

ENFERMEDADES

DE LA

Garganta y fosas nasales

Tomo III

53

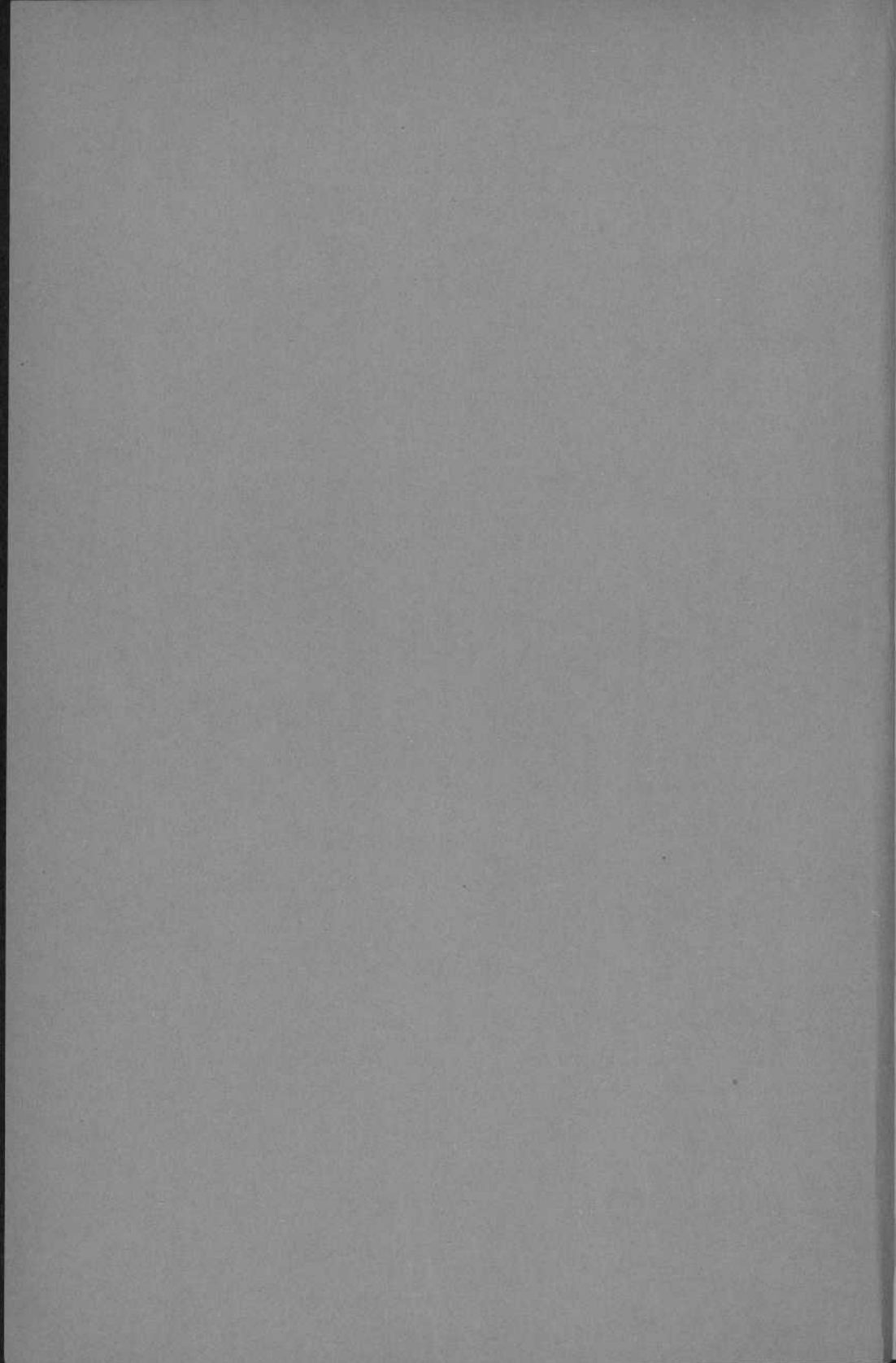
14753

~~14753~~

95
66

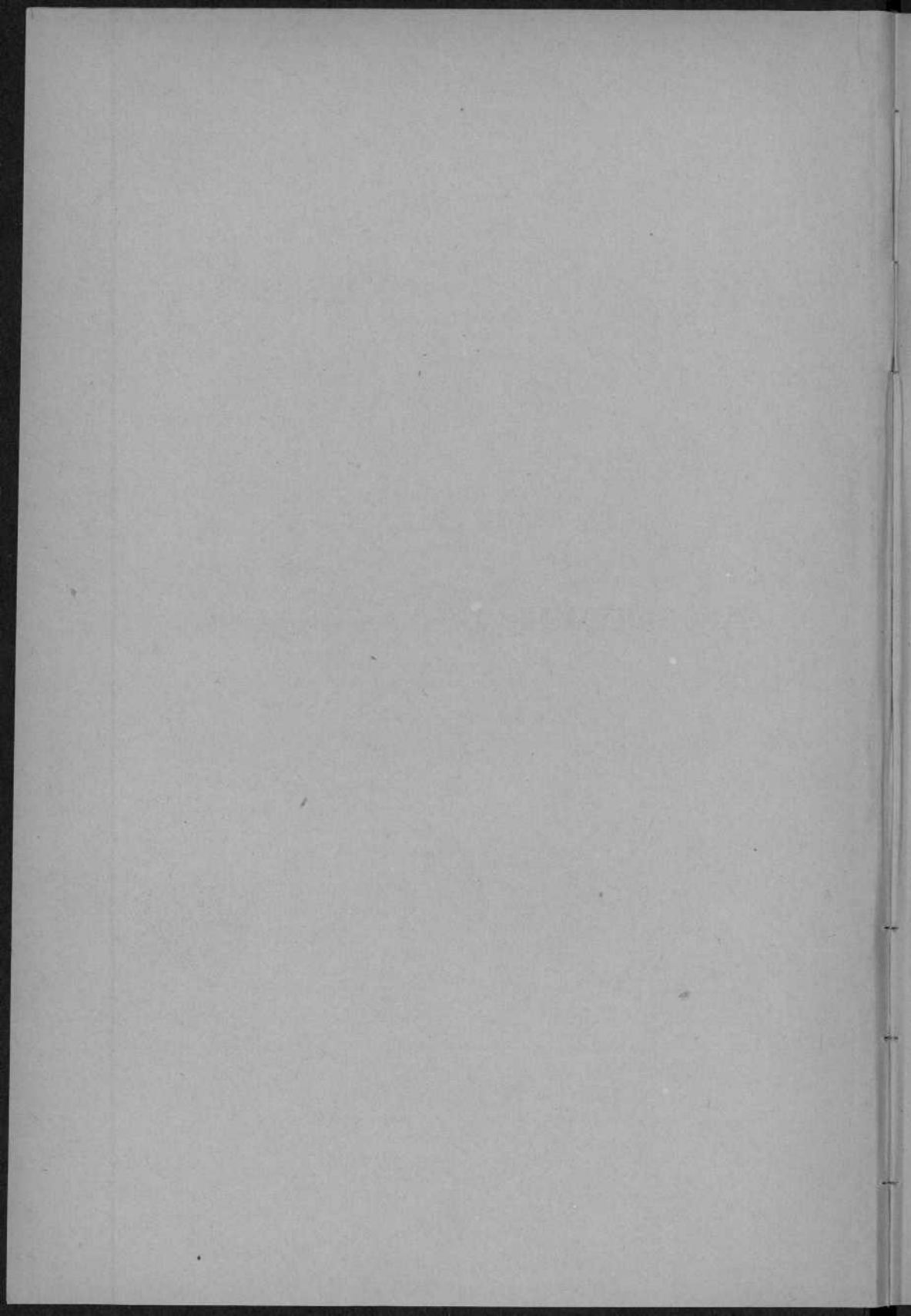
1870





TRATADO PRÁCTICO
DE LAS
ENFERMEDADES DE LA GARGANTA
Y DE LAS
FOSAS NASALES





BIBLIOTECA ESCOGIDA DE EL SIGLO MEDICO

TRATADO PRÁCTICO
DE LAS
ENFERMEDADES DE LA GARGANTA

Y DE LAS
FOSAS NASALES

POR EL
DR. E. J. MOURE

Encargado del curso de Laringología, Otología y Rinología
en la Facultad de Medicina de Burdeos,
director de la REVUE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Traducido y extensamente anotado

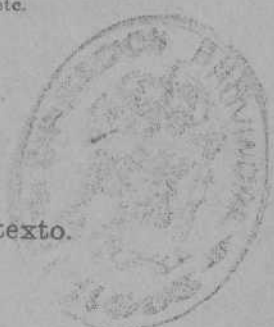
POR EL

Dr. Celestino Compaired

Encargado de un curso de Otología, Rinología y Laringología
en la Facultad de Medicina de Madrid;
profesor de las Clínicas oto-rino-laringológicas del REFUGIO y de la POLICLÍNICA CERVERA;
médico-director de baños, por oposición; laureado con
medalla de oro por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona;
del Instituto de Terapéutica Operatoria, etc.

TOMO TERCERO

Con numerosas figuras en el texto.



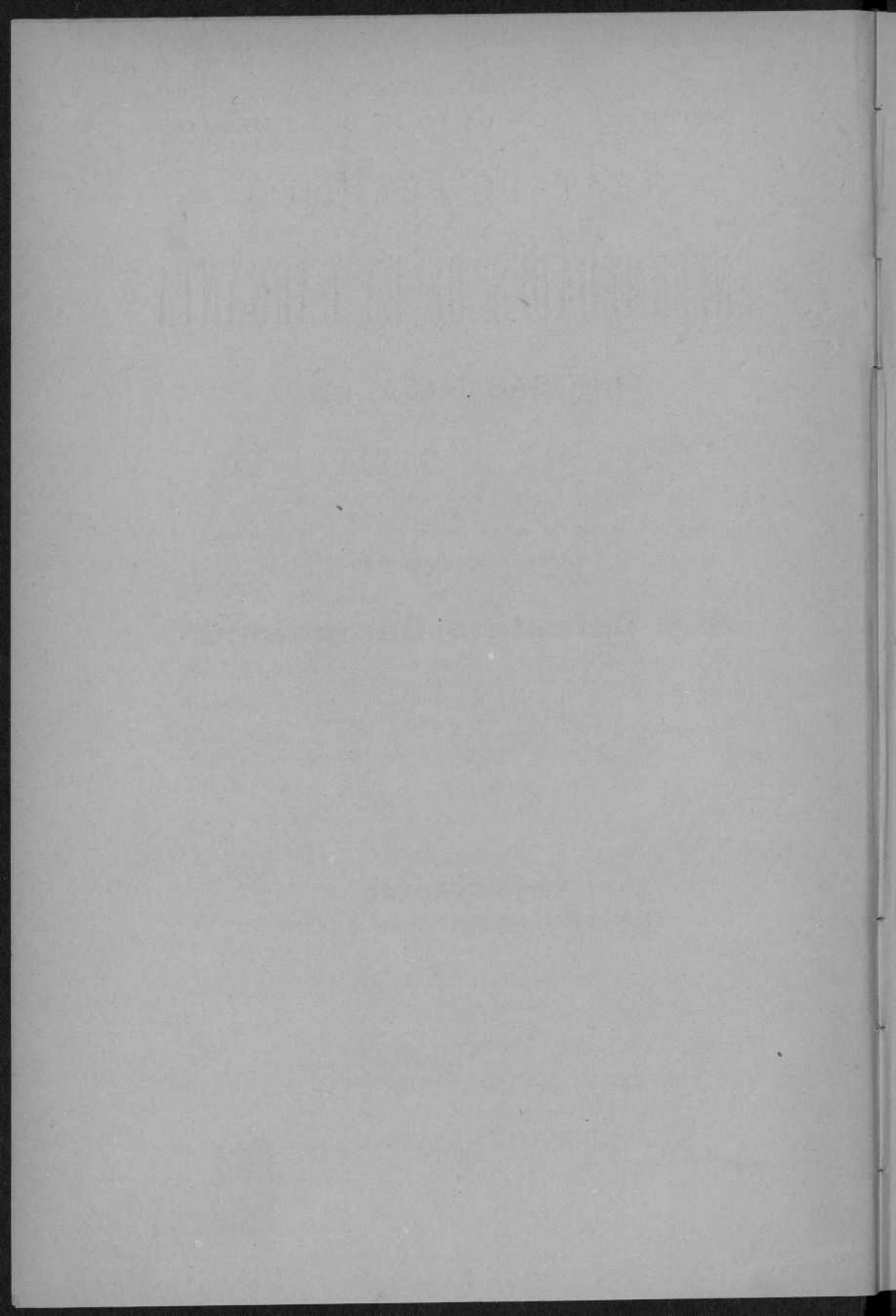
MADRID

IMPRENTA DE ENRIQUE TEODORO Y ALONSO

Amparo, 102 y Ronda de Valencia, 8.

Teléfono número 552.

1896



INTRODUCCION

Al ofrecer á la clase médica la segunda edición de este Manual, he de decir, desde luego, que á pesar de haberle podido dar un volumen mayor (600 páginas en lugar de 300), he preferido, ante todo, hacer un libro práctico. El cuadro de las afecciones de la nariz hase desarrollado por modo notable desde la publicación de la primera edición de esta obra, habiéndose transformado por completo esta patología especial. Han sido tan perfectamente estudiadas las afecciones de la faringe nasal y de las cavidades accesorias, que desde hoy deben figurar en los libros clásicos. Deseoso también de poner este Manual á la altura de los descubrimientos recientes, he revisado la segunda edición y he agregado nuevos capítulos.

He juzgado útil hacer seguir al estudio de la técnica rinoscópica, un capítulo de terapéutica general, en el que expongo los diversos tratamientos empleados en la actualidad y los contrastes de las ventajas é inconvenientes de cada método.

A la patología nasal, propiamente dicha, agrego un capí-

tulo sobre la hidrorrea del mismo órgano, sobre la rinitis fibrosa (coriza pseudo-membranoso), el coriza caseoso, el lupus, el muermo, etc. El estudio de la patología naso-faríngea ha sido absolutamente modificado. Considerando el tejido adenoideo de esta región como una verdadera amígdala que tiene su patología propia, trato de establecer una clasificación en armonía con los datos suministrados por la clínica.

Las afecciones de las cavidades accesorias han sido descritas en vista de los trabajos que han aparecido en estos últimos años, y, sobre todo, según los conocimientos que me han suministrado mi experiencia y mis estudios.

Numerosas figuras, originales en su mayor parte, han sido grabadas igualmente, para mejor hacer resaltar ciertas afecciones ó permitir explicar algunos nuevos métodos de tratamiento. Las figuras concernientes á las cavidades accesorias en particular, son todas inéditas y dibujadas con fotografías á la vista, hechas éstas según cortes practicados en el anfiteatro de Anatomía de Burdeos. Con tal motivo, debo dar las gracias en esta ocasión al Dr. A. Bouchard, profesor de Anatomía de nuestra Facultad, por la galantería con que ha puesto á mi disposición su laboratorio y los objetos de que he tenido necesidad.

A pesar de las adiciones, y deseando conservar en este libro el espíritu de un sencillo Manual práctico para el uso de los profesores y estudiantes, limítome á compendiar las opiniones generalmente admitidas. Finalmente, para facilitar el estudio de esta patología especial á los lectores poco familiarizados con los exámenes rinoscópicos, descarto los detalles ó las teorías que tengan poca importancia clínica.

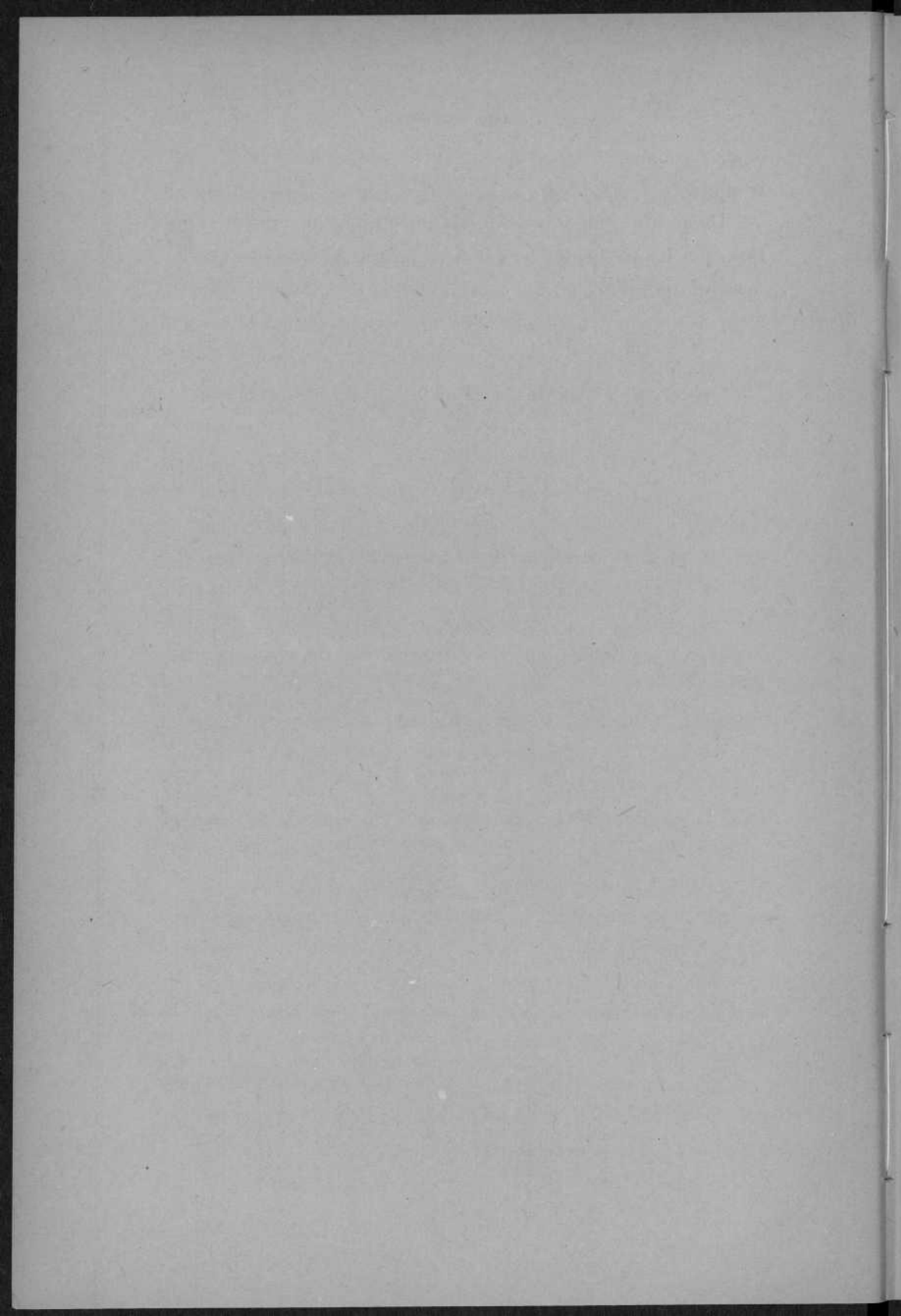
He escrito este libro basándome todo lo posible en los hechos observados en mi práctica diaria, sin olvidarme de

tener en cuenta los trabajos de mis colegas franceses ó extranjeros.

Debo, al terminar, manifestar mi agradecimiento al señor Doin por los particulares cuidados con que ha dado este volumen á la luz pública.

Dr. E. J. Mouré.

Burdeos, 1.º de Junio de 1893.



TRATADO PRÁCTICO
DE LAS
ENFERMEDADES DE LA GARGANTA
Y DE LAS
FOSAS NASALES

Anatomía de las fosas nasales.

Las fosas nasales pueden ser descritas como representando una vasta concha formada por las excavaciones de los huesos maxilares, muy anchamente abierta por delante y por detrás, dividida por un tabique medio, en el cual hacen relieves, por arriba, las células etmoidales, y, por los lados, los verdaderos cornetes (inferiores).

Si no se tiene en cuenta los diferentes relieves que vienen á llenar en parte las fosas nasales, puédesse describir cada una de estas cavidades como esencialmente constituidas por cuatro caras y dos aberturas: una cara superior ó bóveda, una inferior ó suelo y dos laterales, interna la una y externa la otra.

Las aberturas de las fosas nasales son dos para cada cavidad: la anterior ó ventana de la nariz, que en el europeo mira directamente hacia abajo, y la posterior (orificios posteriores ó coanas), que tienen una forma ovalada, y cuyo diámetro vertical mide en el adulto cerca de dos á dos y medio centímetros, en tanto que el diámetro horizontal no tiene sino poco más de la mitad que el precedente.

La parte anterior, que corresponde á la cara interna de las alas de la nariz, constituye el vestibulo de las fosas nasales.

PARED SUPERIOR. — La pared superior ó bóveda, horizontal en la parte media (etmoidal), está formada por el tercio anterior de la base del cráneo y la lámina cribosa del etmoides, se inclina bastante oblicuamente hacia adelante (porción nasal) y abajo, y se halla constituida por la espina nasal del frontal y los huesos propios de la nariz; se dirige igualmente por abajo y por detrás en su parte posterior (esfenoidal), estando limitada á este nivel, por el cuerpo del esfenoides y la apófisis basilar del occipital.

PARED INFERIOR Ó SUELO. — El suelo de las fosas nasales, casi horizontal en toda su longitud, se encuentra formado por la cara superior de la bóveda palatina, la cual se compone á su vez de la lámina horizontal del hueso palatino por detrás, y por delante por la apófisis palatina del maxilar superior.

En toda la porción anterior se encuentra el hueso subvomeriano ó apófisis de Stenon, formando parte de la cresta incisiva de Henle (1).

Los huesos subvomerianos, en número de dos (derecho é izquierdo), forman por su reunión una especie de clavo óseo (Rimbaud y Renaut) encajado en el espacio que queda libre entre la apófisis horizontal de los maxilares superiores y el borde alveolar, dependiendo en realidad á este nivel del hueso incisivo (Potiquet). Sobre todo á partir de la segunda dentición, que adquieren su mayor desarrollo, es cuando se eleva la cabeza de los huesos subvomerianos, pronunciándose entonces tanto más cuanto más se aumenta el abatimiento del suelo incisivo, en el momento de la erupción de los dientes permanentes.

CARAS LATERALES. — Tendremos que estudiar una cara interna y otra externa, ambas con una dirección casi enteramente paralela.

(1) El Dr. Potiquet, de quien tomamos la mayor parte de los detalles que conciernen á los huesos subvomerianos, opina que, en razón de su historia embriogénica, de la independencia relativa de sus espacios óseos, en medio de los del maxilar superior, y también á causa del importante papel que juegan en los espesores de la porción antero-inferior del tabique, merecen un lugar aparte en la descripción del esqueleto ósteo-cartilaginoso del septum nasal.

„Con los años — dice este autor — se desarrollan, pero su crecimiento no es regular y uniforme. Los huesos subvomerianos del adulto no representan simplemente el tipo fetal agrandado en sus dimensiones; porque su forma difiere sensiblemente de la que afectaba en la infancia.

„El examen comparativo de cráneos desarticulados de adultos, ó no desarticulados, muestra á menudo cuán poco recuerdan los huesos subvomerianos del adulto los de todo niño joven. Hay algunos que se estiran en la lámina vertical, otros que, espesos y gruesos, están como amontonados sobre sí mismos; otros de perfil retorcido, contorneado, etc. En suma, la fisonomía del hueso subvomeriano se presenta en el adulto tan variada y tan mudable, que pudiera decirse con alguna razón que no hay un hueso que, de un sujeto á otro, pueda parecerse tan poco á sí mismo.

„Esta fisonomía tan tornadiza parece que se acomoda bien á las condiciones en que crece, á la mayor ó menor libertad con que se desarrolla, á las resistencias que experimenta, y á las presiones que sufre. Que los huesos subvomerianos, en unión con los vecinos, y más ó menos en connivencia con el cartilago cuadrilátero y los cartilagos de Jacobson, pueden engrosarse ó desviarse hasta el punto de obstruir en parte el meato inferior, pruébalo el examen rinoscópico, con ayuda de un estilete flexible ó puntiagudo. Que alguna vez sus relieves sean tan audaces que merezcan una intervención quirúrgica, lo atestiguan algunas observaciones, particularmente las del doctor Harrison Allen.

„El hueso subvomeriano representa la apófisis palatina media del hueso incisivo de los mamíferos, habiendo sufrido una nueva orientación el cráneo facial, á consecuencia del movimiento de baseala que experimenta en el hombre, comparado con el animal.

A. La *cara interna*, formada por el tabique medio de la nariz, quedará, según Zuckerkandl, vertical y media hasta la edad de los siete años; después, á partir de esta época, se encorvará más ó menos hacia uno ú otro lado. Welcker afirma asimismo que, desde la edad de cuatro ó cinco años, se empieza á observar una desviación de esta parte de la nariz, y muchas veces nosotros mismos hemos podido encontrar en los jóvenes, y en el cráneo de los recién nacidos, una inclinación ó corvatura del septum ó tabique. No obstante, de una manera general, puede considerarse como exacta la observación de Zuckerkandl.

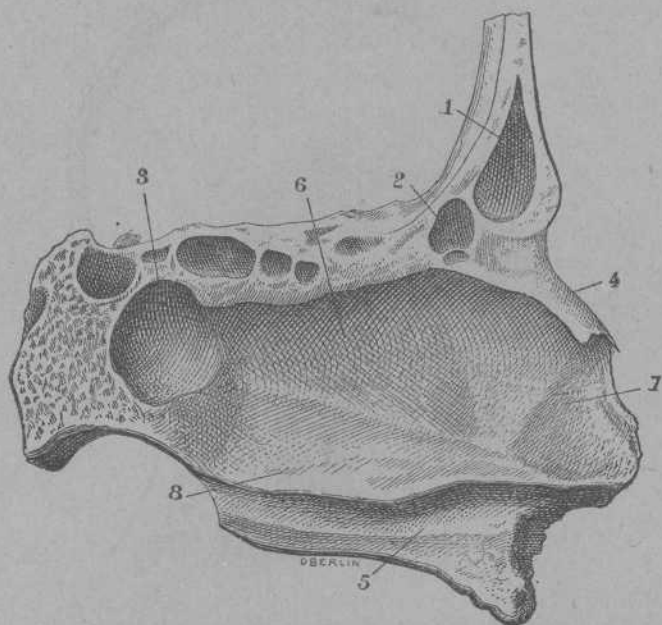


FIG. 75.—Corte antero-posterior de la pared interna de las fosas nasales, mostrando:

1. Seno frontal. — 2. Célula etmoidal anterior y superior. — 3. Seno esfenoidal. — 4. Hueso propio de la nariz. — 5. Bóveda ósea del palatino. — 6. Lámina perpendicular del etmoides. — 7. Cartilago cuadrangular. — 8. Venas. (Reducción de una fotografía; corte del Dr. E. J. Moure.)

Esta cara se compone del vómer, de la lámina perpendicular del etmoides y del fibro-cartilago del tabique.

Este último completa el espacio angular comprendido entre los dos huesos precedentes, siendo de tan capital importancia, que conviene dedicarle una descripción especial. Más abajo de su borde postero-inferior se encuentran dos laminitas cartilaginosas independientes, descritas la primera vez por Haschke, designándoselas bajo el nombre de car-

tilagos vomerianos, ó de Jacobson. Principiando al nivel de la espina nasal, se dirigen hacia atrás y hacia arriba costeando el tabique y el vómer (*Testut, Traité d'Anatomie*).

B. La *cara externa*, bastante más complicada y más compleja, es igualmente casi vertical; esta formada por el hueso unguis, la lámina orbitaria del etmoides, la cara interna del maxilar superior, la lámina perpendicular del hueso palatino y el ala interna de la apófisis pterigoides.

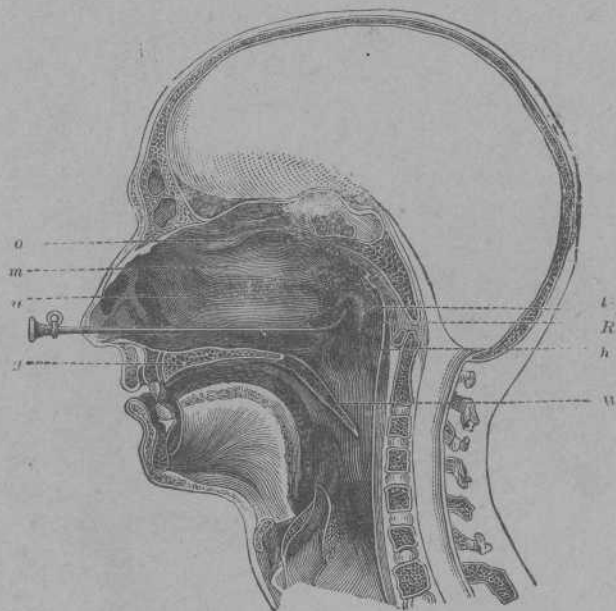


FIG. 76. — Corte vertical de la cavidad naso-faríngea.

o. Cornete inferior de la nariz. — m. Cornete medio. — n. Cornete superior. — g. Bóveda del paladar. — w. Velo del paladar. — h. Pared posterior de la faringe. — R. Fosa de Rosenmüller. — t. Rodete posterior de la trompa de Eustaquio. Un catéter está introducido en la trompa.

Sobre esta parte del esqueleto de las fosas nasales encontramos tres ó cuatro relieves huesosos, encorvados y rollados á manera de volutas, y designados con el nombre de cornetes. Siguiendo el lugar que ocupan con relación al suelo y á la bóveda de la nariz, se les llama con el nombre de inferiores, medios y superiores. Todos los cornetes son horizontales en su punto de inserción; pero se enrollan en seguida sobre sí mismos de un modo absolutamente irregular, variando, no solamente con cada sujeto, sino que también con cada fosa nasal. En su parte

posterior tienen los tres cornetes su punto fijo sobre un plano casi vertical. aproximándose, sin embargo, más á la bóveda nasal cuando sus dimensiones se hacen más pequeñas. Así resulta que el cornete inferior llega casi hasta el orificio de las ventanas nasales anteriores, en tanto que el cornete medio está más alejado y los cornetes superiores lo están todavía más. El cornete inferior, formado de un hueso independiente, es el más denso y el más desarrollado.

Los cornetes medios y superiores, dependientes del etmoides, están constituidos por una lámina huesosa, á veces extremadamente delgada y delicada.

Según Zuckerkandl, en la tercera parte de los casos se encontrará

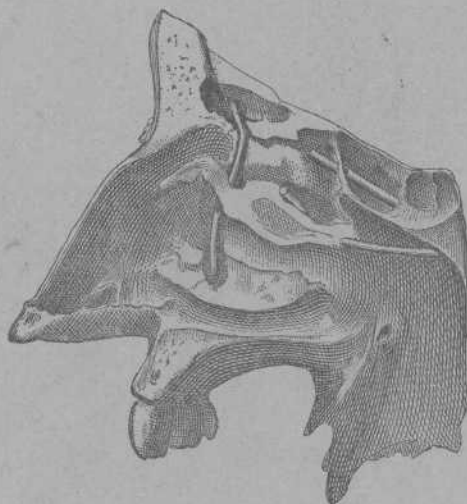


FIG. 77. — Corte antero-posterior, que muestra la pared externa de las fosas nasales con los orificios y canales abriéndose en sus cavidades; los cornetes inferior y medio; el canal nasal; la abertura de las células etmoidales posteriores y el orificio del seno esfenoidal.

un cuarto cornete formado por la división del cornete superior, y todavía más pequeño que este último. Los espacios comprendidos entre los cornetes llevan el nombre de meatos y, según la posición que ocupan, se designan con el nombre de meatos inferiores (entre el suelo de las fosas nasales y el cornete inferior), meatos medios (entre el cornete inferior y medio) y meatos superiores (entre el cornete medio y el superior).

En el tercio anterior del meato inferior se encuentra el orificio inferior del canal nasal, oculto, en el vivo, por un repliegue de la mucosa de la nariz.

