

COMPLICACIONS INTRACRANEALS DE LES MASTOIDITIS CRONIQUES

7 CASOS CLÍNICS EN 12 MESOS

pel Dr. LL. VILA ABADAL

No per ser ja força estudiades les complicacions intracraneals de les mastoiditis hem de deixar que quedin sens publicar els casos que anem veient en l'exercici de la nostra carrera, ja que mai serà prou imbuït en el criteri mèdic general la possibilitat de serioses complicacions en les malalties de la mastoïdes i relativament freqüents com pot veure's per la proporció que a mí em toca de set casos que he operat des del Juliol passat. No detallaré altres quatre casos que he presenciat operats per altres companys. Ja veieu que no és pas una complicació molt rara, encara que el meu càrrec m'hagi permès de presenciar una proporció major de la que correspon a altres companys. Pels resultats que vos exposaré veureu quan necessari és que vos detalli el curs dels mateixos, ja que és gros el fruit que dels mateixos se'n treu. Així també veureu els encerts i esguerros que hi hagi en el procedir i podreu ferne la crítica, sempre molt profitosa.

Anem al primer. 11 de Juliol 1920. Jaume Batlle, prevere, Ciutat, 11, 3.º, Barcelona. A la tarda el vaig veure en junta amb el doctor VILATÓ. El dia abans el veié el doctor MASIP i diagnosticà probable flebitis del sinus lateral.

Antecedents.—De molts anys té un eczema a l'orella; alguna hora sentí un dolor somort a la mastoïdea al qual no donà cap importància. No es donà compte que mai li supurés l'oïda, ni havia tingut trastorns de cap mena. Anys enrera, sovint tenia

un perell de dies de febre, mal de cap i embaràs gàstric que desapareixia amb una purga. Últimament tornà això a repetir-se.

Un dia sentí dolor pre-auricular i s'inflà la regió articular del maxil·lar; disminuí amb calmants. Als vuit dies se li féu una intervenció pel conducte fent-li molt de mal. Així continuà fins que als pocs dies tingué un fort dolor òtic que no se calmava amb res; tingué febre i als dos dies dolor intens a la regió occipital; al supurar l'oïda disminuí el dolor.

Amb un quadro semblant al tífic i alguns dies amb esgarriances de fred i febre que oscil·la entre els 38 i 40°, estigué al llit 11 dies.

Jo el vaig reconèixer el dia que feia onze; presentava els següents símptomes: Sentat al llit amb intel·ligència completament clara, responia a tot bé i aguantà bé la conversa. Febre alta, pols freqüent, cara pallosa, demacrat. Edema de la regió latero-cervical i post-auricular. Dolor somort a tota la mastoïdes. Supuració abundant pel conducte. No havia tingut cap vòmit. No hi ha el símptoma de LUC.

Vist aquest quadro vaig fer el diagnòstic de mastoiditis aguditzada amb septicèmia i probable flebitis del sinus lateral.

A la nit mateixa és operat a la Clínica del Remei. Ajudant, doctor CANTALLOPS. Anestèsia general.

Trobem el següent: mastoïdes amb cèl·lules plenes de fungositats, llardoses. Sinus lateral destruït i ple de fungositats i pus, obstruït des del golf fins a mig occipital. Decorticació i raspat del sinus fins que raja amb abundor per la part horitzontal del sinus i amb menys força per la paret del golf. La mastoïdes és ressecada tota en avall fins al límit més baix; en amunt, un tros d'occipital. Taponament. Apòsit. No s'ha fet la lligadura de la jugular.

Curs post-operatori.—Continuen les temperatures, en agulla la majoria. Algunes esgarrifança. Reabsorció de l'edema de la regió carotídea. Pus pudent per la ferida. Enteniment clar. Injeccions intravenoses de iode col·loidal. Als set dies, 23 Juliol, nova intervenció. Anestèsia general. Ressecció d'una bona porció més d'occipital; meninges cerebel·loses i de la fossa cerebral mitja al descobert en gran extensió. Ressecció dels múscles digàstric i esterno-cleïdo en part. Ressecció d'una porció de la base del crani vers al forat rasgat amb intenció de fer un Grunner. Lligadura de la jugular i de les branques tiroïdea i lingo-

facial que no formen un sol tronc: la jugular sempre s'omplena; lligadura en la part més superior i també s'omple; només pot pel un sinus petrós inferior, obertura de la secció lligada, no s'elimina. Raspat per alt fins a la desobstrucció del golf. Endarrera fins a vuit centímetres de la premsa d'Heròfil, que raja abundantment. Taponament i apòsit. No s'ha fet el primer perquè el golf sagna. Ajudant, doctor CANTALLOPS.

Primera cura als dos dies; molta pudor. Febre no en té el primer dia; el segon, 38°; segueix vuit dies amb alternatives d'apirèxia i febre en agulla, fins a 41°; algunes esgarriances. Tot cedeix al fer-li dues cures diàries amb dicloramina; la ferida granula. A l'intentar una sola cura, torna la febre per reabsorció de pus que encar abunda en l'ampla ferida i en plena granulació.

Injeccions intravenoses de iode col·loidal.

