

## SOCIETAS LATINA OTO-RINO-LARINGOLÓGICA

Primer Congreso - Madrid - 7-8 Octubre

La primera sesión del Congreso tuvo lugar después de la Inaugural, en la Real Academia de Medicina, que posee un buen anfiteatro en la calle de Arrieta.

Presidiendo el Dr. TAPIA se discutieron los temas de la ponencia que versa sobre *Septicemias y tromboflebitis sinusales*.

En el fascículo repartido de antemano hay un resumen del Dr. G. LAURENS que comprende sucintamente todo lo que se conoce sobre septicemia y flebitis; es un trabajo muy completo y de una síntesis digna de elogio.

Sigue el trabajo del Dr. CHATELIER sobre *Los senos de la duramadre y la vena yugular interna*. Embriología, anatomía, fisiología.

Trabajo extenso, analítico, que empieza por una presentación; estudia la embriología detalladamente en distintas secciones como origen de los senos y de la yugular interna; morfogénesis del canal sinuso-yugular con el desarrollo que el conducto venoso imprime al cráneo dándole el complicado aspecto anguloso que tiene.

Viene luego el estudio anatómico con anatomía del seno lateral, seno transverso, codo del seno lateral, seno sigmoideo, prensa de HERÓFILO como origen de los senos; ramas del seno lateral al nivel de la prensa de HERÓFILO, al nivel del seno transverso; en el codo, en la región sigmoidea; todo muy detalladamente.

Sigue el estudio del golfo de la yugular, muy detalladamente, comparando láminas y piezas anatómicas. Sigue estudiando la yugular en el espacio infra-parotídeo posterior, o sea desde que sale del golfo hasta que cruza el digástrico.

Luego sigue el estudio de la porción vertical y el de la terminal en el confluente de PIROGOF.

Las ramas de la yugular interna son claramente detalladas.

Muy detalladamente se ocupa de la estructura del seno en el segmento intra craneano y de la yugular interna. Viene después el estudio fisiológico de la circulación en el seno lateral y dentro de la yugular interna. Relaciones entre la circulación sinuso-yugular y la presión del líquido céfalo-raquídeo en sus aspectos anatómico y fisiológico como origen del líquido céfalo-raquídeo, vías de reabsorción, circulación del líquido, presión y relaciones de la presión raquídea con la presión de otros líquidos del organismo, presión arterial, presión venosa, presión capilar, presión linfática. Se ocupa con mucho detalle del signo de QUEKENSTEDT citando las experiencias de STOOKEY, MERWARTH y FRANTZ y sus aplicaciones en el diagnóstico de las trombosis sinuso yugulares. Capítulo de utilidad práctica en el tratamiento de las trombosis.

TERRACOL trata de *Generalidades sobre los Estados septicémicos*, trabajo del que se encargó en substitución del Dr. PUGNAT de Ginebra que ha fallecido.

El estudio es rápido pero da una idea acabada de las septicemias, estudiando sus clasificaciones; la fisiopatología del "Estado septicémico", inoculación, propagación de la infección por continuidad y por contigüidad; la manera de desarrollarse en el medio sanguíneo; los elementos de defensa como SCHOTSMÜLLER afirma: La septicemia es el resultado de una emigración permanente o pasajera de gérmenes microbianos siempre nuevos, provenientes de un foco séptico, sea primitivo sea secundario, sea marchando de trecho en trecho, para colonizar en los parénquimas si las paredes vasculares no los destruyen; de aquí la lucha de los microbios en los parénquimas.

LEROUX se ocupa de su ponencia sobre *Formas clínicas de la septicemia auricular* y estudia el síndrome de la septicemia auricular que no tiene nada de patognómico.

Las formas sintomáticas de la septicemia: forma tifoidea, forma hemorrágica, forma meníngea, formas evolutivas y complicadas, formas benignas y graves; metástasis de las séptico-piemias. Estudia una forma fluxionaria, una forma supurada y formas clínicas diversas según la etiología.

*Las tromboflebitis de los senos en los niños*, por el doctor MOULONQUET. Nos habla de las características de la trombosinusitis y flebitis en los niños. Frecuentemente tiene una sintomatología menos característica que en el adulto; algunas veces la primera manifestación es un foco piémico especialmente articular. La fiebre que algunas veces es de tipo septicémico con espículas, otras es constante sin elevaciones agudas y algunas veces la fiebre se mantiene baja, caquetizándose paulatinamente el enfermo. Tortícolis, dolor en la región yugular, cefaleas, dolor en la mastoides son síntomas frecuentes, pero no constantes, de aquí la dificultad de hacer un diagnóstico. A veces después de una antrotomía con apariencia de seno sano viene una hemorragia difusa por rotura espontánea de la pared venosa.

