poner de manifiesto, como en el Hautant, los canales semicirculares por su parte posterior.

También en este método se ejecuta la desfenestración.

UFFERNADE comienza por una amplia antrotomía, después, y respetando los límites de aquella, pasa a la radical y entonces es cuando más se diferencia de los demás métodos: Rebaja todo lo posible el macizo del facial, de tal manera que pone al descubierto el canal de Falopio, y entonces, de abajo a arriba, sigue poniendo éste al descubierto, dejándolo por encima de la ventana redonda.

Con este método se sacrifica al máximo el hueso timpánico. Conviene añadir que en este procedimiento queda el canal de Falopio completamente al aire por todos sus lados, esto es, que pasando por detrás de él

un estilete vemos su punta en toda la dimensión del hiato.

HINSBERG, como todos los anteriores, comienza por el vaciamiento, sigue con la radical y trepana encima del semicircular horizontal, pero de tal manera que no queda nada de éste, más que sus dos extremos, en cuyo momento da por terminada la intervención.

También en este método se ejecuta la desfenestración.

El método de RUTTIN es, sin duda, el más conocido. Respetando todo lo posible el hueso timpánico: Es tan sencillo este método que con decir que trepana por detrás del facial hasta que llega al vestíbulo, momento que veremos, pues aquí como en todos ha precedido la desfenestración, resumimos de una manera completa su procedimiento.

El JANSEN es un Ruttin incompleto. Como podemos apreciar en la lámina, procede del modo siguiente: vaciamiento, radical, y después rebaja el hueso en la mastoidea hasta llegar al Botey, sigue todavía y trepana solamente encima y en la misma dirección de las bocas o luces de los conductos semicirculares, llegando a establecer dos soluciones de continuidad, por detrás del Hiato de Falopio una, a nivel del canal horizontal, y otra en el lugar que ocupaba el semicircular vertical posterior. Conviene advertir que a este nivel queda solamente una lámina ósea muy delgada para entrar en la fosa cerebral.

Acaba su procedimiento con la desfenestración.

Como procedimientos clásicos para los abscesos citaremos el WHEELER y el NEUMAN.

El primero no es más que una radical a la cual se le ha suprimido el techo del ático y antro, llegando de esta manera a la fosa cerebral por vía ática y antral.

De esta manera llegamos a la fosa cerebral por debajo de la línea de prolongación del arco zigomático, esto es, la unión de mastoides y escama.

El NEUMAN es el máximo procedimiento con que contamos: Tanto es así, que lo reservamos únicamente para los abscesos, pues como procedimientos para una laberintotomía circunscrita o difusa es demasiado atrevido.

Es el único que no desfenestra. Exige un vaciamiento muy amplio. Su técnica es sencilla; abre todos los canales semicirculares por su parte posterior.

El proceso que sigue podemos resumirlo diciendo que es un Botey en el cual ha seguido rebajando el hueso de la mastoidea, hasta suprimirlo.

Alguna vez pudiera convenir llegar a la fosa cerebral por encima de esta línea, y una manera segura de no herir las meninges, (puesto que a nivel de la línea zigomática es donde mejor se pueden despegar), es trepanando a este nivel.

La lámina indica esta intervención, a la vez que una radical, pudiendo comprender que pueden muy bien hacerse una y otra juntas, o esta última como preparación.

La operación de la Exóstosis es un refinamiento, pudiéramos decir, dentro de la especialidad de oído. Consiste sencillamente en tallar un conducto auditivo. Diremos solamente que cuanto más se acerque al que

podemos copiar de alguna preparación mejor resultado obtendremos.

En la lámina, tomada del libro de BRUHEL, representamos todas las trepanaciones y sus relaciones.