A darrers d'Agost surt de la Clínica. La ferida, amb molt bon aspecte. El 15 de Setembre marxa a Piera. El 8 d'Octubre torna amb la ferida molt cicatritzada. Queda una petita fístula a la regió latero-cervical d'origen probable d'una lligadura no reabsorbida i un petit espai retro-auricular falta cicatritzar.

Tingué flebitis de les safenes que durà un mes.

A darrers de Derembre queda completament curat.

La història del present cas és un poc confosa quant als antecedents. No hem pogut treure en clar l'existència d'una lesió òtica antiga; sols la d'un eczema i no és probable que les lesions de mastoides datessin d'un terme tan curt; és molt més adaptat a la realitat l'existència d'una mastoiditis crònica aguditzada que ocasionà la septicèmia per trombus del sinus lateral. La falta de dolor i de cordó en la regió de la jugular, em féu deixar de cantó l'existència de flebitis de la jugular a pesar de la infiltració de la regió carotídea i de l'estèrnium; a més, la sortida de sang ens inclinà de moment a no lligar la jugular.

La plenitud de la jugular en son extrem més superior, ens féu capir l'existència d'un trombus petit en el golf i que la lesió era de sinus.

L'absorció de toxines per l'ampla ferida fou la que aguantà les temperatures per tercera vegada; la prova és que cediren al repetir les cures. Dec observar que la dicloramina sempre m'ha donat bon resultat per a activar la vitalitat dels teixits i suprimir les infeccions.

A més i en els casos de septicèmia sempre dono injeccions intravenoses de iode col·loidal, generalment de Bascuñana.

No creguérem necessari en el present cas arribar a fer un Grunner perquè veiérem que la malaltia no era especialment de golf. Tampoc dubtàrem a reoperar-lo quan veiérem la persistència de la septicèmia. Convé sempre obrir amplament.

El segon cas es refereix a una noia, Maria Matamoros, 25 anys. De la Barceloneta.

El 10 de Desembre 1920, ingressa en la sala de l'Hospital Clínic, enviada pel Dr. FALGAR, amb el diagnòstic de septicèmia òtica.

El dia 11 d'Octubre, a l'examinar-la, em fa la següent història:

De petita tingué diverses malalties. Als 13 anys, després d'un ensurt, queda amb tremolors, sens paraula i sens poder caminar; li digueren que era mal de Sant Víctor; desaparegué als dos anys, d'una manera ràpida. Aleshores, començà una supuració òtica dreta; parà amb remei. Als dos mesos tornà i així ha continuat fins al present sens més molèsties.

Fa dues setmanes, la supuració parà de cop i tingué fort rodament de cap, tremolors amb esgarrifança, abundants suors i febre alta; això passà el dilluns una vegada i es repetí dues els dimarts; no ho ha tingut més. A la primera setmana tingué vòmits costosos, sempre després de pendre llet, amb oits. Fa una setmana que no n'ha tingut; l'aigua no la vomità mai.

Té rodaments de cap poc intensos sempre que salta del llit; desapareixen al sentar-se i a l'ajeure's; sentada, també ne té alguna vegada. Té mal de cap al front i a l'occipuci, constant des del primer dia; és lo que més l'amoïna.

Actualment, la temperatura oscil·la de 38 a 38'5°; pols un poc lent, 80 pulsacions.

Fenòmens oculars, sols un poc de tendència a la dilatació pupil·lar.

Reflexes poc clars i no semblen alterats. Ni Kenig, ni Babinsky, ni Brusinsky, ni contractura del clatell.

Un poc d'ensopiment general, retardada en el respondre; color un poc pallós; sembla un poc tèrmica; dolor a la pressió en l'angle parieto-occipital anterior, constant i violent, irradiat a tota la mastoïdes, que està edematosa. Conducte sec, tímpan cicatritzat, audició bastant bona.

Diagnòstic.—Tenint en compte el dolor fixo i intens, el

vertigen amb els ulls oberts; la febre molt constant dels darrers dies, les poques esgarrifances, el pols poc freqüent, l'estat tòxic de la malalta i el començament d'aquest episodi, faig el diagnòstic d'abscess extra-dural, probablement cerebel·lós, amb toxèmia consecutiva.

Operació.—12 Octubre 1920.—Hospital Clínic.—Ajudants: Drs. HUMEDES i CANTALLOPS

Colesteatoma antro-àditus i caixa; sols, queda un petit bossí de martell. Sinus lateral cobert i menjat per fungositats i pus concret, obstruït fins a 6 cm. del colze per darrera, fins al golf en avall. Ressecció òssia i del sinus fins que sangna; és rascat i desembossat. S'acaba la radical mastoidea.

Curs post-operatori.—Injeccions de poliiodacol, intravenoses.

Es mantenen les temperatures de 38° tres dies i baixa a 37, per a oscil·lar poc en el curs posterior algunes dècimes de clar en clar. El pols, encara que molt variable, es manté alt, 100 a 120, amb oscil·lacions a 80.

Desapareix el mal de cap. La ferida granula bé. Fungositats en la cara.

Surt de l'hospital en 22 de Novembre de 1920. Alta definitiva a darrers de Febrer. Queda un clot retro-auricular.