LE MÉE nos habla también de la dificultad de diagnóstico en las flebitis de los niños y cita casos clínicos.

El Dr. CALAMIDA, de Milán nos expone en italiano el tratamiento médico de la septicemia de origen auricular. Habla de profilaxis con el tratamiento de las otorreas y mejoramiento del estado orgánico del individuo. Dietética: nutritiva a pesar de la fiebre, huevos, vino espumoso, mistela, azúcar, coñac, canela, bebidas abundantes, limonadas, aguas carbónicas. Sostener el corazón con alcanfor y digalena. Mantener la desinfección.

ción renal con urotropina y grandes cantidades de glucosa. Los pulmones deben cuidarse especialmente por la facilidad de inserciones inestables; buena aireación, evaporaciones balsámicas. La fiebre debe combatirse ligeramente con antipiréticos e infusiones aromáticas. El insomnio responderá a los hipnóticos usados con cautela, el hidrato de cloral en solución. La anorexia propia de la enfermedad, difícilmente se trata, podemos usar los eupépticos. La terapia específica da resultados mediocres; los cuerpos metálicos con Cylotropina, Formotropina, Uroformina, oro coloidal, dan a veces buenos resultados, toda la serie de flavinas, etc. han sido usadas. El ha usado con éxito el absceso de fijación algunas veces.

Seguidamente el profesor CITELLI, de Catania, trata de la *Inmunoterapia en la septicemia auricular*.

Cita casos abundantes propios y de otros colegas tratados con vacunas, auto-vacunas, sueros específicos, con resultados halagadores unas veces y menos favorables otras. Prefiere la auto-vacuna y a no ser posible un stock-vacuna.

El Profesor MALAN, de Turín, trata de la *Tromboflebitis del seno cavernoso de origen auricular*. Poco frecuente y difícilmente diagnosticable tiene orígenes diversos.

La propagación puede hacerse por el seno lateral bulbo de la yugular y seno petroso. Flebitis del seno petroso inferior por conducto de la vena auditiva interna y laberíntica al seno petroso superior, esta propagación es dudosa. En un caso por una lesión del receso hipotimpánico se formó una colección en el nivel del golfo de la yugular y en lugar de provocar una flebitis del golfo produjo la flebitis del seno petroso inferior. Las venas que parten de la parte inferior del tímpano y región hipotimpánica atraviesan la pared ósea y un grupo en lugar de ir a la yugular o el plexo faríngeo va directamente al seno petroso. También cita combinaciones raras, citadas por SIEBEUMANN, por células comunicantes de la caja hasta el laberinto en la parte inferior; unas comunican con el canal carotídeo y otras el seno petroso por intermedio de trabéculas ligeras.

Hay otros procesos de infección, la osteítis de la punta del peñasco. Un absceso extradural. La flebitis del plexo venoso pericarotídeo, etc., etc. Va citando caminos más o menos rectilíneos de propagación de la infección al seno petroso y de éste al cavernoso; por este camino puede infectarse el seno cavernoso del otro lado. Señala luego los síntomas de obliteración con sus manifestaciones oculares y perioculares típicas; las parálisis del III, IV y VI pares no tienen otra explicación que una trombosis del S. C. por edemas, si es en el transcurso de una otorrea. Sigue especialmente la teoría de EAGLETON. El tipo septicémico tóxico tiene sólo manifestaciones septicémicas; también hay el tipo crónico de trombus aséptico. En este caso los síntomas después de una fuerte subida bajan paulatinamente. Estudia después el diagnóstico, el pronóstico, la terapia. El tratamiento quirúrgico hoy de resultados tan poco halagüeño es de gran traumatismo y poco expresivo.

El profesor BRUNETTI, de Padua, nos habla de *Tromboflebitis otógena del seno petroso y del seno longitudi-*

*nal superior*. Trabajo muy extenso del cual no nos atrevemos a hacer un pequeño resumen; apoyado en rarísimos casos y con aportaciones extensas de otros autores especialmente de DORELLO.

Siguen las comunicaciones y las pequeñas intervenciones de:

LE NICE.—*La septicemia auricular en el niño*.

LEMAITRE.—*Septicemia de origen ótico*.

REVERCHO.—*La flebitis sinusal sin trombus y la septicemia sin flebitis*.

SUÑÉ Y MEDÁN.—*Un caso de periflebitis*.

LAFFITE DUPON.—*Tromboflebitis aséptica*.

RAMADIER.—*Las flebitis post-operatorias del seno lateral*.

GAILLAR.—*La tromboflebitis sinusal de origen traumático*.

JUNG Y CHAVANNE.—*Acción de la ligadura de la yugular en la circulación*.

IRUESTE.—*Contribución a la terapia médica de la septicemia*.

Además hablan TERACOL, CANUYT, y muchos más sobre distintos aspectos del tema.

