

CASO DE OSTEOMIELITIS DE LA BASE DEL CRANEO (1)

por el doctor

L. VILA ABADAL

Médico del Hospital Clínico, de Barcelona

El caso que voy a describir y los comentarios que a propósito del mismo voy a hacer se refieren a J. Torramorell, de 47 años, de Barcelona, el cual explica los siguientes antecedentes:

Desde la infancia está sordo del oído derecho. Hace tres meses debido a una sordera se le hizo un Politzer y empezó a supurar el oído izquierdo, hasta entonces sano. La supuración era escasa y el pus claro. Así continuó sin trastorno hasta hace unas tres semanas en que empezaron unas cefaleas muy intensas especialmente de noche, tiene que dormir sentado, apoyando la frente sobre una almohada, pero solo reconcilia el sueño tomando analgésicos. Las cefaleas se repiten siempre que intenta leer o fijar la atención en algún sitio. Estas cefalalgias fueron occipitales al principio y luego se localizaron en la región frontal, más tarde también en la parietal. Está muy fatigado, no tiene apetito y con mucha dificultad sube la escalera. No puede dedicarse a ningún trabajo.

Hace pocos días se hinchó la región mastoidea izquierda la cual es dolorosa espontáneamente y a la presión.

Tiene una sensación vertiginosa que le dificulta el andar solo por la calle. Nosotros experimentamos al enfermo el día 11 de Mayo de 1926. Recogimos los siguientes datos, oído derecho: Tímpano hundido, esclerosado. Cronómetro 15 cm. Bajos (128 vibraciones) 60". Rine negativo, agudos (1028 vib) 30 segundos. Weber no se lateraliza. Oído izquierdo: Tímpano rojo, perforación en el cuadrante antero-inferior, pus claro, depósito de pus negro. Cronómetro 15 cm. Bajos 50". Rine negativo. Agudos 25".

Mastoides no dolorosa. Empastamiento retro-mastoideo, doloroso a la presión hasta la región occipital.

Pruebas rotatorias: Hacia la derecha con la silla rotatoria de Barany, 10 vueltas en 20 segundos nistagmo de onda corta de 10 segundos duración, de dirección izquierda. Rotación a la izquierda nistagmo horizontal, onda amplia de 45 a la derecha.

Térmicas: Agua 19, 80 gm. o. d. nistagmo de 20 mirando a la izquierda: de frente, dirección izquierda, la onda corta y rápida.

Oído izquierdo: con 150 gramos no se produce nistagmo.

Pruebas voltáicas:

Bilateral bipolar:

positivo derecha	} caída a la derecha sensación vertiginosa
negativo izquierda	

negativo derecha	} no hay caída ni vértigo
positivo izquierda	

Unilateral unipolar:

+ d. sensación nula
— d. caída izquierda
+ izq. sensación nula
— izq. caída derecha

Bilateral unipolar:

+ sensación nula
— sensación nula

Con mucha dificultad hace los movimientos de rotación de la cabeza, que son dolorosos.

Tiene congestión de las mucosas, de las fosas nasales y de la faringe.

Todos los días tiene temperatura febril que no llega a 38°. Pulso ligeramente frecuente 85-90 pulsaciones, de poca tensión.

Interpretación de los síntomas.—El oído derecho tiene una lesión esclerosante adhesiva que disminuye

la audición intensamente por lesión en el órgano de transmisión. Disminución de graves, persistencia en los agudos. Rine negativo.

El oído izquierdo ha sufrido una infección hace tres meses con motivo de un catarro de naso-farinx y tubárico que fué propagado al oído por un Politzer, produciéndose una otitis media supurada aguda con sintomatología escasa pero de cierta virulencia por cuanto desde hace tres semanas da cefaleas intensísimas y hace pocos días un empastamiento retro-mastoideo doloroso. La audición del oído izquierdo está alterada en el órgano de transmisión. Rine negativo, disminución por los graves, poco alterada por los agudos. El Weber no se lateraliza por la doble lesión de oído medio.