Consideracions.—El diagnòstic no fou acertat en absolut, perquè, bé que hi havia un abscess extradural peri-sinusal, lo que dominava el quadre era la trombo-flebitis amb septicèmia. No es féu la lligadura de la jugular perquè no presentava trastorns de la vena, sols el trombus arribava al golf i el focus era de sinus.

La malalta cura bé, sense incidents.

El 25 de Desembre de 1920, ha ingressat en l'Hospital Clínic, en nostra sala, Teresa Blasco, de 28 anys, d'Alcalà de Gisbert (Castelló).

Fa quatre mesos tingué otàlgia i supuració del costat dret. Curà.

Fa quinze dies, altra vegada otàlgia, vòmits costosos. Cefalàlgia; esgarrifança de fred i calor consecutiva.

Estava a França, on li feren una paracentesi, indicant-li una intervenció major.

En el moment la malalta té aplanament general. Impossibilitat per a caminar. Cefalàlgia i dolor provocat en la mastoides

i en la regió anterior i posterior de l'esternocleido, irradiat al coll. Dolor a la deglució.

Estat toxèmic, cara pallosa, ulls congestionats.

No té trastorns de reacció ocular, ni de reflexes.

Orina poc. Temperatura 36°. 80 polsacions, pols petit.

Diagnòstic.—Septicèmia per trombo-fiebitis de golf i sinus lateral.

L'endemà, 26 Desembre, 39'8° i 115 polsacions, pols petit.

Operació.—Radical ampliada amb obertura i raspat de sinus lateral.

Osteïtis d'antra, alt i profund; osteïtis i fungositats de mastoïdes. Sinus trombosat, a l'obrir-lo surt mig cm. de líquid axocolatat i petits coàguls negres. Obstrucció posterior poc profunda, dos centimetres, raspat. surt sang abundant. En direcció al golf no surt sang.

Vist l'estat deprimit de la malalta, se sospèn per fer un Grunner dintre dos dies. No s'ha lligat la jugular.

Curs post-operatori.—A l'endemà febre de 19'8° i el pols a 125. A la tarda del segon dia, baixa ràpidament la temperatura a 36'5° i el pols a 125, quasi imperceptible. Té els ulls molt grocs. Fetge dolorós. Vèrtex dret sub-mate. Suor fred.

Mort al tercer dia per defalliment cardíac.

La ferida plena de pus fètid. Mucosa cerebel·losa friable i esfacelant-se.

Autòpsia.—La jugular està lliure, el trombus sols és de golf.

Consideracions.—Aquesta malalta morí per septicèmia, no s'ha fet la lligadura de la jugular, molt indicada en aquest cas, no és pas fàcil, no obstant, que la malalta s'hagués salvat, tenia ja trastorns generals de destrucció hemàtica i complicacions hepàtiques i pulmonars.

Un sistema que sol coincidir amb la trombosi del golf, és el dolor a la deglució que presentava la malalta.

13 Març 1921 Lúcia Portell, Lauria, 59 prai. 2, (16 anys). De molt petita tingué supuració òtica amb complicació mastoïdea que se fistulitzà. Fou cuidada durant uns anys per un especialista amb tractament mèdic. Aparentment curà.

Durant cinc anys estigué en estat de latència.

Fa tres mesos supurà de nou un poc, se féu dolorosa la mastoïdes. Tingué malestar general; amb abatiment, amagriment i vòmits. Fa un mes presentà vertigens, desgana i malestar

general. Síntomes que desapareixen en supurar l'oida pel conducte i per la mastoïdes, als pocs dies s'inflà la regió mastoïdea. Un especialista extirpà un pòlip del conducte i féu una incisió de WILDE. Continuà un mes, dies millor, altres pitjor fins fa quatre dies que te algùn vòmit alimentici i algun rodament de cap. Quan jo l'examino té supuració abundant pel conducte auditiu esquerra, pus espès i pudent. Grossa fistula mastoïdea en la regió de l'antre un poc posterior. Dolor a la pressió especialment en l'antre.

Té un poc de tambaleig amb els ulls clucs. No m'és possible donada la nerviositat de la malalta provar les reaccions nistàgmiques per rotació, ni per irrigacions. La molta supuració i les fungositats de la caixa no em permeten buscar el símptoma de la fistula.

Audició molt disminuïda. Sorolls.

Sembla que ha tingut febre i alguna esgarrifança. 90 pols. No te pas cap paràlisi, ni parèsia. No té mal de cap.

No ha pas caigut mai, ni perdut els sentits.

Ni dolor ni empastament en la regió jugular, ni per menjar, ni a la pressió en e l'occipital.

No trec en clar les proves acumètriques.

Diagnòstic: Mastoiditis crònica, fistulitzada, amb retenció purulenta per agudització i amb fortes reaccions laberíntiques. Laberintitis, serosa.

Recomano la decorticació de la mastoïdes i radical, tan aviat com sigui possible.