El meato medio comunica por arriba con las células etmoidales anteriores. En el tercio anterior de la pared externa percíbese una hendidura semilunar (*hiatus semi-lunaris*), que mide como dos centímetros de longitud. Esta especie de gotiera profunda dirígese oblicuamente hacia abajo y atrás, estando formada en la parte inferior por un repliegue de la mucosa, lo mismo que, frecuentemente, por una cresta huesosa

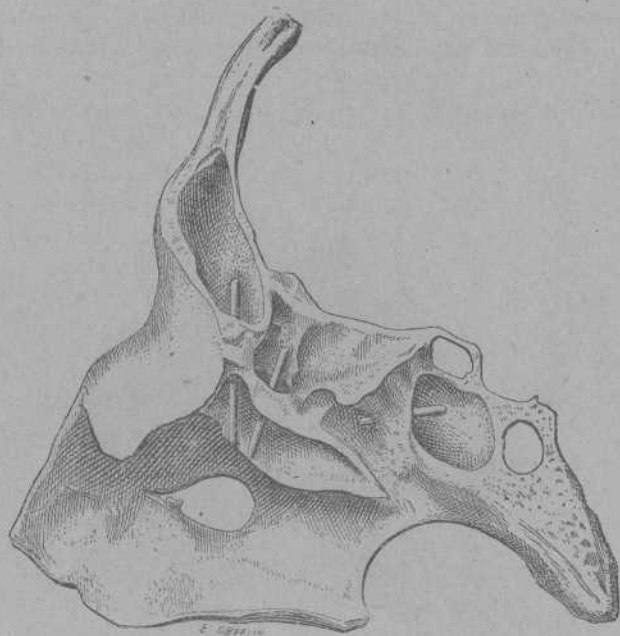


FIG. 78. — Corte antero-posterior practicado un poco fuera del tabique de la nariz y con el que se ha dividido el cornete medio, mostrando el seno frontal con su orificio inferior que se dirige hacia el infundibulum, el cual se encuentra sobre la porción levantada, y el orificio de comunicación de las células etmoidales anteriores con el cornete medio, que está hendido por una cavidad (cornete ampular). Se ve, además, el seno esfenoidal con un estilete puesto en su orificio; existe una perforación del tabique que ocupa el punto de reunión de la lámina perpendicular del etmoides, del vómer y de la parte posterior del cartilago cuadrangular. (Según una fotografía; corte del Dr. E. J. Moure.)

(apófisis unciforme) recubierta por la membrana pituitaria; más abajo de ella encuéntrase un relieve más ó menos considerable, descrito por Zuckerkandl con el nombre de *bulla ethmoidalis*, ó promontorio de las fosas nasales. Esta hendidura llega á terminar por la parte anterior en una porción un poco más estrecha, *infundibulum*, que comienza por delante y por arriba con el seno frontal, mientras que al nivel de su extremidad se encuentra el orificio principal del seno maxilar, del

cual, la forma y las dimensiones varían considerablemente de un sujeto á otro. Muy estrecho y redondeado en unos, es, por el contrario, muy ancho y ovalado en otros. Bastante á menudo hemos encontrado, detrás de este orificio principal, uno ó dos orificios accesorios situados detrás y encima del precedente, del que no está separado á veces más que por una lámina fibrosa extremadamente tenue. Insistiremos sobre la delgadez, á veces considerable, de esta parte de la pared externa que, del todo semejante al papel, déjase muy fácilmente atravesar por el estilete ó cualquiera otro instrumento obtuso.

MUCOSA PITUITARIA. — La mucosa de las fosas nasales se continúa por delante con la piel al nivel del orificio de las ventanas de la nariz, y, por detrás, con la mucosa de la faringe. La capa profunda está formada por un tejido fibroso que se amolda á todas las anfractuosidades, relieves y depresiones que se observan en las cavidades de la nariz, y de una capa superficial ó mucosa que contiene las glándulas y los vasos. Perfectamente lisa y bastante delgada al nivel del tabique, del suelo y de la bóveda de las fosas nasales, la mucosa es más floja y más espesa en casi todas las otras partes de la nariz, enviando prolongaciones que se continúan con la que recubre las cavidades accesorias (senos frontales, maxilares, etc.), y los conductos que á ella desembocan (canal nasal, trompa de Eustaquio).

Sobre el tercio anterior de la pared interna de las fosas nasales, y, por consecuencia, en el tabique cartilaginoso, hacia la parte antero-inferior de esta pared, á tres ó cuatro centímetros del orificio anterior de la nariz, forma la mucosa una especie de culo de saco que mide de 2 á 7 milímetros de longitud, dirigiéndose por detrás y algo hacia arriba, y abriéndose por delante un poco hacia abajo del canal nasopalatino. Esta especie de retroceso, á menudo poco aparente en el adulto, pero especiamente muy clara en el niño (Testut), se considera por algunos anatómicos como un rudimento del órgano de Jacobson, mientras otros juzgan que representa la glándula del tabique, que en ciertos animales (prosimianos) alcanza un considerable desarrollo. De cualquier modo que sea, es conveniente conocer la existencia de esta depresión, á la que el Dr. Potiquet ha creído deber hacer jugar determinado papel en la patología del tabique de la nariz.

El tercio superior de las fosas nasales, que recibe las ramificaciones del *nervio olfatorio*, es conocido con el nombre de *región olfatoria*, llamándose lo restante de la cavidad *región respiratoria*.

La membrana pituitaria está recubierta por un epitelio cilíndrico de pestañas vibrátiles, salvo al nivel del orificio anterior (vestíbulo) donde es pavimentoso. Á esta altura, la mucosa se continúa con la piel que, en torno de las ventanas de la nariz, está guarnecida de lar-

gos pelos (vébrices) los cuales desempeñan un papel muy importante en el acto de la respiración.

Las glándulas, bien estudiadas por Sappey, son unas glándulas arracimadas muy numerosas y esparcidas por toda la superficie de la mucosa, preferentemente en su porción inferior (región respiratoria).

ARTERIAS. — La mucosa pituitaria contiene un gran número de vasos, que se ramifican por su superficie y permiten explicar la frecuencia relativa de las hemorragias nasales ó epistaxis. Las ramas principales son la nasal, la eseno palatina, la pterigo-palatina que viene de la maxilar interna, y la etmoidal de la oftálmica.

VENAS. — Las venas son igualmente muy numerosas y acompañan á las arterias. Las venas etmoidales van á abrirse en el seno longitudinal superior, pasando por el agujero ciego; las nasales forman el origen de la oftálmica, estableciendo comunicación entre la circulación intra y extracraneana, y las demás venas desembocan en la facial.

TEJIDO CAVERNOSO. — Está perfectamente demostrado hoy día que la mucosa pituitaria contiene en determinadas regiones (cornetes inferiores, parte antero-inferior del tabique, borde libre del cornete medio) un verdadero tejido cavernoso, cuyas arterias son relativamente poco importantes si se las compara con las venas numerosas y de volumen que se encuentran allí (1).

LINFÁTICOS. — Los vasos linfáticos se dirigen de adelante atrás, pasando por delante del orificio de las trompas, para volverse hacia los ganglios laterales de la faringe.

NERVIOS. — Los de la sensibilidad general vienen del maxilar superior (eseno-palatino) y del oftálmico (nasal).

Los nervios de la sensibilidad especial son los dos nervios olfatorios que se distribuyen al nivel del tercio superior de las fosas nasales (región olfatoria) y terminan en las células descritas por Schultze, y á las cuales se ha dado el nombre de este autor.

FISIOLOGÍA

La nariz, colocada como una especie de trompa ósteo-cartilaginosa

(1) El tejido eréctil de las fosas nasales ha sido perfectamente estudiado por los Dres. Isch Wall (*Progrés Médic.*, Septiembre 1887) y más tarde por el Dr. Arvizet en su trabajo inaugural (Lyon, 1887).

en la parte anterior y media de la cara, es, no sólo el órgano del olfato, sino que cumple importantes funciones también en los fenómenos tan complejos de la respiración y fonación (voz y canto).

A. OLFATO. — En el estado normal, el aire cargado de las emanaciones odoríferas, para atravesar las fosas nasales durante la inspiración, está obligado á chocar contra la bóveda de esta cavidad y dispersarse en las anfractuosidades y en los senos de dicha región, de tal manera, que todas las partículas olorosas contenidas en el aire inspirado, vengan á ponerse en contacto con todos los puntos de la membrana pituitaria é impresionen las últimas ramificaciones del nervio olfatorio.

Cuando la nariz es defectuosa, la olfacción se encuentra profundamente alterada, puesto que, en el momento de la inspiración, la corriente de aire sigue el suelo de las fosas nasales, que es evidentemente el camino más corto para llegar á los pulmones.

El aire expirado puede asimismo producir sensaciones olorosas, aunque menos vivas sin embargo. Tal diferencia estriba claramente en el diferente mecanismo de la inspiración y de la expiración, pues en el momento de la inspiración, el vacío que tiende á formarse en el pecho, atrae con alguna fuerza el aire de las partes superiores, ó sea el de las fosas nasales y el de todos sus senos (Béclard).

El aire exterior, viniendo á llenar este vacío, tiene gran tendencia á renovar el de las fosas nasales y, por lo tanto, á hacer penetrar en la parte superior de la nariz las partículas olorosas contenidas en el aire respirado. Por el contrario, en el acto de la expiración, el aire que viene de los pulmones pasa por orificios muy amplios, y no tiene más que una débil tendencia á desalojar el que está contenido en las anfractuosidades nasales.

Además, el aire penetra difícilmente en el meato superior (Bresgen), á causa de encontrarse este último protegido por detrás por el *cuerpo* del esfenoides.

Las ventanas de la nariz juegan también un papel importante en el acto de la olfacción (Réau, Sappey), pues si la membrana pituitaria es impresionada por olores desagradables ó irritantes, se contraen para mitigar la sensación olfatoria.

Sabiendo el importante papel que juegan los fenómenos de la respiración en el ejercicio del olfato, se comprenderá con facilidad que pueda suprimirse voluntariamente esta sensación, no inspirando más que por la nariz, y atenuar notablemente las impresiones olfatorias respirando ampliamente con la boca abierta, de manera que la corriente aérea pase casi por completo por la cavidad bucal.

Sabemos, finalmente, según los estudios anatómicos, que la región olfatoria se encuentra en el tercio superior de las fosas nasales, mien-

tras que la porción inferior está exclusivamente reservada á la respiración, por lo que se la conoce con el nombre de porción respiratoria.

El olfato tiene su relación con la conservación del individuo, así como con el de la especie, para muchos animales. Nos asesora de la pureza del aire que respiramos, y nos informa acerca de la calidad de ciertos alimentos. Finalmente, el olfato en el hombre, y sobre todo en los animales, presenta importantes relaciones con las funciones de reproducción. Conocidas desde la antigüedad, estas relaciones han sido perfectamente estudiadas por Cloquet, en su *Osphresiologyta*. « No es un lazo tan débil como se cree, el dulce perfume de un gabinete de tocador, » ha dicho con razón Juan Jacobo Rousseau.

B. FONACIÓN. — VOZ. — CANTO. — Limitémonos á decir aquí, que las fosas nasales sirven de caja de resonancia y que, durante el canto sobre todo, algunas partes del organismo entran en vibración al unísono del sonido que se produce en la glotis y se refuerzan.

Es de observación vulgar que la obstrucción de una ú otra de las fosas nasales modifica profundamente el timbre de la voz y constituye eso que se llama *ganguero*, debido á la exageración en la resonancia de la voz en las cavidades de la nariz.

Examen de las fosas nasales.

Puede practicarse el examen de las fosas nasales de dos maneras perfectamente distintas: la primera (rinoscopia anterior) se hace por el orificio anterior de la nariz, previamente dilatado por los procedimientos que habremos de indicar; la segunda (rinoscopia posterior), mucho más difícil de practicar, se consigue con la ayuda de un espejo colocado en el fondo de la garganta, detrás del velo del paladar (1).

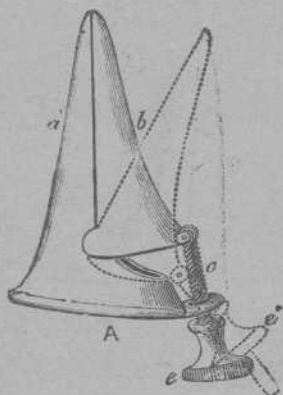


FIG. 79. — Espéculum nasi de Duplay.

A. Orificio del espéculum. — A y B. Valvas del instrumento cerrado; los puntos indican la posición de la valva móvil en el momento en que está abierto el espéculum.
E. E. Paso del tornillo que sirve para abrir gradualmente el instrumento.

1.º RINOSCOPIA ANTERIOR. — Desde luego, se puede y debe reconocer el vestíbulo de las fosas nasales, levantando simplemente la punta de la nariz hacia arriba y hacia atrás, permitiendo este primer

(1) Hemos omitido intencionadamente la rinoscopia media, hecha con un espejito introducido sobre el suelo de las fosas nasales.

examen cerciorarnos de la integridad de los orificios de las ventanas de la nariz. Pero por tal procedimiento apenas es posible ver más allá de la extremidad anterior del cornete inferior, por lo cual, y á fin de hacer una exploración más completa, estamos obligados á introducir por la ventana de la nariz un espéculum destinado á mantener abiertas y separadas las paredes de este orificio.



FIG. 80. — Espéculum nasi aventanado ó fenestrado.

Los espéculums que nos parece llenan mejor este objeto son, sin género de duda, el de Duplay (fig. 79), ó el de Schuster (de Aix-la-Chapelle), no siendo este último, en suma, más que una modificación feliz del primer instrumento. Efectivamente, en este último, las dos valvas del instrumento cerrado son un poco menos cónicas, lo cual

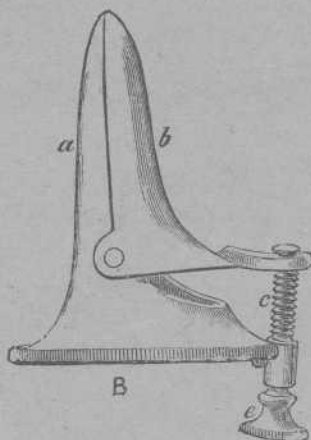


FIG. 81. — Espéculum nasi de Schuster (Aix-la-Chapelle.)

hace que su introducción sea más fácil, y aun cuando resulta el espéculum en su totalidad más grande que el de Duplay al nivel de su pabellón, esto no obstante, no se abre tan bruscamente su extremidad libre.

En algunos casos será igualmente útil el empleo del espéculum bivalvo aventanado ó fenestrado (fig. 80), el cual nos permitirá inspec-

ccionar las partes del tabique y las alas de la nariz sobre las cuales descansan las valvas del instrumento. Sin embargo, este último tiene el inconveniente de dejar pasar las escamas epidérmicas ó los pelos situados en la entrada de las ventanas de la nariz, y, por consecuencia, restringe el campo de observación. También deberá reservarse el espéculum aventanado para las afecciones que tengan su asiento únicamente en la parte anterior de las fosas nasales.

El espéculum fenestrado de Fränkel tiene sobre el espéculum



FIG. 82. — Espéculum aventanado de Fränkel.

aventanado ordinario la ventaja de poder ser introducido, bien en la misma fosa nasal, ó bien una valva en cada fosa, lo que permite dilatar al mismo tiempo las dos alas de la nariz. Una vez que las ramas están suficientemente apartadas, posee este instrumento la ventaja de mantenerse fijo en la posición en que se le ha dejado; pero en los casos en que se desea mantener separadas las alas de la nariz sin necesidad de ayudante que sostenga el espéculum, preferi-

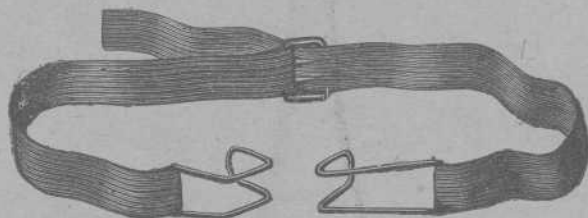


FIG. 83. — Espéculum nasal del Dr. Creswell Baber.

mos el dilatador de Creswell Baber, cuya aplicación es muy fácil y por sí solo mantiene perfectamente dilatado el orificio de la nariz (fig. 83).

Este instrumento conviene sobre todo, para practicar una operación en la entrada de las fosas nasales (1).

En los casos en que se quiera examinar las partes profundas de la cavidad nasal, podrá usarse el espéculum ó embudo de Zaufal (fig. 84).

(1) Constituye además un excelente dilatador de la tráquea, cuando se ha practicado la traqueotomía, para sacar los cuerpos extraños alojados en aquel órgano.

Para introducirlo fácilmente, será conveniente anestesiarse de antemano la pituitaria, con una disolución de cocaína al 1 por 10. La retracción de la mucosa que sigue a esta maniobra, unida a la anestesia producida, harán más fácil la introducción del instrumento, el cual iremos deslizando poco a poco y muy despacio a lo largo del suelo de las fosas nasales, tan adelante como sea posible, con objeto de poder

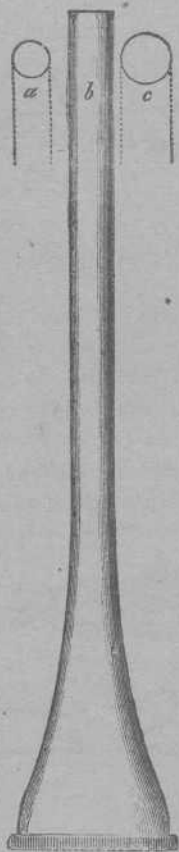


FIG. 84. — Espéculum de Zaufal.

inspeccionar el espacio naso-faríngeo, cosa mucho más difícil de percibir en el estado normal con los otros aparatos de exploración. El Dr. Zaufal recomienda igualmente un espéculum parecido al anterior, cuanto a su longitud, pero formado de dos valvas que se apartan la una de la otra, una vez que el instrumento está colocado en el interior de la nariz.

Finalmente, há poco hemos hecho construir un espéculum bivalvo,

abierto por un lado. Esta abertura lateral permite retirar fácilmente el espéculum, sin quitar los instrumentos introducidos en las fosas nasales para operar ó curar en esta región. Como en nuestra modificación de Schuster, nuestro espéculum tiene valvas paralelas que comprenden tres dimensiones para adaptarse á todas las clases y formas de ventanas de la nariz (niños y adultos).

Cualquiera que sea el espéculum elegido, y una vez introducido

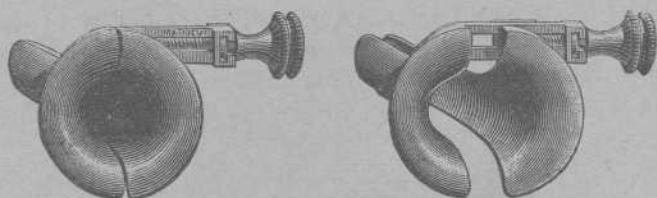


Fig. 85. — Espéculum nasi del Dr. E. J. Moure.

por la ventana nasal que se trata de examinar, tendremos que proyectar en esta cavidad un haz luminoso que venga, ora de fuera (luz solar), bien de un foco luminoso artificial tan intenso como sea posible. La luz solar ofrece demasiados inconvenientes para que pueda emplearse de una manera corriente; por lo tanto, deberemos recurrir á la luz artificial. La luz de una lámpara de aceite, ó de petróleo, ó de un mechero de gas, son muy suficientes; sin embargo, para practicar un examen rinoscópico, si puede obtenerse un foco luminoso todavía más

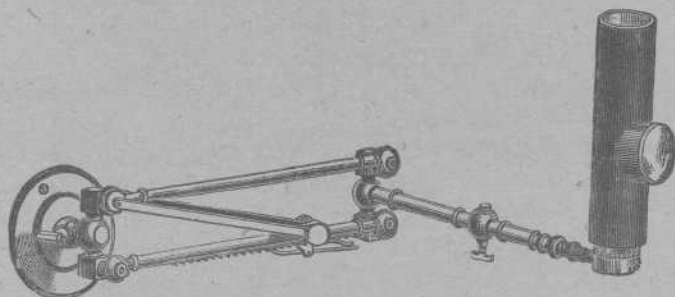


FIG. 86. — Lámpara con movimiento articulado del Dr. Morsell-Mackenzie.

intenso, se hará más fácil el examen de la cavidad, toda vez que la pondremos mejor iluminada.

También aconsejamos á los prácticos que tengan ocasión de hacer bastante á menudo el examen de las fosas nasales, de la laringe, de los oídos, y lo mismo podría decir de otras cavidades, que usen el aparato descrito más abajo, el cual se compone simplemente de una

lente plana, no convexa, destinada á aumentar la potencia luminosa de un foco cualquiera y que posee la ventaja de poder adaptarse á las lámparas ordinarias (1).

La figura 86 representa este aparato, colocado sobre un mechero de gas, sostenido á su vez por un pie articulado, que permite dar á la luz todas las direcciones que se quiera.

Para proyectar los haces luminosos en las fosas nasales podemos servirnos ó de un espejo cóncavo montado sobre un mango (espejo de Trölsch), que tiene próximamente un radio focal de 12 á 14 centímetros, ó de un espejo frontal empleado para los exámenes laringoscópicos, ó bien del espejo con venda ó con anteojos (fig. 87), provisto de un agujero oval en su centro. Este último, fijo en su armadura por una

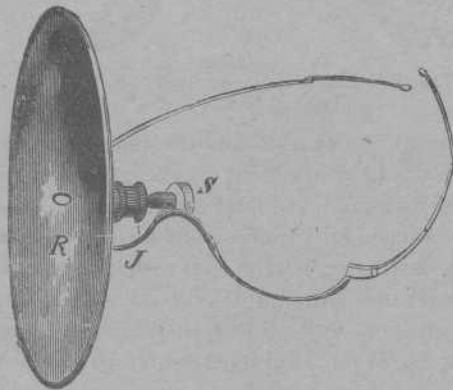


Fig. 87. — Espejo frontal fijo sobre una armadura de antejo.

articulación olivar, permite variar su inclinación según las necesidades, pareciéndonos el más cómodo.

Hoy que la electricidad se ha hecho de un empleo relativamente común, se podrá hacer uso, ora de un espejo frontal armado en su centro de una lámpara eléctrica (método de Garel), ora de un pequeño fotóforo montado sobre la venda frontal (Hélot), ó sobre un armazón de antejo (Moure) (2).

Del examen rinoscópico anterior. — Dispuesto el foco luminoso según lo acabamos de describir, se colocará el paciente frente al observador, con la cabeza muy ligeramente echada hacia atrás. Después de haber

(1) Los prácticos que deseen más datos sobre las formas de iluminación más habitualmente empleadas, pueden consultar las lecciones relativas á este asunto en el tomo I de esta obra, páginas 19 y siguientes.

(2) Véase la figura 6.^a del tomo I de esta obra.

inspeccionado los orificios de las ventanas de la nariz, el observador, provisto de su espejo frontal, ó de mano, introducirá despacio con la mano izquierda el espéculum por la ventana nasal que se haya de examinar, teniendo cuidado de dirigirlo cuanto sea posible hacia abajo y hacia atrás, casi paralelamente al suelo de las fosas nasales. Hecho esto, y una vez que el espéculum está colocado, separará el operador

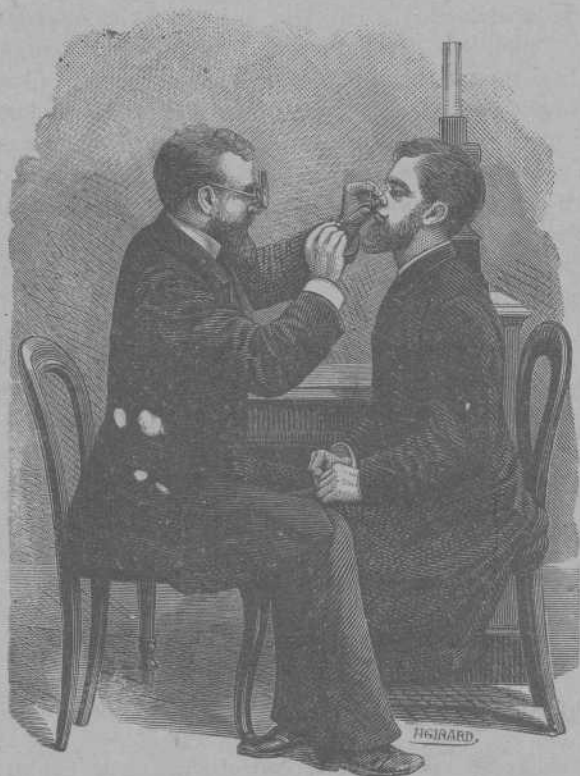


FIG. 88. — Posición del observador y del enfermo durante el examen de las fosas nasales anteriores. — La mano derecha del observador tiene un porta-algodones acodado colocado en la entrada de la cavidad nasal derecha del paciente.

despacio las valvas del instrumento, dando vueltas al tornillo colocado en uno de los lados, y teniendo cuidado de no separar excesivamente la pared externa de la ventana de la nariz, con objeto de no ocasionar sufrimientos al paciente. Esta precaución será útil, sobre todo, en los niños ó en las personas pusilánimes, á las que ya basta para asustarlas la sola vista de los instrumentos y del aparato que necesita esta ins-

pección. Colocado así el espéculum, habrá que proyectar un haz luminoso sobre el interior de la cavidad nasal (fig. 88).

Tal es, en suma, el procedimiento empleado de ordinario para iluminar estas regiones y hacer la inspección.

Sin embargo, si se dispone de la luz eléctrica, podrá ponerse en práctica el procedimiento preconizado por el Dr. Cozzolino, que consiste en colocar en la cavidad naso-faríngea (pasándola á través de la boca por detrás del velo del paladar) una lamparita eléctrica, la cual ilumina el fondo de la cavidad nasal, cuya inspección hemos de practicar por la parte anterior. Además de que esta maniobra exige cierta experiencia por parte del operador, no puede prolongarse largo tiempo sin correr el riesgo de quemar las partes de la faringe nasal que se hallan en contacto con la lámpara introducida. Efectivamente, siendo ésta de un calibre forzosamente pequeño, tiene el inconveniente de

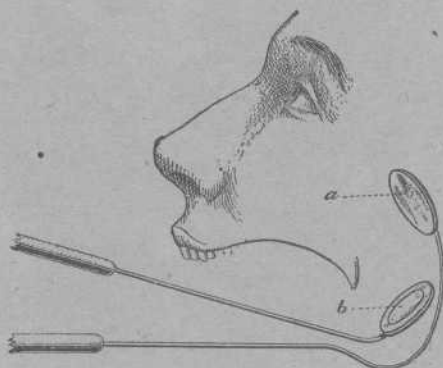


FIG. 88. — Rinoscopia por doble reflexión.

calentarse muy pronto y producir quemaduras que es preciso saber evitar.

La elevación del velo palatino con el gancho de Schmidt (véase *Rinoscopia posterior*) facilitará el examen bastante, si bien complicándolo un poco. Claro está que siempre convendrá ejecutar estas maniobras después de anestesiar con la cocaína la cavidad retrónasal.

Sea el que quiera el procedimiento empleado para practicar el examen de las cavidades de la nariz, se ve, desde luego, la extremidad anterior del cornete inferior, de aspecto liso y sonrosado y como separado del suelo de la nariz por el meato inferior, y cuyas dimensiones varían en cada sujeto. Haciendo inclinar la cabeza adelante, vese también el suelo, pudiéndose asimismo, en muchos casos, seguir el cornete inferior hasta la parte posterior y distinguir la pared faríngea y el orificio de las trompas de Eustaquio, siendo entonces muy claramente visibles

éstas, cuando los cornetes se separan del tabique y cuando se atrofian á consecuencia de una enfermedad, por una disposición congénita, ó después que se ha hecho la cocainización de la mucosa.

Si se hace inclinar mucho la cabeza hacia atrás, se ve el meato medio, y la cara inferior y el borde del cornete medio, al que puede seguirse igualmente en toda su longitud.

Los cornetes superiores, por lo demás muy pequeños, aplanados y arrollados sobre sí mismos, son casi invisibles por el examen rinoscópico anterior.

Cuando el individuo tiene la cabeza del todo inclinada hacia atrás, se ve encima de la parte anterior del cornete medio, la bóveda angulosa de la nariz, de la que generalmente sólo se descubre la parte anterior.

Rinoscopia por doble reflexión. — Voltolini es el autor de este procedimiento, todavía más difícil de usar que el precedente, y cuyo croquis adjunto (véase la fig. 89) suministra una idea bastante exacta.

El tabique es accesible á la vista en la mayor parte de su extensión, excepto al nivel del meato superior y hacia su extremidad posterior, que no es visible sino cuando las cavidades de la nariz son muy amplias á consecuencia de la atrofia de los cornetes ó de su poco desarrollo.

La coloración de la mucosa pituitaria normal es sonrosada; pero en los puntos en que se encuentra fuertemente adherida al cartilago ó al hueso subyacente es jaspeada. Frecuentemente existe en su superficie una red vascular delicadísima, aparente, sobre todo al nivel de la parte inferior del tabique.

La mucosa es lisa, ininterrumpida, brillante y amoldada al esqueleto, cuyos contornos sigue.

En el estado sano, el toque con el estilete es en muchas partes muy desagradable, y produce fácilmente lagrimeo y el estornudo, ocasionando algunas veces tos, vértigos y hasta un estado semisincopal (Michel) ó una simple palidez de la cara.

Dicho toque de las cavidades nasales con el estilete será alguna vez necesario, para reconocer el estado de la sensibilidad táctil de la mucosa pituitaria, definir los productos patológicos, reconocer su punto de ataque, ó juzgar finalmente de la consistencia de las partes que se ofrecen á la vista y de la naturaleza de las secreciones observadas, cuando existen en la fosa nasal en el momento del examen.

2.º RINOSCOPIA POSTERIOR. — Después de haber examinado las fosas nasales anteriores de la manera que acaba de exponerse, se deberá completar su examen por medio del espejo rinoscópico, que permite inspeccionar suficientemente la cavidad naso-faríngea.

Debo decir que la exploración de estas partes de las fosas nasales

va acompañada algunas veces de dificultades de tanta monta, que es imposible vencerlas. Así sucede que, muy á menudo, en los niños ó en las personas tímidas, el miedo que les infunde la vista de los instrumentos basta para impedir, al menos cuando intentemos los primeros exámenes, este precioso medio de investigación.

En algunos casos, en los adultos especialmente, es la disposición misma del velo del paladar, casi pegado á la faringe, ó la irritabilidad considerable y anormal de la parte posterior de la garganta, las que dificultan la introducción del espejo rinoscópico.

Estas últimas causas podrán, á no dudarlo, quedar descartadas en lo sucesivo, gracias á la introducción en la terapéutica del clorhidrato de cocaína, que permite obtener una anestesia completa de todas estas partes, y, por ende, evitar los movimientos reflejos que impiden el examen.

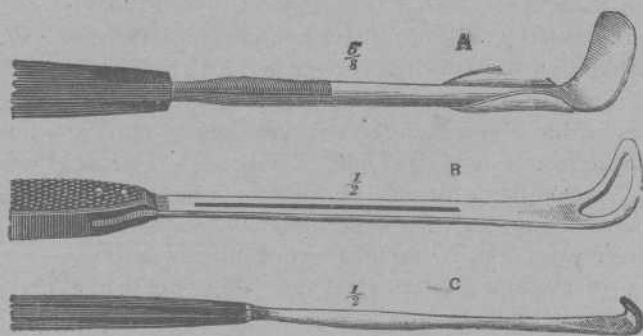


FIG. 90. — Ganchos palatinos.

Para obviar el primer inconveniente que acabo de señalar (adoseamiento del velo del paladar á la pared faríngea), algunos autores habían propuesto el empleo del elevador de la úvula que se adaptaba al espejo (Duplay), ó del que se mantiene en la mano (Czermack, Voltolini), mientras que el depresor de la lengua y el espejo, reunidos á la vez, estaban asidos en la otra. Con objeto de evitar los movimientos reflejos que el empleo de estos instrumentos produce casi inevitablemente, Voltolini aconsejaba no ir con suavidad á pasar detrás de la úvula, para levantarla lentamente, sino, por el contrario, aplicar francamente su elevador detrás del velo del paladar y tirar con viveza de estas partes hacia adelante.