El examen del vestibular da una disminución de sensibilidad térmica y rotatoria en el lado derecho. Una disminución mucho más marcada por la prueba térmica en el oído izquierdo aunque conservada la sensibilidad rotatoria. El enfermo presenta ligeros trastornos vertiginosos.

Nosotros no podemos aceptar una lesión profunda de laberinto del lado izquierdo porque en el período en que está el enfermo tiene que tener una hipersensibilidad laberíntica y la disminución o anulación de sensibilidad en este caso la atribuimos a una dificultad de transmisión por la interposición de una capa de pus.

Las pruebas voltáicas dan la siguiente sintomatología: Las pruebas de conductibilidad central en el lado derecho son normales, en el izquierdo no hay transmisión. Las vestibulares bilaterales no indican dominio de ningún vestíbulo; las unilaterales indican una disminución de sensibilidad de los centros positivos y una persistencia de los negativos como es la regla por cuanto son de sensibilidad más aguda y menos intensa.

Estimamos que hay en conjunto una disminución de sensibilidad en las vías transmisoras centrales más que en las vestibulares.

Tiene un ligero nistagmo espontáneo en la mirada de frente que desaparece en las posiciones extremas.

Localmente apreciamos en el oído izquierdo una pastosidad retro-mastoidea dolorosa que acompaña unas cefalalgias, especialmente nocturnas, supuración escasa por el conducto, mastoides no dolorosa ni hinchada: Además tiene dificultad en los movimientos de rotación de la cabeza.

La cefalalgia, especialmente nocturna y frontal, el empastamiento retro-mastoideo doloroso, la dificultad de movimientos de la cabeza, un ligero nistagmo espontáneo, nos inclina siguiendo a JANSEN a diagnosticar una paqui-meningitis de la fosa cerebral posterior consecutiva a una otitis media aguda mal drenada.

Sentado este diagnóstico fué operado el 14 de Mayo de 1926, a los tres días de la primera visita. Se hizo una ablación de mastoides, sin radical, para conservar en lo posible la audición de este lado, puesto que del lado derecho está muy disminuida la audición. La mastoides estaba llena de pus y fungosidades, destruidos los tabiques intercelulares. Seno lateral y meninges cerebelosas al descubierto, cubiertas de fungosidades. No hay alteración de la dura. Se deja drenaje posterior.

(1) Comunicación a la Sociedad Catalana de Otorinolaringología.

Después de la intervención el enfermo mejora, pero no todo lo deseado. Continúa la fiebre hasta 38°, el insomnio igual, está postrado, no tiene alegría, desaparecen las cefalalgias, a los pocos días se presenta un edema de la región retro e infra mastoidea. Edema que tiene tendencia a crecer y no tiene explicación razonable, luego disminuye y el enfermo aunque poco animoso sale de la clínica.

Sigo curándole en mi consultorio, cicatrizando bien la herida mastoidea, pero no desaparecen los síntomas vagos que le molestan ni el edema de la región esternal-mastoidea superior.

Después de unos días de ausencia veo el enfermo el 17 de Junio con un flemón extenso de la región cervical izquierda, retro-mastoidea que llega hasta la clavícula; durante mi ausencia el Dr. NOVES ha hecho una pequeña incisión por la que manó pus abundante y continúa saliendo en poca cantidad. Un estilete entra 12 cm. hacia la base del cráneo.

El enfermo tiene fiebre, algún escalofrío, malestar general, depresión, cefalalgias, ligeros vértigos y un insomnio que no le permite el sueño desde hace muchos días.

La herida mastoidea está casi curada, solo por la parte postero-superior sale pus al hacer presión sobre el flemón cervical.

Creo se trata de un foco de osteo-periostitis del occipital y reingresa en la clínica a fin de abrir el absceso, buscar el punto de osteitis occipital y hacer un raspado.

El 19 de Junio bajo anestesia clorofórmica hago una incisión retro-mastoidea por la que sale medio litro de pus claro.

Con el dedo exploro la base del occipital. tiene el hueso desnudo de periostio y rugoso.