16 Març 1921. Anestèsia crorofòrmica. En son domicili. Agudat per Torner i Cantallops.

Radical. Gros segrest de la paret externa de l'antre, una gran massa de colesteatoma amb sa coberta omple mastoïdes antre, àditus i caixa, la radical és feta. Infecció de les cèl·lules peri-facials. Al treure tota aquesta massa surten dos abscessos extra-durals un a cada costat del sinus lateral. Sinus de bon aspecte. Se troba una fistula en el sostre de l'antre tapada per fungositats per on surten uns 40 grams de pus molt pudent. Aquest abscess té una direcció diagonal a dintre i avant seguint la paret superior de la roca temporal de sis centímetres de fondària; amb cullereta s'acaba de treure tot el pus i matèria cerebral podrida.

Al netejar l'àditus apareix una fistula del semi-circular extern neteja de caixa plena de fungositats, pas cap osset. Am.

plia trompa. Plàstia amb secció de conxa. Drenatge antero i post-auricular.

En resum s'ha trobat una mastoiditis per colesteatoma. Dos abscessos extra-durals, peri-sinusals. Un gros absccés intra-cerebral del lòbul temporal i una fístula laberíntica del semi-circular horitzontal.

S'ha ressecat toda la mastoides, drenat l'absccés intra-craneal i feta la radical. No s'ha fet més, per la poca simptomatologia laberíntica de la malalta i perquè el pus de l'absccés cerebral podia infectar-nos el laberinte a posteriori. Pel mateix no hem punxat el sinus lateral, ni el cerebel, ja que no teníem cap símptoma que ens fes sospitar.

17 Març 1921. Següent a la operació. 37'8°-120 puls. Cura amarada de pus molt pudent i sang coagulada, teixits friables. En retirar el drenatge surten uns quatre grams de pus. Cura seca i drenatge a la gassa.—18 Març. 37'8°-110 puls. Dolors de cap i molèsties als ulls, no té vòmits. Cura amarada de pus. En treure el drenatge de gassa surt pus fluit i pudent. Teixits friables. Cura seca, drenatge amb grassa. 19 Març. 37'5° a la tarda 36'6°-105 puls. Apòsit menys mullat. Teixits més vius. Surt pus per la fístula cerebral. Cap vòmit. Ha dormit a la nit. Poso un tub de vidre per drenatge de 3 mm. gruix, entra sis centímetres seguint la paret superior de la roca temporal, a cinc centímetres en direcció horitzontal sagital surt un poc de líquid clar, cefalo-raquidi, retiro el tub. La malalta té esgarrifances de fred a la tarda i es queixa de molèsties als ulls i cap.—20 Març. 17'8°-110 puls. El tub tampoc ha drenat bé, surt pus al retirar-lo i a l'introduir les pinces fins al fons de l'absccés. Poso el mateix tub perquè altre de més gros no passa.—31 Març. No ha tingut mal de cap, té més gana, ha dormit. Teixits menys supurats. Surten uns cinc grams de pus en retirar el tub. Amb les pinces es troba bé la direcció i fondària de l'absccés en direcció horitzontal sagital i diagonalment que hem citat, a més la mateixa fístula comunica amb altre absccés la direcció vertical un poc enrera que fa un petit recolze al nivell de la segona circumvolució temporal i té una fondària de més de sis centímetres, agafant tot el lòbul temporal. Sempre surt pus en posar les pinces, pus clar, sanguinolent, fètid. Les dues direccions distintes fan difícil el drenatge. Poso el tub de vidre en la direcció horitzontal anterior fins a sis centímetres, té forats als costats per facilitar el drenatge. Cura seca.—22. 60 puls. 37'5°. No ha tingut mal de cap

ni molèstia; ha dormit tranquila. Apòsit poc mullat, pudent. Teixits vius, no supura l'os, ni les parts toves. En retirar el tub de vidre com si destapés una ampolla de gaseosa surten barrejats amb gas uns 40 grams de pus. Poso nn tub de vidre d'un centímetre de gruix per 40 centímetres de llargada en direcció horitzontal. No trobo cap abscess nou. A l'acabar la cura té 95 pols., ha augmentat de 35 pols.—23. 82 pols. 37'20. Teixits de bon aspecte. Apòsit amarat de pus. Al retirar el tub surt ple de pus concret, s'escorren uns 30 grams de pus grumollós, pudent, sense explosió, ni butllofes. Introdueixo poc el tub. Apòsit. 100 puls. No es queixa de trastorns generals i demana per llevar-se. Es de notar que al curar-la tots els dies té set. Està molt nerviosa i es queixa al taponar la caixa però no se dóna compte quan li poso el drenatge cerebral.

25 Març. 37-57 pols. En retirar el tub gran quantitat de pus i se posa 120 pols. 23 Març. 36·5-75 pols. En treure el tub, poc pus. Introduint les pinces tampoc ne surt. La malalta està eufòrica i té gana de menjar. 27. Gens de temperatura. Dorm bé, té gana. Surt abundant pus. Se lleva una hora. 28. La cura el doctor Abalo. Ha tingut mal de cap tota la nit en la regió occipital. Al matí ha menjat de mala gana i ha vomitat. 57 pols. 37'. Al retirar el tub surt pus abundantíssim i pudent, per tres vegades consecutives. 120 pols. A l'acabar la cura 120 pols. S'ha llevat. Ha passat el dia sens menjar i ensopida. A la nit nova cura. No ha sortit pus. 36·5-61 pols. Al retirar el tub surt pus i al passar les pinces en l'abscess superior fins a 6 cm. surt més pus. 72 pols. 29 Març. Ha dormit bé, té gana i no té mal de cap. L'apòsit sens pus. De l'abscess superior surt petita quantitat de sero-pus al retirar el tub. Dels altres trajectes surt líquid sero-sanguinolent al passar les pinces. 30 Març. 75 pols. 36·5. Ha evacuat el ventre. Apòsit sens pus, tenyit de sang. No surt gens de pus al retirar el tub, ni al sondar amb les pinces. 31 Març. 36 5 90 pols. No surt pus, ni líquid sanguinolent. Se lleva, menja bé.