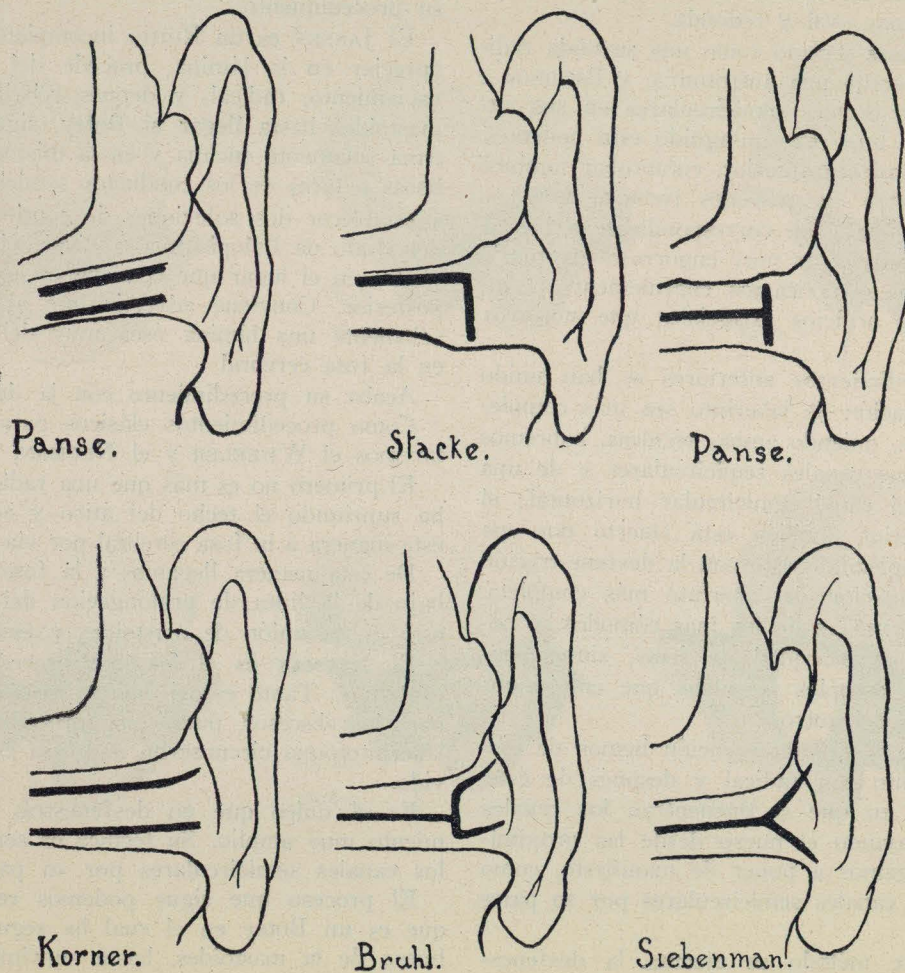
SOBRE PLASTIAS AURICULARES, COMO FINAL DE LA TREPANACIÓN RADICAL

Las plastias auriculares han sentido, en cierto modo, la influencia de la moda, y en algunas épocas se efectuaron sistemáticamente las de ciertos autores.

Las escuelas que más influyeron en la otorrinolaringología también crearon sus maneras de proceder y en determinados lugares no se ejecutaron más que sus plastias.

funcional, factor importante en órganos sensitivos, y, como final, la estética en toda clase de plastias (y con preferencia en las auriculares, por ser más visibles) también puede ser respetada, haciendo de esta manera una plastia casi perfecta.

Tenemos pues, que las plastias han de llenar tres condiciones, que son; terapéutica, funcional y estética. La primera solamente atiende a la curación del enfermo, por ser una plastia tallada a expensas de la destrucción de un conducto, para volverlo a hacer en otras dimensiones y para otras necesidades; requiere varias condiciones: La primera es la amplitud (terapéuticamente), una plastia que no tenga gran amplitud además de ser peligrosa por no favorecer un amplio



El sistema, en medicina, creemos es un gran error. Es por esto, por lo que estudiando las maneras de proceder de los maestros, y dando a cada una de ellas su verdadero valor, podremos aplicar estas plásticas auriculares a medida de nuestros deseos.

Las plastias, en otología, llenan una necesidad; y las que nos ocupan ahora, o sea, las post-operatorias, son eminentemente terapéuticas, es decir, favorecen y ayudan la terminación del proceso. Pero esto no es suficiente; todavía es posible sacar mayor partido de ellas, como es, por ejemplo, el máximo de conservación

drenaje alarga mucho el final terapéutico; la segunda condición es el tallado de la plastia, que debe estar hecho de tal manera que se adapte perfectamente a la cavidad ósea que tallamos durante la trepanación, teniendo en cuenta que acortamos el proceso post-operatorio en la misma medida de nuestra adaptación.

La condición funcional es paralela a la terapéutica; de tal manera es así que efectuamos la una a la vez que la otra, y si con esto obtenemos la curación en el menor tiempo posible, habremos conseguido el máximo funcional.

La condición estética difiere algo de las anteriores, aún cuando se obtiene en el transcurso de una misma técnica. Sucede con harta frecuencia, en plastias auriculares como final de una trepanación radical, que rompemos la estética, de la simetría auricular, primero en la magnitud de los diámetros del conducto auditivo cartilaginoso, y después en la amplitud del ángulo céfalo-auricular, y aunque habíamos de condición estética al llegar aquí no podemos menos de hacer notar la importancia que esto tiene en la función, audición aérea, como lo indica GRADÉNIGO en sus trabajos sobre esta materia, y están tan ligadas estética y función que al destruir la simetría auricular alteramos en algo la función (audición aérea).