Hago la incisión de los tejidos en la región occipital y con una cucharilla raspo el punto de osteitis quedando una amplia abertura en el occipital de 3 cm. por 2 cm. por la que se introduce el dedo perfectamente, los bordes son muy irregulares y los regularizamos. Las meninges laten bien y están sanas. Una punción en la fosa posterior a 3 cm. de profundidad da una pequeña cantidad de líquido claro; a lo largo de la pared interna del occipital no encontramos ningún punto lesionado.

Hacemos una punción del seno lateral el cual sangra normalmente.

Llenamos la cueva de gasa y hacemos un taponamiento posterior.

Desde el día siguiente ha vuelto la euforia al enfermo; duerme tranquilo, tiene apetito, no tiene insomnio, ni cefalalgias, no tiene fiebre. De muy distinta manera que después de la primera operación. En los días siguientes no tiene supuración.

A los dos meses hacemos un pequeño raspado porque queda un poco fungosa la región del aditus y del tegmen.

Cicatrizó la herida posterior después de tres meses, cuando fué llenada la cavidad occipital.

Audición bastante buena. Hasta hace poco conservó

alguna sensación vertiginosa especialmente por la noche. Tiene un ligero nistagmo horizontal espontáneo.

La prueba voltaica da el siguiente resultado:

+ derecha . . } caída derecha.
- izquierda . . }

+ izquierda . . } nulo.
- derecha . . }

Bilateral unipolar:

+ nulo.

- nulo.

Unilateral unipolar:

+ derecha . . nulo.

- derecha . . caída izquierda.

+ izquierda . . nulo.

- izquierda . . caída derecha.

Esto nos indica una disminución de sensibilidad por la corriente galvánica, conservada aun por las corrientes negativas, disminución de sensibilidad que afecta a los dos lados.

A posteriori hemos hecho el diagnóstico de osteomielitis, proceso poco frecuente en los huesos planos que no tienen cartílago epifisario, ni conductos nutricios únicos, ni médula como los huesos largos. Suelen ocurrir los casos de osteomielitis después de contusiones o quemaduras o desgarros, formándose un absceso consecutivo de Pott y la necrosis del hueso, pero no es común ver que se presenten focos distintos de destrucción ostéica en los huesos del cráneo; por este motivo he presentado el caso.

No se formó en este caso ningún absceso intracraneal, ni hubo lesión de la dura en ninguno de los focos óseos, ni podemos suponer, por la falta de elemento celular, que se formase un absceso de Brodie, como ocurre en los huesos largos, fué seguramente la propagación por vía sanguínea o linfática del forúnculo óseo desde la mastoidea al occipital.

Nosotros atribuimos toda la enfermedad en un principio a la lesión mastoidea como hemos indicado al principio de este relato. El edema que observamos del cuero cabelludo y región cervical creímos era consecutivo a la falta de circulación de retorno, hasta que la acumulación de pus nos indicó la existencia de una causa ósea que nosotros creímos perióstica, pero no sospechábamos otro foco de osteitis total del hueso en un punto tan alejado del foco primitivo.

La destrucción completa del tejido óseo en un hueso plano pueden producirla, a más de la osteo-mielitis, una sífilis ósea o una tuberculosis.

La sífilis requiere la existencia de otros síntomas, es de marcha más lenta, produce un infarto gelatinoso de los tejidos y la destrucción ósea es extensa y en forma de nido de abejas; no es frecuente la producción de absesos; no cura a pesar del tratamiento local del foco si no se establece un tratamiento general. La mejoría del enfermo es prueba manifiesta de que el estado general no estaba afectado. El Wassermann resultó negativo.

La tuberculosis de los huesos tiene una manera muy

lenta de desenvolverse; el tubérculo se caseifica lentamente, la lesión que supura desde el periostio penetra hasta las capas más profundas pero difícilmente perfora todo el grosor del díploe, adhiere primero los tejidos blandos y los fistuliza, permaneciendo una supuración durante tiempo larguísimo apesar de tratamientos modificantes, eliminantes de las porciones necrosadas, de los secuestros, etc. No cura con un tratamiento de drenado y raspado.