Es preciso reconocer que, á pesar de estas precauciones, se experimentan á veces dificultades reales para servirse de estos instrumentos, que es preciso tenerlos en la mano izquierda en todos los casos. Además de que la tracción hecha sobre el velo del paladar no es

siempre igual, este último, mal cogido por esta clase de elevadores, se escapa fácilmente, y estas maniobras, desagradables para los enfermos, llegan á ser muy mal toleradas, y, por consiguiente, poco prácticas.

Muy diferentes son, por el contrario, los nuevos elevadores preconizados en Alemania por los Dres. Hopmann, Krause y Moritz-Schmidt (de Francfort-sur-le-Mein), y en Francia por los Dres. Lubet-Barbon y Martin. Estas dos clases de elevadores se componen de una tijera

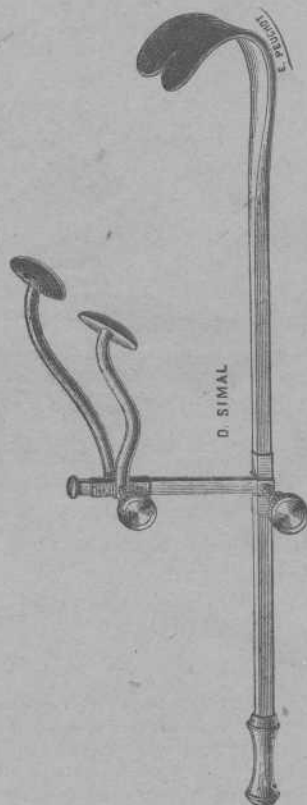


FIG. 91. — Elevador del velo del Dr. Moritz-Schmidt

fija acodada en paleta escotada en su extremidad, la cual recibe en su concavidad el velo y en su escotadura la parte posterior del tabique. Sobre la parte horizontal del tallo adaptaciónse otro tallo vertical, deslizándose por rozamiento suave sobre la primera y llevando en su extremidad libre dos pequeñitas planchas circulares destinadas á aplicarse sobre el labio superior y para ser fijadas allí una vez que el velo ha sido fuertemente atraído hacia delante (fig. 91), cerrando el tornillo de presión situado sobre el tallo horizontal.

El de Moritz-Schmidt que aquí representamos, nos parece el más sencillo y cómodo porque se maneja fácilmente y una vez colocado queda perfectamente fijo, no molestando demasiado á los enfermos, quienes se prestan de buen grado á esta maniobra.

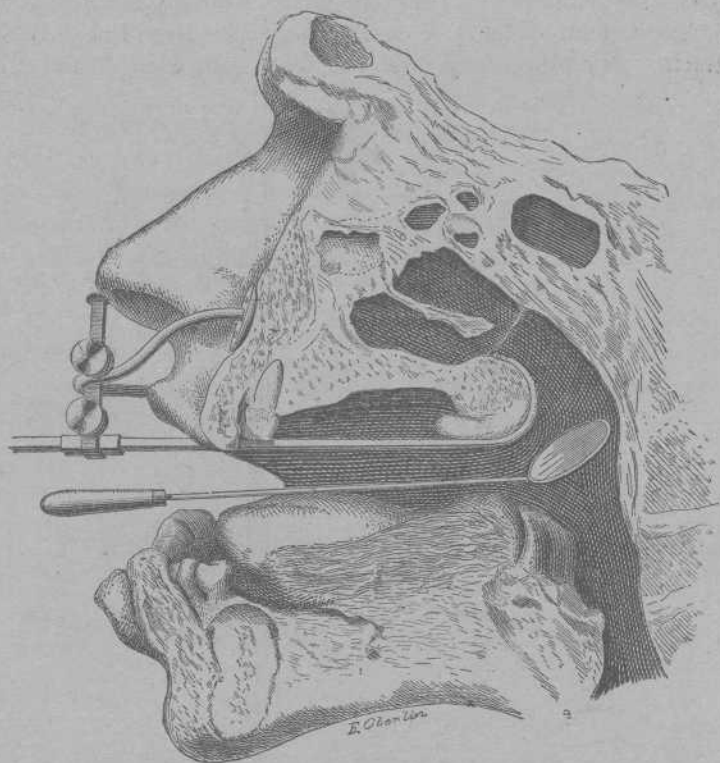


FIG. 92. — Posición del elevador y del espejo, vistos sobre un corte antero-posterior del cráneo (según una fotografía). El espejo rinoscópico está colocado detrás de la úvula; la parte del elevador está aplicada sobre la cara posterior del velo y el tabique de la nariz; las dos pequeñas planchas circulares están aplicadas sobre el labio superior, sirviendo, con ayuda del tornillo de presión, para mantener el elevador en su lugar. Se ve, además, la epiglotis; el seno esfenoidal; la porción externa de las células etmoidales; el seno frontal; la lengua aplicada sobre el suelo de la boca, indicando el corte toda la parte externa de las fosas nasales. (Corte del Dr. E. J. Moure.)

He aquí, ahora, la manera de proceder. Se deberá con antelación anestesiar la región faríngea y faringo-nasal (parte posterior del velo, comprendida la úvula), ora pulverizando una solución de clorhidrato de cocaína al 1 por 10 ó al 1 por 5 sobre la parte que se quiere anestesiar, bien embadurnando prudentemente estas regiones mediante un tapón de algodón en rama empapado en estas mismas soluciones,

ya, por último, como aconseja el citado Dr. Moritz-Schmidt, insuflando en la faringe nasal con el insuflador *ad hoc*, un volumen como de un guisante, de cocaína y azúcar pulverizado mezclados á partes iguales.

Estos diferentes métodos, *bien empleados*, parecennos igualmente buenos; lo esencial es atender á que la anestesia sea completa (esperando de uno á dos minutos) antes de colocar el elevador, el que se introduce cogido con la mano derecha, y deprimiendo la lengua con el dorso del instrumento. Llegado que haya sido á la faringe bucal, se ruega al enfermo que respire por la nariz, y aprovechando entonces el momento en que el velo se baja, se pasa rápidamente el codo del instrumento hasta el nivel de la porción posterior del tabique, abrazando así la parte blanda que se ha de levantar. Tirando entonces con suavidad del instrumento hacia la arcada dentaria, se hacen deslizar al mismo tiempo las ramas anteriores del elevador cerca del labio su-

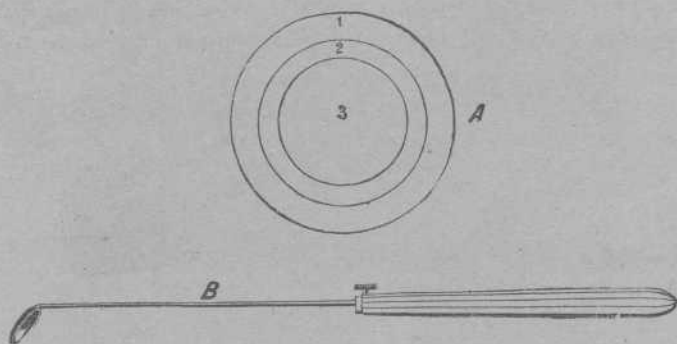


FIG. 93. — A. Diagrama que muestra las dimensiones exactas de la superficie reflectora de los espejos núms. 1, 2, 3 (sólo se usan los dos primeros para el examen de la cavidad naso-faríngea). — B. Espejo de mano.

perior, sobre el cual se le apoya, hecho lo cual, se le fija cerrando el tornillo colocado sobre el tallo horizontal del aparato.

Así levantado el velo, deja en su lugar en medio de la faringe un vasto orificio abierto, como si la parte media de esta cortina faríngea hubiera sido destruída, y pudiéndose entonces colocar fácilmente en este punto un espejo bastante grande para inspeccionar ampliamente la región de la faringe nasal y la parte posterior de las fosas. Gracias á este instrumento, las pequeñas operaciones de esta región pueden hacerse con facilidad, sin abandonar el espejo de la mano, y consiguiéndose con una seguridad y una precisión que es muy difícil conseguir luego que el velo está libre. Por otro lado, protegida por el codo del instrumento la parte posterior del velo, no es jamás lesionada durante las maniobras de la rinoscopia ó de las operaciones y cauterizaciones retronasales.

Para reconocer la cavidad nasofaríngea, el observador se colocará enfrente del sujeto que ha de examinarse, quien tendrá la cabeza muy ligeramente inclinada hacia adelante. El alumbrado será el mismo de que hemos hecho mención más arriba, pero el espejo frontal ó los diversos aparatos laringoscópicos habituales resultarán aquí necesarios.

El espejo es semejante al que se emplea para los exámenes laringoscópicos, aunque un poco más pequeño, según los casos. Redondos ú ovalados, son, á mi juicio, preferibles estos últimos porque ocupan menos lugar en el sentido antero-posterior.

Algunos autores recomiendan tener un espejo fijo en ángulo recto sobre el tallo que le sostiene; sin embargo, paréceme que la inclinación de 135 á 145°, dada por otros prácticos, es quizá preferible para el médico poco acostumbrado á esta clase de exámenes.

Si no se quiere hacer uso del elevador, y después de haber invitado al enfermo á que abra la boca con toda amplitud y á respirar tranqui-



Fig. 94. — Posición de la mano y del espejo a durante el examen rinoscópico posterior.

lamente por la nariz, proyectará el observador en la garganta un haz luminoso, sea directo, sea reflejo. Tomando en seguida un depresor ordinario con la mano izquierda, deprimirá bastante fuertemente la lengua del enfermo, mientras con la mano derecha introducirá el espejo contra la pared posterior de la faringe, mirando hacia arriba la superficie reflectora (fig. 95).

La elección de un depresor de la lengua y el modo de deprimir este órgano sobre el suelo de la boca no son indiferentes en absoluto, porque el depresor ordinario tiene el inconveniente de dejar la mano izquierda del operador en medio de la barba del enfermo, casi directamente encima de la que va á introducir el espejo. He aquí una maniobra embarazosa para algunos sujetos, y que puede evitarse usando el abaja-lengua de Türk ú otros análogos, puesto que, teniendo estos últimos el mango lateral, son mantenidos lateralmente, sea por el operador, sea por el mismo enfermo, y, sobre todo, fuera del campo de observación. Parécenos que este instrumento, como también lo ha dicho el Dr. Potiquet (nota del libro del Dr. Moldenhauer), deprime fácilmente

la lengua y la mantiene bien sobre el suelo de la boca, agrandando mucho la cavidad faringo-bucal, lo cual es de capital importancia para facilitar el examen de la parte posterior de la nariz.

Una precaución que siempre es útil tomar, consiste en tener el espejo en el sentido vertical al llegar al nivel del velo del paladar, de modo que ocupe el menos sitio posible y pueda pasar entre la úvula y



FIG. 95. — Posición del observador y del enfermo durante el examen de las fosas nasales posteriores. La mano izquierda mantiene la lengua sobre el suelo de la boca y la mano derecha el espejo.

el pilar anterior sin tocar estas partes y, por consiguiente, sin estar expuestos á producir movimientos reflejos que alguna vez harían el examen imposible.

Una vez colocado el espejo, si la respiración por la nariz no basta para ensanchar á su máximo el espacio comprendido entre el velo del paladar y la pared faríngea, se rogará al paciente que pronuncie un sonido nasal como « hon, han », etc.

Conviene, sin embargo, hacer notar que cuanto más se invita al enfermo á respirar por la nariz, ó á emitir un sonido nasal para relajar el velo del paladar contraído, se llega menos al resultado apetecido, á causa de que, creyendo sernos útil, hace entonces el paciente esfuerzos convulsivos, se encoge y llega á complicar, y hasta á impedir, un examen que con paciencia y dulzura hubiérase hecho con bastante facilidad.

Para hacer el examen de la faringe nasal tan completo como sea posible, es de regla colocar la cabeza del paciente que ha de examinarse ligeramente inclinada hacia adelante, mientras que la del observador debe encontrarse en un plano más inferior. Es, pues, necesario poder poner á voluntad al enfermo á alturas diferentes por medio de asientos apropiados.

Tomadas estas precauciones, bien dirigido el foco luminoso hacia el fondo de la garganta, deprimida la lengua con la mano izquierda para evitar que la respiración empañe la superficie del espejo, principia el operador por calentarlo ligeramente, y después lo coloca en la parte posterior de la garganta detrás de la úvula, tomando las precauciones de que ya hemos hablado, para no provocar, durante esta maniobra, ningún movimiento reflejo titilando torpemente la mucosa buco-faríngea, pues hay que consignar aquí que muy á menudo los movimientos reflejos son producidos por la mano del operador y debidos á su inexperiencia.

El principiante encuentra, en efecto, grandes dificultades, ya para colocar y mantener el espejo en la parte posterior de la garganta, ya para comprender claramente los detalles de la imagen que ante sus ojos se ofrece.

La razón es muy sencilla: por de pronto, la cavidad naso-faríngea aparece en escorzo; en seguida, vista la exigüidad del espejo empleado, es á poco casi imposible percibir en su conjunto toda la extensión de las fosas nasales posteriores y, para formar una idea completa, es indispensable inclinar sucesivamente el espejo en diversas direcciones. Reuniendo una verdadera serie de imágenes, es como se llega á tener una vista completa de la cavidad posterior de la nariz. Entretanto, sólo cuando el velo del paladar está muy alejado de la faringe, se puede, en algunos casos, emplear los espejos laringoscópicos ordinarios y ver toda esta región (fig. 96).

Otras veces, la lengua se encuentra de tal modo aplanada en el suelo de la boca, que el mango del rinoscopio puede bastar para mantenerla en esta posición.

Cuando el espejo se encuentra sobre la línea media, si está bien horizontal, se ve la pared superior de la cavidad ó bóveda que es irregular, presentando aquí y allí fositas ovales ó redondeadas, ó simples

surcos más ó menos anchos que indican el sitio de la amígdala faríngea. En el estado sano, estas irregularidades apenas se notan, sobre todo en el adulto, y para distinguir las bien, deben mirarse con cuidado y atención suma.

Una ligera inclinación del espejo, á la derecha ó á la izquierda, permite ver las partes laterales, sobre las que se descubre la fosita de Rosenmüller, limitada por delante por el labio posterior del orificio faríngeo de la trompa de Eustaquio. Este último destácase en blanco amarillento sobre el resto de la mucosa.

Si se vuelve la superficie reflectora hacia arriba ó hacia adelante, se descubre en medio el tabique de las fosas nasales, cuya mucosa, delgada y transparente, deja ver el color amarillento del hueso subyacente.

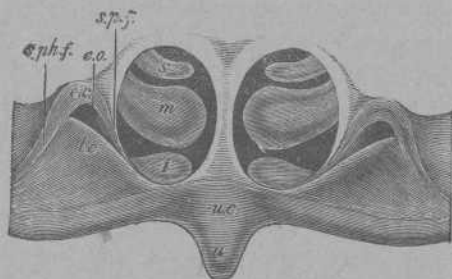


FIG. 96. — Imagen rinoscópica de la cavidad posterior de las fosas nasales.

s. Cornete superior. — m. Cornete medio. — i. Cornete inferior. — s, c. Labios de la trompa de Eustaquio. — o, c. Orificio de la trompa. — u, c y u. Cara posterior de la úvula. — s, ph, f. Repliegue salpingo-faríngeo. — s, p, f. Repliegue salpingo-palatino.

Dicho tabique, generalmente un poco inclinado á la derecha ó á la izquierda, es más grueso en lo alto que hacia su parte inferior.

Por cada lado aparecen los orificios posteriores de las fosas nasales (coanas), en los cuales se ve claramente por arriba una pequeña salida bastante clara, situada muy cerca del tabique, que es el cornete superior. Más abajo encuéntrase una penumbra más ó menos pronunciada, que representa el meato superior, y un poco más debajo aparecen los cornetes medios que se presentan bajo la forma de dos abultamientos oblongos, lisos, de un rojo deslucido un poco gris.

Inclinando más el espejo hacia adelante, descúbrese el meato medio, después los cornetes inferiores, de los que no se ve, generalmente, más que la parte superior. Tienen la forma de dos relieves redondeados, de un rojo pálido, y están menos próximos al tabique que los cornetes medios.

La parte inferior de este último cornete y el meato inferior son

generalmente invisibles, formando el velo del paladar, al nivel de la raíz de la úvula, una corvadura de un gris rosado que enmascara estas partes. Sin embargo, cuando la cavidad faríngea es amplia, se puede, aplicando el espejo todo á lo largo, ver el cornete inferior casi por completo, así como una buena parte del suelo de la nariz, sobre todo en los individuos en que se ha levantado el velo palatino de la manera indicada más arriba (véase pág. 30, fig. 92).

La parte posterior del velo y de la úvula es igualmente muy accesible á la vista, inclinando la superficie reflectora por arriba y muy adelante hacia las partes que se desea ver reflejarse.

Obstáculos de la rinoscopia posterior.—El primer obstáculo, y el más serio sin contradicción, es la aprensión que algunos enfermos experimentan para someterlos al examen que se desea, porque la vista de los instrumentos, de la luz y de todo el aparato necesario para esta inspección, los asusta hasta el punto de que no abren la boca más que á medias y hacen ineficaces todas las tentativas. En el adolescente, y con más razón en el adulto, llégase por punto general á hacer posible el reconocimiento con un poco de paciencia y de persuasión; pero en el niño, el miedo hace imposible generalmente este medio de exploración.

Las estrecheces del orificio bucal ó de la faringe nasal, las bridas cicatriciales del velo del paladar en la faringe, la anquilosis de las mandíbulas, la contractura de los maséteros, en una palabra, todas las causas que constriñen la abertura de la boca, aportarán á esta inspección un obstáculo tan serio como invencible.

En algunos casos, la movilidad excesiva de la lengua, que constantemente está contrayéndose, hace difícil su inmovilización sobre el suelo de la boca; pero no es raro que con paciencia se pueda tener un momento propicio para vencer esta resistencia, en gran parte debida á la aprensión del enfermo.

No hablamos, más que para recordarlas, de las burbujas de moco y saliva que se posan sobre el espejito, las cuales basta para romperlas el mismo espejo, suprimiendo momentáneamente la capa que esparcían sobre la superficie reflectora.

No haremos igualmente más que señalar el adosamiento por contractura del velo del paladar á la faringe, porque ya hemos mencionado la manera de combatir esta complicación, considerada en otro tiempo, y con justos títulos, como el percance de más cuantía que podía oponerse al examen rinoscópico posterior.

Tacto.—El tacto forma el complemento indispensable de los reconocimientos de la cavidad retranasal, completa los datos adquiridos

por la vista, y algunas veces, basta en el niño por sí solo, para establecer el diagnóstico de la afección.

En estos casos, es al tacto digital al que es preciso pedir recursos. Para practicar esta maniobra se coloca el operador en pie, a la derecha del enfermo, cuyas manos sujeta un ayudante, y abrazándole la nuca, coloca entonces su mano izquierda sobre el maxilar inferior, apoyándole el lado derecho de la cabeza sobre su propio tórax.

Es utilísimo, en cuanto el niño ha abierto la boca, introducirle ó con el pulgar de la mano derecha (Potiquet), ó con el índice de la mano izquierda, una parte de su mejilla entre las arcadas dentarias, á fin de que, si el niño quiere cerrar los dientes, sea la que muerde la cara interna de su mejilla, en cuyo caso, el dolor que siente le impida continuar una maniobra, de otro modo peligrosa para el operador.

Una vez abierta la boca, y encorvado en ángulo el índice de la mano derecha, se lleva rápidamente detrás del velo del paladar y explora fá-

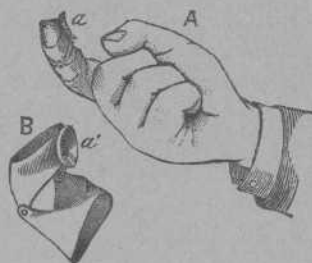


FIG. 37. — Dedal metálico para evitar las mordeduras, sobre todo en los niños.

cilmente todas estas regiones (1). El procedimiento que acabamos de describir es ciertamente más fácil y más seguro que el que consiste en proteger el dedo con un dedal metálico como lo indica la adjunta figura, porque esta coraza tiene, no sólo el inconveniente grave de engrosar el dedo, sino que también hace la sensibilidad táctil más obtusa.

Será conveniente habituarse á practicar el tacto digital de las fosas nasales posteriores, para aprender desde luego á dirigir bien el dedo por esta cavidad, familiarizarse con los relieves que existen normalmente en estos conductos irregulares y no exponerse á cometer á menudo graves errores de diagnóstico.

Se advierte desde luego si existe un tumor, y en este caso se toma cuenta exacta de su forma, de su volumen, de su dureza, del estado de su superficie (lisa ó mamelonada), de su asiento, de su punto de im-

(1) Está perfectamente convenido que, si el operador es izquierdo, serán ejecutadas todas las maniobras con la mano opuesta á la que señalamos aquí.

plantación, de su movilidad, etc. Si no hubiere ningún neoplasma, se explora sucesivamente el orificio de las trompas de Eustaquio, las fositas de Rosenmüller, la pared posterior del velo, del tabique y de los cornetes; las aberturas de las fosas nasales posteriores, la cara posterosuperior de la faringe nasal; en una palabra, todas las partes que componen la naso-faringe. Es bueno, sin embargo, no prolongar este examen con exceso para no fatigar demasiado al paciente, puesto que deberá tener largo tiempo abierta la boca.

Es de la mayor importancia, antes de hacer este examen, lavar convenientemente el índice que debe servir para la exploración, toda vez que, si tal precaución se desprecia, no sería raro ver la maniobra seguida, en algunos niños delicados, de accesos febriles intensos, verdaderas fiebres infecciosas que alcanzan de 39 á 40°, ó bien otras veces presentarse fenómenos inflamatorios agudos por parte del oído, resultantes de un examen muy prolongado ó hecho con dedos poco asépticos.

Para completar el examen del aparato olfatorio, es útil investigar cómo se halla la sensibilidad de la membrana pituitaria, teniendo cuidado de no confundir la sensibilidad olfatoria con la sensibilidad táctil. Para la primera, se está obligado á referirse á los datos suministrados por los pacientes, que acusan una percepción más ó menos clara de los olores, ó que no los perciben nada. Para la segunda, emplearánse los toques directos con una sonda ú otros instrumentos á propósito, ó haciendo respirar á los enfermos sustancias irritantes, como los vapores etéreos ó amoniacales.

La exploración con el estilete haráse, tanto como posible fuere, guiándose por el espejo rinoscópico; así no es preciso vacilar, si el sujeto no soporta el examen con facilidad, en aplicar el elevador del velo. Es inútil añadir que debe apropiarse la curvatura del estilete á cada sujeto y á la región que se explora.

Terapéutica general.

Pueden introducirse en las fosas nasales con un objeto terapéutico: 1.º, líquidos; 2.º, vapores; 3.º, polvos; y 4.º, cáusticos líquidos, sólidos ó térmicos.

1.º LÍQUIDOS. — Úsanse bajo la forma de baños exteriores para ablandar ó eliminar las costras formadas en el ámbito de las ventanas de la nariz ó en la entrada de las fosas nasales. Después de haber llenado un vaso pequeño (taza, vaso, etc.) del líquido que se va á emplear previamente calentado, el enfermo sumerge en él su nariz durante algunos minutos, respirando suavemente por la boca. El saco de cautchuc de Alberto Jacoby, de que nos habla el doctor Moldenhauer, podría también convenir para este uso. Consta, al efecto, de una bolsa de cautchuc, guarnecida por su borde posterior de un anillo flexible de metal, el cual se adapta á cada orificio de las ventanas de la nariz, que cierra así herméticamente. La duración y la naturaleza de estos baños externos será de algunos minutos á un cuarto de hora, según la naturaleza de la lesión y el resultado que se persiga.

Si se trata de hacer penetrar el líquido mas allá de las fosas nasales, se aconsejará entonces la aspiración, el baño ó la ducha nasal. Se practica comúnmente la aspiración colocando el líquido en el hueco de la mano, ó en un recipiente cualquiera, en el cual se sumerge la nariz para absorber el líquido contenido. Este modo de tratamiento tiene el gran inconveniente, si está mal aplicado (aspiración muy fuerte y muy brusca), de hacer penetrar el medicamento en la parte superior de la cavidad nasal y determinar cefalalgias frontales en extremo desagradables. Estos fenómenos dolorosos toman su máximo de intensidad cuando la aspiración se ha hecho con un líquido frío ó con agua pura, que tiene la propiedad de producir una sensación de quemadura extremadamente viva.

Por otra parte, la aspiración no es aplicable á todos los casos (ob-

trucción de las fosas nasales], y no parece convenir su empleo más que en las enfermedades que ocupan la parte anterior de la nariz (vestíbulo).

I. *Baño*. — Practicase el baño interior vertiendo el agua gota á gota en una de las fosas nasales, mientras el enfermo tiene la cabeza fuertemente inclinada hacia atrás. De este modo, el líquido llena en poco tiempo las dos cavidades, mientras el velo palatino, fuertemente contraído, le impide escurrirse á la garganta. Este procedimiento no es siempre aplicable, y no puede, por lo demás, ser de larga duración.

En los niños se puede emplear un tratamiento mixto de baño y de irrigación, que consiste en verter el líquido en una de las fosas nasales con una cuchara ó un recipiente de pico de ánade, de manera que se le haga correr por la fosa opuesta á aquella por donde ha sido introducido.

II. *Ducha nasal*. — El procedimiento de limpieza más cómodo y bastante completo es la ducha nasal ó de Weber, nombre de su inventor. Está basado en el hecho de que cuando un líquido introducido en una de las fosas nasales, bajo una cierta presión, llega á ponerse en contacto con la cara posterior del velo del paladar, determina una contracción violenta de este último, en virtud de la cual se levanta y forma por detrás del tabique una verdadera gotiera en la cual se desliza el líquido para ir á pasar por la fosa nasal opuesta y de este modo salir fuera por la ventana de la nariz. Así, durante su paso, no toca ni la parte postero-superior de la faringe nasal, ni las cavidades nasales superiores. Por el contrario, limpia el orificio de las trompas de Eustaquio, en las cuales penetra del mismo modo si la ducha no está hecha según las reglas precisas que indicaremos ahora. Efectivamente: la irrigación bien empleada puede ser fructuosa para el enfermo, tanto cuanto puede hacerse perjudicial si se practica sin método, sin discernimiento y sin indicaciones claras.

Todos los prácticos comprenden la utilidad de estas inyecciones, cuyo objeto es, no sólo barrer las mucosidades purulentas ó de otra clase que se encuentran en las cavidades de la nariz, sino que obran también por los principios medicinales que contienen. Estas duchas producen efectos saludables en la mayor parte de las inflamaciones crónicas de la mucosa nasal, del mismo modo que pueden servir para la expulsión de los cuerpos extraños alojados en el interior de la nariz.

Aquí no tenemos que ocuparnos de las indicaciones de este método, sino de la manera de ponerse en práctica.

Cualquiera que sea la naturaleza del líquido inyectado, deberá siempre estar tibio (Weber, Schalle, etc.), y oscilar entre 25 á 30°.

Porque, si el líquido está muy frío, no sólo impresionará desagradablemente la membrana pituitaria, sino que determinará una irritación más ó menos grande de esta membrana y algunas veces una abolición momentánea del olfato.

El líquido se inyectará en las fosas nasales con un inyector ó sifón, ó bien con un simple irrigador que podrá moderar ó activar el chorro á voluntad, según las indicaciones del momento. Generalmente

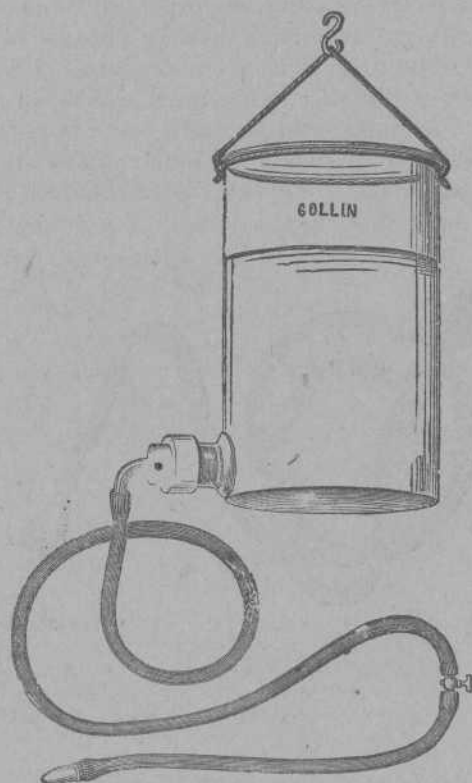


FIG. 98. — Reservorio con tubo de caucho para irrigaciones nasales. — El último está guarnecido con una llave para moderar á voluntad el chorro de la inyección.

basta una presión un tanto débil para hacer pasar el líquido de una nariz á otra; á veces, sin embargo, es preciso dar algunas pequeñas sacudidas con objeto de limpiar ciertas secreciones espesas ó muy adheridas á la mucosa, aunque deben reservarse tales maniobras para casos particulares y perfectamente determinados de antemano. Una presión considerable tiene el inconveniente ó de vencer la resistencia del velo y de hacer caer el líquido en la garganta, ó de forzar la cerra-

dura de las trompas y hacerla penetrar en el oído medio. También reviste importancia la condición de emplear una presión débil (60 centímetros, un metro, ó metro y medio á lo sumo), la cual es, por regla general, bastante para vencer la resistencia debida al roce del líquido sobre las paredes nasales. Si se experimentan algunas dificultades para hacer volver la inyección por la ventana nasal opuesta, no deberá insistirse antes de haber practicado el examen de las cavidades, y en el caso en que una de las fosas estuviese más estrecha que la otra, será preciso acordarse de que el líquido deberá ser siempre inyectado por este lado. Tomadas estas precauciones preliminares, el punto capital consistirá entonces en dirigir convenientemente la inyección para evitar que se introduzca en los senos frontales, ó al menos para impedir que el chorro vaya á derramarse en la base del cráneo y ocasionar luego violentos dolores de cabeza, que obliguen á los enfermos á renunciar á este medio terapéutico.

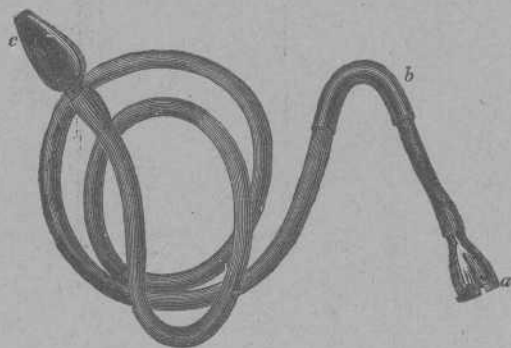


FIG. 99.—Tubo sifón para irrigación.

b. Codo metálico. — c. Extremidad destinada á sumergirla en el fondo del recipiente que contiene el líquido. — a. Embudo olivar sobre el que podrá adaptarse la cánula nasal de la fig. 100.

Por haber olvidado estos consejos ó indicaciones útiles, ó por haber impulsado las inyecciones demasiado violentamente en las cavidades de la nariz, es por lo que buen número de prácticos no han podido emplear la ducha de Weber.

Para evitar tales inconvenientes bastará con tener presente la anatomía de la región y el trayecto que debe seguir el líquido para dar la vuelta al tabique. Si se recuerda que, contra la opinión admitida por el público, las fosas nasales se dirigen, no hacia arriba, sino directamente hacia atrás, en dirección á la base del cráneo y de la faringe, fácilmente se comprenderá cuán útil es, una vez que se ha prescrito á un enfermo la ducha de Weber, que no tenga ideas en absoluto falsas

sobre la anatomía de la nariz, y, por necesidad, indicarle bien y enseñarle la manera de emplearla.