1 Abril. 36·3-100 pols. No surt pus. Malalta bé. 2 Abril. 36·6-90 pols. No surt pus, només suc sanguinolent. No dorm gaire a la nit. 3 Abril. Ha somniat i dormit poc. No té trastorns visuals ni mal de cap. 36°-105 pols. Sols algun petit gromoll de pus en el tub, que em priva de retirar-lo. Al sondar amb les pinces sangnen els trajectes. Més tard, després de curada, té sopor, mal de cap i un vòmit.

Fa uns dies té tremolors generals i fred al curar la. Diu que

no veu bé les coses. D'uns dies abans d'operar que equivoca el nom de les coses algunes vegades. Paramnèsia. Al vespre 100 pols. 37°. Mal de cap, ensopida i no vol pendre res. Ha estat llevada tot el dia. El mal de cap és més accentuat a l'occipuci. 4 Abril. 60 pols. Pols petit i depressible. 37°. No surt pus, sols algun grumoll en el tub i alguu coàgul. A l'explorar els trajectes sagnen abundantment, especialment el superior. No surt pus d'enlloc. Està ensopida, respon amb peresa. Ha vomitat tot el que ha pres. No pot dormir i té insomni. Al sentar-se desapareix el dolor per augmentar a l'ajeure's, localizant-se a l'occipuci. Té la fòbia intensa: Pupilles reaccionen bé. No té gana i no ve de gust lo que li presenten. Es queixa de formigors a la cama dreta i braç esquerre. No pas cap paràlisi, ni rigidesa de clatell. No té vertígens. Encefalitis. Passo el tub introduint sols 2 cm. en direcció vertical. A la nit està tranquila. Des de les tres ha desaparegut el mal de cap i els vòmits; ha dormit tranquila. Pren aliment sens repugnància. Els ulls no li fan mal; veu bé. No té anestèsies, ni paràlisis, ni envarament. El pols petit oscil·la de 90 a 100 en pocs minuts i sens fer cap esforç. 37°. 5 Abril. Ha dormit, no té dolor ni fotofòbia. Menja bé. Llegeix bé, veu bé. 36·5°-70 pols. Ferida de bon aspecte, sens pus. A l'acabar, 62 pols. A la nit 36·7°-65 pols. Menja. Parla bé. No té fotofòbia ni mal de cap. 6 Abril. 37·5°-75 pols. No té gana, ni mal de cap, ni vòmits. 7 Abril. 36·7°-54 pols. Pols molt petit. Cap tonto. No té gana. Ferida neta. Al sondar els trajectes surt sang abundant. Retiro el tub i passo una metxa de gassa. 64 pols. Té occipitàlgia. A la nit occipitàlgia intensa que li priva de dormir. 60 pols. Pols petits i poc tens. La cefalàlgia sols desapareix amb morfina. 8 Abril. Ferida neta. 37·2°-54 pols. Menja poc, vomita alguna vegada. Pols fluix. Occipitàlgia intensa. Dorm amb morfina. Nit. Occipitàlgia ben localitzada a la tuberositat externa. Ha vomitat una vegada. Parla bé, no té reflexe plantar. Els tendinosos normals. Té un poc de carfolàgia. 36° 54 pols. Pols fluixíssim. No pot dormir ni amb morfina. L'occipitàlgia és per abscessos. Circumstàncies especials no me permeten la punció lumbar. 9 Abril. A primera hora me criden i a l'arribar trobo a la malalta difunta. Ha continuat el dolor tota la nit Ha vomitat altra vegada i ha mort; sembla col·lapsada.

Aquesta detallada història que vos he fet, un poc pesada de tant minuciosa, ens diu diverses coses.

La primera és la falta absoluta de simptomatologia d'uns

abscessos tan extensos del lòbul temporal esquerre. Sols s'havien notat reaccions laberíntiques ben explicables per la fístula del semicircular i l'amagriment amb un poc de deixadesa general.

En segon terme, que les manifestacions de compressió cerebral sols es presentaven després d'uns dies d'operada amb evident retenció, manifestant-se per la calma del pols que ràpidament es feia freqüent al buidar-se l'abscés. ¿Per què ara si i aleshores no?