Persuadido de que se trata de una lesión ósea doble producida por un coco, del cual no averiguamos la naturaleza, hemos expuesto este caso, hoy completamente curado.

RESUMÉ

J. T. 47 ans. Sourd de l'oreille droite depuis son enfance. Il y a trois mois, suppuration de l'oreille gauche après un POLITZER. La suppuration continue mais il y a trois semaines que commencent d'intenses céphalées, plutôt nocturnes; impossibilité de dormir. Il n'y a que les analgésiques qui soulagent. Le malade ne peut lire ni fixer son attention. D'abord il avait des douleurs occipitales et ensuite frontales. Asthénique et sans appétit.

Oedème et douleur dans la région mastoïdienne. Sensation de vertige. Audition diminuée. RINE négatif aux deux oreilles.

Oreille gauche: perforations tympaniques; pus clair. Empatement retro-mastoïdien. Nystagmus rotatoire à droite peu marqué; à gauche normal. N'a pas de nystagmus thermique. Les épreuves voltaïques accusent un manque de sensibilité.

Les mouvements de rotation de la tête sont douloureux. Fièvre 38°. Pulsations 85-90.

Léger nystagmus spontané qui disparaît dans les positions extrêmes.

Diagnostiqué de pachy-méningite, le malade est opéré. Vidage mastoïdien. Mastoïde détruite. Sein latéral et méninges du cer-velet recouverts de fungusités. On laisse un drainage postérieur.

Les céphalées disparaissent, mais continue la fièvre, l'absence d'appétit et l'asthénie. Quelques jours après apparaît un oedème infra et rétro-mastoïdien qui augmente en forme d'abcès vers la région cervicale. Par une petite incision sort un pus abondant. La malade se trouve sans appétit, fébrile, asthénique, avec céphalées, de légers vertiges et insomnie.

La plaie mastoïdienne est presque cicatrisée, mais en pressant on la umeur, du pus sort de la partie postérieure.

La malade est opéré de nouveau: agrandissement de la plaie antérieure, qui est prolongée vers l'occipital; il sort un demi-litre de pus. La base de l'occipital était dénudée de périoste et d'insertions musculaires; une partie cariée de l'occipital est éliminée avec la curette; il reste un large trou occipital communiquant avec les méninges indemnes. Il n'y a pas d'abcès intracranien ni intradural. Il n'y a pas d'autre point carié. Sein latéral indemne.

Il reste une large ouverture postérieure dans la région occipitale, par où le pus est drainé.

Au bout de trois mois le malade est guéri. Il reste un léger nystagmus spontané qui disparaît dans les positions extrêmes. La sensibilité voltaïque est diminuée. L'audition rétablie. Aucune souffrance.

SUMMARY

J. T. Man, aged 47. Deaf of the right ear since infancy. Three months ago he had a suppuration in the left ear following a Politzer. Suppuration continued but three weeks ago started intense headaches during the night; unable to sleep. The patient can neither read nor concentrate his attention. First

he had an occipital pain and then frontal. Asthenic and without any appetite.

Edema ad pain in the mastoid region. Feeling of giddiness. Decreased audition. Rine's test negative in both ears.

Left ear: tympanic perforation; pus clear. Retro-mastoid thickening. Nystagmus rotatory to right slightly marked; normal to the left. No thermic nystagmus. The voltaic tests report a lack of sensibility. Painful rotative movements of the head. 38° fever. Pulse 85-90. Slight spontaneous nystagmus disappearing in extreme positions. On diagnosis of pachymeningitis the patient is operated upon. Mastoid emptying. Mastoid destroyed. Lateral sinus and meninges of the cerebellum covered with fungusity. A posterior drain is left. Headaches disappear but the fever, absence of appetite and asthenia continue. A few days later appeared an infra and retro-mastoid edema increasing in the form of abscess towards the cervical region. Abundant pus comes out through a small incision. The patient has no appetite, is feverish, asthenic with headaches, light vertigos and insomnia. The mastoid scar is almost healed, but on pressing upon the tumor pus comes out the posterior part.