Por mi parte, y á fin de ahorrarme toda explicación anatómica, que correría riesgo de ser mal comprendida ó mal interpretada por el paciente, no me sirvo de olivas, sino de una cánula acodada en ángulo recto (fig. 100). De este modo, me basta con recomendar al enfermo que tenga el mango de la cánula *abajo*, junto á la barba, *alejado unos 4 ó 5 centímetros* de ella, para que el chorro se encuentre así bien dirigido, y que la abertura de que está provista la cánula, mire directamente atrás hacia la faringe, paralelamente al suelo de las fosas nasales; es decir, en la posición apetecida para que sea la inyección provechosa al enfermo.

Mientras se ejecuta la irrigación, conviene mantener la cabeza ligeramente inclinada hacia adelante, así como hacia el lado opuesto á la fosa nasal, por la que se introduce la cánula, manteniendo la boca ligeramente abierta. En caso de necesidad, podrá ser útil, al principio,

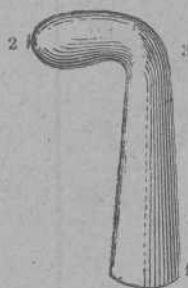


FIG. 100. — Cánula nasal acodada en ángulo recto del Dr. E. J. Moura.

1. Extremidad de la cánula sobre el embudo del tubo del irrigador ó del sifón.—2. Extremidad nasal provista de un agujero y destinada á ser introducida en una de las ventanas de la nariz.—3. Porción acodada de la cánula ligeramente abultada para cerrar bien el orificio de la ventana de la nariz, en la cual está introducida (1).

hacer pronunciar la vocal A, á fin de que favorezca la retracción del velo del paladar é impedir así que el líquido caiga en la parte posterior de la garganta. El enfermo evitará igualmente hacer movimientos de deglución, los que, abriendo el orificio de las trompas de Eustaquio, podrían favorecer la penetración de cierta cantidad de líquido en los conductos tubáricos y desde éstos en el oído.

La ducha debe hacerse casi por sí misma, sin ocasionar dolores de

(1) En estos últimos años, hemos hecho fabricar esta misma cánula de vidrio, lo que permite usar toda clase de líquido hidro-mineral á otros, sin riesgo de alterar este embudo, cuya limpieza es así más fácil y más segura.

cabeza, pues si aparecen después de la inyección, prueban que aquélla se ha hecho sin atender las reglas que preceden.

Puede del mismo modo suceder, que el líquido penetre por las trompas de Eustaquio hasta el oído medio; cuando este inconveniente, en suma bastante raro, se produce, conviene aflojar el chorro de la ducha, disminuir su presión y alguna vez abandonarla para reemplazarla por la simple aspiración del líquido medicamentoso ó de otra medicación apropiada.

Es bastante importante la naturaleza del líquido que habrá de in-



FIG. 101. — Posición de la cánula y del enfermo durante la ducha nasal.

yectarse, porque, por una parte, la mucosa nasal de algunos sujetos es muy impresionable á la acción de ciertos tópicos, y de otra, puede hacerse uso desde el principio, sobre todo en los niños, y debido á obstáculos al acortamiento del velo, que una parte del medicamento caiga en la boca, siendo inconscientemente deglutida. El líquido peor tolerado es el agua pura, que muchos consideran de todo punto inofensiva y, por tanto, de empleo fácil. Produce una sensación de quemadura extremadamente penosa y ocasiona verdaderos corizas agudos. Si, por el contrario, se agrega al agua ordinaria una cierta cantidad de sal marina ó un alcalino como el borato, el bicarbonato ó el clorato de sosa,

á la dosis de una cucharada de las de café por medio litro de agua tibia, la inyección es entonces perfectamente tolerada y, en lugar de ser irritante, es eficaz.

No podemos indicar ahora los diversos medicamentos empleados para inyecciones, porque tendremos ocasión de hacerlo cuando nos ocupemos en el tratamiento de las enfermedades de las fosas nasales.

Cuando se ha terminado la irrigación, es bueno impedir que el enfermo se suene, porque se expondría á hacer caer en las trompas el líquido que hubiere quedado en las cavidades de la nariz. Deberá este ser arrojado, mediante espiraciones bruscas hechas con la cabeza inclinada hacia adelante y las *ventanas de la nariz abiertas*.

Finalmente, de una manera general, y salvo indicaciones especiales, bueno será no prolongar excesivamente este método de tratamiento, porque la ducha nasal, aunque esté bien hecha, produce á veces, al menos momentáneamente, la pérdida del olfato.

La cantidad del líquido inyectado y el número de inyecciones diarias variarán con las diversas alteraciones de la pituitaria y el resultado que se busca.

Despréndese, por lo tanto, de todo lo dicho, que la ducha nasal no debe ser prescrita jamás, sin previo examen de las fosas nasales, pues, inútil á menudo, puede hacerse peligrosa por las complicaciones que suele producir por parte de los órganos vecinos.

Ducha retronasal. — El procedimiento que acabamos de indicar, utilísimo para desembarazar de las fosas nasales anteriores las secreciones allí acumuladas, está desprovisto de acción sobre las masas formadas, sea en la parte superior, sea en la parte posterior de estas cavidades. Hemos advertido que la ducha nasal, para estar bien hecha, debe ser dirigida al suelo de las fosas nasales; de suerte que durante este trayecto, ninguna parte de la mucosa escape al lavado. Para alcanzar otras diferentes regiones, se ha hecho uso alguna vez de inyecciones practicadas por detrás del velo del paladar, sirviéndose de un aparato especial. Tal forma de tratamiento ha sido ordinariamente puesta en uso por el médico cuando, sirviéndose de jeringas más ó menos voluminosas y generalmente de tres anillos, arroja el líquido medicamentoso en el canal naso faringeo. Si el enfermo inclina entonces la cabeza hacia adelante, como debe hacerlo, la inyección sale por las ventanas anteriores de la nariz, pasando por la faringe superior y parte postero-superior de las fosas nasales, por delante del cuerpo del esfenoides y del orificio de estas cavidades. No pudiendo la jeringa ser manejada por el sujeto mismo, el empleo de dicho método parece debe ser reservado al médico que le trata; pero nosotros podemos asegurar que este método de inyección sería más práctico y más fácil-

mente empleado por los enfermos, y de aquí el siguiente procedimiento, que recomendamos después de algunos años que nos ha dado excelentes resultados en el tratamiento de algunas formas de corizas posteriores, de que nos ocuparemos más tarde.

Adaptamos sencillamente la cánula retronasal taladrada en forma de regadera (fig. 102) sobre un inyector ordinario de enemas, y de esta suerte el enfermo coloca con bastante facilidad la cánula detrás de su velo del paladar, donde él mismo la sostiene. Inclinando entonces la cabeza hacia adelante, aspira con la pera el líquido colocado en una cubeta á su alcance y lo empuja en la faringe nasal, desde donde se desliza fácilmente por las ventanas anteriores de la nariz. Según los casos y la tolerancia de cada individuo, la inyección será más ó menos abundante y más ó menos medicamentosa.

Tal método de tratamiento, bastante fácil de poner en uso después de algunos tanteos, nos parece merece la atención de los prácticos, pues lo consideramos como un medio de lavado formal, no sólo para la parte postero-superior de la cavidad retronasal, si que también para tratar ciertos catarros crónicos simples de las cavidades accesorias. Sábese, en efecto, que el orificio de la cueva de Higmore, algunas



FIG. 102. — Cánula del Dr. E. J. Mouré, para duchas retronasales.

veces único, es bastante á menudo doble, y que está limitado habitualmente hacia abajo y hacia adelante por una especie de arco huesoso rodeado por la mucosa, pared inferior del infundíbulo, de la concavidad que mira hacia arriba y un poco hacia atrás. De esta disposición anatómica resulta que nosotros hemos encontrado en buen número de cráneos la existencia de una especie de gotiera situada en la entrada del seno (apófisis unciforme) en la cual el líquido, impelido por la parte posterior, penetra fácilmente. Introduciéndose poco á poco en la cueva, alcanza la mucosa inflamada y permite curar algunos catarros crónicos simples de esta región. Al contrario, si existe un verdadero empiema, debemos reemplazar este medio, entonces insuficiente, por el tratamiento que más adelante indicaremos (*Enfermedades de las cavidades accesorias*).

Se ve, pues, que la ducha retronasal, un poco abandonada, debe ocupar, á nuestro entender, un lugar distinguido en la terapéutica de las enfermedades de las fosas nasales.

Algunos enfermos hábiles llegan á reemplazar, hasta cierto punto,

esta especie de inyección, haciendo pasar, por las ventanas posteriores de la nariz, el líquido introducido en la boca, al modo que los fumadores lanzan el humo por la nariz. Pero además que esta manera de obrar exige cierta habilidad de parte del enfermo, tiene la desventaja de impedir el empleo de tópicos peligrosos ó desagradables al gusto, y de proyectar en la nariz un líquido más ó menos sucio por su mezcla con la saliva y los numerosos residuos de la cavidad bucal.

Se ha reprochado á estos métodos que hacen penetrar el líquido en las trompas; pero ésta es evidentemente una exageración lastimosa; porque una experiencia ya dilatada nos permite afirmar que semejante manera de obrar no expone más á esta contingencia que la ducha de Weber.

Pulverizaciones. — En lugar de los procedimientos que acabamos de

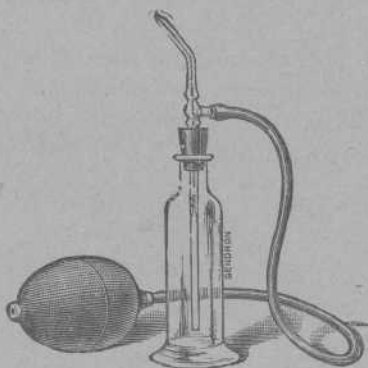


FIG. 103.

indicar para llevar los líquidos á las fosas nasales, se piden á menudo recursos á las pulverizaciones para impregnar más y más profundamente la pituitaria de soluciones medicinales. Hácense estas pulverizaciones con la ayuda de aparatos especiales, construídos generalmente sobre el mismo principio para las fosas nasales anteriores, y para cuyo fin recomendamos gustosos el pulverizador de cristal, cuyo modelo damos adjunto (fig. 103). Este instrumento puede ser usado indiferentemente por el médico ó por el enfermo. Su extremidad acodada permite introducirlo por la entrada de la ventana de la nariz y dirigir el líquido en todos sentidos.

La pulverización posterior, retronasal, se hará con el mismo aparato guarnecido de un embudo especial de gutapercha, ó mejor de metal, que tenga la forma de la cánula de que acabamos de hablar á propósito de las inyecciones de esta región.

Las soluciones acuosas que hayamos de pulverizar, deberán siempre ser introducidas bastante calientes en el recipiente, porque la corriente de aire frío enviada por la pera del aparato enfría considerablemente la pulverización.

Aunque el pulverizador de que nosotros damos aquí la imagen permite el empleo de soluciones aceitosas, éstas son más finamente

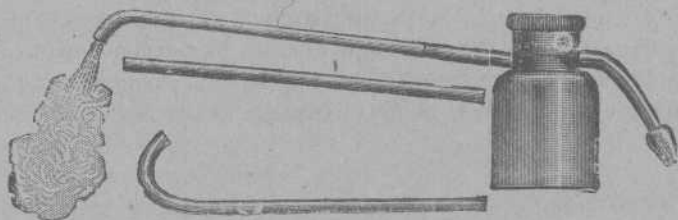


FIG. 104. — Pulverizador retronasal.

pulverizadas por el pulverizador americano, del que reproducimos la imagen (fig. 106). Este aparato, designado con el nombre de «*Glimol-atomizer*», reduce los líquidos a una verdadera niebla que se esparce fácilmente por la parte superior de las cavidades nasales, en todos los

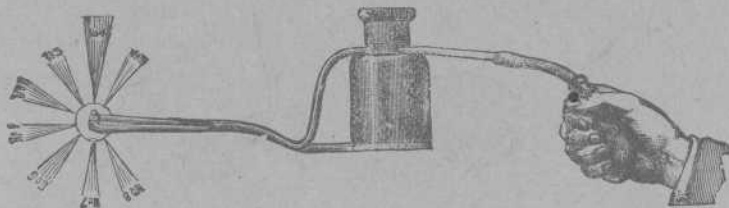


FIG. 105. — Pulverizador de aceite de vaselina.

puntos accesibles de la membrana de Schneider. No puede ser utilizado más que para los tratamientos hechos por las ventanas anteriores de la nariz.

Embadurnamientos. — El empleo de los tópicos líquidos bajo la forma de embadurnamientos ó toques, no está en absoluto al alcance de los enfermos, los cuales, ignorando la conformación anatómica de las fosas nasales, correrían peligro de herirse. Es, pues, al médico que los trata a quien incumbe habitualmente el cuidado de llevar, sobre la pituitaria, y con la ayuda de pinceles, de esponjas, ó mejor de portaalgodones guarnecidos del mismo algodón, las soluciones de que se quiere hacer uso. Es casi inútil decir que estas maniobras deberán ejecutarse guiadas por la vista, estando las cavidades de la nariz perfectamente iluminadas.

El embadurnamiento es frecuentemente útil para tratar las afecciones de la cavidad naso-faríngea; en estos casos, algunos enfermos diestros llegan bastante bien á pasar por detrás de su velo palatino el porta- algodón impregnado en la solución medicamentosa, embadur-

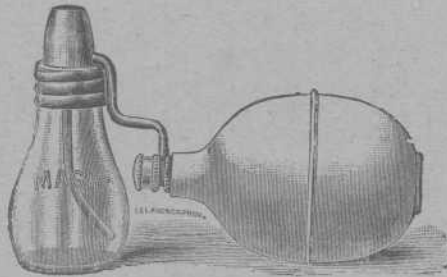


FIG. 106. — "Glimol-atomizer... Pulverizador para soluciones aceitosas.

nándose la parte superior de la faringe. Para evitar que el tapón caiga en la faringe nasal, es sumamente útil hacer uso de esponjas finas fijas en la extremidad del instrumento, ó de algodón en rama sólidamente atado por un hilo de hierro de florista ó de seda.

2.º VAPORES. — En algunas inflamaciones agudas de las fosas

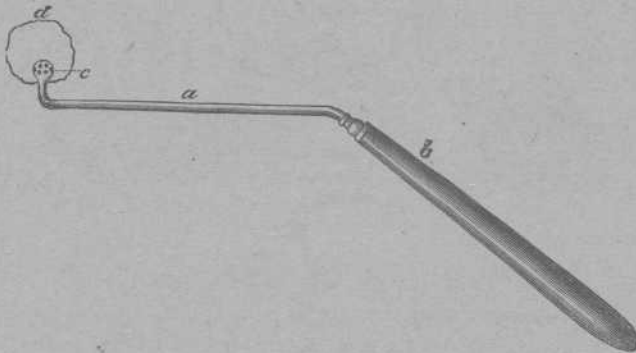


FIG. 107. — Esponja tapón provisora de Morell-Mackenzie.

A. Tallo. — B. Mango. — C. Orificios por los cuales se fija la esponja. — D. Esponja.

nasales ó de las cavidades accesorias, senos frontales principalmente, cuando la hinchazón de la pituitaria es considerable, la ducha nasal debe ser considerada como irritante, y en su lugar es bueno hacer penetrar los líquidos bajo la forma de vapores calientes. Para llegar á

este fin, el medio más sencillo es hacer hervir en un recipiente las plantas ú otros agentes terapéuticos prescritos, y adaptando encima del receptáculo una bocina de cartón, metal, porcelana ó cristal, se inhalan despacio por la nariz los vapores que se desprenden del aparato. Si la fumigación conviene prolongarla, es útil mantener el calor del líquido con la ayuda de una lámpara de alcohol ú otro foco calorífico colocado debajo del recipiente.

Humaje nasal. — Otras veces no son vapores, sino simplemente el aire, impregnado de principios medicinales, el que se prescribe con un

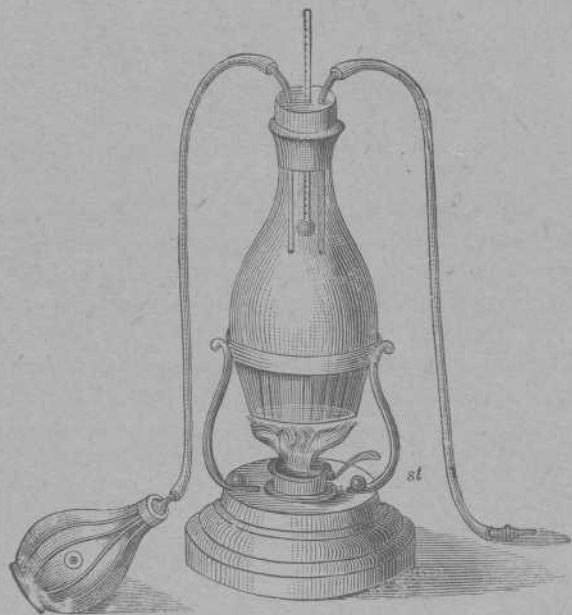


FIG. 108. — Aparato para fumigaciones nasales.

objeto terapéutico. Esta clase de tópicos se emplean, sobre todo, en las estaciones minerales que disponen de principios volátiles (ácido sulfhídrico, carbónico, etc.) y de una termalidad suficiente para que estos cuerpos puedan volatilizarse y saturar más ó menos el aire que habrá de inhalarse. Algunas de nuestras estaciones termales están admirablemente dispuestas á este efecto, las cuales señalaremos en el transcurso de la obra. En otros casos, son sustancias fácilmente volatilizables, que sirven para practicar esta forma de tratamiento, como el mentol, el timol, el eucaliptol, etc., etc.

Dichos medicamentos se emplean solos ó disueltos en el alcohol,

bastando ponerlos en un frasco de dos tubos, de los cuales, el uno comunica con un embudo olivar que debe ser colocado en una de las ventanas de la nariz, y el otro con una pera de cautchuc destinada á arrojar el aire impregnado de sustancias volatilizadas. Si hay necesidad se favorecerá la saturación del aire, calentando ligeramente el aire por medio de una lámpara de alcohol. Tales son los medios de que podemos disponer para emplear los líquidos y vapores cargados de principios medicinales.

3º POLVOS. — Los tópicos empleados bajo la forma pulverulenta que se adhieren largo tiempo á la mucosa nasal, son de un uso bastante general, sobre todo en el extranjero, en el tratamiento de las enfermedades que van á ocuparnos. Su difusión sobre una grande superficie, la imposibilidad que se encuentra en limitar su acción, hace su empleo más práctico en las inflamaciones generalizadas que en las lesiones locales. El polvo activo está habitualmente mezclado á cierta

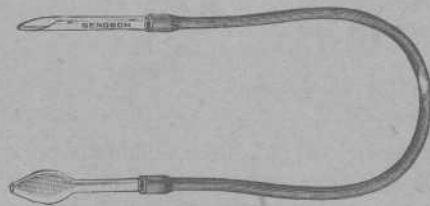


FIG. 109. — Auto-insuflador de polvos.

cantidad de sustancia más ó menos inerte y soluble (azúcar, bórax, etcétera).

El medicamento empleado bajo esta forma debe ser también finamente pulverizado, cuanto posible sea, para que penetre más fácilmente en las diversas anfractuosidades en las cuales va á ser insuflado.

Los polvos pueden ser introducidos de diferentes maneras, consistiendo la más sencilla en hacerlo tomar al enfermo como si fuera rapé. En estos casos, la sustancia aspirada se detiene habitualmente en la zona antero-superior de la pituitaria.

Hanse puesto en uso con tal objeto diversos insufladores, consistiendo el más sencillo en un tubo de cristal, terminado en una de sus extremidades en un pico de flauta donde se coloca el polvo, y provisto en el otro extremo de un tubo de cautchuc, cuya punta libre pone el enfermo en su boca, mientras el tubo de cristal se coloca en la ventana de la nariz, soplando entonces por el tubo de cautchuc. También puede ponerse el polvo en la fosa nasal. Si un segundo quiere hacer la insu-

flación, se reemplaza la boca por un pequeño recipiente de cautchuc. El aparato que acabamos de describir es bastante primitivo, y no es ni mucho menos cómodo, puesto que, variando la inclinación del tubo



FIG. 110. — El mismo, visto en posición.

de cristal, se cambia la dirección de la sustancia pulverizada. Otro insuflador, bastante aceptable, es el llamado de Kabierské, en la extremidad del cual se puede colocar indiferentemente un tubo para insuflar el polvo en las fosas nasales anteriores ó en las posteriores.

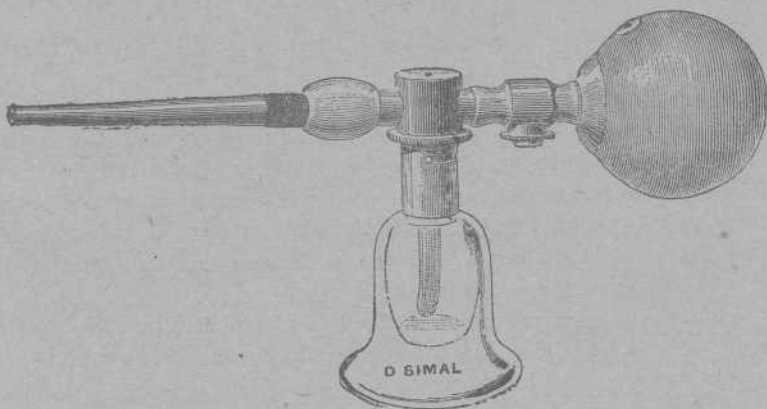


FIG. 111. — Insuflador de Kabierské, al cual puede adaptarse un embudo retronasal.

Se comprende que no describamos aquí los diversos aparatos, más ó menos ingeniosos, destinados á enviar sustancias á las fosas nasales,

pues que cada uno puede tener su aplicación en un caso determinado. Además, si hay necesidad los iremos señalando en el transcurso de la obra, limitándonos á añadir aquí que, si se desea que el polvo ejerza su acción en determinado punto de la pituitaria, habrá que adaptar el insuflador á un tubo de Zaufal (véase la pág. 22), ó á un espéculo de oídos de grandes dimensiones, cuyo orificio terminal se volverá hacia el punto enfermo.

Los polvos más habitualmente empleados son el ácido bórico, el iodoformo, el iodol, el borato y el bicarbonato de sosa, la resorcina, el aristol, el tanino, el aceto-tartrato de alúmina, el nitrato argéntico, el clorhidrato de morfina, etc., etc.; en una palabra, todas las sustancias que pueden tener una acción antiséptica, astringente, calmante, cáustica, etc., según el objeto que se busca. Como es fácil de comprender, tales tópicos se emplean en dosis variables.

Hace ya algunos años ensayamos el empleo de bujías gelatinosas á las que están incorporadas diferentes sustancias medicinales; pero además que estas bujías, al fundirse, producen una incomodidad considerable, sucedía muy á menudo que caían en la parte posterior de la garganta y eran tragadas, ó bien las rechazaban los enfermos, quienes se disgustaban en alto grado de esta forma de tratamiento. Veremos, sin embargo, que este tópico puede encontrar aplicación en las inflamaciones rebeldes de la cueva de Higmoro. Es, pues, un procedimiento que conviene conocer, porque podrá prestarnos algunos servicios en casos determinados.

4.º CAÚSTICOS. — Acabamos de estudiar una serie de medios que tienen por objeto limpiar ó tratar la mucosa nasal simultáneamente, y vamos á indicar ahora los procedimientos más activos y que tienen una acción cáustica más ó menos destructura, no describiendo sino aquellos que nos hayan dado algunos resultados y que puedan tener algún valor práctico.

A. *Líquidos.* — Con este título designaremos los cáusticos líquidos, cuya acción es bastante difícil de limitar. Entre ellos podemos contar á lo sumo el nitrato de plata y el cloruro de zinc, empleados con la ayuda del estilete ó en pulverización en ciertas formas de corizas rebeldes.

B. *Sólidos.* — Tan sólo uno merece que nos ocupemos de él algunos momentos: es el ácido crómico. Sábese por todo el mundo que este cáustico, cristalizado, goza de propiedades higrométricas muy pronunciadas, que hacen se funda y extiende con extremada facilidad por la superficie de las mucosas con que se pone en contacto. Pues bien:

los toques hechos con este ácido, según los procedimientos de costumbre, eran bastante dolorosos, mientras que, empleados á la manera de los Dres. B. Fränkel ó Hering, hase podido localizar estrictamente la acción y no aprovechar más que las ventajas que nos ofrece. Sobre una lámpara ordinaria ó un pico de gas caliéntase, en la extremidad de una sonda metálica ó de cristal, un fragmento pequeñito de ácido cristalizado, que no tarda en perder su agua crepitando ligeramente. Al fundirse forma una masa espesa, glutinosa, de un moreno-oscuro que se cuaja rápidamente colocándolo sobre uno de los bordes ó en la extremidad del porta-cáusticos, según el deseo y la necesidad del operador. Forma en este momento una especie de capa más ó menos espesa (es preferible siempre tomar pequeños pedazos de cristales y hacer una capa muy delgada) que toma á poco el aspecto deslucido y la coloración del preparado inflamable que reviste las cerillas fosfóricas de Suecia (1).

Sirviéndose entonces de un porta-cáusticos así preparado, trázase ligeramente al nivel de la mucosa que se quiere cauterizar, una ó muchas líneas, que no tardan en tomar una coloración amarilla, extendiéndose poco á poco y haciéndose muy pronto confluentes, si se las ha hecho muy aproximadas las unas á las otras.

Concluída la cauterización, se hace absorber al enfermo un poco de agua tibia ligeramente alcalinizada con el bicarbonato de sosa, para quitar el exceso de ácido puesto en contacto con la mucosa.

Este tópico sirve también para tocar los pedículos de los pólipos, ciertas fungosidades ó ulceraciones, y en una palabra, conserva las propiedades habituales á dicho agente enérgico.

Del mismo modo puede emplearse el nitrato de plata, pero su acción, mucho más superficial, le hace inferior al ácido crómico.

C. *Cáusticos térmicos.* — El termocauterio, á causa de su calor radiante y de las quemaduras de vecindad que produce, tiene usos muy limitados en la terapéutica nasal. No puede servir más que para cauterizar la superficie cutánea del órgano del olfato, ú obrar sobre la parte vestibular de esta región de la cara.

El único cáustico térmico cuyo empleo, hoy vulgarizado, es indispensable para los prácticos deseosos de tratar las afecciones de las fosas nasales, es el galvanocauterio. En efecto: introducido en frío y llevado al punto que se quiere cauterizar, se vuelve instantáneamente rojo y cauteriza durante todo el tiempo que se quiera, de una manera

(1) Si el calor ha obrado demasiado tiempo ó demasiado braceamiento, la superficie de la sal cristalizada se transforma en una capa verde deslustrada, friable y porosa de hiperoxido crómico desprovista de toda acción corrosiva.

tan intensa como se desea. Es evidentemente el único instrumento con el que se obra más seguramente, y el que, mediante la introducción de la cocaína en la Terapéutica, ha hecho su empleo indolente en absoluto.

No podemos describir aquí las diferentes corrientes eléctricas que se emplean en la práctica. Según los efectos que se desee producir usaremos pilas más ó menos intensas y compuestas de uno ó más número de elementos. En los grandes centros de población, iluminados con la luz eléctrica, encontrarán los prácticos en ella un manantial precioso y eficaz para cargar los acumuladores y obtener del misterioso agente todos los servicios que nos puede prestar. En estos casos, el

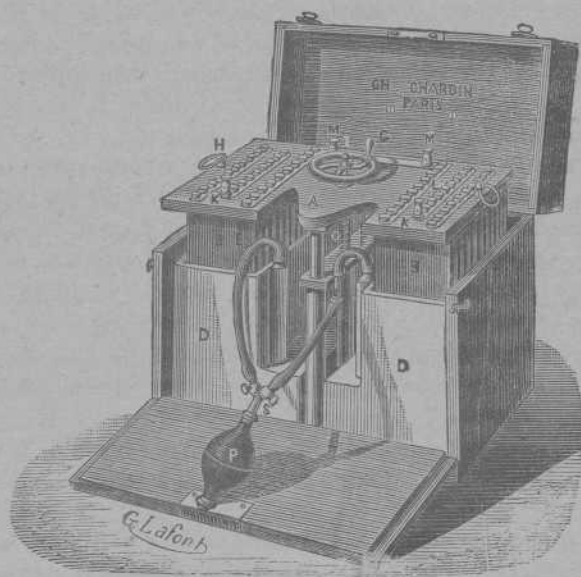


FIG. 112.

operador podrá graduar la intensidad de la corriente empleada con cada cauterio y conservarlo al rojo-sombra, porque tendrá un manantial eléctrico constante, que no pueden dar las pilas primitivas.

La corriente de la población podrá también emplearse, ora transformada por medio de un aparato especial como el descrito por el Dr. de Roardés (de Nueva Orleans), bien interponiendo unas resistencias de *maille-short*, ó mejor lámparas de incandescencia que dejan pasar al galvano un determinado número de ampères que se aumentan encendiendo muchas lámparas de 16, 32 ó 100 bujías, según las necesidades.

Por el contrario, los prácticos que no habitan en grandes poblacio

nes, ó no necesitan su gálvano más que de tarde en tarde, y durante momentos relativamente cortos, podrán usar diversas pilas del comercio, que bastan para la práctica corriente y son de un manejo relativamente fácil. La galvanocaustia se practica, con los cauterios puntiagudos, bajo la forma de picaduras, y con los planos, bajo la forma de surcos ó incisiones de fuego más ó menos profundas.

Puede decirse que la forma y las dimensiones de los cauterios varían casi con cada operador y con los casos para los que se ha hecho uso. En su consecuencia, reservaremos la descripción de cada instrumento para los capítulos en los cuales recomendamos su empleo.

Otras veces, en lugar de los cauterios, recurrese al aprietanudos galvánico, el cual exige de parte de aquel que lo maneja cierta costumbre y una habilidad mayor que para el empleo del cauterio, pero que en cambio obra con más rapidez y ocasiona menos disturbios de reacción.

El galvanocauterio es, pues, en la patología nasal un instrumento precioso, del que quizá se ha abusado en estos últimos años, tanto como de la ducha nasal. Además, conviene advertir que, empleado fuera de propósito ó de una manera demasiado brutal, no está desprovisto de inconvenientes. Por eso el Dr. Lermoyez, en un trabajo publicado en 1891 sobre los accidentes sucedidos á consecuencia de operaciones intranasales, señala algunas complicaciones consecutivas á las cauterizaciones galvánicas. Recordando los hechos citados por Voltolini, Ziem y sobre todo por Treitel en 1890, clasifica estos accidentes en tres grupos:

A. *Infecciosos*, entre los que ocupa el primer lugar de frecuencia la otitis media supurada, la amigdalitis, la piohemia, la meningitis, etcétera.

B. *Accidentes nerviosos*, que comprenden los vértigos y los sínco pes, debidos tanto á la impresión operatoria como á la cauterización galvánica; las neuralgias; jaquecas ó alteraciones espasmódicas, de las cuales las más raras, sin embargo, son las últimas.

C. *Los accidentes llamados mecánicos*, en el número de los cuales es preciso colocar, sobre todo, la hemorragia nasal, la cual se produce en el momento en que se aplica el cauterio muy caliente, y la que puede necesitar un taponamiento de muchas horas y hasta de algunos días, según la intensidad del chorro sanguíneo. Citemos todavía la hemorragia que sobreviene en el momento de la caída de la escara, sea que se haya desprendido prematuramente, ó que el individuo sangre con facilidad y tenga signos de congestión aguda en las fosas nasales. Bien entendido que no hablamos aquí de los hemofilicos, en los cuales será perjudicial practicar operaciones que faciliten el derramamiento de la sangre.

Las precauciones antisépticas antes ó después de la aplicación del cauterio; la asepsia, tan rigurosa como sea posible, de los instrumentos y de la herida, permitirán evitar generalmente estas diversas complicaciones, felizmente bastante raras (1), y á las cuales ciertos sujetos parecen estar particularmente dispuestos.