Tercera, que quan la malalta semblà en vies de curació definitiva amb l'esgotament de pus que desaparegué d'una manera prompta després d'un dia de dues cures vinguessin els fenòmens que la porten a la mort. Fou que a l'obrir-se vasos amb l'augment de vitalitat dels teixits reparadors els gèrmens que hi havia en la ferida s'escorressin fins a les meninges? Si és que morís la malalta de meningitis com sembla indicar-ho l'agudíssima occipitàlgia encara que no hi haguessin quasi altres símptomes? En aquest cas, la necròpsia hauria sigut d'una ensenyança que no tindria preu. Tementat estiguí de proposar-ho, però el gènit de la família, sumament nerviós, que m'ocasionà més d'un disgust durant la malaltia i que vaig aguantar pacientment pel gran interès científic i moral que em donava el cas, com podeu suposar, me privà de semblant proposta i més a l'atribuir-me la culpa de la mort per suposar-me una equivocació en una cura des de la qual la malalta anà per mal camí. També em privà el fer una punció lambar que ens hauria, tal volta, aclarit el diagnòstic.

He de dir-vos francament que mai poguí fer un diagnòstic de la causa del fenòmens que s'anaven presentant en el curs de la malaltia car la intermitència tan soptada dels símptomes, la manca de temperatura; les intermitències de cefalàlgia, sopor, vòmits, desgana, fotofòbia, amnèsia, etc.; que unes voltes me feren creure en una encefalitis, altres en una forta anèmia cerebral, altres en una excessiva irritabilitat nerviosa i per fi vaig creure en una meningitis, o en un abscess de cerebel.

Tampoc vaig explorar el cerebel, ni el sinus a pesar d'estar tan a mà per no trobar cap símptoma de lesió d'aquests orgues. El que me preocupà molts dies fou si podia haxer-hi retenció purulenta i formació d'altre abscess, per això vaig explorar amb constància fins al fons els trajectes fistulosos sens resultat.

Recomanen tots els autors que no deu un hom introduir-se

més de 3 cm. Jo no vaig observar cap trastorn al ficar les pinces fins a 6 cm. i els tubs de drenatge igual; sols un dia sortí un poc de pus cefalo-raquidi al passar dels 4 cm. horitzontalment i no passà res, encara que ja tenia una infecció del quart ventricle. Sense una exploració tan profunda no s'hauria pogut drenar aquests abscessos. No vos dic res d'una altra intervenció en l'escama temporal per drenar l'abscés superior.

Malalta n.º 5.—Carmen Bo. 28 anys. Rosselló, 244.

1 Abril, 921.—Mentre tenia en cura el cas anterior vaig ser cridat per a veure en junta amb el Dr. PALAU una malalta a la qual de fa sis anys que li supura l'orella esquerra. De petita tingué una tifoidea amb meningisme intens.

Cuidada, la supuració òtica se fa intermitent. Fa un any, el Dr. MASIP li tragué un pòlit del conducte. Fa cinc dies comença a tenir malestar general, dolor a l'orella, regió temporal i febre de 39.º. Supurà als dos dies i disminuí el dolor, continuà l'adoloriment a la regió temporal. Més intens a la punta de la mastoïdes amb irradiacions lancinants al cap i coll. Dolor a la deglució. Temperatures de 37º-38'5º. Ahir 36'5 al matí, esgarri-fança al migdia i 40º de febre. Avui al matí 35'5º, al vespre 40º, sense calfred.

Dolor a la pressió de la punta intens. Dolor a la deglució. Cap més punt dolorós a la pressió. Adoloriment a la regió temporal. Llengua seca. Orina colorejada sens albúmina. Sensori bé. Malalta tranquil·la. Les pupil·les reaccionen bé. No té vòmits ni paràlisis ni atonies. Reflexe plantar exagerat. No té envarament de clatell. Caixa sens tímpan ni ossets. Un poc de pus. No hi ha pastositat a la regió temporal ni cervical.

Diagnòstic.—Mastoiditis crònica, probablement colesteatomatosa. Septicèmia òtica amb flebitis de la part terminal del sinus i probablement del golf de la jugular esquerra. El doctor MASIP l'havia vista al matí i diagnosticà flebitis del sinus.

Indicació urgent d'intervenció quirúrgica.

Intervenció: 2 Abril 921. Ajudant, Dr. SANTACANA. Anestèsia general Dr. FORTUNY. Domicili de la malalta.

Radical.—Mastoïdes ebúrnea com marbre, no té antre. Entrada d'àditus a 2 cm. de fondària. Cèl·lules aberrants amb pus petit. Cèl·lula peri-sinusal amb fungositats i pus pudent. Cèl·lules de la punta amb pus molt pudent. Ressecció de tota la mastoïdes. Al descorticar el sinus en la regió vertical s'obre amb una esquirla i raja abundantment. Paret sembla sana, os duríssim-

No puc fer la prova de LUC. Colesteatoma en la caixa. Ressecció de tota la paret posterior de conducte. Taponament. Ressecció de la conxa.

3 Abril.—100 pols 36'5°: Canvi taponament conducte.

4 Abril.—90 pols 37: Encara duren els vòmits del cloroform. Des de que ha estat operada no té dolor de cap, ni a la deglució. Primera cura fètida. Al treure el tap del sinus sangna abundantment; sembla sortir un poc de pus. Cura nova. A la nit no té vòmits, està fatigada i te son. 90 puls 37. Respon ambperesa. No té mal de cap.