The patient is again operated on. Enlargement of the anterior scar prolonging towards the occipital; half a litre of pus comes out. The base of the occipital was denuded of periosteum and of muscular insertions; a decayed part of the occipital is removed by curettage; there remains a large occipital hole communicating with the undamaged meninges. There is neither intradural nor intracranial abscess. No other place decayed. Lateral sinus unhurt. There remains a large posterior opening in the occipital region through which the pus is drained.

At the end of three months patient is cured. There still remains a slight spontaneous nystagmus which disappears in the extreme positions. The voltaic sensibility is diminished. Hearing recovered. No pain.

ZUSAMMENFASSUNG

J. T., 47 Jahre alt. Taub auf linken Ohre seit seiner Kindheit. Seit 3 Monaten Eiterung des linken Ohres nach einem Politzer. Die Eiterung dauert an, aber nach 3 Wochen beginnen heftige mehr nächtliche Kopfschmerzen. Unmöglichkeit zu schlafen. Nur Analgesien geben Erleichterung. Der Kranke kann weder lesen noch seine Aufmerksamkeit sammeln. Erst hat er occipital dann frontale Schmerzen. Er ist asthenisch und ohne Appetit.

Oedem und Schmerz in der mastoïden Region. Schwindelgefühl. Vermindertes Gehör. Rine an beiden Ohren negativ. Linkes Ohr: Durchlöcherung des Tympanons. Klarer Eiter. Retro mastoïde Verklebung. Rotierender Nystagmus rechts wenig markiert, links normal. Er hat keinen thermischen Nystagmus. Die Voltproben weisen einen Sensibilitätsmangel auf. Die Rotationsbewegungen des Kopfes sind schmerzhaft. Fièvre 38°. Pulsation 85-90.

Leichter spontaner Nystagmus, der in den extremen Lagen verschwindet. Diagnostiziert auf Pachy-Meningitis, wird der Kranke operiert. Entleerung des Mastoïdeus, derselbe zerstört. Rechte Seite und Meningen des Kleinhirns mit Fungus bedeckt. Man macht eine posteriore Drainieruna.

Die Kopfschmerzen verschwinden, aber das Fieber, die Appetitlosigkeit und Asthenie dauern an. Einige Tage danach erscheint ein intra und retro mastoïdes oedem welches sich zur Abzessform gegen die cervicale Region steigert. Durch eine kleine Incision tritt ein abundanter Eiter aus. Der Kranke befindet sich ohne Appetit, fibrisch, asthenisch, mit Kopfschmerzen, leichten Schwindel anfallen, und Schlaflosigkeit. Die mastoïde Wunde ist fast vernarbt, aber indem man auf den Tumor drückt, tritt Eiter aus dem posterioren Teile aus. Die Krankheit wird von neuem operiert: Vergrößerung der anterioren Wunde, welche gegen den Occipital verlängert wird; es tritt ein halber Liter Eiter aus. Die Basis des Occipital war entblößt von Periost und von muskulären Insertionen. Ein cariöser Teil des Occipital wird mit der Curette eliminiert. Es bleibt ein grosses occipitales Loch, welches mit den unbeschädigten Meningen kommuniziert. Es existiert kein intracraner noch intraduraler Abscess. Es giebt keinen anderen cariösen Punkt. Laterale Seite unbeschädigt.