Taladro. — Otro instrumento destinado á entrar en la práctica corriente de la terapéutica de las vías nasales es el *drill* americano, generalmente empleado entre nosotros por los dentistas para tratar ó nivelar las cavidades de los dientes. Estos *drills* son movidos, ora por la electricidad, bien con el instrumento de pedal conocido con el nombre de torno, cuya forma varía con los diferentes usos á los cuales se destina. Según que se quiera operar en un canal, verdaderas galerías en un tumor ó deformación ósea, ó se desea perforar una pared (alvéolo, fosa canina, etc., etc.), tendrá el instrumento la forma de un berbiquí, un trépano ú otro instrumento cortante.

Electricidad. — Las corrientes inducidas se usan en ocasiones en el tratamiento de algunas neurosis del nervio olfatorio; pero aparte de que la electrización de la pituitaria es bastante dolorosa y necesita del empleo de la cocaína, los resultados obtenidos no son todavía muy lisonjeros.

La electricidad se emplea bastante á menudo bajo la forma electrolítica, para reducir ó hacer desaparecer ciertos tumores vasculares de las fosas nasales ó de la cavidad naso-faríngea. Úsase igualmente para tratar las elevaciones cartilaginosas ú óseas del tabique. Tendremos ocasión de insistir sobre el empleo de este procedimiento, cuando describamos los casos á que se aplica.

Masaje vibratorio. — Desde estos últimos años, los Dres. Braun (de Trieste) y Laker (de Gratz) han introducido en la terapéutica de las vías aéreas superiores lo que llaman masaje de las mucosas, que consiste en tomar un estilete de forma apropiada á cada caso, guarnecerlo de algodón en rama y, después de haberlo empapado en una solución de glicerina iodada ó de bálsamo del Perú, llevarlo sobre la mucosa que se ha de amasar, haciendo en su superficie una serie de oscilaciones rápidas, regulares y tan suaves como sea posible. Desde estos últimos años hanse adoptado también estiletos sobre mangos montados en motores eléctricos, que han permitido obtener vibraciones uniformes y rápidas.

(1) Recientemente los Dres. Hessler y Wagner acaban todavía de llamar la atención de la Sociedad de Médicos de Halle, sobre las complicaciones consecutivas á las cauterizaciones hechas en la mucosa de la nariz.

Aunque este procedimiento no puede considerarse como la panacea de todas las afecciones nasales, encuentra, sin embargo, ciertas indicaciones, que señalaremos en el curso de este trabajo.

Anestesia local. — No podemos concluir este resumen terapéutico sin hablar de la manera de practicar la anestesia de la mucosa nasal. Si bien posee ésta una sensibilidad táctil considerable, sufre bastante bien

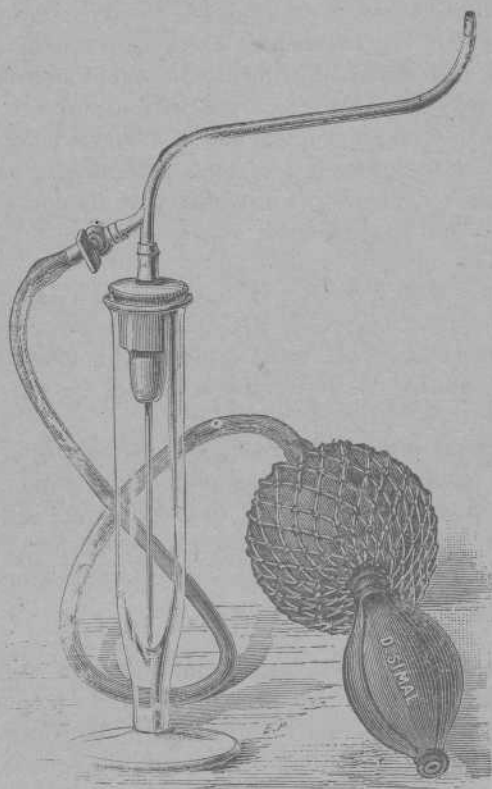


FIG. 113. — Pulverizador con espiga retronasal para la cocaína

la pituitaria la influencia de la cocaína, produciendo sobre ella una acción a la vez anestésica y retráctil. Efectivamente: no sólo determina la cocainización la insensibilidad absoluta, sino que retrae fácilmente la mucosa (no degenerada) amoldándola al esqueleto de la nariz, y haciéndola destacar entonces con mucha claridad.

Para obtener la anestesia, se hace generalmente uso de una solución de clorhidrato de cocaína al 10, 15 ó 20 por 100, según la sensi-

bilidad de cada individuo. Cuando los enfermos son muy pusilánimes, es bueno pulverizar por de pronto, sobre la pituitaria, algunas gotas de la solución de cocaína, ó insuflar en su superficie polvo del mismo fármaco mezclado, según los casos, con una ó dos partes de azúcar; se completa después la anestesia, al cabo de uno ó dos minutos, por medio del embadurnamiento con el porta algodones ó el pincel. Según se hagan una ó varias aplicaciones de soluciones más ó menos concentradas, la insensibilidad será más completa y duradera. Aconsejamos la siguiente fórmula :

Clorhidrato de cocaína.....	1, 1,50 á 2 gramos.
Glicerina pura.....	2 —
Agua de laurel-cerezo.....	} aa 4 —
— destilada.....	

Cuanto posible sea, deben emplearse soluciones preparadas en frío. Gracias á esta anestesia, puede habitualmente hacerse uso de toda clase de cáusticos químicos ó térmicos, sin que el paciente sienta el menor dolor.

Sin embargo, conviene hacer presente que la pituitaria de algunos enfermos parece refractaria á la acción de la cocaína, y en estos casos embótase simplemente la sensibilidad de la mucosa nasal, sin llegar á abolirla completamente, aun usando una solución al 1 por 5. Veremos que esto sucede particularmente en ciertos sujetos atacados de determinadas formas de corizas nerviosos (*Hay-fever*, neurosis reflejas, etcétera), en quienes se observa dicha resistencia á la acostumbrada acción de este tóxico.

Conviene saber también que este medicamento, á semejanza de muchos otros, pierde su acción cuando se ha usado repetidas veces en el mismo enfermo.

Hasta estos últimos años se había empleado *larga manu* tal preparado, sin el menor temor, y á menudo sin ocasionar el menor peligro; mas hanse podido después señalar accidentes de tal naturaleza, que han obligado á los prácticos á ser más prudentes en el uso de este anestésico.

Aunque nosotros no hayamos podido dar como constante y cierta — y esto muy raramente — más que una palidez del rostro, ó un estado medio-sincopal atribuible, al menos en parte, á la impresión del enfermo, pensamos que es preferible tantear desde luego la sensibilidad del individuo que ha de operarse, usando soluciones débiles al 1 por 15, por ejemplo, para llegar á dosis mayores si el efecto obtenido no es suficiente y si, sobre todo, el empleo de la cocaína no produce alguna reacción que alarme.

Hase preconizado igualmente, como sucedáneo del clorhidrato de cocaína, la solución alcohólica de mentol al 30 y 50 por 100 (Rosen-

berg) y las soluciones concentradas de antipirina (Coupard y Saint-Hilaire) en la proporción de 1 por 3, ó á partes iguales; pero es preciso reconocer que estos agentes se hallan lejos de poseer las propiedades enérgicas del primer anestésico, al que es preciso, indudablemente, dar la preferencia.

No hablamos aquí de los anestésicos generales, cloroformo, éter y bromuro de etilo, que encontrarán sus indicaciones especiales en los casos determinados que señalaremos en el curso de este Manual.

[Á lo expuesto por el autor en los precedentes capítulos hemos de añadir, por nuestra parte, algunas consideraciones referentes á *Generalidades* y á *Terapéutica general* de las fosas nasales, que tenemos como necesarias antes de entrar á estudiar la parte especial médica, con lo cual ahorramos al lector el consultar textos y Revistas de Medicina y Cirugía generales.

Algunas de ellas no serán más que la reproducción de mi folleto titulado *Terapéutica general de las enfermedades de las fosas nasales*, publicado en 1893, al paso que otras, ó se basarán en mi propia observación clínica, ó serán obtenidas de los tratados modernos especiales y periódicos extranjeros de Rinología.

REMEDIOS LÍQUIDOS

Pueden emplearse los remedios líquidos, en el tratamiento de las fosas nasales, de varios modos y en formas distintas

No es conveniente hacer tomar al enfermo esta clase de remedios por medio de sorbitorios; y si se desea la sencillez del procedimiento, debe preferirse á éste, que suele provocar frecuentemente cefalalgia, el que consiste en derramar el líquido en la palma de la mano y absorberlo por la nariz, inclinando la cabeza hacia atrás.

Por este medio, la región propiamente olfatoria, que, por regla general, no necesita del remedio, escapa al contacto del líquido. Obtíenese un resultado semejante vertiendo la disolución por las fosas nasales mediante una cuchara y teniendo previamente inclinada la cabeza hacia atrás, ó bien con cualquiera otro aparato de los numerosos dedicados á este objeto. Uno muy apto para este uso, y que hace varios años vengo empleando con fruto aun en los niños, es un cuentagotas ordinario, pero cuya capacidad no sea pequeña. Por mi parte lo prefiero á la cuchara, que propone el Dr. Mac Bride.

Otro muy comúnmente usado es la jeringa-pelota de goma, que también tiene sus inconvenientes, á no ser que se emplee dirigiendo la corriente por el meato inferior, impulsada con muy poca fuerza y manteniendo la cabeza inclinada hacia atrás.

Existen casos en los que es necesario producir una corriente que vaya de una á otra fosa nasal, para lo cual precisa que la irrigación se verifique por la naso-faringe.

Cuando el líquido se ha inyectado en una fosa nasal, se adosa el velo del paladar á la faringe, y la corriente se dirige á la fosa opuesta. Por eso es preciso que en este momento el enfermo no haga movimiento para tragar ó hablar, cuyos actos provocan la abertura de las trompas de Eustaquio, facilitándose con ello la introducción del líquido en las cavidades timpánicas. Por la misma razón debe cuidarse que no vaya proyectado el líquido con gran fuerza, porque chocando la corriente contra las paredes de la caja, provocaría molestias de consideración. Además, si una fosa nasal es más estrecha que la otra, debe escogerse para hacer la inyección, y debe dirigirse la corriente hacia atrás y ligeramente arriba, mientras el enfermo respira por la boca. En los casos sencillos, una pequeña jeringa de pera de goma es suficiente; pero si se desea ó hace falta más presión, habrá que recurrir á la ducha nasal.

Si, desgraciadamente, por *excesiva presión* (1) ú otra causa, ha penetrado líquido á través de la trompa de Eustaquio, el paciente debe hacer repetidos movimientos de deglución, ocluyendo las narices y ejerciendo presión sobre el trago. Por esta maniobra se previene la inflamación del oído medio, que puede sobrevenir á consecuencia de la entrada del líquido.

Mac Bride afirma que rara vez ha necesitado emplear (á lo menos en cantidades considerables) líquidos con el objeto de limitar su acción exclusiva á la naso-faringe, toda vez que esto se consigue modificando el acto del gargarismo de manera que el líquido bañe estas partes y salga por las fosas nasales, dirigiendo repentinamente la cabeza de atrás adelante. Además que es cuestión muchas veces de un simple ensayo ó práctica el dirigir el líquido de la boca, ó mejor de la naso-faringe, á través de las fosas nasales, como muchas veces tenemos ocasión de ver confirmado en la práctica. Recuerdo á este propósito el caso de un profesor navarro, médico en Sangüesa, quien, hallándose haciendo uso de los baños de Tiermas, en la provincia de Zaragoza, há ya algunos años, me llamó repetidas veces la atención sobre la facilidad notable que tenía para gargarizar y sacar inmediatamente todo el líquido por las narices, sin más que cerrar la boca é inclinar hacia adelante la cabeza con rapidez.

Muchas autoridades en la especialidad recomiendan diferentes

(1) Esta es casi siempre la causa del mal resultado de la ducha nasal ó de los accidentes desgraciados en nuestros balnearios (en los que están mal instalados tales aparatos), y en la práctica particular.

jeringas, cuyos vástagos terminales se hacen pasar por detrás del velo del paladar, al paso que el difunto von Tröltsch empleaba un tubo que introducía por las fosas nasales hasta la naso-faringe, y en cuya extremidad tenía un número variable de agujeros.

Cuando se emplean grandes cantidades de líquido, como en los métodos de que hemos hecho mención, las disoluciones deben ser siempre débiles. Si tan sólo deseamos limpiar estos conductos de pus ó moco existente, bastará una disolución de sal común al 3 por 100, pudiéndose usar de igual modo el bicarbonato sódico, el cloruro de amonio ó el bórax.

Harnack dice que el agua de cal obra, no sólo como un disolvente del moco, sino también como un astringente; para lo cual, si lo usamos en la ducha de Weber, deberemos diluirla según la tolerancia del individuo.

Las aguas minerales, sulfurosas y alcalinas, se recomiendan á menudo, y sin duda obran favorablemente en muchos casos, de igual modo que lo hace una disolución de sal común, además de la limpieza que ejecutan en las partes donde se aplican. Sin embargo, existen procesos morbosos nasales, para los que las aguas *termales sulfurosas* tienen acción química indiscutible.

Los astringentes deben usarse con cuidado, aun con una jeringuilla, y, según Mac Bride, es todavía cuestionable su empleo, sobre todo cuando el líquido es inyectado en muy grandes cantidades por medio de la ducha. El sulfato de zinc y el alumbre en disolución han producido, empleados de esta manera, la pérdida del olfato; por esta razón el mejor remedio de este grupo farmacológico es el tanino, si bien se le debe usar en disoluciones débiles.

Las sustancias antisépticas son utilizadas con suma frecuencia en el tratamiento de las enfermedades nasales, y cuando hay que llenar una indicación, conviene emplearlas mediante la ducha. El ácido fénico — dice Mac Bride — tiene el inconveniente de perjudicar al sentido del olfato, por lo cual se deben preferir el permanganato potásico (30 gotas de la solución de la Farmacopea inglesa por litro de agua), el clorato potásico al 3 por 100, el ácido bórico y el aceto-tartrato de aluminio, en la proporción de tres partes de una disolución al 50 por 100 por litro de agua, según la tolerancia del enfermo. Este último remedio es antiséptico, astringente y ligeramente cáustico. De aquí su utilidad en el ozena.

Como el empleo de la ducha nasal (sea ésta la común de Weber, el rinoclima de Morra, la de Fauvel, etc.) no carece de peligros para el oído medio, debe practicarse cautelosamente, con lo que, además de evitar muchísimos de aquéllos, depende casi siempre el mayor ó menor éxito de la operación. La mayor parte de estas advertencias las

tenía ya formuladas en mi discurso titulado *Valor del tratamiento hidromineral en el ozena*, comunicación leída ante el Congreso Hidrológico Nacional celebrado en Madrid en los días 22 y siguientes de Febrero de 1888, y publicado en el libro de *Actas del Congreso*, páginas 33 á la 45. No creo huelga aquí, dada su importancia, por lo que las copio (á pesar de lo expuesto por el autor), aunque introduciendo ligeras variantes.

Hago caso omiso de la descripción y funcionamiento de la ducha en general, y de cada una de ellas en particular, porque no creo haya médico que la desconozca. Debe practicarse el lavado por lo menos dos veces al día, con el agua templada y haciendo pasar grandes cantidades de líquido. Húyase de colocar el depósito de la ducha á mayor altura que la línea del nivel de las narices del individuo que ha de tomarla, colocado de pie, pues conviene advertir *que no es la presión* la que hay que utilizar, ni aun la acabada de indicar, *sino la corriente suave y mansa del líquido, con objeto de practicar el lavado de las fosas nasales*. Esto, que no todos lo entienden, es lo que muchas veces origina síncope y otros trastornos locales en el individuo que hace uso de ella.

Conviene recordar y advertir al enfermo, que aplique el extremo de la ducha, ó sea el nasal, horizontal y no verticalmente, pues de este modo no chocará el líquido sobre la parte más alta de las fosas nasales y sobre los senos frontales, produciendo dolor, á veces intolerable.

Si una fosa nasal está más estrecha que la otra, será oportuno dirigir la corriente por la primera, á fin de que el chorro no sufra interrupción ni obstáculos en el estrechamiento, al partir de un punto más ancho, con cuyo motivo buscaría salida por la faringe y trompas de Eustaquio; y si bien nada importaría en lo que concierne á la faringe, sí, y mucho, á las trompas, que podrían enfermar y dar lugar á una sordera por la entrada del agua al oído medio.

Después de la ducha debe sonarse el enfermo, pero cerrando cada vez una fosa nasal; porque haciéndolo tapándose las dos á la vez, interrumpiéndole al aire el paso, se dirigirá á las trompas, arrastrando también partículas del líquido que haya quedado depositado en las paredes, surcos y anfractuosidades de las fosas nasales.

Una buena manera de sonarse en estos casos, ó sea luego de terminada la ducha nasal, la cual, si bien es poco estética y reñida con la actual *educación social*, en cambio carece en absoluto de peligros para el oído, consiste en ejecutar *espiraciones nasales* repetidas, cerrando con el dedo una de las ventanas de la nariz, por compresión de una pared externa, tal como suelen sonarse los carreteros y gente del campo en las poblaciones rurales.

Sí, sobre las precauciones ya mencionadas, aconsejamos á los en-

fermos el taponamiento nasal, comprimiendo la pared nasal durante media hora después de usar la ducha utilizando estos remedios, habremos evitado las otitis que suelen resultar de estos tratamientos, ora por el abuso de aquélla, ya por no tener presentes las recomendaciones formuladas.

Jamás se debe emplear la ducha, á menos que haya necesidad de desprender secreciones espesas ó costrosas, y, por lo tanto, hacer la limpieza del conducto nasal.

En los catarros, para los que están indicadas las inyecciones alcalinas, sirve bastante para nuestro propósito la jeringa de goma en forma de pera.

Como también es suficiente la pera ordinaria de goma, de cabida de unos 100 gramos, para el *spray* diario ó limpieza cotidiana de las fosas nasales, práctica muy recomendable y poco ejecutada en España. Al efecto, basta emplear agua templada y un poco salada, haciéndola caer á la faringe mediante una pequeña inclinación, hacia atrás, de la cabeza. Los buenos efectos de esta limpieza diaria son numerosos, y nadie los pone en duda, pero pocos la aconsejan y, todavía más, pocos la practican.

Para mí, tiene indudable importancia la temperatura en que pueden emplearse los líquidos para las inyecciones y duchas. Sin embargo, Mac Bride dice que en muchos casos basta el agua que ha permanecido algún tiempo en una habitación templada, y si el enfermo lo desea, no hay inconveniente en usarla á una temperatura de 38° C.

Á mi juicio, ni fría ni á 38° C., pues me tiene acreditado mi larga experiencia, que no debe pasar de 30 á 35° C. como máximun. Las irrigaciones frías son muy dolorosas, predisponen ó determinan el catarro, y hacen desaparecer ó alteran por el momento el olfato. Las muy calientes reblandecen la mucosa, la hiperhemian, la acatarran también, y favorecen la tumefacción de los cornetes.

Como regla general, es suficiente un litro de líquido por cada sesión de ducha, y si se emplea la pera de goma, bastará el contenido de ésta un par de veces seguidas para cada fosa nasal.

PULVERIZACIONES É IRRIGACIONES. — INSUFLACIÓN DE AIRE CON LA PERA. — APLICACIONES HECHAS CON PINCEL Ó ALGODÓN EN RAMA. — VAPORES MEDICAMENTOSOS. — BAÑO NASAL. — APLICACIÓN DE POMADAS. — CILINDROS MEDICINALES.

PULVERIZACIONES É IRRIGACIONES. — Para el objeto de limpiar convenientemente *las fosas nasales anteriores*, es muy útil el *spray* recomendado por Morell-Mackenzie (1).

(1) Conocido como "spray antero-nasal..."

Desde el meato inferior, y especialmente desde el medio, se limpian perfectamente y mucho mejor con esta operación, que con la ducha ó jeringa; y como la cantidad de líquido que se usa es pequeña, puede emplearse sin inconveniente el ácido fénico, aun cuando Mac Bride prescribe, por regla general, este ácido unido á otros fármacos, siendo su fórmula habitual, 10 gramos de bicarbonato sódico, 10 de bórax y uno de ácido fénico, por 30 de agua.

Yo creo que para el simple *spray* basta la fórmula que acostumbro á usar: 60 gramos de bicarbonato sódico y 6 de resorcina, divididos en veinte papeles iguales, para emplear uno por mañana y tarde en un litro de agua templada, si hay necesidad, ó sólo uno diario, según los casos.

Tiene las ventajas del ácido fénico, sin ninguno de sus inconvenientes. También puede usarse una sola solución regularmente concentrada de tanino, como, por ejemplo, en la proporción de 5 gramos por 30 de agua, utilizando sus propiedades astringentes.

El alcohol alcanforado, aconsejado primeramente por M. Miller (de Edimburgo), es útil asimismo para obtener el *spray* en los casos de pequeños pólipos nasales y para prevenir la procedencia de los grandes.

Este mismo remedio lo aconseja Cressovell Baber en el catarro hipertrófico, por sus propiedades altamente astringentes, que coagula la albúmina y hace evaporar la humedad. Mac Bride comienza por prescribirlo diluyendo una parte de alcohol por cinco de agua, y gradualmente va concentrando la dilución hasta que la tolerancia permite emplearlo puro, que, por regla general, suele ocurrir, sin producir la menor molestia, después de cuatro ó seis sesiones de hacer aplicaciones con las anteriores diluciones.

Conviene aconsejar, al emplear esta clase de pulverizaciones, respire el enfermo por la boca y mantenga cerrados los ojos durante todo el tiempo del *spray*.

Rumbold y Rubault aconsejan el empleo de las pulverizaciones de vaselina líquida en algunas enfermedades nasales, con las que dicen han obtenido excelentes resultados; pero se requieren instrumentos especiales para ello, á cuyo fin ambos autores construyeron uno, que lleva su nombre unido (Rumbold-Rubault), y De Vilbeiss otro, todos los cuales carecen del inconveniente de los pulverizadores ordinarios, que no dejan paso á las sustancias oleaginosas.

El Dr. Gellé presentó, en la sesión del 4 de Mayo de 1891 de la *Sociedad Francesa de Otología y de Laringología*, un instrumento para irrigaciones nasales, que realmente no consiste más que en el perfeccionamiento de la cánula común. Trátase simplemente de una pera pequeña, que se adapta á la fosa nasal, y que, al llenarse de aire, impide la salida de la cánula y que refluya el agua.

Á juicio del Dr. Madeuf, podrá servir este aparatito para las duchas de Politzer: pero no sé que en la práctica tenga ventaja alguna sobre la simple pera armada del tubo flexible de cautchuc, con ó sin cánula nasal.

Según el Dr. Raugé (1), las condiciones por las que se hace más ó menos permeable la trompa de Eustaquio al aire y á los líquidos que llegan á las fosas nasales posteriores, dependen en gran parte de la edad del individuo. Al efecto establece que, tanto en el niño cuanto en el viejo, está la trompa menos defendida. En su consecuencia, en ambos casos reclama la irrigación nasal, cuando no está contraindicada en absoluto, grandísima circunspección.

Demuestra después este autor que la explicación del fenómeno de la irrigación nasal, basada en las leyes físicas del peso, es insuficiente, así como confuso el análisis matemático dado por Alvin, en el que entran en juego únicamente el peso y la presión atmosférica.

Á propósito de los aparatos para la irrigación, y después de citar los varios propuestos — entre los que incluye los recientes de Broich y de Jelenffy — se declara el Dr. Raugé partidario del irrigador ordinario, que deja correr el líquido por la parte declive. La altura del recipiente rara vez debe pasar más arriba de la cabeza del enfermo, de cincuenta á sesenta centímetros.

Cuanto á la extremidad nasal del tubo, la prefiere de forma esférica, un poco achatada en su punto terminal y con el orificio en el centro del aplanamiento. Muchos de los contratiempos producidos por este método — dice — son más bien achacables á la calidad del líquido usado, ó á la falta de algún detalle de procedimiento.

El Dr. Rice, de Nueva York, manifiesta en una comunicación que presentó á la *Association Laryngologique Américaine* (XIV Congreso anual celebrado en Boston los días 20, 21 y 22 de Junio de 1892), á propósito del *Empleo del spray en las afecciones catarrales de las vías respiratorias superiores*, que, en el uso de las inyecciones, la condición de mantener un minucioso cuidado en la elección del medicamento activo, del vehículo, de la temperatura y de la presión, puede hacer restringir en sumo grado la indicación de la operación.

Entre otras varias, he aquí algunas reglas generales que dicho autor establece:

El petróleo da buenos resultados, pero deja después, con mucha frecuencia, una sequedad de las fosas nasales muy desagradable.

El iodoformo y el aristol pierden muchas de sus propiedades anti-sépticas y estimulantes, cuando se les incorpora á los aceites.

(1) "L'irrigation naso-pharyngienne", Niza, 1889, pág. 72.

Una solución de cocaína al 1 por 100 obra como el mejor de los astringentes.

Pueden asimismo emplearse, con idéntico fin terapéutico, la morfina y el acónito.

Las fosas nasales posteriores soportan una presión mucho más intensa que las anteriores.

En oposición á lo sustentado por el Dr. Rice, no concede el doctor Bosworth á las irrigaciones más que un simple valor de propiedad, al paso que Mackenzie, Asch, Knight y Hartwell Chapman (de New-Haven), creen en su real y positiva eficacia.

No hace mucho tiempo que la casa Burroughs Wellcome, de Londres, ha construido unos pulverizadores para sustancias oleosas con destino á emplear unos y otras en el tratamiento de las enfermedades de las fosas nasales posteriores y en la laringe, que presentan grandes ventajas sobre los conocidos, y, principalmente, para pulverizar cierta clase de medicamentos.

Dos son las clases de estos aparatos.

El primero está destinado á dirigir una sutil corriente de pulverización á las fosas nasales, empleando al objeto la solución oleosa de cualquiera medicamento, y especialmente de la paroleína, que puede servir admirablemente de base para las soluciones medicinales que hayan de usarse. La mayor parte de los medicamentos que se aconsejan para el tratamiento de las afecciones de las fosas nasales y de la garganta son solubles en la paroleína; y este excipiente es mucho mejor que el agua ó el alcohol, por la propiedad que tiene de permanecer cierto tiempo adherido á la superficie de la membrana mucosa, asiento de la enfermedad. La misma paroleína, pulverizada con este aparato, puede utilizarse con algún resultado en algunos afectos crónicos de las fosas nasales.

El segundo aparato (para usos laringeos y post-nasal) consiste en un doble tubo metálico recto, que se introduce por la boca hasta la cavidad faríngea; ambos tubos, el que sirve para el medicamento y el del paso á la corriente de aire, pueden girarse de manera que sea dirigida la corriente que se escapa por su extremidad hacia las fosas nasales posteriores ó hacia la laringe.

Con este aparato pueden emplearse ventajosamente las mismas soluciones oleosas medicinales de que hemos hablado antes al ocuparnos del pulverizador nasal, y especialmente la paroleína, que al combatir el catarro crónico post-nasal desarrolla una acción favorable y verdaderamente excepcional.

En general, para ser eficaz una ducha ó una irrigación nasal, hace falta emplear un litro de agua ó de líquido. En los sujetos poco tolerantes puede reducirse esta cantidad á la mitad y aun menos. Por el

contrario, cuando haya necesidad de desprender costras y mucosidades conglutinadas, muy adheridas á las paredes y sinuosidades de las fosas nasales, convendrá emplear el doble ó el triple — según los casos — de la cifra apuntada.

Ya he advertido las condiciones de temperatura que convienen al liquido; pero debo hacer constar respecto de su naturaleza, que jamás *permitiremos emplear agua pura* ni agua de mar.

La razón es muy sencilla: en ambos casos determina una penosa sensación de escozor, y, además, altera el epitelio de la mucosa, lo hincha y hace caer y, en su consecuencia, se origina un coriza crónico. De aquí la predisposición que existe en muchas personas habituadas á aspirar agua fría por las narices al levantarse por la mañana, como medio de limpieza, á contraer rinitis purulentas.

Las irrigaciones detersivas de las fosas nasales deben hacerse siempre con soluciones alcalinas concentradas, en vez de emplearlas á base de ácido bórico, porque, ni alteran el epitelio, ni son dolorosas, y disuelven, además, las mucosidades.

La fórmula ordinaria que prefiero, por su sencillez y resultados, es la de una cucharadita de las de café de cloruro de sodio ó sal de cocina, de bicarbonato de sosa ó de baborato de sosa en un litro de agua esterilizada por previa ebullición.

Las soluciones astringentes de alumbre ó de sulfato de zinc, y las antisépticas á base de ácido fénico, alteran el epitelio, y prolongando durante algún tiempo su uso, llegan á producir la anosmia.

El número de inyecciones habitualmente necesario suele ser dos: una por la mañana al levantarse, á fin de desembarazar las fosas nasales de las mucosidades acumuladas durante la noche, y otra al acostarse por la noche para limpiar los polvos y secreciones del día.

Cuando existen costras adheridas á las paredes de las fosas nasales, es prudente reblandecerlas con objeto de disminuir su adherencia á la mucosa, un rato antes de practicar la irrigación. Al efecto, puede proyectarse sobre ellas, bien mediante un pulverizador, ora con una jeringa de pera de goma, ya, en fin, con el mismo irrigador nasal, una cantidad variable de liquido, y, para el caso, sirve perfectamente el siguiente:

Glicerina.....	70 gramos.
Bíborato de sosa.....	20 —
Agua destilada.....	80 —

Mézclase y disuélvase.

Tanto el sifón de Weber, cuanto la jeringa, pera, etc., que hayan de servir para las irrigaciones, deben mantenerse asépticos, conservándolos en un receptáculo lleno de una solución débil de sublimado al 1 por 2.000 que no altera el cautchuc.

Para terminar, cuando en el curso de una ducha ó irrigación nasa l siente el enfermo un dolor vivo en el oído, es señal de que ha penetra- do á través de la trompa hasta la caja tímpanica una cantidad de líqu- ido. En tal caso, y con objeto de prevenir la aparición de la otitis media, se recomiendan dos procedimientos para hacer refluir á la garganta dicho líquido. El uno, de Toynbee, consiste en obligar al enfermo á hacer movimientos de deglución en vacío, manteniendo cerrada la boca, y comprimiendo, además, las ventanas de la nariz con los dedos; y el segundo, de Urbantschitsch, en practicar el médico una serie de duchas de aire con la pera de Politzer por la fosa nasal correspondien- te, dejando abierta la opuesta, con lo cual se consigue que la corriente de aire, al pasar por delante del pabellón tubárico, produzca el vacío y aspire el líquido introducido en la caja. Por regla general, este segundo procedimiento es el preferible y el que más rápidamente suprime el dolor auricular.

Hállanse *indicadas* la ducha ó las irrigaciones nasales, siempre que veamos necesidad de limpiar de mucosidades, costras, etc., el interior de las fosas nasales. Está *contraindicada* en las rinitis agudas (coriza, fiebre de heno, etc.) y en aquellos estados crónicos de marcada tenden- cia á la hipertrofia de los cornetes y á la tumefacción de la mucosa.

De todos modos, debe proscribirse su uso durante *mucho tiempo*, porque se altera el olfato y hasta puede llegar á determinar una anos- mia incurable.

INSUFLACIÓN DE AIRE CON LA PERA. — Este procedimiento, poco em- pleado, lleva el nombre de *ducha nasal seca*. Consiste en introducir por una ventana nasal el extremo olivar de una pera grande de goma (de Politzer), manteniendo abierta la ventana opuesta y permitiendo al enfermo respirar tranquilamente por la boca abierta, y en lanzar brus- camente el aire contenido en la pera, varias veces repetido, que sale por la otra ventana nasal, arrastrando las mucosidades acumuladas, ó las hace caer á la garganta. No tiene peligro de que se dirijan á la trompa de Eustaquio.