No han leído su trabajo de ponencia el Dr. HINOJAR sobre diagnóstico de la tromboflebitis ni ACOSTA sobre tratamiento quirúrgico de la tromboflebitis. A decir verdad eran los temas que más nos interesaban de cuanto hay tromboflebitis.

En resumen los más nuevo aportado ha sido la síntesis de todo cuanto hay publicado de hace años hecha por Georges LAURENS.

Por la tarde del mismo día empezó la discusión de la orden del día *Mecanismo y reacciones de la excitación del laberinto*, por QUIX, HENNBERT, LORENTE DE NO, BUYRE. Este tema originó una violenta discusión a base de las proposiciones formuladas por QUIX, de Utrecht.

El estudio del signo vestibular presenta todavía algunos problemas, fisiológicos y clínicos, sobre los que nadie está de acuerdo, lo que impide un rápido progreso a esta ciencia.

Antes de todo una discusión de este problema se impone para obtener una base en las buscas ulteriores de interpretaciones distintas:

1.<sup>a</sup> La aportación de la teoría de FLOURENS dilatada por EWALD, el cual dice que los reflejos provocados por los canales semi-circulares se producen en el plano del canal excitado y en la dirección de la corriente endolíntica, no ha sido comprendida hasta la fecha: el origen de diversas formas de nistagmus no está claro.

Si bien todos los auristas admiten que el nistagmus horizontal proviene de los canales horizontales, no están al unísono sobre la cuestión de saber cuales son los canales semi-circulares que provocan el nistagmus rotatorio y el vertical; así como para las otras formas de nistagmus, como el diagonal por ejemplo. Creo que no está lejana la hora en que se pondrán de acuerdo sobre esta cuestión. Los otros reflejos producidos por los canales semi-circulares no son bien conocidos, ni la influencia de tal o cual canal sobre la prueba del índice.

2.<sup>a</sup> La cuestión referente a la importancia de los canales semi-circulares para el mantenimiento del equi-

librio es muy discutida. Se ignora cuál es la influencia de los reflejos fisiológicos producidos por estos canales, sobre el equilibrio. Nada autoriza a hablar de canales semi-circulares como de un órgano de equilibrio, porque los reflejos tales como el nistagmus y las desviaciones del signo del índice después de rotación en la silla o irrigación de los oídos son fenómenos que alteran el equilibrio.

3.<sup>a</sup> Es necesario determinar cuál es la excitación adecuada para un canal semi-circular y fijar de una vez la noción de la corriente endolinfática, medible o no, a las rotaciones de la cabeza de rapidez variable.

4.<sup>a</sup> Teorías contradictorias son defendidas acerca de la excitación calórica o frigorífica. La teoría según la cual ellas producirían corrientes endo-linfáticas tiene todavía adversarios que oponen a ello excitaciones de otra índole, como la excitación vaso-motriz, térmica, etcétera. Este punto tiene una gran importancia para el otólogo. La explicación por corrientes endo-linfáticas presenta puntos débiles como el de no tener en cuenta los factores físicos.

5.<sup>a</sup> Sólo existen teorías contradictorias y vagas sobre la cuestión de la acción de la corriente galvánica sobre todo el órgano vestibular; es necesario examinarla de nuevo.

6.<sup>a</sup> El resultado de las investigaciones otológicas no ha sido lo que se esperaba hace una decena de años debido a la variedad de opiniones. Una revisión de las antiguas teorías anatómicas histológicas se imponen si queremos llegar a una apreciación exacta de la función otológica.

Las numerosas experiencias fisiológicas a propósito de los órganos otológicos animales han traído una multitud de opiniones contradictorias, de las que debemos eliminar la mayor parte para llegar a un resultado satisfactorio. Será útil buscar y descubrir con exactitud los fenómenos otológicos observados en el hombre y absolutamente indiscutibles y que servirán de base a búsquedas ulteriores.

El nistagmus y los reflejos de los miembros han sido determinados como fenómenos de las crestas. es necesario asimismo determinar cuáles son los reflejos otológicos uniformes y análogos capaces de provocar reflejos convenidos de antemano.

7.<sup>a</sup> El examen clínico actual que se limita a explorar los canales horizontales debe ser completado y extendido a todos los elementos de los órganos vestibulares.

8.<sup>a</sup> No sabemos casi nada de los nódulos centrales y de los travectos del nervio vestibular. Las teorías que han sido admitidas hasta la fecha deben ser abandonadas en gran parte.

La discusión se alargó con la intervención del doctor HENNEBERT, especialista en enfermedades nerviosas que parece tiene seguridad en la aclaración próxima de muchas de estas cuestiones expuestas.