CASO DE OSTEOMIELITIS
DE LA BASE DEL CRÁNEO

L. VILA ABADAL

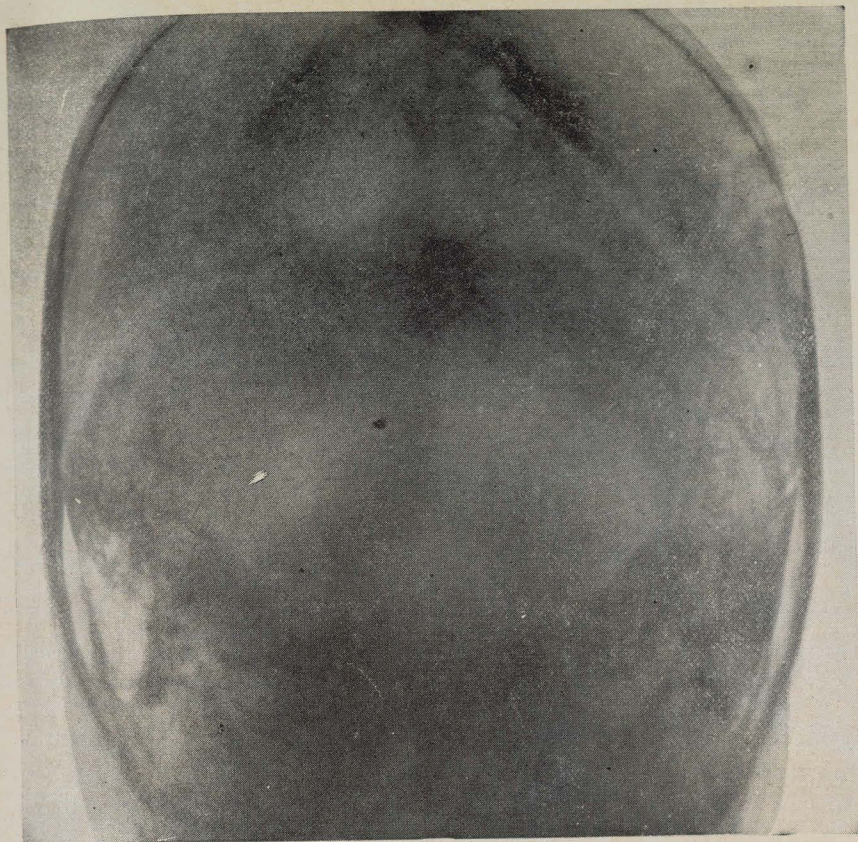


Figura 1

En el lado izquierdo se ve la pérdida de sustancia en la mastoide y en el occipital, por delante del agujero occipital posterior.



Figura 2

Derecha: Se ve muy destacado el arco del semi-circular posterior. No se observa ninguna alteración en el hueso.

Hay una ancha línea clara en el occipital, que parece prolongarse hasta el frontal, y no ocasiona alteración alguna al paciente.

Izquierda: Se nota la falta de sustancia en el oído operado. Por debajo de la protuberancia occipital interna se ve la falta de sustancias del occipital operado.

Es bleibt eine grosse posteriore Oeffnung in der occipetalen Region, durch welche der Eiter abgezogen wird.

Nach Verlauf von 3 Monaten ist der Kranke geheilt. Es bleibt ein leichter spontaner Nystagmus, welcher in den extremen Lagen verschwindet. Die Volt empfindlichkeit ist herabgemindert. Keinerlei Schmerzen.

PRÁCTICA MÉDICA

TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA

por el doctor

L. TRIAS DE BES

Profesor Auxiliar de la Facultad de Medicina de Barcelona

Apesar de que el médico se ve precisado a intervenir frecuentemente para tratar la insuficiencia cardíaca en sus distintas formas, no siempre sin embargo se halla en posesión de ideas directrices claras en el tratamiento a emprender.

La aparente simplicidad del tratamiento de la insuficiencia cardíaca que gira como es sabido en torno de los dos fundamentales medicamentos digital y estrofantus, ha hecho que se infiltrara insensiblemente en el ánimo de muchos médicos un criterio no menos simplista en lo que atañe a su técnica de administración. Las consecuencias de este concepto un tanto rutinario sobre la psología de los cardiotónicos heróicos tiene que repercutir forzosamente en la brillantez de los resultados terapéuticos y ha motivado en múltiples ocasiones un injustificado escepticismo sobre la ulterior eficacia de los expresados fármacos.