APLICACIONES HECHAS CON PINCEL Ó ALGODÓN EN RAMA. — Cuando se desea aplicar fuertes disoluciones, es preferible hacerlo mediante un pincel fino de pelo de camello, ó con un algodón en rama unido á un instrumento especial, que ha recibido el nombre de porta -algodón, y que consiste en un alambre recio con doble curvatura y provisto en una extremidad de un mango, y en la otra, de pequeña rosca, á la que se rodea el algodón en rama, y que impide se suelte ó escape al rozar partes estrechadas.

Los hay de varias formas y dimensiones, y en último resultado

puede servir cualquiera varilla metálica delgada, á la que se dé una ligera curvadura.

Las disoluciones concentradas rara vez se emplean por la parte anterior de las fosas nasales; y para su uso por la naso-faringe, podemos servirnos de un pincel laríngeo de gran curvadura.

Hay además que tener en cuenta, al utilizar algunas disoluciones muy concentradas, el poder absorbente de la mucosa nasal, que, en general, cual el de toda la mucosa respiratoria, es muy poderoso. Con efecto: en la sesión del 20 de Mayo de 1892 de la Real Academia de Medicina de Turín, refirió el Dr. Treves que había practicado, bajo la dirección del profesor Gradenigo, una serie de experimentaciones conducentes á comprobar el poder absorbente de la mucosa nasal.

He aquí los resultados obtenidos:

Por medio de taponos de algodón en rama, ponía el autor la sustancia que quería experimentar, respecto de su absorción, en contacto de la mucosa nasal de varios individuos. Al efecto ensayó el azul de metileno, el salicilato de sosa, la atropina, etc., si bien el santonato de sosa fué el medicamento que le permitió más repetidos y constantes ensayos porque no es irritante, y, en cambio, es fácilmente demostrable en la orina.

Introducido el tapón, impregnado con veinte centigramos de santonato de sosa, hacía orinar frecuentemente al sujeto que servía de experimento, é investigaba el momento primero en que aparecía en la orina, el momento de su mayor eliminación, y, finalmente, el momento de suspenderse su eliminación.

Después de exponer el autor en su Memoria varios cuadros gráficos é ilustrados con tales experimentaciones, termina estableciendo las conclusiones siguientes:

El poder absorbente de la mucosa nasal en la región vestibular es casi nulo.

La porción restante de mucosa está dotada de gran poder de absorción.

Este poder absorbente varía según la sustancia experimentada y según los diversos individuos.

Estas oscilaciones tienen límites mayores que las oscilaciones de absorción de la mucosa gástrica.

No hay relación entre el poder absorbente de la mucosa nasal y gástrica.

Cree el autor que el poder absorbente de la mucosa nasal es bastante grande, y opina que los efectos que se manifiestan con tanta rapidez por la inspiración de determinadas sustancias volátiles, cual el nitrito de amilo, no se deben á una excitación nerviosa, sino á una verdadera absorción rápida de dicho medicamento.

Como dice muy oportunamente el Dr. Treves en otra parte de su Memoria, ¿no cabe sospechar facilite esta exagerada facilidad de absorción ciertos envenenamientos, como el de plomo, de arsénico, de fósforo, etc., y ciertas infecciones, cual la malaria, tuberculosis, neumonía, etc.?

Las precauciones que hay que tomar, al verificar la limpieza del interior de las fosas nasales con el algodón en rama seco, son dos, á saber: seguridad en arrollar el algodón al extremo del estilete, á fin de que no se suelte en el interior de las cavidades, y que esté esterilizado el algodón en rama.

Cuando no se tenga seguridad de lo último, recomiendo el procedimiento de Lermoyez y Helme para conseguirlo rápidamente, que consiste en arrollar un buen tapón de cualquiera clase de algodón en rama al extremo del porta-algodones ó de un estilete, se le sumerge durante un momento en alcohol saturado de ácido bórico, se retira é inflama á la llama de una lamparilla. Cuando, al cabo de algunos segundos, la llama, al principio incolora, toma el color verde, se apaga porque se ha conseguido ya hacerlo aséptico sin quemarse.

También se utilizan para esta clase de limpieza las pinzas curvas nasales.

El contacto irritante del algodón en rama seco provoca la secreción refleja de las glándulas mucosas, cuya secreción facilita el desprendimiento de las costras y mucosidades conglutinadas.

Evitaremos la provocación de epistaxis ó de reflejos molestos, ejecutando la maniobra con suavidad á la vez que con cierta rapidez, y dirigiendo la extremidad del estilete con el algodón en dirección de la cavidad naso-faríngea, sin ejercer roces y presiones enérgicas sobre puntos sensibles y delicados como la porción olfatoria, hiatus, cornetes, etcétera.

La práctica constante da gran seguridad para evitar esta clase de pequeños accidentes.

VAPORES MEDICAMENTOSOS. — Lo que hemos dicho respecto de las pulverizaciones, es aplicable á las vaporizaciones medicinales. Las inhalaciones de creosota tienen un valor limitado en ciertas afecciones nasales, como, por ejemplo, en el ozena, si bien hay que reconocer es un remedio útil.

El cloruro de amonio se emplea también en inhalaciones en ciertos casos de afectos nasales, y, utilizando el aparato de Godfrey, podemos usar al mismo tiempo otros varios agentes volátiles.

Para mejor poner en directo contacto con la mucosa nasal, y aun de la garganta, los vapores calientes y secos de ciertos medicamentos volátiles, como el eucaliptol y el mentol por ejemplo, Mr. Ross Ser-

geant, farmacéutico de Nottingham, ha ideado el aparatito siguiente:

En el fondo de una probeta de cristal se coloca una esponja, sobre la que se ha vertido el medicamento que ha de volatilizarse ó vaporizarse. En la boca de esta probeta se adapta un tapón de corcho, atravesado por un tubo de cristal, cuya extremidad interior se prolongue hasta un centímetro por encima de la esponja. Á la otra extremidad se ajusta un tubo de goma flexible, seguido de otro de cau-chuc que termine en una forma *ad hoc* nasal, y que se introduce en la fosa nasal.

Para emplearlo ó servirse de él basta introducir la probeta en el baño-maría.

La fumigación y vaporización medicamentosas son procedimientos terapéuticos muy poco empleados, útiles tan sólo en las afecciones agudas de las fosas nasales, en las que se hallan contraindicadas las demás formas de tratamiento.

También el aparato de Mandl sirve para llevar á las cavidades nasales aire cargado de principios medicinales como el mentol, eucalip-tol, etc.

BAÑO NASAL. — Consiste en hacer penetrar, *sin presión*, un líquido en las fosas nasales, conservándolo *in situ* durante algún tiempo.

Es un procedimiento perfectamente inofensivo y muy eficaz en muchos casos.

Puede ser externo é interno.

El baño externo constituye un medio exce ente para el tratamiento de ciertas dermatosis vestibulares. Su *modus faciendi* consiste en introducir toda la nariz en un receptáculo ancho que contenga el líquido. Se respira, sin sacar la nariz, con la boca abierta.

El baño interno se ejecuta vertiendo en el interior de las fosas nasales el líquido mientras se mantiene la cabeza inclinada hacia atrás, y se respira por la boca abierta sin verificar movimientos de deglución ni hablar. De este modo se contrae el velo del paladar y no deja pasar el líquido. Se mantiene un rato prudencial, y durante el mismo se imprimen movimientos ligeros de vai-vén á la cabeza, á fin de que el líquido bañe todas las partes interiores de las fosas nasales.

Es un procedimiento bueno para los niños, á cuyo fin se les mantiene abierta la boca con los dedos y vierte el líquido con una cuchara.

Jamás debe emplearse para esta clase de baños, *ni agua fría, ni agua pura*.

Se han inventado aparatos para introducir el líquido, tales como el de Woakes y el de Fränkel (modificación del anterior); pero para el objeto sirve cualquiera cosa, incluso una cuchara grande terminada en pico.

No tiene los peligros de la irrigación y de la ducha, y posee en más alto grado las ventajas de aquéllas para reblandecer y desprender las costras, etc.

APLICACIÓN DE POMADAS. — La pomada constituye un vehículo muy usado en Rinología. Sobre todo para los niños pequeñitos, es el único medio terapéutico que debemos aconsejar para ponerlo en práctica en sus casas. Es además el menos desagradable.

Según que se trate tan sólo de reblandecer las costras, de defender una mucosa irritable de la acción del polvo atmosférico, etc., ó de obrar terapéuticamente con un fin determinado curativo, así serán las pomadas, indiferentes ó activas. Conviene tener siempre presente, para el segundo caso, que los antisépticos, al incorporarse á las sustancias grasas, pierden bastante su poder bactericida según el doctor Ceppi.

Se introduce ó con el dedo, ó con un pincel grueso, etc., hecho lo cual, se tapa la otra fosa nasal y se aspira con rapidez y fuerza, para que se extienda la pomada á sitios donde aquéllos no podrían llevarla. En los niños se hace lo mismo, pero tapándoles la boca para obligarles á respirar por la nariz. Hay que poner en ellos más cantidad, por la que se pierde al estornudar y espirar.

CILINDROS MEDICINALES. — Úsanse asimismo en la terapéutica de algunos afectos nasales, cilindros medicinales huecos, preparados en glico-gelatina, y perfectamente dosificados.

Así, se suelen formular cilindros que contienen varias sustancias medicinales, como, por ejemplo, la morfina, el azoato de bismuto, el iodoformo, la cocaína, etc., etc.

El Dr. Scanes Spicer es muy entusiasta de esta forma terapéutica, y los recomienda muy calurosamente para ciertas operaciones nasales; para combatir el eczema intranasal, el catarro post-nasal, la fiebre del heno, el catarro y la difteria nasales, el ozena y aun la coqueluche.

Para mí, el único inconveniente que tienen en la práctica es lo poco que se pueden tolerar colocados, tiempo insuficiente en muchos casos para su completa absorción. Esto en las personas mayores y de conocimiento; que en los niños, por poco indóciles que sean, es casi imposible que los soporten breves segundos, si ya el estornudo no los expulsa al momento.

Sin embargo, hay ocasiones en que prestan excelentes servicios, cual ocurre después de haber practicado en el interior de las fosas nasales cauterizaciones galvanocáusticas. En estos casos previenen las adherencias frecuentes consecutivas á aquéllas, sobre todo en los sujetos negligentes para las prescripciones facultativas.

Llenan admirablemente este objeto las bujías nasales del doctor L. A. Dessar (de Nueva York), construidas de cautchuc vulcanizado, de unos 3 milímetros de espesor, por 10 centímetros de largas y 1 centímetro de anchura. Su extremidad nasal es redonda, y está provista de dos canalitos laterales.

Los mismos enfermos pueden introducirselas de vez en cuando, según la prescripción facultativa (varias veces al día), y se las recubre de distintos remedios apropiados á cada caso en particular.

POLVOS MEDICAMENTOSOS. — Los polvos medicamentosos se aplican mediante insufladores rectos para la parte anterior de las fosas nasales, y curvos cuando se trata de medicinar la porción naso-faríngea. Para ambos puntos pueden y suelen emplearse igual clase de polvos, y también los mismos que para la laringe, en ocasiones.

Cuando se necesita utilizar un polvo más ó menos cáustico, se acostumbra á prescribir el nitrato argéntico, mezclado con almidón en partes proporcionales, según la intensidad de la acción que se quiera desarrollar.

Bresguen recomienda que la primera vez se hagan aplicaciones muy diluidas, como, por ejemplo, al 1 por 200, y después más enérgicas según la tolerancia, hasta el 1 por 10.

El aceto-tartrato de alúmina ó de aluminio es á la vez astringente, cáustico y antiséptico en su acción. Moldenhauer emplea esta sustancia, sin diluirla ni rebajar sus propiedades, en insuflación.

Según Schafferd, que introdujo el aceto-tartrato aluminico en la práctica, se adapta mejor en su uso empleándolo mezclado en la glicerina, en cuya forma es menos enérgico, subsistiendo por eso sus propiedades.

Morell-Mackenzie aconseja el polvo de eucalipto (una parte por dos de almidón), el persulfato de hierro (una para tres de almidón), y el catecú en aplicaciones á las fosas nasales posteriores para ciertas afecciones, en las que están indicados los astringentes y antisépticos.

Los remedios antisépticos más comúnmente empleados para insuflaciones intranasales son el ácido bórico, el iodoformo, el aristol, el timol, el ictiol, y, últimamente, las sales de sozoiodol, recomendadas por Fritsch, quien emplea también las de potasio y sodio sin diluir ni rebajar en su acción; las de zinc, al 1 por 10 ó al 1 por 5, mezcladas al azúcar de leche, y el sozoiodol mercurial al 1 por 20 y aun al 1 por 10.

Como anestésicos se emplean la morfina y la cocaína mezcladas á los polvos de almidón, en insuflaciones.

De cualquier manera que se insuflen los polvos medicinales en el interior de las fosas nasales, han de reunir tres condiciones esenciales, á saber: deben hallarse muy finamente tamizados, á fin de no irritar

la mucosa; deben ser ligeros, ó lo menos pesados posible, con objeto de que se repartan bien por todos los puntos de las cavidades de la nariz, y deben ser perfectamente solubles para que no se formen concreciones en los meatos y obren como cuerpos extraños.

La mezcla de un peso igual de azúcar de leche á los medicamentos antisépticos que por regla general se emplean en esta forma terapéutica, impide la formación de rinolitos y, además, disminuye la pesantez de los segundos.

Es conveniente practicar una exquisita limpieza del interior de las fosas nasales, antes de comenzar la insuflación de polvos medicinales.

ANESTESIA. — Como en todo acto quirúrgico del resto del cuerpo humano, se impone la anestesia, sea general, sea local.

Aunque el autor se ocupa de la *anestesia local*, volveremos, sin embargo, á estudiarla, ampliándola, pero comenzando antes por decir cuatro palabras acerca de la *anestesia general*, siquiera los detalles y conocimientos generales sobre la misma se hallen esparcidos en cualquiera obra clásica de Terapéutica ó de Cirugía.

Como quiera que lo concerniente á la anestesia general por el cloriformo ó el éter es conocido más que la por el bromuro de etilo, será objeto de esta nota el estudio rápido y ligero del último de dichos anestésicos.

El bromuro de etilo ó éter bromhídrico, descubierto por Serullas en 1828, es el alcohol etílico, en el que el grupo hidróxilo OH ha sido reemplazado por un átomo de bromo. De aquí su fórmula C^2H^5Br .

Conviene tener siempre muy presente, para los fines de la práctica, que no tiene este agente ningún lazo de parentesco ni de similitud con el bromuro de etileno, en cuanto á sus efectos, cuya confusión y desconocimiento ha dado lugar á serios contratiempos. El bibromuro de etileno, $C^2H^4Br^2$, está formado por la adición de dos átomos de bromo al gas etileno, ó hidrógeno bicarbonado C^2H^4 , y no tiene ninguna relación con los éteres bromhídricos de la serie grasa.

Es un líquido apenas volátil, muy tóxico y mal anestésico.

El bromuro de etilo, en cambio, *debe ser muy volátil*, hasta el punto de que, vertida una pequeña cantidad en la palma de la mano, ha de evaporarse *por completo rápidamente* sin dejar ningún residuo.

Debe, además, ser incoloro, pues si presenta una coloración amarillenta, es que está descompuesto por haber dejado en libertad una pequeña cantidad de bromo, en cuyo caso su administración determina una viva irritación de las vías aéreas.

Debe también tener un olor dulce, etéreo, pues si tiene un olor aliáceo, es impuro por contener probablemente hidrógeno fosforado, gas tóxico.

La pureza del bromuro de etilo depende de su manera de preparar — que no hemos de indicar aquí — y de su conservación, sobre la cual debo consignar, que la luz, la humedad y el contacto del aire lo descomponen, por cuyo motivo conviene emplear siempre aquel que esté contenido en un tubo de cristal cerrado á la lámpara, y aun éste, recientemente elaborado y encerrado, y conservado en las condiciones apuntadas.

La acción fisiológica de este cuerpo, bien estudiada por Dastre, justifica su empleo en las operaciones de corta duración que se practican en Otología y en Rinología.

Á semejanza de la narcosis clorofórmica, la brometilica obra primero sobre el cerebro, después sobre la médula, y, por último, sobre el bulbo; pero así como el cloroformo, antes de paralizar cada uno de estos centros, ejerce sobre ellos una acción irritante clínicamente apreciable, el bromuro de etilo, por el contrario, pasa por alto este período, carece de período de excitación y no expone á la eventualidad terrible del laringo-espasmo reflejo, ni determina jamás síncope inicial.

Es un agente vaso-dilatador y congestiona el cerebro, lo cual le hace preferible al cloroformo en las operaciones de cabeza (oídos, fosas nasales), para las que es conveniente mantener al enfermo en una posición sentada.

Para administrar bien el bromuro de etilo con el fin anestésico general (1), conviene seguir las reglas de cloroformización (Lubet-Barbon), esto es, comenzando por siderar al enfermo mediante dosis masivas.

Á fin de no sorprenderle desagradablemente, se puede comenzar por hacerle inhalar 2 ó 3 gotas, y pasados algunos segundos, se administra ya, de golpe, toda la cantidad necesaria para producir el sueño, ó sea de 5 á 10 gramos para los niños y de 10 á 20 para los adultos, teniendo cuidado de que se respire la menos cantidad posible de aire, para lo cual debe utilizarse la máscara ordinaria de cloroformización. Desde las primeras inhalaciones se pone la cara roja, encendida, vultuosa, se congestiona, pero no debe hacerse cianótica; los ojos, desmesuradamente abiertos, parecen la expresión del espanto y se mantienen fijos ó mueven convulsivamente de arriba abajo. Bien pronto viene la relajación general, dejando caer la mano el objeto que guardara, cayendo inerte el brazo y dejándose la cabeza colocar en las diferentes posiciones que se quiera. Es que ya no resiste el enfermo; es que se halla ya anestesiado; es, en fin, que no tiene conciencia de sus actos y que estamos en el momento oportuno para operar, pues si dejamos por

(1) La mayoría de los datos de esta nota los entresacamos de las "Generalidades," sobre "Rinología," de la obra del Dr. Lermoyez, 1896, Paris, Octave Doin, editor.

descuido transcurrir algunos segundos más, ó se *continúa anestesiando*, puede sobrevenir la *fase de contractura muscular*, fase peligrosa porque determina un trismo enérgico que impide operar en la faringe, y porque, si ataca á la laringe, puede dar lugar á la asfixia.

Por lo tanto, si en el curso de la operación de las vegetaciones adenoides vemos sobrevenir la contractura de las mandíbulas, hay que suspender la operación y atender inmediatamente al estado general, suspendiendo la anestesia, con lo que, en pocos minutos, sobreviene la calma, abre el enfermo los ojos y comienza á darse cuenta de sí.

Generalmente no queda, como en la cloroformización, ni dolor de cabeza, ni amodorramiento, ni sueño, ni vómitos, pero sí un olor en el aliento algún tanto aliáceo, que demuestra que si el bromuro de etilo tiene una acción inmediata y fugitiva, en cambio es muy tardía su eliminación.

Administrado de este modo no es peligroso; mas si se prolonga su inhalación durante media hora ó más — y en algunos sujetos ni aun media hora —, hay que pensar en las frases de Dastre, quien dice que «la acción paralizante predominant de esta sustancia debe hacernos juzgar que, para las operaciones de larga duración, ofrece peligros mayores que el éter y el cloroformo».

Hartmann y Bourbon aconsejan, cuando haya necesidad de prolongar la anestesia con este agente, seguir operando hasta que el enfermo vuelve á dar signos de sensibilidad; entonces se le deja descansar un rato, y vuelve á dormir con el bromuro de etilo, y si la intervención ha de durar mucho, se sustituirá con el cloroformo las inhalaciones últimas, á fin de producir una anestesia mixta.

Lermoyez recomienda comenzar la operación desde el momento en que principia á dilatarse la pupila y á congestionarse la conjuntiva, sin esperar á la completa resolución. El mismo autor resume el estudio sobre la anestesia general por el bromuro de etilo de este modo:

- 1.º No confundir el bromuro de etileno con el bromuro de etilo.
- 2.º Emplear el bromuro de etilo puro y recientemente preparado.
- 3.º Administrar el bromuro de etilo *en masa*, pues un operado suyo fallecido durante este acto, fué porque se le durmió mediante las dosis cortas y continuas.

Y 4.º No repetir la anestesia, durante cada acto operatorio, más que dos veces. Otro niño fallecido, lo fué por haberle aplicado la máscara tercera vez.»

Las *contraindicaciones* de la etilización son las enfermedades orgánicas del corazón y de los pulmones. Además, es difícil en los alcohólicos, en los nerviosos y en los de poco sueño ó poco dormilones. Como se ve, son las mismas que para la cloroformización.

La edad de tres á dieciséis años constituye el período de la vida

preferible para el bromuro de etilo. En el adulto se obtiene con más dificultad el sueño, y á veces sobreviene una fase de excitación ebriosa que puede durar varias horas.

Para la edad de menos de dos años, jamás debe utilizarse ni una ni otra sustancia anestésica, porque además de podérseles sujetar con facilidad, es una edad en la que no existe conciencia subjetiva de los actos. En último resultado, creo preferible el cloroformo en esta edad.

La *anestesia local*, el máspreciado timón de la especialidad otorino-laringológica, y la que indudablemente ha contribuido en estos últimos tiempos, sobre todo desde el descubrimiento y la aplicación de la cocaína, á que progresara lo mismo en su diagnóstico que en su terapéutica, se practica ora mediante la *acción refrigerante* (hielo, éter, cloruro de metilo, cloruro de etilo), sustancias difíciles y peligrosas de aplicar en las primeras vías respiratorias, bien utilizando la *acción gálmica* de ciertos medicamentos como la cocaína.

Alguno de los sucedáneos de este último fármaco, que se ha pretendido utilizarlo como en sustitución de aquél (tropococaína, ouabaína, formanilida, etc.), no ha dado resultado.

Se utiliza de preferencia el clorhidrato, que es muy soluble en el agua, la glicerina y el alcohol.

Las soluciones acuosas se alteran con suma rapidez, tanto, que al cabo de tres días se descomponen, formando productos eminentemente tóxicos, y disminuyen sus propiedades anestésicas. Por lo tanto, conviene emplearlas *recientemente preparadas*.

Hasta hace poco se consideraba como acción fisiológica de la cocaína, que obraba á la manera de un anestésico puramente local, como una especie de curare sensitivo, llevando tan sólo su acción sobre las terminaciones nerviosas sensitivas, pero respetando las funciones de los centros nerviosos. Al efecto se la creía inofensiva, y que podía administrarse *larga manu*.

Hoy se sabe, por el contrario, que la cocaína es, según Dastre, « un anestésico general que ofrece la particularidad de no poderlo emplear para la anestesia general ». Tiene una doble acción, *local y general*, útil la primera (todavía no investigada), es peligrosa la segunda y debe evitarse por lo tanto.

« La historia de la cocaína se condensa casi en absoluto en estos dos términos: acción anestésica, y acción vaso-constrictora enérgica » (Dastre).

De una parte, produce la insensibilidad de los tejidos, tanto más, cuanto más en contacto se ponga con las terminaciones nerviosas y se trate de una mucosa que tenga elementos más delicados y más ricos en terminaciones superficiales. Así, la cocainización de la pituitaria es más activa que la de la mucosa de la garganta.

Los toques en las mucosas determinan una analgesia, mejor que una verdadera anestesia.

Por otra parte, produce una anemia local, á la vez que una retracción de la mucosa, lo cual viene á favorecer el acto operatorio, cuando, como en las fosas nasales, se trata de espacios sumamente angostos.

Según Lermoyez, fisiológicamente son independientes ambos efectos; la analgesia no es debida á la anemia local, como había creído Laborde. Clínicamente tiene su relación. « La mucosa cocainizada se retrae y anestesia paralelamente, en un espacio de tiempo que varía entre uno y cinco minutos, según la técnica empleada; después, y al cabo de cinco á quince minutos, á medida que reaparece la sensibilidad, se infartan y congestionan de nuevo los tejidos, siendo causa en muchas ocasiones de la aparición de hemorragias post-operatorias, favorecidas por una dilatación vaso-paralítica secundaria.»

La acción general — seguimos copiando á Lermoyez — es análoga á la del cloroformo y el éter. Como anestésico, la cocaína determina desde el principio excitación cerebral, verdadera ebriosidad cocáinica traducida por una sobreactividad psíquica, una locuacidad exagerada y ciertas sensaciones de euforia muy agradables á los cocainómanos. Al momento ataca á la médula; después al bulbo. Es todavía en el periodo de excitación de este último, cuando están ya paralizadas las células sensitivas de la médula. La respiración se suspende por consecuencia de una contracción tetánica del diafragma; cesa de latir el corazón en el sístole, y sobreviene la muerte.

Conviene, pues, matizarla, haciendo que favorezca la acción local, mas retardando lo posible y restringiendo el efecto general.

En términos generales, se emplea el clorhidrato de cocaína: a) en estado sólido, bien llevándolo puro, en cantidad de unos cuantos cristales en el extremo de un estilete, á un punto circunscrito, como por ejemplo un pequeño póliplo de la caja timpánica que haya de rasparse, con lo que obtenemos un maximum de anestesia local coincidiendo con un minimum de peligro, ora mezclándolo á un polvo inerte, cual acontece con el azúcar de leche, cuya mezcla presenta menos inconvenientes que la solución acuosa (M. Schmidt); y b) en solución acuosa, la cual puede utilizarse: 1.º, en pulverización, procedimiento cómodo pero peligroso en manos del enfermo á causa de medirse mal la cantidad de anestésico empleada, por cuya razón no conviene usar más que soluciones al 1 por 40, al 1 por 100 y aún mejor al 1 por 200; 2.º, en aplicación, empleando una concentración mayor (de 1 por 20 á 1 por 5 y más), porque se emplea una cantidad pequeña de líquido, aun cuando el tiempo de aquélla dure diez minutos; 3.º, en toques, mediante el porta- algodones, y 4.º, en inyecciones submucosas, que si bien determinan mayor anestesia (toda vez que alcanza hasta al periostio), en cambio,

crece la facilidad de una intoxicación, máxime si la concentración de la solución pasa del 1 por 50.

La intoxicación cocainica puede determinar accidentes agudos ó crónicos.

Cocainismo agudo. — Aunque en todos ellos predominan los trastornos circulatorios ó nerviosos, pueden reconocerse tres formas ó grados:

Forma leve, en la que, inmediatamente después de la cocainización, se hace el paciente expansivo, locuaz, y se agita como si estuviera algún tanto ebrio. Quéjase de algo de cefalalgia, cansancio, sudor frío y náuseas. A estos síntomas siguen una sensación general de frío, palidez del semblante, enfriamiento de manos y frente, pulso filiforme y frecuente hasta 140 latidos por minuto. Poco á poco sobreviene la calma, quedando el enfermo inmóvil, insensible á la operación que se le ha hecho, pero teniendo una vaga inquietud de muerte próxima, y sensación de semiestupor, pesadez en los párpados y dificultad en la pronunciación.

Este estado suele durar desde varios minutos á algunas horas, y no acostumbra á llegar á producir síncope completo. Sin embargo, yo he tenido ocasión de observarlo en cuatro ó cinco casos.

En la *forma grave* comienzan los síntomas como en la precedente, pero más acentuados y más persistentes, y suele prolongarse por algunos días el decaimiento, flojedad, vértigo, náuseas y vómitos. Á veces hay anuria intermitente, gran insomnio y angustia precordial, que van poco á poco desapareciendo. En los cardíacos, según Reynier, pueden provocar estos accidentes un ataque mortal de asistolia.

Y, por último, en la *forma mortal*, puede terminar la vida del enfermo en menos de una hora. La pérdida del conocimiento es completa, los latidos cardíacos se hacen irregulares, la pupila se dilata (signo de suma gravedad), aparecen convulsiones generales, tónicas al principio para volverse clónicas después simulando un ataque epiléptico, se dificulta la respiración por tetanización del diafragma y sobreviene un último síncope mortal.

Cocainismo crónico. — Generalmente suele observarse en aquellos individuos que, por enfermedades nasales y por consejo del médico, usan y abusan á diario de las soluciones de cocaína, bien en toques, ya en instilaciones, ora, en fin, en inyecciones, hasta llegar, cual ocurre con la mo fina, á volverse cocainomaniacos; á tal grado, que sin su cocaína creen no poder respirar, ni hablar, ni comer, ni salir, ni entregarse á sus ocupaciones.

Comenzando por esta impresionabilidad extrema del sistema ner-

vioso, resultado de la secreción alternativa de los períodos de euforia tóxica y de abatimiento consecutivos, sobreviene después un cambio de carácter, haciéndose irascible, disminuye la memoria, *se ofusca la inteligencia* y se manifiesta una impotencia genital, siguiendo a tan triste cuadro indiferencia á todo, abatimiento general, pérdida del apetito, sudores profusos, diarrea, debilidad grande, enflaquecimiento, etc. etc., y á veces hasta un delirio alucinatorio.

Y como, llegado á este caso, el enfermo abusa y abusa de cada vez más del medicamento, tomándolo en grandes cantidades y con repetida frecuencia, llega hasta á producirse el suicidio lento y progresivo por la intoxicación cocaínica. Por eso debe el rinólogo, preferentemente, estudiar y vigilar al enfermo á quien recomienda esta clase de medicación, á fin de que no pase de los términos prudenciales y llegue á lo que Stickler llamó *beware of cocaine*.

Tratamiento de los accidentes cocainicos. — En la *forma ligera* debe suspenderse la operación apenas se advierta en el enfermo la palidez del rostro y la tendencia á los vértigos, y se le colocará la cabeza muy baja, desabrochándole los vestidos y cuello de la camisa, á fin de permitir más libre la circulación hacia el cerebro. Además se le rociará con agua fría la cara, y hará respirar en un frasco amoníaco ó ácido acético.

También acostumbro á darles, en semejantes casos, una copita de Jerez, aireo la habitación y les animo con una conversación hasta jocosa, llamándoles la atención de que no se trata de ningún accidente de importancia, y les recomiendo permanezcan acostados ó con la cabeza reclinada durante un buen rato.

Lermoyez aconseja darles café repetidas veces.

En la *forma grave* son insuficientes estos medios, y en razón á la acción vaso-constrictora y convulsionante de la cocaína, se indican: 1.º, los *vaso dilatadores*, entre los cuales citaremos la inhalación de cinco ó seis gotas de *nitrito de amilo*, que hace desaparecer inmediatamente la palidez facial y disminuye la tensión arterial; pero como esta acción del nitrito de amilo es fugaz, convendrá prevenirse contra la nueva acentuación de los fenómenos cocainicos, practicando una inyección subcutánea de tres gotas de una solución alcohólica de *trinitrina* al 1 por 100, y 2.º, los *narcóticos*, de los que da buenos resultados una inyección de *clorhidrato de morfina* (de 3 ó 4 centigramos), y según V. Mosso es preferible el *cloral*, antídoto fisiológico de la cocaína.

Si se advierten síntomas mortales por tétanos del diafragma, hay que recurrir al momento á las inhalaciones de *cloroformo*.

Mantendremos la energía cardíaca mediante el café, ó por medio de inyecciones subcutáneas de *cafetina* ó de *éter*.

Si los movimientos respiratorios se suspenden, ensayaremos la flagelación del tórax, la respiración artificial y las tracciones rítmicas de la lengua, según el procedimiento de Laborde.

Á fin de *prevenir* la aparición de tan temibles accidentes, deberemos observar las siguientes precauciones:

Sólo excepcionalmente se cocainizará á los *cardíacos hiposistólicos*, cualquiera que sea su lesión. La angina de pecho es, según Huchard, una contraindicación formal. En las lesiones valvulares se administrará prudencialmente y con mucha vigilancia, puesto que ha habido caso en que 1 centigramo de clorhidrato de cocaína provocó una asistolia mortal.

Tampoco deberemos prescribirle en los *tísicos avanzados*, los enfisematosos con bronquitis y todos los que tienen una estenosis notable del campo respiratorio, ni en los *albuminúricos* y *caquéticos*.

