

Sesión del 30 de junio de 1923

Presidencia del DOCTOR CARULLA

## Los injertos dermo-epidérmicos en la radical del oído

Por el DOCTOR R. BOTÉY

No es muy infrecuente que después del vaciamiento del oído y principalmente cuando se trepana el laberinto, el fondo de la cavidad operatoria se llene de granulaciones y que la cicatrización no alcance al aditus y a la caja más que después de largos meses.

Al mismo tiempo la cavidad ósea se estrecha, principalmente al nivel de la porción profunda del conducto, de tal modo que el antro casi desaparece y la caja se reduce, quedando el aditus poco menos que suprimido.

A propósito de esta cuestión, escribí hace algún tiempo diferentes cartas, consultando la opinión de varios colegas patrios y extranjeros. Preguntéles sobre los medios que empleaban para evitar estos inconvenientes, que retardaban, a veces tanto, la cutaneización de la cavidad operatoria. De todas partes se me contestó que para evitar este contratiempo raspaban las granulaciones y las cauterizaban; los unos con el nitrato de plata, los otros con el ácido crómico.

En mi opinión, estos medios, eficaces, eficacísimos si se quiere, en muchas ocasiones, fracasan en otras, porque no impiden la reducción, a veces considerable, de la cavidad operatoria, a pesar de una plástica perfecta, reducción que puede ser causa de complicaciones intracraneanas, porque el tejido fungoso se vuelve a formar tras cada raspado o cauterización, presentándose finalmente a veces el fantasma de la retención del pus y el de los síntomas cerebrales.

Se encuentra entonces el otólogo frente a una situación difícil, no atreviéndose a resolverla con una nueva operación por el temor de que surjan después de ella los mismos inconvenientes que acabo de mentar.

En mayo de 1921, asistí a las sabias lecciones del profesor Sebilleau, en Lariboisière. Este, a propósito de un operado de radical del oído, cuya supuración persistía, sin embargo, 14 meses después, discutió sobre la suerte de estos operados.

Recuerdo que los clasificaba en tres categorías: los en que la epidermización se efectúa rápidamente, o sea a los 2 ó 3 meses, que son los menos; los en que el fondo del oído y el aditus están repletos de granulaciones, cuya cavidad tarda en cutaneizarse por completo de 4 a 6 meses, que son los más; y finalmente, los en que toda la cavidad operatoria está llena de tejido fungoso y cuya epidermización tarda mucho tiempo en completarse, siendo estos casos afortunadamente poco frecuentes.

Sin embargo de ello, he ahí varios ejemplos de estos últimos.

*Observación I.*—Bartolomé M., 31 años. Otorrea desde la infancia. Destrucción del tímpano; caries ático-antral.

No curando el enfermo, después de un tratamiento conservador prolongado, le opero de radical en septiembre de 1919.

Conducto estenosado. Seno sigmoideo procidente. Tegmen tympani perforado. La operación resulta laboriosa.

Después de nueve meses de curas, el fondo del oído se vuelve a estrechar; el ático y el aditus casi desaparecen, a pesar de raspados y cauterizaciones.

Opero de nuevo este enfermo, utilizando esta vez los injertos de Thiersen. Reapertura de la cicatriz. Vaciado de la cavidad común del conducto, caja y antro, llenos de tejido conjuntivo, pus y colesteotomá.

Plástica de Botey. Transplantación de injertos tomados del brazo.

*Dos meses después, la cavidad labrada estaba epidermizada.*

*Observación II.*—R. del Campo; 19 años, del Perú. Fué operado de radical por un profesor de la Facultad de Medicina de Lima, en enero de 1920.

Veo este enfermo en septiembre del mismo año. El conducto ha casi desaparecido. La caja y el ático parecen no existir. Fístula mastoidea. Supuración fétida.