Existen ciertamente pocos capítulos de la patología que posean como acontece con la insuficiencia cardíaca un tan limitado arsenal terapéutico, pero no es menos cierto también que son asimismo muy escasos los que pueden disponer de dos grupos medicamentosos tan manifiestamente activos *per se* y susceptibles incluso de ver aumentada su eficacia terapéutica con su variadísimo y acertado manejo.

No es nuestro propósito en estas breves líneas dedicadas a comentar un tema de práctica médica, dar una idea completa de como debe tratarse la insuficiencia cardíaca en sus múltiples variedades; nos concretaremos solamente a precisar algunos aspectos parciales de este tratamiento fijando preferentemente la atención en ciertos problemas de técnica de administración capaces de aumentar las posibilidades terapéuticas de los dos medicamentos tipos, la digital y la estrofantina.

Las dos formas fundamentales de la insuficiencia cardíaca

Dos grandes tipos de insuficiencia cardíaca se ofrecen generalmente en la práctica médica, a saber: la *insuficiencia cardíaca crónica* y las *insuficiencias agudas de miocardio*.

La *insuficiencia cardíaca crónica* puede presentar numerosas variantes en su intensidad y forma de evolu-

cionar, pero en términos generales se caracteriza por su marcha insidiosa y lentamente progresiva exteriorizada bajo la forma de brotes hiposistólicos sucesivos que conducen en plazo más o menos largo a la asistolia irreductible, término obligado del proceso. Esta forma de insuficiencia cardíaca es la más frecuentemente observada en la práctica y es asimismo característica de las cardiopatías valvulares orgánicas cicatriciales que después de haber sido toleradas durante varios años en virtud de la hipertrofia compensadora terminan al fin con la llamada asistolia mecánica. A este tipo de insuficiencia cardíaca pertenecen también la mayor parte de las miocarditis crónicas esclerógenas y la forma lenta del reumatismo cardíaco evolutivo.

Las *insuficiencias agudas de miocardio* comprenden la gran insuficiencia ventricular izquierda con edema agudo de pulmón, la insuficiencia cardíaca primitiva descrita por LAUBRY con el nombre de *miocardia* y algunas formas precoces y graves de asistolia mecánica.

Digamos desde este momento que una y otra forma de insuficiencia cardíaca son tributarias de un criterio terapéutico distinto, siendo para ello preciso que el médico práctico posea algunas ideas claras y precisas sobre la farmacodinamia y la posología de los dos grandes medicamentos cardíacos: digital y estrofantus. Fijaremos preferentemente la atención sobre este interesante aspecto del problema, dejando de lado la descripción detallada del tratamiento de la insuficiencia cardíaca que el lector sabrá reconstruir fácilmente a través de los conceptos que expondremos a continuación.

Modo de obrar de la digital. Sus indicaciones clínicas fundamentales. Detalles de orden práctico referentes a sus formas de administración.

A pesar de tratarse de uno de los medicamentos más clásicos de la terapéutica y cuyas propiedades clínicas son conocidas desde hace siglo y medio, vemos no obstante que la farmacodinamia digital es objeto de permanente litigio y la vemos también enriquecerse cada día con nuevas adquisiciones. Señalaremos los puntos esenciales del problema y que han recibido la sanción definitiva de la clínica.

La digital, obra terapéuticamente en la insuficiencia del miocardio en virtud de dos acciones que podríamos llamar fundamentales: la *acción retardante* y la *acción tónica*.

La *acción retardante* es sin duda alguna la más positiva y la que explica en su mayor parte la actividad terapéutica de la digital. En virtud de ella las funciones cronótropa y dromótropa (ritmo sinusal y conductibilidad intracardiaca) experimentan una influencia frenadora.

La disminución del cronotropismo y el retardo de la progresión de la onda contractil a través de las fibras miocárdicas se traducen clínicamente por un hecho clínico predominante y es la mayor lentitud del trabajo del corazón y en consecuencia un alargamiento del diástole que permite un mejor relleno de las cavidades ventriculares colocando al corazón en condiciones más favorables para realizar su trabajo mecánico.