Y podremos emplearla, aunque con sumo cuidado, en los *sujetos nerviosos*, en los *viejos*, máxime si son arterio-esclerósicos, y en los *niños*. Según Reclus, debe prohibirse la cocaína hasta los seis años, y sólo puede comenzar á usarse de un modo corriente desde los doce años.

Ciertas personas, aun cuando no ofrezcan ninguna de las precedentes contraindicaciones, ofrecen, sin embargo, determinada susceptibilidad contra la cocaína, por cuya razón conviene ser prudente, administrando á título de *prueba* cortas cantidades (1 ó 2 centigramos la primera vez), y así ir vigilando poco á poco la, digámoslo así, resistencia individual al medicamento.

También existen lo que Lermoyez llama *idiosincrasias regionales*, á saber: zonas peligrosas de cocainización que ocupan preferentemente las regiones de la cabeza. Al efecto, puede establecerse: que la caja del tímpano presenta una susceptibilidad exagerada; que aplicada la cocaína sobre la mucosa nasal, predispone en *gran* escala á los accidentes peligrosos, y que, por el contrario, la de la faringe y laringe tienen una mayor tolerancia. Podría, en realidad, establecerse que dichas zonas corresponden al grado mayor de absorción de la mucosa.

Respecto á las dosis, y no refiriéndonos á inyecciones hipodérmicas ni á su administración al interior, sino á los toques, etc., en los oídos, fosas nasales y garganta, consignaremos que 2 ó 3 centigramos en el oído medio, 5 en la mucosa nasal y 10 en la faringo-laringea, son las cantidades que, *de una vez*, producen una anestesia aceptable, sin temor á determinar peligrosos accidentes.

Para mejor dosificar la dosis de los toques, etc., es conveniente medir la cantidad de solución, y aplicarla, mejor que en tapones, en toques repetidos.

Reclus sólo recomienda emplear solutos al 1 ó el 2 por 100. Por el

contrario, Lermoyez los dispone al 1 por 20 y al 1 por 5, pero á condición de usarlos en toques.

Condición *sine qua non* es que sea pura la solución. Sabido es que el clorhidrato de cocaína en cristales se conserva indefinidamente; pero que en solución se altera con rapidez suma. Por lo tanto, es de alta conveniencia el emplearla recién preparada.

Como á pesar de los pesares, esto es, á pesar de todas estas advertencias, es posible presenciar accidentes desagradables en nuestros enfermos, se ha pensado en evitar dichos accidentes: ó añadiendo al clorhidrato de cocaína un cuerpo que neutralice en parte sus efectos, tal como la trinitrina, que, por su acción vaso-dilatadora, constituye, al decir de Gauthier, de Charolles, un antídoto, pero que de este modo la solución no sirve para los toques á causa de su poca acción sobre las mucosas; ó empleando otra sal de cocaína, como el fenato de cocaína (van Olfe), que ofrece el inconveniente de no disolverse más que en el alcohol, y, por consiguiente, su aplicación resulta muy dolorosa; ó la fenilcocaína (Poincot) (solución de ácido fénico y de cocaína pura en una mezcla de aceite de vaselina), la cual tiene igualmente la desventaja de absorberse con mucha lentitud y no servir para toques.

La tropococaína causa una sensación de quemadura en el punto donde se aplica, y en la laringe determina un intenso espasmo; además, tiene el inconveniente de hiperhemiar en vez de anemiar que hace el clorhidrato de cocaína, y, por lo tanto, estrecha las cavidades (circunstancia desfavorable cuando se va á operar) y produce hemorragias mayores el acto cruento.

La ouabaina resulta, á juicio de Gellé, ineficaz en absoluto y sumamente tóxica.

La solución concentrada de antipirina al 30 por 100 (Saint-Hilaire), y la formanilida (Neumann) determinan una anestesia más duradera que la de la cocaína, pues suele llegar á durar una ó dos horas; pero su primer efecto es determinar una sensación de quemadura muy viva, bastante intolerable. Mas bien se les puede considerar como analgésicos medicamentosos, que como anestésicos quirúrgicos.

Y, por último, el gayacol sintético, del que el Dr. Lucas-Championnière ha demostrado su acción anestésica, ha sido recientemente propuesto para sustituir á la cocaína en Oto-rinología (G. Laurens). Se emplea en solución de aceite de olivas puro al 1 por 20. Esta mezcla produce en la mucosa de las fosas nasales, y aun en el tímpano, una insensibilidad bastante regular. En ocasiones la produce mayor que la cocaína. Su aplicación debe durar de quince á veinte minutos en toques repetidos, y que dure un minuto el contacto. Tiene el inconveniente de originar en las fosas nasales un picor molesto y desagradable, y, sobre todo, de no retraer la mucosa. Pero, en cambio, jamás causa el menor

accidente tóxico, por cuyo motivo lo debemos preferir cuando encontremos contraindicada la cocaína.

Terminaremos este capítulo con algunas palabras respecto de la cocaïnización de las fosas nasales, como necesaria para practicar operaciones rinológicas.

Tres condiciones se buscan con ella: suprimir el dolor, suprimir las acciones reflejas que irritan á distancia, y provocar la retracción del tejido eréctil, ampliando de este modo la cavidad nasal objeto de la operación.

Para conseguir este triple objeto, el empleo de soluciones concentradas de cocaína es inútil y peligroso. Es inútil porque, á causa de la delgadez del epitelio nasal y de lo superficiales que están las terminaciones nerviosas, se efectúa muy fácil y cómodamente la anestesia cocáinica; y es peligroso, porque posee la pituitaria un poder extraordinario de absorción (Marco Treves), siendo acaso el único punto de la economía en donde se realice la intoxicación cocáinica con tanta prontitud y seguridad.

La técnica de la cocaïnización de las fosas nasales varía según el efecto que deseamos obtener (Lermoyez); así, para *facilitar la exploración*, practicar el cateterismo, etc., basta una cocaïnización relativamente pequeña, á cuyo efecto se empleará una solución al 1 por 100, mediante el pulverizador de Ruete.

Para *realizar la anestesia preoperatoria*, debe ser la cocaïnización absoluta. Se empleará la solución al 10 por 100, recientemente preparada, introduciendo cada vez en la fosa nasal 10 gotas, correspondientes á 5 centigramos de cocaína. El *modus faciendi* consiste en introducir un tapón de algodón en rama, impregnado en la mencionada cantidad de solución, ó empleándola en toques repetidos hasta consumirla. También puede obtenerse dicha anestesia con menor cantidad de alcaloide.

A. Martín aconseja introducir en la fosa nasal un tapón de algodón en rama seco, y después, cuando se ha humedecido con el moco, se instilan con una jeringuita unas cuantas gotas de la solución cocáinica. Dice que de esta manera se previenen mucho los accidentes desagradables.

Schmidt afirma que hay menos probabilidades de intoxicación, si se mantiene la cabeza del enfermo inclinada hacia adelante, á fin de que las gotas del medicamento que se escurran, caigan al exterior, en vez de hacerlo á la garganta, pero poca confianza tengo por mi parte en esta recomendación y en afirmación tan categórica, toda vez que la zona de la mucosa faríngea es menos abonada á la intoxicación que la de las fosas nasales, y por otra parte, ejecutada la maniobra de uno ú otro modo, *siempre resultará que es la mucosa nasal la que ha de absorber la cantidad del medicamento.*

Conviene dejar transcurrir diez minutos después de la coqueización, á fin de que, si sobrevienen los fenómenos tóxicos, nos cojan antes de haber comenzado la operación, máxime cuando, por regla general, suele durar la anestesia cocainica unos veinte minutos por lo menos.

Al reaparecer la sensibilidad, suelen producirse rinorragias, á causa de la acción vaso-dilatadora paralítica secundaria.

Cuando se quiera aplicarla en la región naso-faríngea, es conveniente taponar las fosas nasales anteriores con una torunda de algodón en rama, impregnada en la disolución de cocaína, lo bastante introducida, para que, inclinada la cabeza del enfermo hacia atrás, actúe el medicamento que se escurra sobre aquélla, y de este modo se anestesia toda la superficie posterior del velo péndulo.

Conviene hacer notar que aquellas personas que tienen que aplicarse habitualmente este remedio á la mucosa nasal, advierten se disminuye notablemente su efecto anestésico, por la tolerancia al medicamento. Algunos autores aconsejan en semejantes casos, y si ha de operarse sobre el tabique sobre todo, las inyecciones submucosas de cocaína; pero las considero, con Hajek y Lermoyez, peligrosísimas.

Prefiero entonces, con Rosenberg, el uso de una disolución de mentol en aceite, al 50 por 100, por más que este remedio es siempre mucho más inferior en sus efectos que la cocaína, y más desagradable para el enfermo.

CÁUSTICOS. — Los únicos agentes químicos destructivos que dice Mac Bride emplea, son el ácido crómico y el ácido tricloracético. También usa el cauterio eléctrico.

Respecto del ácido tricloracético, las opiniones de los autores andan muy divididas, pero están en mayoría los que lo desechan.

El ácido crómico se usa fundido sobre una probeta de plata, y mejor, tomando una de sus agujas en la punta de un estilete nasal, la cual se somete á la acción de la llama, y cuando está ya fundido, exponerlo por sí solo al aire libre, en el que, por su propiedad delicuescente, se hidrata con rapidez suma. Para corregir el fuerte dolor que sigue á su aplicación, debe usarse una débil disolución de bicarbonato sódico, que tiene la propiedad de neutralizar los efectos del ácido.

No es conveniente emplearlo en una gran extensión de la mucosa, á fin de evitar los síntomas de colapso, debidos á la absorción rápida de este medicamento.

El cauterio eléctrico debe aplicarse hundiendo el platino en el tejido eréctil del cornete inferior, cuando se desea conservar la mucosa.

Por regla general, existe la costumbre, al hablar del ácido crómico y del galvanocauterio, de asemejarlos en su acción. Esto no es verdad

sino en términos vagos y generales, pues existen casos, como los del catarro nasal y el hipertrófico, en los que se debe dar la preferencia al ácido crómico *cuando el enfermo se queja de abundancia de mucosidades*. Además, el cauterio eléctrico es el método más rápido para destruir los tejidos; pero si se desea una acción astringente unida a una destrucción moderada de dichos tejidos, entonces tiene la preferencia el ácido crómico, cuyas propiedades causticas son, probablemente, debidas á su difusión sobre la mucosa

Cuando haya necesidad de aplicar el cauterio eléctrico por la vía naso-faríngea, conviene preferir el de Scheh. Todos estos instrumentos son flexibles y se adaptan fácilmente, según la necesidad de cada caso en particular.

ELECTRICIDAD. — Recomiendo la lectura de los capítulos « Electroterapia » y « Electrolisis » de la obra de Lermoyez, titulada *Thérapeutique des maladies des fosses nasales, etc*

Cuando se emplea para estimular el retorno del sentido del olfato, no tiene gran éxito, á causa de que, por una parte, es extraordinariamente difícil encontrar el nervio olfatorio; y por la otra, por el dolor que determina y por la variedad de los procesos morbosos, que pueden producir la anosmia.

El más reciente progreso de la Rinología en esta materia, es el uso de la corriente constante en el tratamiento de ciertas enfermedades intranasales. Así, por ejemplo, Brisson-Delavan aboga en estos casos por la introducción en la fosa nasal del electrodo compuesto de alambres de cobre, recubierto de algodón en rama humedecido, y unido al polo negativo de la batería, mientras que el electrodo positivo, mediante una esponja, lo coloca en la nuca.

Los autores franceses recuerdan á cada paso también resultados satisfactorios de esta forma de tratamiento, el cual, según Suárez de Mendoza, tiene una acción modificadora y trófica. Á juicio de este rinólogo, puede combatirse con éxito el catarro hipertrófico, poniendo el electrodo de extremidad metálica plana en contacto íntimo con la parte sobre que se desea obrar, hasta la producción de una escara. Esto es ni más ni menos que la electrolisis, y el mismo resultado puede obtenerse introduciendo una aguja de platino ó de oro en los tejidos, que previamente se haya unido al polo negativo. Algunas veces se suelen usar dos agujas á la vez, unidas la una á la otra, y entonces el efecto destructor es más enérgico. Y si en vez de dos colocamos tres, todavía más, y así sucesivamente.

También Miot es entusiasta partidario de la electrolisis en el tratamiento de las desviaciones del *septum*.

Cuando se prefiera la destrucción de los tejidos por la causticación

actual, y cuando sea factible verificarla impunemente y con escaso dolor, es preferible este método.

En los tumores naso-faríngeos, todavía puede ser más útil la electrolisis. Por regla general, en el período de crecimiento rápido tienen tendencia á las hemorragias, al atacarlos aun con la galvanocaustia, y muchas veces tienen tal situación y tal base de implantación, que el asa galvánica no puede rodearlos y circuirlos. Nélaton, Voltolini y Michel son partidarios de la electrolisis, y al plantearla en la práctica han dado muy útiles consejos, citando todos ellos en sus escritos casos sorprendentes de curación.

Principió sus experimentos Voltolini empleando agujas, mas no le satisfizo el resultado, porque en un caso sospechó, con fundamento, que estos instrumentos habían sido causa de meningitis.

Para efectuar la electrolisis con gran libertad, introducía un asa galvánica y el fórceps nasal. La primera tiene una pequeña pieza de marfil que interrumpe la comunicación con el alambre, y se emplea por el método ordinario con el mango usado para el galvanocauterio. Sin embargo, puede usarse el asa ordinaria de alambre, teniendo cuidado de que estén aislados los extremos por un barniz aislador, como, por ejemplo, de una solución de cautchuc en cloroformo. En este caso, tan sólo un polo se une al mango, que generalmente es el polo negativo, mientras que el otro se aplica, mediante un electrodo de esponja, á la nuca.

El fórceps nasal electrolítico está construido de manera que cada rama se une á un polo de la batería, teniendo cuidado de que el aislamiento de cada una de las ramas sea completo, hasta casi su terminación, por medio del cautchuc y el marfil.

Michel emplea dos agujas aisladas por el cautchuc, y unidas cada una con un polo de la pila las introduce ambas en el tumor. Este autor hace notar el hecho de que, después de la operación, deben vigilarse muy atenta y cuidadosamente las picaduras, sobre todo la relacionada con el polo positivo, á causa del peligro que existe de que sobrevenga una hemorragia.

Del cauterio eléctrico ya nos hemos ocupado, siquiera sea con la brevedad que reclaman estas notas, aparte de que el autor lo describe y estudia detalladamente.

Para la separación de tumores es, con bastante frecuencia, suficiente el empleo del asa enrojecida, y el alambre preferible para este objeto es el conocido con el nombre de alambre de piano, siendo de éste el más delgado el que debemos escoger, maxime si utilizamos los instrumentos de Schech, con los que se requiere delicadeza suma en la manipulación. También puede usarse un alambre de acero delgado.

Como es natural, la fuerza de la corriente empleada debe regularse

por la delgadez del alambre, é igualmente hay que tener presente que, si empleamos el cauterio eléctrico con el fin de prevenir la hemorragia, no debemos poner el hilo hasta el rojo-blanco, como tampoco olvidaremos que se necesita una corriente más intensa y fuerte para calentar el alambre cuando se introduce en el tejido de un tumor, que antes de introducirlo: detalles éstos que ilustra la experiencia y que, por lo mismo, conviene conocer y no descuidar.

Hoy día, rara vez se emplea el alambre de platino para esta clase de operaciones.

Para operar en las fosas nasales anteriores, los tubos que conducen al alambre del asa son rectos. Sin embargo, deben siempre tenerse á mano de dos formas: una, en que los tubos estén en el mismo plano, y otra, en que se cubra el uno sobre el otro.

Para operar en la región naso-faríngea por la boca, deben ser los tubos curvos, y la distancia entre los extremos mucho menor que la que se emplea para la laringe.

DILATACIÓN FORZADA DE HEWETSON.—Empléase este procedimiento terapéutico, utilizando el fórceps de Hewetson, en el tratamiento de las estenosis nasales, preferentemente en las estenosis nasales anteriores.

William Hill, que es el panegirista entusiasta de este método, y el que más lo viene usando, afirma en el número 9 (1890) del *Journ. of Laryng. and Rhin.* que en 21 casos de obstrucción nasal anterior muy acentuada ha obtenido felices resultados, que le animan todavía más, no sólo á recomendarla, sino á ensalzarla.

La recomienda además como muy útil en las estenosis medias, si bien, como es natural, a menor grado de dilatación.

Carezco por mi parte de experiencia en esta materia, y aun cuando no tan entusiasta como el Dr. William Hill, la creo útil, si bien muchísimo menos que la dilatación por la ducha de aire comprimido. Puedo hablar con conocimiento de causa sobre este último procedimiento, del cual tengo algunos casos muy brillantes, que pienso dar á conocer en un próximo trabajo, y cuyo método, no empleado en la terapéutica rinológica, me ocurrió no hace mucho tiempo al ver los resultados satisfactorios que en otras enfermedades se obtienen con el aire comprimido, medicamentoso ó no, en el establecimiento que tan bien instalado tiene en Madrid el Dr. Carlos de Vicente.

MASAJE VIBRATORIO.—Imaginado por Arvid Kelgren, se ocupó el Dr. Braun del masaje, esto es, «de las vibraciones» de la mucosa de las fosas nasales y de la faringe como medio terapéutico, habiendo presentado dicho autor una comunicación en la Sección de Laringología del último Congreso médico de Berlin.

Es un método terapéutico nuevo y todavía en estudio, de cuyos resultados no podemos juzgar, ni por nuestra experiencia personal, ni por los hechos esparcidos en la literatura oto-rinológica, poco numerosos aún, y algún tanto contradictorios.

Consiste en ejecutar en la superficie de la mucosa, mediante un estilete guarnecido en su extremo de algodón en rama, una serie de pequeños golpecitos llamados *vibratorios*. Estas especies de vibraciones son axiales ó transversales, cuando la superficie que ha de vibrar se halla perpendicular ó paralelamente á la dirección de la sonda.

Deben presentar dos caracteres esenciales: ser *regulares*, esto es, de la misma amplitud y de igual duración, regularidad que á perfección sólo se consigue con el registrador de Marey; y ser *rápidas*, variando de 300 á 600 oscilaciones por minuto, y aun alcanzar, según Laker, á 2.000 y más.

El masaje ó amasamiento vibratorio puede ser *manual ó mecánico*.

El primero exige para su exacta y favorable aplicación — y el éxito precisamente estriba en ello — una técnica consumada y una ejecución completa y acabada, cuyo fundamento sólo se basa en una práctica larga y constante. Á propósito de esto, dice Garnault que «no hay que esperar ser maestro en este método, antes de un año ó año y medio de ejercicios diarios, y aun así, no olvidando jamás de practicar las vibraciones durante mucho tiempo todos los días».

Para obviar esta dificultad se ha ideado el segundo procedimiento, ó sea el mecánico, con la ayuda de instrumentos ó aparatos movidos por la electricidad, que dan, ora simples vibraciones axiales (mangopistolete de Braunschweig), bien vibraciones á la vez axiales y transversales (vibrador eléctrico de Garnault). Sin embargo, parece ser que los resultados obtenidos con estos aparatitos no son tan satisfactorios como con el masaje manual.

Según los casos, el masaje vibratorio es *simple ó medicamentoso*.

Es *simple* cuando la sonda se recubre tan sólo de algodón en rama.

Es *medicamentoso* cuando se impregna dicho algodón en rama, arrojado al extremo de la sonda, con tópicos diversos.

Algunos autores participan de la opinión de que no debe nunca ser el amasamiento vibratorio medicamentoso, puesto que obra única y exclusivamente, dicen, por su acción mecánica, teniendo por efecto la vibración el disminuir la sensibilidad anormal de las mucosas, á la vez que estimular y regularizar los cambios nutritivos.

*Esto no obstante, la adición de medicamentos tópicos constituye un coadyuvante útil del tratamiento vibratorio, bien para facilitar su aplicación (cocaina, mentol), ya para aumentar su eficacia (nitrato de plata, bálsamo del Perú).

Para practicar la vibración manual típica, se hace con las sondas

de Braun, consistentes en una especie de tallo de cobre rojo, metal á la vez que rígido, elástico y bastante maleable para que se les dé la curvatura necesaria á cada cavidad (fosa nasal, espacio retrofaringeo, faringe, laringe). Su longitud es de 22 centímetros y tienen un diámetro de 1,3 á 2,5 milímetros. La extremidad destinada á ponerse en contacto con las mucosas tiene la forma de un botón redondo, al que recubre el algodón en rama en cantidad próximamente del tamaño del pulpejo de un dedo, y la otra, sin mango, es cogida por la mano del operador cual una pluma de escribir.

Para producir las *vibraciones axiales*, debe apoyar el operador su brazo sobre el propio tórax, de forma que quede semidoblado el antebrazo. Las vibraciones se producen únicamente por las contracciones alternativas de los flexores y de los extensores del antebrazo. Los dedos y la muñeca deben mantenerse sueltos, flexibles, pero perfectamente inactivos, y sólo han de actuar como un simple medio de transmisión.

Para las *vibraciones transversales* debe entrar en juego *nada más* que la articulación del hombro ó escápulo-humeral, mediante la contracción alternativa de sus abductores y de sus aductores, permaneciendo el codo inmóvil en absoluto.

En ocasiones conviene combinar ambas formas de vibraciones

Colocado el operador ante el enfermo, sentado ó de pie, hará uso de la luz reflejada y de los espéculums, etc., necesarios á cada cavidad y á cada región en particular.

Las vibraciones podrán ser más ó menos amplias, según la sensibilidad de la región enferma, pero siempre exquisitamente suaves, á fin de no producir sufusiones ni derrames sanguíneos y disminuir el dolor que, á pesar de estas precauciones, suele persistir en ciertos individuos.

Para ello suele ser conveniente impregnar el tapón de algodón en rama en una solución de cocaína al 1 por 10 ó de aceite mentolado al 1 por 20. Al principio del tratamiento no debe vibrarse en cada punto sino algunos segundos, y será necesario mantener fija la cabeza del paciente con la mano izquierda, porque sentirá dolor y hará movimientos intempestivos. Por regla general, á las pocas sesiones de amasamiento no provocan las vibraciones ni dolor ni reflejos.

La duración de una sesión variará entre algunos segundos y quince minutos, debiendo ser más cortas al principio del tratamiento, sobre todo en los sujetos muy sensibles y cuando se practica la vibración en un órgano intolerante como la laringe.

El número de sesiones oscilará asimismo según la enfermedad, pues al paso que serán suficientes unas pocas (dos ó tres) para combatir el coriza agudo por ejemplo, necesitaremos, por el contrario, muchas (150 y más) para curar ó mejorar el ozena. En general, las sesiones de masaje vibratorio deben ser al principio diarias y aun

bicuatridianas, y al cabo de un mes, según los progresos del tratamiento, podrán distanciarse a cada dos ó tres días.

De todos modos, en este procedimiento terapéutico, como en cualquiera otro, su marcha estará subordinada á cada enfermo en particular, y siempre habrá que aplicarse con una *regularidad rigurosa*, toda vez que la menor interrupción desvirtuará y retrasará los progresos obtenidos ó que hayan de obtenerse.

Posteriormente al Dr. Braun, comenzó el Dr. Herzfeld nuevas experimentaciones; pero en lugar de provocar vibraciones ligeras «que habían de tomar origen en la articulación del codo, siendo ejecutadas por la cara palmar de los dedos», se sirvió del *taladro* de los dentistas. Con este instrumento, las sacudidas se producen de una manera más regular y sin fatiga para el médico operador.

Al efecto se hizo construir una varilla metálica, que lleva en su extremidad una placa de cautchuc movable en todas direcciones. La varilla se pone en movimiento por el taladro dentario, aplicándose previamente contra la mucosa de la faringe ó fosas nasales la placa de cautchuc. Se toca ó recorre sucesivamente las diferentes partes de la mucosa faríngea ó nasal, sin que la placa de cautchuc lastime la mucosa. La duración de cada sesión no debe exceder de un minuto.

Herzfeld (*Deutsche Med. Zeitung*, núm. 89, 6 Noviembre de 1890) ha visto buenos resultados — según dice —, sobre todo en la parestesia faríngea, en las faringitis con hipersecreción de la mucosa, al paso que en las faringitis secas no le correspondió el éxito á lo que manifiesta el Dr. Braun.

La varilla ó sonda construída por Herzfeld no llena en realidad ni las indicaciones ni los fines para que fué construída, en lo referente al empleo del masaje de la mucosa nasal. Para este órgano ha habido necesidad de construir una sonda especial.

He aquí el modo de operar, tal cual lo describe el Dr. C. Laker, de Graz, en su obra titulada *Resultados terapéuticos del masaje de las mucosas en las enfermedades crónicas de las fosas nasales, de la garganta, oídos y laringe* (1). El operador se coloca á la derecha del enfermo, que está sentado en una butaca, con la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás. En esta forma, le introduce por la fosa nasal, previamente abierta y levantada, una sonda metálica de 12 centímetros de largo, correspondiente al 6 ó al 7 de la clasificación de Charrière, provista de un poco de algodón en rama, y mediante varias contracciones tetánicas y rápidas de los músculos del brazo, determina una serie de vibraciones en la sonda, que transmite á la mucosa.

(1) Dr. C. Laker, "Die Heil-Erfolge der inneren Schlimnhaut Massage", Graz, 1892.

Se necesita un aprendizaje ó práctica un tanto larga para llegar á esta clase de tétanos, que se extiende desde el gran pectoral y el gran dorsal hasta los músculos lumbricales. Los principales movimientos de la vibración deben fijarse en el codo, siguiendo toda la línea del antebrazo.

Las vibraciones tienen que ejecutarse con igual regularidad, intensidad y duración, y con intervalos de $\frac{1}{100}$ de segundo á lo sumo. Los límites de la duración de una vibración varían de 0,1 á 0,05 de segundo, y el número de aquéllas varía de 10 á 30 por segundo, ó de 600 á 2.000 por minuto. Laker ejecuta cada vibración, por término medio, en 0,085 de segundo, según numerosos experimentos recogidos y practicados en el Laboratorio de Fisiología de Rollet por el mismo autor.

El masaje interior de las mucosas, indicado en todos los casos de inflamación crónica de las mismas, resulta más beneficioso en las formas hipertróficas que en las atróficas. La mejoría no comienza hasta al cabo de algunos días, cinco por regla general; á menudo, en los primeros días del tratamiento se encuentra peor el enfermo.

Durante el masaje, acusa el paciente una sensación de malestar, que subsiste durante el tiempo que el operador hace las vibraciones, y que desaparece rápidamente una vez terminada la sesión. Esta sensación desagradable, tanto más intensa y marcada cuanto más agudo sea el proceso morbozo, llega á atenuarse y desaparecer con las sesiones sucesivas.

Las hemorragias son muy frecuentes, pero no porque se presenten hay que suspender el tratamiento, pues suelen ceder en absoluto ya á los seis ó siete días.

El procedimiento terapéutico en cuestión no tiene otros inconvenientes que merezcan señalarse. Cuanto á la duración de las sesiones y del tratamiento, es variable en cada uno de los casos, según hemos manifestado anteriormente.

ANTISEPSIA Y ASEPSIA. — Está ya fuera de toda duda que las precauciones antisépticas en la práctica quirúrgica se imponen en toda clase de operaciones, y de esta ley invariable no se exceptúan las que hayan de llevarse á cabo en las fosas nasales, en la laringe y en el oído. Y en realidad de conciencia, no debe reducirse exclusivamente á los actos cruentos, sino que se imponen hasta para los simples reconocimientos y toques diversos, á pesar de hallarse comprobado por Wurtz y por Lermoyez el poder bactericida del moco nasal. Estamos seguros de que no han de perjudicar, pero no de que sean *perfectamente* inútiles, y en tal caso debemos siempre optar, aunque sólo fuera por estas consideraciones, por el *primum non nocere*.

Pero ocurre que, en dichas tres cavidades, no puede conseguirse

una perfecta desinfección del campo operatorio, porque la forma complicada de esas regiones no permite ponerse en contacto de *todos* sus puntos á los antisépticos, y menos todavía de sus cavidades anejas, resultando de ello una antiseptia incompleta; la sensibilidad extrema de sus mucosas no tolera el empleo más que de soluciones bactericidas muy débiles, con lo cual obtenemos una antiseptia insuficiente, y por último, el poder absorbente de sus mucosas es tal — el de la mu- sa nasal es doble, según Marco Treves, que el de la del estómago — que hace peligrosa una antiseptia poco más que moderada.

Y no es esto sólo; en ciertos casos, puede resultar perjudicial más bien que útil, sobre todo en las fosas nasales, pues una irrigación antiséptica nasal, por ejemplo, es factible de ser fuente y origen de una infección. á causa de producir — en ocasiones, no siempre — la necrosis y desprendimiento del epitelio de la pituitaria, verdadera defensa natural de estas regiones á los agentes infecciosos, abriendo de este modo sus puertas al sinnúmero de micro-organismos patógenos que por ella han de pasar.

En su consecuencia, se impone para todos los casos referentes á las fosas nasales, emplear la *asepsia* mejor que la antiseptia, esto es, no introducir nuevos microbios á los ya existentes en sus cavidades, ni pensar en destruir los últimos, toda vez que, como he dicho poco ha, el moco nasal tiene un exorbitante poder bactericida, perfectamente comprobado, ó lo que es más práctico, un método mixto asepto-anti-séptico.

Para mejor llevarlo á cabo hay que tener en cuenta: 1.º, la desinfección del médico; 2.º, la del enfermo; 3.º, la esterilización de los instrumentos, y 4.º, la de los objetos que han de servir para la cura.

Desinfección del médico. — Fuera de los casos en que tenga que intervenir en grandes operaciones (trepanaciones de la mastoides, traqueotomía, etc.), para las que guardará las reglas comunes de antiseptia quirúrgica, imitará en las de poca importancia, reconocimientos y curas, la práctica de los bacteriólogos en su laboratorio, consistente en mantener perfectamente asépticos todos los instrumentos y objetos que hayan de usarse en la cura, no tocando con sus dedos ó manos la región enferma, sin previa desinfección, y aun esto, haciendo por ahorrarlo el menor número de veces posible.

Respeto á la *desinfección del enfermo*, fácil en los oídos, difícil en la garganta é ilusoria en las fosas nasales, ya nos hemos ocupado en párrafos anteriores. Por mi parte, me conformo con una previa limpieza de las fosas nasales mediante una irrigación suave de agua templada salada y el acto de sonarse el mismo enfermo, y me va bien, pues lo considero suficiente.

Esterilización de los instrumentos. — No es suficiente para esterilizar

un espejillo laríngeo, un *speculum auris* ó un *speculum nasi*, el sumergirlo durante unos veinte minutos en el agua fenicada por ejemplo, seguido de la más exquisita limpieza, según ha demostrado Martha pues, por desgracia, aunque limpios á la vista, quedan intactos los microbios.

Por desgracia, el problema de la esterilización de los instrumentos es bastante complejo, a causa de la diferente variedad de materiales que entran en su composición.

Sin embargo, Lermoyez y Helme han hecho un estudio suficientemente acabado sobre el asunto, determinando cuál es, para cada categoría de instrumentos, el procedimiento de esterilización preferible, á la vez que sencillo y rápido.

Según estos autores, deben esterilizarse los *instrumentos metálicos* mediante la ebullición, previamente despojados de la sangre y moco, pus, etc., que contengan. Después se sumergen en un baño hirviendo de una solución de carbonato de sosa al 1 por 100, durante cinco minutos, para enfriarlos a continuación en el agua hervida simple ó naftolada y poderlos ya utilizar.

Á juicio de Schimmelbusch, es suficiente en la práctica este método.

La solución sódica es preferible al agua simple, porque no enmohece los instrumentos, á condición de utilizarla hirviendo; porque su punto de ebullición es más elevado (104° C.), á cuya temperatura no resisten los microbios ni sus esporos, excepción hecha del vibrión séptico, del bacilo de Nicolaïer, etc., que no son de la incubencia de estas especialidades, y por último, porque es un gran disolvente del moco que haya todavía podido quedar adherido en el instrumento.