5 Abril.—A les 12 de la nit ha tingut un ensurt, sentant-se al llit dient unes paraules incoherents i ha quedat comatosa. La trobo completament dormida. Les pupil·les dilatades reaccionen un poc a la llum i tornen a dilatar-se. Les parpelles mig tanca-des. No respon. Té un poc de trismus. Degluteix amb dificultat. No té vòmits. No té Babinsky, ni Kernig, ni envarament al clatell. No orina. Sembla un coma urèmic. 95 pols. 37: Apòsit pudent. Ferida de color de fulla seca, teixits tous esfacelant-se. Purga i diurètic. Nit. Continua el coma; s'inicia Babinsky a l'esquerra. Ha evacuat i orinat sense donar-se'n compte. Degluteix amb alguna dificultat. 37'5°-100 pols. Punció lumbar líquid a poca pressió, clar, se treuen 15 cm. Baixa la tensió arterial, té 130 pols. Examen bacteriològic i citològic pel Dr. BELTRI: completament normal.

6 Abril.—37'7°-105 pols. Pols tens i regular. Coma més accentuat. Relaxació muscular completa. No dona senyals de sensibilitat. No degluteix. S'orina sens donarse'n compte. Babinsky en els dos peus, més en l'esquerre. Pupil·les dilatades, peresoses. Apòsit molt pudent, poca supuració. Teixits friables, color de mort. Obro el sinus i no sangna, decortico una porció inferior de canal sinusal i raspo fins al golf, no sangna, desembusso la porció horitzontal i sangna un poc. No protesta per a res d'això; sols fa una petita contracció de la cara.

Nit.—100 pols. 37'5 Pupil·les igual. Un poc de reacció cutànea. Mou la cama dreta i té reacció muscular als braços. Al curar-la es queixa. Contrau parpelles i cara. Ferida menys pudenta. No sangna. No degluteix. S'orina. Aliment amb sonda nasal. Cura al dicloramime. Injecció intravenosa de poliiodasal.
7 Abril.—120 pols. 18'5° Segueix el coma. Contrau la cara i mou la cama. Ferida pudenta. Dicloramine i poliiodasal. Nit. 38'5°-100 pols., pols regular i tens. Mou cames i braços. No té Babinsky.

Reflexe pupil·lar igual. Comença a deglutir. Ferida igual. La mateixa cura. 8 Abril.—Des de les dotze de la nit la malalta parla i es mou sola, als tres dies de començar el coma. No s'orina. Degluteix. Ha tingut un vòmit de llet amatonada. 90 pols. 36° Pols regular, tens. Ferida de mal aspecte. Aigua oxigenada.—Nit. 36'5°-90 pols. Ferida fètida, esfacel del sinus fins al golf. Cura amb aigua oxigenada. Injecció poliiodasal.—9 Abril. 80 pols. 36° bon aspecte general. Vomita la llet. La ferida amb teixits friables.—Nit. 36'5°-80 pols. No ha vomitat.—10 Abril. 37°-85 pols. Bon estat general. Ha dormit tranquila. Molta pudor al pou del golf. Cura amb dicloramine.—11 Abril. Surt pus de la regió del digàstrie. La ferida comença a mamelonar. 12. Bon aspecte general i local. Cures amb iode.—13 Abril. 36'5°-80 pols. al matí; al vespre 37'3°-90 pols. No té mal de cap ni molèsties. La ferida de bon aspecte menys el fons del golf que encara és pudent.—14 Abril. Res anormal. La ferida molt viva, menys el golf. A la nit, té un calfred. 39°-105 pols. Fossa molt pudenta 15°. Al matí, apòsit molt fètid, 37'8°-98 pols. Dolor en la regió de la jugular. Cura amb dicloramine. Indico la probable necessitat de lligar la jugular i obrir el golf. La família està recelosa.—Nit, 37'8°-100 pols. Es troba bé. No ha tingut calfred. No té dolor a la jugular. Durant el dia ha oscil·lat entre 36'5° i 38°. Injecció intravenosa de poliiodasal. Cura amb dicloramine. La fossa fa pudor.—16 Abril. 36'7°-90 pols, al matí; a la nit, 37'3°-100 pols. Estat general bo, sens molèstia. Ha dormit bé. Injecció matí i vespre de poliiodasal. Injecció de vacuna anti-estafilocòcica Mulford, no dóna reacció.—17. La temperatura oscil·la entre 36'5°-37'2°-80 a 100 pols. Continua la mala olor del drenatge del sinus. La malalta eufòrica, menja bé. Els dies següents, segueixen dues cures diàries. No té febre. La ferida amb bon aspecte. La malalta bé. El 21 comença a llevar-se. El 5 de Maig la ferida no supura i granula abundantment. Surten illots epidèrmics.

El 6 de Juny, la ferida epidermitzada. Alta. Queda l'obertura-retro-auricular que serà tancada amb plàstia cutànea dintre uns dos mesos.

Sisé cas.—Diferent de tots els citats. Jean Civit, 30 anys, de Gràcia. El 23 d'Abril ingressa d'urgència a l'Hospital Clínic.