Operación en octubre de 1920. Trepanación transpinomeática. Orientación difícil. Separación de la pared posterior del conducto óseo poco deslindada. Aditus y caja minúsculos. Resección de la pared externa del ático, agrandando delicadamente las cavidades del oído medio.

Injertos tomados del brazo.

*Cincuenta y dos días después de la intervención, la cavidad operatoria estaba epidermizada, sin apenas estrechamiento de la misma.*

*Observación III.*—Mujer de 22 años, operada de radical por un otólogo de Madrid. Por haberse llenado el oído de fungosidades y de estar estrechado, después de un tratamiento de 20 meses, véome obligado a reoperar a la enferma, por iniciarse complicaciones cerebrales a mi primera visita.

Intervengo de la manera indicada en noviembre del año pasado.

*Epidermización total del oído a los 49 días de la operación.*

*Observación IV.*—M. N., 19 años, de Castellón de la Plana. Enviado por el doctor V. Gea. Otorrea antigua con caries. Sujeto a ataques epilépticos. Radical, en octubre del año 1922. Injertos. Estos no prenden, a causa de hemorragia capilar del hueso que los despegó. Nueva operación en enero de este año, poniendo esta vez los injertos en ocasión de la primera cura.

*Cutaneización a los 64 días de operado.*

Estos cuatro casos prueban a saciedad que es excelente añadir al vaciamiento del oído la trasplatación de injertos dermo-epidérmicos.

Hoy opero todos mis radicalizados de esta manera. Pero en vez de aplicar los injertos en seguida, como lo hacía al principio, lo hago a la primera cura en la actualidad, evitando así que la sangre que rezuma del hueso, y ya sabemos que la hemorragia ósea es difícil de cohibir, malogre los injertos, interponiéndose entre el hueso y el injerto, como aconteció en la obs. IV. Para reseca estos injertos basta la anestesia local por infiltración a la novocaína al centésimo.

Además, para que los injertos se apliquen exactamente sobre la cavidad ósea, adaptándose a sus sinuosidades, saco un molde del fondo del oído con la masa de Stens. Para ello, la sumerjo en agua caliente esterilizada, y una vez reblandecida hago con ella un pequeño bloque con mango para su introducción y para su extracción, una vez endurecido por el enfriamiento en el interior del oído.

Corto entonces de la cara externa del brazo, o mejor del músculo, un gran trozo único dermo-epidérmico, que pego por su cara externa al bloque, enfriado y duro, acabado de sacar de la cavidad operatoria. Meto el bloque, con la misma orientación, en el oído, poniendo después gasa, algodón y un vendaje apretado.

Aquí veréis algunos de estos bloques revestidos de tela y almoldados a estas preparaciones anatómicas, para que os hagáis cargo de mi *modus faciendi*.

El bloque es extraído del fondo del oído a los 8 ó 9 días; el injerto ha prendido.

En el último enfermo operado por mí, y que examinaréis, conseguí la epidermización total de la cavidad operatoria en 31 días.

He ahí su historia.

*Observación V.*—José M.<sup>a</sup> Ferrer, de Constantí, 18 años. Otorrea izquierdo desde los 7 años.

Fondo del oído fungoso, destrucción del tímpano; desaparición de los huesecillos. Dolores del oído, con tumefacción mastoidea y calentura (38°2).

Operación en 9 de noviembre de 1922.

Cortical eburnea; antro y celular en parte destruidos por pus y fungosidades. Techo del ático y del antro perforados. Supuración de la pared posterior del conducto óseo y de la pared externa del ático.

Raspado suave de la caja y del aditus.

Plástica. Sutura total.

Tres días después, injertos de la manera indicada, en la primera cura.

20 noviembre. Se quita el molde, quedando los injertos pegados al hueso.