Muchos otros intervienen: LEMAITRE, PASCUAL DE JUAN, LAFFITE-DUPONT, que expone sus trabajos originales sobre el laberinto de un pez, BOURGEOIS, HANTAN, RAMADIER, CANUYT, etc. VILA ABADAL trata de la excitación del laberinto por las corrientes galvánicas, los resultados obtenidos.

Terminada la sesión, el profesor TAPIA obsequió a los congresistas con un lunch y fiesta española muy completa en su regia casa de la calle de Hermosilla.

Al día siguiente a las 9 de la mañana el profesor TAPIA dió una conferencia sobre *Cáncer de la laringe*.

Habló de etiología, señalando especialmente el fumar como causa y el alcohol. Habló del tratamiento quirúrgico y físico. Señaló los buenos resultados de la laringectomía total por el proceder de GLUCK, clásico dejando los drenajes superiores durante unos días hasta que se ha agotado la salida de saliva que dura unos quince días, salvando casos aislados. Hace indicaciones precisas sobre intervenciones parciales seguidas de éxito. Estudia la causa de faringostomas, especialmente en los tejidos radiados y finalmente presenta un gran número de laringectomizados desde 18 años hasta 10 días. Casi todos hablan bien con sus aparatos fonéticos.

Intervienen HAUTANT, LEMAITRE, CANUYT, CANDELA, RODRÍGUEZ ILERA, RAMADIER, MOULONQUET, VILA ABADAL, HINOJAR, FAIREN y repetidamente LEMAITRE y HAUTANT y QUIX.

Podemos señalar que en general los franceses no practican la laringectomía y sí pequeñas intervenciones parciales seguidas de tratamientos físicos especialmente radiumterápicos y siempre con fe muy limitada. No es suyo el tratamiento de extirpación total de arriba abajo y todavía discuten si es mejor de abajo arriba, punto que nosotros tenemos resuelto hace quince años después de las aportaciones de BOTTEY, SOJO, FALGAR, TAPIA.

En la rectificación el doctor TAPIA indicó lo mucho que se inclina a tratamientos físicos y los éxitos obtenidos que no tardará en publicar y los buenos resultados de tratamientos quirúrgicos parciales combinados con radioterapia y radiumterapia.

LEMAITRE señala su preferencia por las intervenciones parciales y su creencia de que de los procedimientos de extirpación total el mejor es el de GLUCK.

CANUYT habla extensamente de *Biopsia en el cáncer de la laringe*.

Señala la necesidad de una buena anestesia con jeringa gota a gota y biopsia por vía indirecta, si este proceder no da resultado, por vía directa con laringoscopio y en último término con laringo-fisura.

El profesor TAPIA admite la vía indirecta como la indicada y casi única necesaria. No interviene ningún caso sin biopsia previa y en último término hace la biopsia en la intervención esperando el resultado que se obtiene con congelación de la pieza.

Después el doctor BOURGEOIS habla sobre *Diatermia en Otorrinolaringología*. Bella conferencia extensa en detalles y procedimientos para tratamiento de afecciones malignas y benignas. PASCUAL DE JUAN, FAIREN y otros hablan de los resultados obtenidos por los profesores de Suecia en el tratamiento de los tumores malignos del maxilar superior.

Por la tarde, METIANN, de Bucarest, presenta una serie de trabajos que lee; presenta el dibujo de un nuevo dispositivo para extracción de cuerpos extraños del esófago y especialmente indicados.

PÉREZ MATEOS, de Murcia, resume su trabajo sobre *Esbozo de una nueva teoría de la audición*. Estudio sim-

pático, claro, bien esbozado, lleno de lógica, que merece aprobación.

LLERENA BENITO: *Un caso más de tímpano azul.*

Seguidamenté, presidiendo el doctor RECASENS, presidente de la Real Academia, se hace la sesión de clausura.

El presidente se dirige a los extranjeros para decirles que se habían convencido de que no venían a ver una España de pandereta y manolas sino a una España de hombres trabajadores que se ocupan de ciencia en todos sus ramos.

Hubo recepción y lunch en el Ministerio de Estado y después un banquete en el Círculo de Bellas Artes ofrecido por los especialistas españoles a los colegas extranjeros. Hubo muchos discursos.

Al día siguiente el doctor TAPIA practicó una laringectomía en su Instituto de Oto-rino-laringología en presencia de los congresistas y el doctor VICENTE dió explicaciones y practicó algunos lavados de bronquios.

Muchos fueron los inscritos en este Congreso a pesar de la premura con que fué anunciado, portugueses, españoles, franceses, belgas, Quij de Holanda que se latinizó, italianos, rumanos, americanos de Haití, México, Argentina, etc.

Como resumen, podemos decir que nada nuevo se nos dió a conocer, bien porque la especialidad no llega más allá en el momento presente o porque la raza latina ha dado ya sus frutos.

L. VILA ABADAL