Las plastias auriculares que se emplean con más frecuencia son las siguientes: El método de PANSE, que traza dos incisiones paralelas en el conducto cartilaginoso una vez despegado en su parte posterior; la dimensión de estas incisiones, y por tanto el tamaño del colgajo, es desde el borde libre del conducto auditivo hasta la concha, colgajo que se aplica a la parte posterior de la trepanación. Este autor ejecuta también otra plastia consistente en dos colgajos, incisión en T, desde el borde libre del cartílago a la concha y en este extremo incisión perpendicular; este procedimiento se ajusta y adapta mejor a la cavidad de trepanación. En ambos métodos la fijación del colgajo se lleva a cabo por el taponamiento.

El método de STAKE consiste en la misma incisión de lado a lado del conducto pero hecha en su parte más alta, y a partir del extremo de la concha incisión perpendicular hacia abajo, quedando un colgajo de forma de triángulo rectángulo que se ajusta muy bien a una parte (la que ocupa) de la cavidad operatoria. KORNER emplea el proceder de PANSE con la modificación de ampliar las incisiones, y en vez de llegar hasta la concha sacrifica ésta y llega con el colgajo hasta la raíz del hélix; con esto asegura mejor drenaje.

BRUHL comienza como en el segundo método de PANSE, en forma de T, y continúa sacrificando la concha con dos incisiones paralelas que salen de los extremos del travesaño de la T llegando con ambas hasta la raíz del hélix, quedando en este método tres colgajos; la adaptación es máxima, pero en el curso de las curas se movilizan los colgajos, sobre todo el posterior.

SIEBENMAN talla lo mismo, tres colgajos, diferenciando únicamente en el posterior que lo hace triangular, teniendo el total de las incisiones trazadas la forma de una Y, como vemos es muy pequeña la diferencia con el BRUHL. BOTEY describe en su libro una plastia en la que suprime el colgajo posterior de PANSE merced a un taladro especial, asegurando un buen drenaje por esta vía.

Nosotros efectuamos la incisión en el conducto cartilaginoso, cara posterior, y un poco alta, a nivel de la raíz del hélix. El tamaño de la incisión es, desde el borde timpánico del conducto hasta la concha inclusive; la amplitud la fijamos introduciendo por esta abertura el dedo meñique; esta medida es la que mayores ventajas nos ha proporcionado, pues es suficiente sin ser excesiva. Después de esto desgastamos los

colgajos por su cara sangrante hasta que tengan una mínima resistencia, es decir, que dejamos la menor cantidad posible de grosor, con objeto de que la adaptación a la cavidad ósea sea lo más perfecta posible, y para terminar sujetamos estos dos colgajos al borde posterior de la incisión de WILDE mediante dos puntos de catgut.

Haremos notar que con esta manera de proceder el drenaje está muy asegurado por la amplitud de la plastia; la fijación de los puntos hace todavía más amplio el drenaje y más sencillas las curas, la adaptación merced al adelgazamiento de los colgajos es casi perfecta, y una vez acabado el curso de las curas observamos que el ángulo céfalo-auricular ha sido respetado.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS ÚLCERAS GÁSTRICAS, DUODENALES Y YEYUNALES

por el doctor

VICTOR PAUCHET

Cirujano del Hospital Saint Micheel

Las indicaciones operatorias del *ulcus* son cada día más extensas, por las siguientes razones:

- La enfermedad es más fácilmente reconocida.
- La técnica de las diversas intervenciones está mejor reglada.
- El pronóstico post-operatorio ha mejorado notablemente.

Mi experiencia personal data de 25 años, habiendo practicado en este período más de 1000 (1047) operaciones por *ulcus* gástricos, duodenales y yeyunales.

Estas operaciones han sido:

390 por *ulcus* gástrico.

552 por *ulcus* duodenal.

61 por *ulcus* gástrico y duodenal combinados.

44 por *ulcus* del yeyuno, postoperatorio.

Es preciso incluir en esta estadística los estómagos biloculados y hacer mención también de 36 operaciones por perforaciones gástricas o duodenales, cuya indicación operatoria nadie se atrevería hoy día a discutir.

Úlceras gástricas.—Para el tratamiento operatorio del *ulcus* gástrico he practicado las operaciones siguientes:

Gastroenterostomía simple.

Escisión cuneiforme del *ulcus*.

Resección en manguito seguida de la sutura cabo a cabo de los dos segmentos gástricos.

Cauterización (Balfour).

Gastropilorectomía, es decir, resección del duodeno, de la tuberosidad menor y del *ulcus*.

A esta última operación es a la que permanezco fiel, porque con las otras he sufrido algunos desengaños. Actualmente pues ya no practico para el *ulcus* gástrico, ni la gastroenterostomía, ni la escisión cuneiforme, ni la resección anular, sino únicamente la gastropilorectomía, terminando con la implantación gatroeyunal a lo Polya, o bien por la sutura cabo a cabo del estómago y del duodeno (PÉAU-BILLROTH I).