12 diciembre. *Epidermización completa de la cavidad operatoria a los 31 días.*

Este último resultado sorprendió vivamente, entre otros alumnos que frecuentan mi clínica, al doctor Alonso, de Zaragoza. Dicho compañero al llegar a la capital de Aragón, manifestó al catedrático de la asignatura que había visto en Barcelona un operado de radical del oído que se curó en un mes. Dicho profesor puso en duda semejante posibilidad, pidiendo explicaciones sobre la manera como se había conseguido. El doctor Alonso, entonces, accedió *galantemente* a darle estas explicaciones.

Tengo que manifestaros ahora, en honor de la sinceridad, que servíme de estos injertos durante años, abandonándolos después. Ello fué debido a que sabía demasiado que mis compañeros no empleaban estos injertos, habiéndome dicho varios de ellos que eran inútiles y ampliaban y prolongaban la operación.

Sin embargo de ello, los casos relatados me han convertido de nuevo en injertista, convenciéndome

de que cuando menos los injertos acortan considerablemente el penoso calvario de curas, por el que pasan, durante meses, médico y enfermo, después de esta operación.

En el Congreso Internacional de Otología de París (julio de 1922) hice una comunicación sobre este asunto, teniendo la satisfacción de que el doctor Nager, de Munich, discípulo del profesor Siebermann, de Basilea, me notificara que éste empleaba también estos injertos en la radical.

Para concluir, señores, voy a indicaros ahora mi línea de conducta para la radical del oído.

1.º Labro amplia abertura entre la caja y el antro, disminuyendo con cautela el macizo del facial.

2.º Conservo todo lo posible la mucosa de la caja y del aditus, evitando los raspados enérgicos de la misma, propios de la escuela vienesa, que estimulan la regeneración ósea, y expongo a la línea del nervio facial.

3.º No pongo en la cavidad osea labrada un taponamiento apretado.

4.º Implanto, en ocasión de la primera cura, un gran injerto dermo-epidérmico, tomando un molde del hueco operatorio a fin de que aquél, revestido del injerto, se aplique exactamente sobre la superficie ósea.

5.º Con los injertos dermo-epidérmicos, los enfermos operados de radical del oído curan mucho más rápidamente que los demás, sin estrechamiento o con muy poco, de las cavidades del oído, puesto que la cutaneización impide en gran parte la proliferación excesiva del tejido óseo.

Veréis ahora el operado objeto de la observación V.

---

Sesion científica del 10 de noviembre de 1923

Presidencia del DOCTOR MARTÍNEZ VARGAS

## Acondroplasia infantil

Por el DOCTOR ROIG RAVENTÓS

No ha mucho llamó a mi hogar médico, solicitando mi auxilio profesional, el primer caso de acondroplasia infantil observado por mí. Constituyó la citada visita cierta solemnidad científica, y a ella voy a dar la merecida atención.

Durante mi vida científica, sólo recuerdo haber visto tres casos de acondroplasia. Uno, era un hombre ya entrado en años sumamente popular en nuestra ciudad por ser un empleado de una casa de transportes, y además tomaba parte importante en unos humildes espectáculos que tenían lugar en la añeja plaza de toros, junto con el capitán Budoy, que a la sazón constituía un elemento indispensable para despertar el júbilo popular. El acondroplásico, al aparecer en el circo era objeto de grandes manifestaciones de simpatía y la hilaridad rodeaba su grotesca figura, que adquiría un prestigio ridículo mucho más acentuado al realizar sus ejercicios acrobáticos, de suyo elementales y ridículos. Más tarde me di cuenta de la presencia de otro caso de acondroplasia. Se trata de un joven serio, menos disforme que el anterior, que, por su formalidad y rehusar a la explotación de su anomalía, carecía de popularidad. El tercer caso es el que, como he dicho, he observado como médico. Esto demuestra, con creces, que se trata de una afección rara, ya que en una ciudad como la nuestra la involuntaria visión médica callejera no acierta a descubrir otros casos que los mencionados.

En mis quince años de servicio activo en la Casa de Maternidad no hubo ningún caso de acondro-