Antecedents.—Antiga supuració òtica doble. Fa uns tres mesos tingué una malaltia que li donà migranya intensa dreta, vòmits freqüents, dolor en l'espai de TRAUBE, sorolls a les orelles però no pas cap vertígen. Als vuit dies tornà a treballar. Fa

quatre dies tornà el mal de cap, els vòmits i tingué vertígen, no podent caminar sol, gran excitació dels braços. Al mateix temps quedà sord de l'oïda esquerra a més de la sordera que portava del dret.

A l'ingressar té el següent quadre clínic: Malalt prim, de color pallós, amb 39; pols freqüent. No pot aguantar-se dret. Molt sord. Absolut de la dreta, molt disminuïda l'esquerra. Supuració abundant pel conducte dret, molt pudenta. Dolor mastoide sord a la pressió.

Romberg positiu, absolut, amb ulls oberts i tencats: No té cap paràlisi. Malalt sumament deprimit i atentat.

Diagnòstic.—Probable abscess del cerebel.

A l'operar trobem la roca temporal formada per segrestos amb punts d'osteïtis diversos.

Faig un buidament total de laberinte; el segrest és molt pesat de treure'l perquè la corda del facial sens cap protecció travessa el camp operator i priva el pas.

Queda una ampla cavitat que es limita pel sinus lateral, les meninges cerebel·loses, les meninges de la fossa cerebral mitja, la punta del rocall, l'articulació temporo-maxil·lar i la paret inferior del conducte.

El facial com un llivant aeri travessa del forat auditiu interior a la paret posterior del conducte; es ruscat de les fungositats que el volten; a pesar de conservar-se sencer queda paràlitzat.

Hi havia també un abscess extra dural en el sostre de l'antre.

Curs postoperatori.—Des del següent dia el malalt s'aguanta dret: No té sorolls, ni vertígen. No té febre.

Va curant-se la ferida. El facial continua paràlitzat.

N.º 7.—El 16 de Juny entrà en la sala del Clínic, Ramon Portugués, de 21 anys. Ingressà d'urgència amb el següent quadre clínic: Fa anys que té supuració de l'oïda esquerra sens que li ocasionés grans molèsties fins que fa vuit dies li parà la supuració i començà un fort dolor de cap, mareig, vòmits, esgarriances, febre i desgana absoluta. Ha passat aquests vuit dies d'aquesta manera. Al reconèixer-lò trobo que està amb 40 graus 110 pulsacions. Color pallós, ensopit. Amb dificultat s'aguanta. Amb els ulls clucs no té estabilitat més que poca estona. El nistagmus poc sensible. El Romberg dubtós, un poc més marcat amb els ulls tancats. No hi ha Kernig, ni Babinsky, ni contractures, ni paràlisi. Les pupil·les reaccionen bé: Un poc peresoses.

L'oïda supura molt poc. No té tímpan. Caixa fungosa. Regió temporal i mastoïdea infiltrada i com pastosa. La regió cervical bé. Audició molt disminuïda.

Diagnòstic.—Septicèmia per trombosi del sinus lateral.

Operat immediatament trobem: Mastoïdes poc dura, a un mil·límetre està el sinus que ocupa tot l'antre i la paret anterior del canal sigmoidi s'apoya en la paret posterior del conducte i tapa l'entrada de l'àditus.

El sinus forma una grossa bossa boteruda des de la punta de la mastoïdes fins a la porció horitzontal. Lateix. Surt pus molt pudent de dintre i voltants.

Faig la radical construint un àditus, raspo la caixa plena de colesteatoma.

Obro el sinus ple de coàguls i pus; retallo les parets i arribo en avall lo més possible. Amb una cullereta rasco vers el golf i surt sang. Taponno. Enrera no sangna. Resseco una porció d'occipital i a tres centímetres del colze trobo una fístula en la paret externa del sinus que té tota ella l'aspecte de fulla seca; aquesta fístula comunica amb altre de l'os en la fissura occipita-mastoïdea i per sobre un abscess sub-periòstic amb pus clar i molt pudent.

Retallo la paret del sinus fins aquest nivell i aleshores sangna en manguera. Taponament.

No es fa lligadura de la jugular.

Post operatori.—El primer dia esgarrifança i 39°, 100 pols.

Al segon esgarrifança a la tarda, suor i 38°5, 99 pols.

Al tercer dia primera cura. Apòsit molt pudent. Meninges cerebel·loses, molt mal aspecte, color verdós, la paret del sinus del mateix color, sangna només la part del golf. Aigua oxigenada.

Tots els dies injeccions intravenoses de iode col·loidal. Des d'aquest dia només que unes dècimes a la tarda. 70 75 pols. Es troba millor. La ferida millora d'aspecte. No té esgarrifances. El malalt sembla seguir per bon camí. Menja bé i no té cap molèstia. Fa quatre dies que no ha tingut febre.

18 Juliol.—Té mal de cap, rodaments, desgana, llengua bruta i 38°, 100 pols. Llit, purga i dieta. Als tres dies ha desaparegut aquest estat febril i torna a llevar-se i menjar. La ferida va curant se de pressa.

L'estat general més simpàtic, començà a tenir color rosat a la cara, té gana i dorm bé.