Los instrumentos huecos, como sondas, tallo de los lazos, etc., etcétera, merecen su más especial cuidado en la limpieza, sobre todo en su interior. El líquido que quede depositado en su interior debe hacerse evaporar mediante la llama de alcohol.

Este medio de esterilización no conviene á los *instrumentos de aluminio*, que se disuelven en parte y quedan rugosos, ni á los de *láminas delicadas y delgadas*, que se enmohecen fácilmente, a menos que se tenga el cuidado de sumergirlos en el agua hirviendo envueltos en algodón en rama.

Para ellos, recomienda Lermoyez la *esterilización en frío por el cloroformo*, en el que se mantienen durante diez minutos.

Tanto los instrumentos de cautchuc blando como los de cautchuc duro (catéteres, espéculums, etc.) y de celuloide (bujías tubáricas, etc.) no soportan la ebullición, pues se reblandecen y deforman, por lo que conviene esterilizarlos en frío.

Entre las soluciones antisépticas generalmente usadas, el agua

bórica resulta *ilusoria*; el ácido fénico en disolución altera el brillo y pulimento de los instrumentos de cautchuc duro, y además es de una acción muy lenta, y el cloroformo los disuelve.

Lermoyez emplea hace dos años con éxito, y yo también la uso y la recomiendo, la solución acuosa de fenosalil al 1 por 100. El fenosalil, antiséptico mixto descubierto por Christmas, del Instituto Pasteur, tiene por fórmula:

Ácido fénico	9,00	gramos.
— salicílico	1,00	—
— láctico	2,00	—
Mentol	0,10	—

La solución al 1 por 100, perfectamente límpida, de olor agradable, ni tóxica ni cáustica, mata en pocos minutos al estafilococo dorado, el más resistente de los microbios conocidos.

Basta someter á esta solución, durante una media hora por lo menos (á fin de tener mayor seguridad), los objetos de cautchuc, cristal, pinceles, etc., para obtener una buena esterilización. Los instrumentos de acero sólo deben someterse al fenosalil breves momentos, porque se pican, dejando pequeñas manchas.

También uso la misma solución para los espejitos laringeos, en frío, después de límpios en agua hirviendo ó hervida muy caliente, pues sabido es que tales instrumentos no soportan bien durante algún rato la ebullición, inconveniente grave que no se evita ni aun con los espejitos de Killiam y de Hopmann, á causa de su excesiva fragilidad.

Las jeringuillas de inyecciones, etc., etc., de armaduras metálicas, pueden esterilizarse en el agua hirviendo durante media hora, á la que se adiciona el carbonato de sosa, pero teniendo la precaución de desarmarlas.

Los aparatos de irrigaciones, duchas, etc., de Weber, etc., se esterilizan admirablemente y sin el menor deterioro, manteniéndoles fuera del uso en una disolución de fenosalil al 1 por 100.

La esterilización de los objetos que han de servir para la cura merece también nuestra particular atención.

Así, el agua para los lavados y limpieza de oídos, nariz ó garganta, debe ser previamente hervida durante media hora, y los aparatos con que la hayamos de utilizar, también esterilizados, según su clase, en la forma antes indicada.

El algodón en rama, indispensable para toda clase de curas otorino-laringológicas, debe ser también esterilizado, pues aun el vendido en el comercio bajo las bases del ácido salicílico, fénico, bórico, etcétera, etc., no tiene garantías absolutas, porque las manos que los empaquetan, el mismo papel que los envuelve, etc., etc., son grandes focos de gérmenes patógenos.

Fuera del autoclave ó la estufa de vapor corriente de Lautenschläger, nada preferible en la práctica como el procedimiento rápido de Lermoyez.

Consiste, para esterilizar los tapones de algodón en rama, en someterlos, en un frasco de boca ancha y tapón esmerilado, á la acción de la estufa de vapor, en número no muy grande, á fin de que, aun cogiéndolos del frasco con unas pinzas esterilizadas, no se infecten al abrir y cerrar el frasco repetidas veces.

Para esterilizar rápidamente el algodón en rama colocado en el porta- algodones, aconsejan Lermoyez y Helme un procedimiento que uso mucho en mi práctica particular y pública, y que, según ya he consignado en otro capítulo, sólo estriba en someterlo á la acción del alcohol saturado de ácido bórico, en quemarlo después ante la llama de alcohol, y cuando al cabo de algunos segundos la llama, al principio incolora, toma el aspecto ó coloración verde, se apaga porque ya está aséptico.

OPERACIONES RINOLÓGICAS. — Aun cuando por regla general se ejecutan las operaciones rinológicas en condiciones sumamente defectuosas, se ve á diario en la práctica que son de una perfecta inocuidad, cosa que ha extrañado siempre hasta que se ha conocido el poder real bactericida del moco nasal, que coloca por sí á las fosas nasales en un verdadero estado de asepsia.

Sin embargo, este poder bactericida tiene sus límites, pues en circunstancias determinadas (inoculaciones por los instrumentos, alteraciones precedentes en la secreción mucosa, etc.), cesa de ejercer su acción, determinandose, en su consecuencia, accidentes post-operatorios.

Por lo tanto, hay que tener en cuenta ciertas circunstancias y ciertas recomendaciones que vamos á consignar, entresacadas de las que dá Lermoyez y que nos ha confirmado nuestra práctica de hace muchos años.

Como la más pequeña intervención puede exponer al enfermo á accidentes meníngeos, siempre mortales, no se practicarán las operaciones intranasales sino cuando sean *perfectamente indispensables*, es á saber, cuando la lesión produce trastornos que *alteran seriamente la salud*, y cuando *se está seguro* de que *ningún tratamiento médico* puede conseguir la salud.

Convendrá abstenerse lo más posible de operar á los *niños y viejos*, porque en los primeros son tan estrechas las fosas nasales, que se corre mucho peligro de herir y lesionar partes sanas, siendo casi irrealizables las curas post-operatorias, y en los segundos porque, estando con excesiva frecuencia el miocardio degenerado, la irritación de la

pituitaria suele determinar accidentes sincopales, y la atrofia senil produce dehiscencias óseas que colocan á la mucosa nasal en relación inmediata con las meninges (Zuckerkaudl).

Á fin de ponerlos al mayor abrigo de las hemorragias, no operaremos jamas á los *hemofílicos*, ni mientras estén los enfermos con un ataque de *rinitis aguda*, ni cuando se hallen las mujeres en el *período menstrual*. Tampoco conviene operar simultáneamente *las dos fosas nasales á la vez*, salvo en los casos de intervención sobre el tabique, y habremos de abstenernos asimismo durante *una epidemia de gripe*, porque según B. Delavan, la consecuencia suele ser la presentación de un ataque de influenza. Lo mismo diremos de la fiebre del heno.

En cuanto á los cuidados que hay que tener antes de las operaciones, se refieren á la antisepsia de la fosa nasal, á la asepsia del operador y á la de los instrumentos, cuestiones que ya hemos estudiado.

Durante la operación, el principal accidente que puede sobrevenir es la hemorragia, que detendremos quitando el espéculum, suspendiendo la operación, haciendo elevar la cabeza al enfermo, comprimiendo por fuera las alas de la nariz, y por último, introduciendo un tapón de gasa aséptica, impregnada en agua oxigenada, que dejaremos colocado durante unos minutos. Rara vez necesitaremos practicar un taponamiento doble (ventanas nasales anteriores y posteriores).

Terminada felizmente la operación, procuraremos dejar limpia la cavidad, y haremos el taponamiento definitivo de la cura, previa hemostasia, que conseguiremos, como decimos, con el agua oxigenada, mejor que con las soluciones de antipirina y con las de percloruro de hierro, que ningún rinólogo emplea ya, pues aquel agente hemostático tiene además las ventajas de la rapidez en su acción, de su poder contemporáneo antiséptico, de deterger el campo operatorio y limpiar la solución de continuidad, y, por último, de no ser dolorosa su aplicación.

El taponamiento, para que sea eficaz y completo, debe ser *total*, esto es, que ha de rellenar todos los espacios de la fosa nasal sin dejar ningún hueco para acumularse el moco ó el pus, etc., y debe hacerse capa por capa de gasa, superpuestas unas á las otras. Para esto, se tienen ya preparadas las bandas de gasa, las cuales se cogerán con unas pinzas delgadas de anillo, y con ellas se irán introduciendo.

Este taponamiento puede dejarse colocado durante cuarenta y ocho horas sin peligro de infección, á condición de emplear una gasa aséptica.

En casi todos los casos conviene usar la gasa iodoformada al 50 por 100. La gasa salolada tiene un olor menos desagradable, pero provoca á menudo erupciones vestibulares. Las de aristol ó iodol no merecen confianza.

Las curas y taponamientos ulteriores se practicarán siempre por el mismo médico, y nunca por el enfermo, y se guardarán siempre las mismas precauciones antiséptico-asépticas. Para quitar el tapón, se hará con mucho cuidado, á fin de no provocar nuevas hemorragias.

El taponamiento debe rellenar bien la fosa nasal, porque de lo contrario no se mantiene en su sitio, desprendiéndose al estornudar ó sonarse. Pero, en cambio, si se fuerza mucho, esto es, si se rellena demasiado, se hace intolerable para el enfermo y produce *pesadez de cabeza*, dolores que se irradian á las mejillas y dientes con sensación de dentera que provoca insomnio, *epifora* por obstrucción del orificio inferior del canal nasal, á veces *trastornos visuales* del ojo correspondiente, y otros varios accidentes de índole refleja.

También provoca á menudo el taponamiento, aunque esté bien hecho, una *hipersecreción de las glándulas mucosas*, dando por resultado la salida semicontinua, en pequeña cantidad, de un líquido sanguinolento por la fosa nasal operada, el cual no tarda en provocar el eritema del labio superior, y para el que tendremos que emplear alguna pomada aisladora.

Claro está que, tanto en lo relativo al taponamiento cuanto á la manera de cohibir la rinorragia, etc., etc., nos referimos única y exclusivamente á operaciones intranasales practicadas en sus regiones anteriores, pues la técnica, cuidados, etc., que aquéllas reclaman cuando se ejecute el acto cruento en la región naso-faríngea, necesitan de otros procedimientos, que consignaremos más adelante.

INSTRUMENTOS PARA OPERACIONES RINOLÓGICAS. — La cirugía nasal ha tenido en estos últimos años un período de actividad y desarrollo tan rápido y verdaderamente espasmódico, que me sería dificultoso en todo extremo describir todos los instrumentos ideados por los diferentes autores rinólogos. En su consecuencia, me limitaré á hacer un breve extracto de aquellos que presentan la suficiente garantía para cumplir la mayoría de las indicaciones.

Fórceps. — Para aplicar la cocaína, puede emplearse el fórceps ordinario del oído, que conduce un trozo de algodón en rama empapado en la disolución.

El fórceps de igual forma y peso, pero con dientes en su extremidad, semejando á la antigua pinza fórceps de ligar, y con un muelle para poder abrirse y cerrarse, es útil algunas veces para coger tumores movibles, mientras se ajusta el asa.

Para extraer cuerpos extraños de la nariz suele usarse la pinza fórceps ordinaria, que también está en boga para operar los pólipos nasales, si bien la mayoría de las veces son preferibles otros métodos y

procedimientos quirúrgicos. Störk recomienda muy especialmente, para separar los pólipos, un fórceps cuyo ángulo encorvado puede ajustarse á voluntad al tamaño del mismo pólipo.

Esta clase de instrumentos rara vez se emplean en la cavidad naso-faríngea, excepto cuando se trata de extirpar vegetaciones adenoideas. Sin embargo, para operar éstas es mucho mejor la cucharilla de Schmidt, ó las pinzas de Löwenberg modificadas por Woakes, que es la más comúnmente usada. También Schech ha construido con igual objeto un instrumento fundado en el mismo principio, esto es, un fórceps fuerte, que tiene el mango doblado en ángulo obtuso, de modo que la mano del operador no oculta la faringe, mientras que una segunda curvadura en la extremidad del instrumento y próximo á las bocas del fórceps facilita la operación.

Las pinzas de Kuhn son asimismo muy útiles; sus extremos son fenestrados, y de tal tamaño, que pueden agarrar de una sola vez más cantidad de tejido adenoide que los otros instrumentos referidos. Las tiene construidas de dos formas: una para aplicarse al velo del paladar, y otra con un ángulo más obtuso, á fin de remover los tejidos adenoideos situados en la pared posterior.

Todos estos instrumentos se abren en sentido lateral. Lennox-Browne habla en su obra, con elogio, de las pinzas de Schutz, cuyas valvas son fenestradas.

En tesis general, cualquiera de estos instrumentos da buenos resultados en la práctica, siempre que el operador conozca la técnica y la especialidad. Sin embargo, en mi modesta opinión, el modelo de Löwenberg y Woakes es el preferible, tanto en lo referente á facilidad operatoria, cuanto á seguridad de saber lo que se agarra, sin grandes temores á pellizcar tejidos no adenoideos.

Nudos. — Como ya llevamos manifestado, es á menudo preciso emplear un alambre fino cuando operamos con el cauterio eléctrico.

Si usamos el asa de alambre fría, el grosor de éste deberá regularse por la probable resistencia que estimemos ha de oponer el tumor que hemos examinado y que vamos á extirpar.

El alambre llamado de piano es muy útil, y, á ser posible, debemos elegirlo, dándole la preferencia por su elasticidad y resistencia.

Cuando se trata de un pólipo pequeño y blando, el asa galvánica puede emplearse fría, es decir, sin corriente, aun cuando tendremos á prevención otro instrumento más fuerte y resistente, por lo que pudiera ocurrir. El asa fría usada generalmente es de metal fuerte, y se halla formada de modo que el alambre no se oculta en el conducto del tubo, sino que está visible en el instrumento. La ventaja de esta circunstancia descansa en que puede montarse ó unirse si se rompe. En la

que yo empleo, de la casa Charrière, de París, va engarzado y unido el alambre mediante una corredera descubierta.

Hay que hacer notar, respecto del uso del alambre de piano, que, debido á su resistencia, suele suceder que resulta dificultoso el retenerlo en una posición dada, una vez colocado rodeando el tumor. Para obviar en parte este inconveniente, basta calentarlo antes de ir á emplearlo, con lo que se pondrá blando y flexible. Cuando se pretende hacer nudo con él, se ve que unas veces se forma el ojal demasiado grande, y, por el contrario, otras sumamente angosto y pequeño. Por estas razones y otras que omito, se hace en la práctica más recomendable el lazo para pólipos del oído, de Wilde, adaptable, por lo demás, á todos los tamaños y dimensiones.

Cualquiera de estos instrumentos puede convertirse en un *écraseur*, haciendo que la barra á que va sujeto el alambre se deslice por una corredera. Por mi parte, encuentro que de ese modo es más útil el aparato, puesto que se le puede utilizar á voluntad como *écraseur* ó no.

El conocido con el nombre de *écraseur* de Jarvis es muy fuerte, á la vez que delicado. Está hecho de modo que las dos extremidades pueden adaptarse á la misma figura; una de ellas es recta, á propósito para operar en las fosas nasales anteriores, y la otra curva, útil para operar en la naso-faringe. La única desventaja que tiene es que el tubo, en el cual encaja el alambre, se oxida con frecuencia demasiado pronto, lo que hace muy difícil el poder enhebrar el hilo.

Al usar el asa de alambre para las fosas nasales anteriores, se debe tener presente el pasarla por debajo del tumor, pues rara vez están éstos situados de forma que se necesite pasarla por encima, y no se apretará el nudo hasta hallarse el operador seguro de tener bien abrazada la tumoración.

Si á pesar de apretar todo lo posible el nudo no se desprende, aquélla tiene la forma de una pera, y su naturaleza nos hace presumir la no aparición de hemorragias, en estos casos podrá desprendérsela por avulsión. Sin embargo, puede afirmarse, como ley general, que basta por sí sola el asa fría para arrancar ó extirpar el tumor, y en último resultado, si se desea que el alambre, á la vez que apriete, corte ó seccione con rapidez y limpieza los tejidos que aprisiona, se le enrojece por la electricidad.

Para operar con el asa los tumores naso-faríngeos se adopta uno de los siguientes métodos: ó bien se lleva por la boca el asa encorvada y conducida sobre el tumor, auxiliándose el operador de un espejillo, á la vez que un ayudante aplica el elevador del velo del paladar, ó bien se pasa el asa á través de las fosas nasales anteriores. En ambos casos es preciso tener un ayudante inteligente.

Si se adopta el segundo procedimiento, se operará en la forma siguiente (1): se formará el asa con un alambre fino de piano, cuidando de que el ojal sea pequeño, ó por lo menos no muy grande, y esté más bien alargado en su diámetro, y entonces se pasa con el tubo aplicándola sobre el tabique y siguiendo la dirección del meato inferior, pero teniendo cuidado de que el diámetro antero posterior del asa descansa á lo largo del *septum*. De este modo se la desliza hasta la naso-faringe, en cuyo punto se detiene para dar una media vuelta al instrumento, á fin de colocar el diámetro antero-posterior del asa en dirección paralela al velo blando del paladar, hacia el cual se dirige ordinariamente la extremidad libre del tumor.

En este momento, y con objeto de reforzar el asa de alambre, se le hace aumentar de tamaño para que pueda deslizarse más fácilmente por las paredes de la tumoración, al mismo tiempo que un ayudante introduce sus dedos índice y medio en la cavidad naso-faríngea y empuja el asa sobre el tumor, mientras el operador va poco á poco apretando el nudo, según la resistencia que encuentra.

INSTRUMENTOS CORTANTES. — Rara vez es necesario usarlos dentro de las cavidades nasales.

Para operaciones sobre tumores óseos ó cartilagosos, úsanse pequeñas sierras, de las que la mejor y más comúnmente empleada es la llamada de Bosworth, que consiste en una sierrecita delgada y estrecha, de dientes muy finos, unida á un mango de metal ó madera en ángulo obtuso. Existen dos clases de sierras de este autor: una con los dientes dirigidos hacia arriba, y otra con los dientes hacia abajo, ó sea en el borde inferior.

Roe ha construido un ingenioso aparatito, en el que la sierra es movida por la electricidad, y en el que la pretendida ventaja estriba simplemente en aumentar la rapidez de los movimientos. No sé que en realidad sea más práctica que la de Bosworth.

Algunos autores usan gubias y escoplo, unidos á mangos respectivos de madera ó de metal, y á los que se golpea con un martillo de madera dura.

INSTRUMENTOS PARA EL RASPADO. — Se recomienda, para operar las vegetaciones adenoides, valerse de la uña del dedo índice. Á mi juicio, este remedio rara vez es satisfactorio, y buena prueba de ello es que casi nunca se pone en práctica.

(1) Para todos estos casos es generalmente más útil el asa aplicada al canterio eléctrico, porque además de tener un instrumental más fino y delicado hay menos peligro á las hemorragias.

Para aumentar las facilidades de este procedimiento se han construido uñas metálicas que se adaptan al dedo índice, articuladas ó no, esto es, que sólo abrazan la extremidad del dedo, ó recubren hasta la mitad de la primera falange, y cuya forma terminal varia, lo mismo en lo referente á la fuerza del corte, que en la forma de su borde cortante.

Á este medio quirúrgico siguen las curetas ó cucharillas cortantes, ideadas por Lange y por Hartmann, que realmente prestan excelentes servicios en muchísimos casos, sirviendo de instrumento complementario, después de haber operado las vegetaciones con la pinza de Löwenberg.

También es muy útil el aparatito ó instrumento de Gottstein, que consiste en un triángulo de acero adaptado á un mango, con la curvatura conveniente en éste, y la porción terminal ó extrema forma una concavidad con su borde cortante. En una palabra, es ni más ni menos que una cureta especial.

Colocada dentro de la cavidad naso-faríngea, en la posición conveniente para operar las vegetaciones adenoides, descansa el borde obtuso del triángulo sobre el tabique, y el triángulo total ó base del triángulo se adosa á la bóveda faríngea, de tal forma, que cualquiera tejido que sobresalga un poco se adapta ó introduce en el espacio cóncavo abierto, y al menor movimiento, ó la más insignificante presión hacia adelante ó hacia atrás, el cuchillo ó borde cortante se pone en contacto con dichos tejidos y los corta.

Algunos autores recomiendan pequeñas cucharillas cortantes para el raspado del hueso, cuando la naturaleza de la enfermedad ó el progreso de la misma ha atacado aquél.

Scheaffer emplea un instrumento delicado, pero fuerte, de esta clase, para abrir el seno esfenoidal, cuyo instrumento tiene una cucharilla terminal, apta á deslizarse con facilidad hacia atrás al nivel del borde libre del cornete medio.

INSTRUMENTOS PARA DETENER LA HEMORRAGIA. — Entre los instrumentos de esta clase, se encuentra la sonda de Belloc, mencionada en todas las obras de Cirugía y de Rinología, y la que figura como indispensable hasta en la cartera de cirugía de bolsillo.

Sin embargo, en lo que yo conozco y he tenido ocasión de ver en el extranjero, *rarisimas veces* se usa, pues indudablemente en la mayoría de las ocasiones *no pasa sin violencia* á través de las fosas nasales ordinarias.

En su consecuencia, si hay necesidad de taponar las fosas nasales posteriores, se usará una sonda blanda y delgada de goma elástica, á cuya extremidad se enhebrará ó atará un trozo de hilo de suficiente

longitud, y cuya punta se hace pasar hasta la faringe nasal. Sentado el enfermo delante del operador, abrirá la boca, que iluminará el reflector frontal, y, deprimida la lengua con el deprime-lenguas manejado con la mano izquierda, se esperará á que, al empujar de cada vez más la sonda, aparezca ésta con el hilo en la faringe por detrás del velo.

En este momento se agarra el hilo con unas pinzas de anillo ó con los dedos, y á él se ata una torunda de algodón en rama, ó de hilas, empapada en vaselina y alguna sustancia cualquiera antiséptica, si se la ha de dejar colocada durante bastante tiempo, y se tira del otro extremo del hilo, ó sea del nasal anterior, para que con esta tracción coloquemos bastante comprimida la mencionada torunda en la entrada de las fosas nasales posteriores, en donde se necesita ejercer la compresión.

Casi siempre, por no decir siempre, es conveniente introducir el dedo índice por detrás de la úvula, para guiar la colocación del tapón ó torunda y ayudar la compresión.

Si se desea ó hace falta taponar también las fosas nasales anteriores, se colocará un trozo de hilas, lienzo ó algodón en rama impregnado en glicerina, á fin de evitar la desecación, pero habiéndole puesto antes un hilo fiador, que además servirá para, tirando de él, extraer el tapón del anterior.

Hanse construido con el mismo objeto pelotas de goma *ad hoc*, las que, detenidas por el aire ó un líquido, obstruyen el conducto nasal, sea anterior ó posterior; pero, en mi sentir, más bien complican el procedimiento operatorio que lo simplifican.

OTROS DETALLES DE LA CIRUGÍA NASAL. — Cuando en algunos casos hace falta comprender en el asa de alambre trozos de mucosa hipertrofiada, se conseguirá este fin atravesando la porción de tejidos comprendida mediante una aguja curva.

Para separar hipertrofias cartilaginosas y óseas, ciertos autores americanos (Goodvillie, Clinton, Wagner) abogan por el empleo de la sierra dental, movida por el pie. Muchas veces son suficientes las tijeras, cuchillos y curetas nasales. Hay quien utiliza la electricidad como fuerza motriz, que sólo tiene la ventaja de aumentar la velocidad.

En el tratamiento consecutivo á las operaciones nasales conviene guardar alguna precaución. Si sobreviene mucha hemorragia, habrá necesidad de recurrir al taponamiento; pero, como hemos dicho antes, impregnando el tapón de una sustancia oleaginosa y antiséptica, por ejemplo, mentol en aceite de olivas ó glicerina, ó vaselina líquida con el ácido fénico ó el bórico.

Después de cualquiera operación nasal, sea de la importancia que

se quiera, debe el paciente permanecer en reposo y se le debe aislar de toda influencia séptica directa ó indirecta.

Cuando se presente el periodo supurativo, se emplearán lociones abundantes de un líquido antiséptico, el agua bórica ligeramente templada, por ejemplo, mediante una jeringa de goma de regular capacidad, pero comunicando á la corriente tan sólo una regular impulsión.

PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS — Para operar con seguridad y éxito en las cavidades nasales y naso faríngeas cual se ofrece en las demas partes de nuestro cuerpo humano, lo primero é indispensablemente necesario es establecer un diagnóstico exacto. No nos debemos contentar con decir, por ejemplo: el paciente tal tiene un pólipo naso faríngeo, sino que es preciso, además, comprobar su naturaleza, sitio de implantación, extensión y forma de esta última, etc. Consigüese este fin precediendo á toda operación:

1.º La más minuciosa y exacta inspección de las cavidades nasales y naso-faríngeas, utilizando la rinoscopia anterior y posterior; y

2.º La detenida y cuidadosa palpación, mediante la sonda y el dedo.

Las formas morbosas que nos interesa conocer para el estudio de los procedimientos operatorios en general de las fosas nasales y cavidad naso-faríngea son las hipertrofias de la mucosa nasal, los pólipos nasales y las vegetaciones adenoides y pólipos del espacio ó bóveda naso-faríngea. Estos dos procesos morbosos pueden comprenderse bajo una única forma operatoria, por lo que se refiere á la rinoscopia.

Las *hipertrofias* de la mucosa nasal preferentemente la de ambos cornetes inferiores, son casi siempre la causa de alteraciones y trastornos de muy diferente índole; así es que, una vez conocida á conciencia, reclaman imperiosa indicación operatoria.

Al efecto aparece la mucosa de los cornetes infartada, más ó menos flácida y descendiendo hasta el suelo del meato nasal, tanto, que á veces, si sólo se hace un examen muy superficial, puede engañar al médico y confundirla con un pólipo. Por lo tanto, conviene, no sólo tactarla, sino además moverla y levantarla con el extremo de la sonda, para reconocer y determinar la tumefacción hipertrófica de la mucosa.

Suele también interesar la hipertrofia todas las anfractuosidades, eminencias y sinuosidades, hasta el punto de borrar casi en su totalidad el meato nasal inferior, por lo menos en su mayor parte, y comunicando, en su consecuencia, á la fosa nasal un aspecto que extraña al primer golpe de vista, sobre todo si no se tiene hábito de ver tal afección.

Otras veces el cornete medio es el interesado, en cuyo caso forma prominencia sobre el inferior. Dichos procesos hipertróficos aparecen

en la extremidad anterior de los cornetes de un color rojo muy vivo, extendido á toda su mucosa, y á su vez en la posterior adquieren una coloración gris-anaranjada manifiesta.

El tratamiento operatorio de esta tumefacción crónica que más en boga está hoy día es el de la galvanocaustia. Los dolores que determina, por regla general, no son considerables. Dichos puntos hipertróficos se tocan con el galvanocauterio plano, y con su eficacia se consigue la coarrugación atrófica.

Zaufal aconseja resecar estas tumefacciones con el asa galvanocáustica; pero es bastante difícil su aplicación, fuera de los casos de hipertrofias parciales muy limitadas, pues en las tumefacciones extendidas á toda la mucosa es más fácil la causticación.

Cuando no se disponga del aparato galvanocáustico, se puede echar mano del nitrato de plata ó del cloruro de zinc, como recomienda Hedinger, para extirpar, ó, mejor, cauterizar los residuos de pólipos del oído. Al efecto, se funden dichos medicamentos en el extremo de una sonda de plata, con la que se llevan al punto donde ha de ser cauterizado, y todavía mejor se raspa el nitrato de plata fundido, y aquel polvillo resultante se adhiere á un poquito de algodón en rama rodeado á la sonda y ligerísimamente humedecido, elevándolo de este modo con facilidad notable al punto más limitado que se desee.

En el caso en que, después de una causticación nasal, sea practicada con el galvanocauterio ó con los cáusticos medicinales nombrados, sobrevengan después dolores violentos, cual suele suceder alguna vez, se mandarán al paciente aspiraciones ó sorbitorios de agua templada, bastando este sencillo tratamiento para calmarlos muy pronto.

El Dr. Nicolaï se rebela contra esta forma de tratamiento en las hipertrofias en general, pues al hablar de la *cirugía nasal* en el XIV Congreso de la *Asociación Médica Italiana*, celebrado el 17 de Agosto del año 1892, expresó la opinión de que, tanto la electrolisis cuanto la galvanocaustia, deben, si no desterrarse, por lo menos limitarse en su empleo, pues la primera determina dolores que no compensan sus ventajas, y la segunda produce fiebre y neuralgias. En su consecuencia, aconseja el uso de los instrumentos cortantes, precedido su manejo de una rigurosa antisepsia y seguida la operación de una refrigeración permanente, destinada á moderar la reacción inflamatoria.

Creo algo exageradas las ideas expuestas del Dr. Nicolaï, porque igualmente pueden prevenirse las infecciones y las reacciones inflamatorias utilizando la antisepsia minuciosa y rigurosa antes de la operación, y el frío después, al emplear la galvanocaustia, que al echar mano de los instrumentos cortantes, sean éstos los que se quieran, y aun cuando se disponga de las famosas tijeras de Cholewa. Lo que hay, y esto no lo niego, es que se abusa algún tanto de la galvano-

caustia, lo mismo respecto de su empleo en muchísimos casos, que en su intensidad en alguno de ellos, y, que, en cuanto al resultado operatorio, es más satisfactorio y más rápido operando, que destruyendo las hipertrofias con la galvanocaustia ó con los cáusticos químicos.

Á juicio del Dr. De Blois (de Boston), para que pueda producir algún resultado la causticación galvanocáustica, ni debe practicarse muy profunda, ni demasiado superficial, ni poco ni mucho extendida.

He aquí cómo se expresa el Dr. Maximilian Bresgen respecto de este asunto:

« La galvanocaustia no puede dar buenos resultados, y mucho menos excelentes, más que si es suficientemente enérgica, ejecutada lentamente sobre una mucosa perfectamente cocainizada, y, sobre todo, seguida de un tratamiento antiséptico riguroso.

» Este es el motivo de que se registren, después de su empleo, tantas recidivas, adherencias y bridas cicatriciales debidas á las quemaduras. Hasta el presente, el uso de los colores de anilina es el medio que mejor evita, practicada la causticación, la inflamación, supuración, los dolores y las recidivas.»

Mi experiencia clínica personal confirma en absoluto lo afirmado por el Dr. Bresgen.

Los *pólipos* que, por regla general, se observan en las fosas nasales pertenecen á la clase de los mucosos, son de base pediculada ó difusa, y por su carácter ó naturaleza benigna no se difunden á los tejidos vecinos.

Su volumen varía desde el de un guisante al de una perita pequeña, tanto, que en estos últimos casos dilatan considerablemente las fosas nasales, haciendo relieve al exterior.

Frecuentemente son múltiples en número. La coloración que presentan es la de la mucosa sobre que se asientan. Raras veces son amarillentos, grises ó morenos.

Su base de implantación la tienen, bien en el espacio naso-faríngeo, ora en el cornete medio, ya en los demás cornetes. Su causa eficiente puede referirse á catarros crónicos inveterados, siendo la edad adulta la más dispuesta á padecerlos.

Los métodos operatorios pueden condensarse en tres: por medio de la pinza, ó sea la torsión y avulsión á la vez; mediante el asa fría ó desprendimiento por estrangulación, y empleando la galvanocaustia, ó sea por causticación.

La operación con las pinzas, como dice Zaufal, es bárbara y muy inferior á cualquiera otro procedimiento operatorio. Nadie que obedezca un poco á los incesantes progresos de la Cirugía moderna la utilizará, aun tratándose de los casos más claros y sencillos, á la vez que

desprovistos de gravedad, con sólo considerar que tiene que operar á ciegas, fiándose más del tacto que de la vista, y que las mandíbulas de la pinza, al hacer presión y después torsión, pueden agarrar mucosa sana. Unamos á esto que al desprender con fuerza el pólipo, mejor dicho, al *arrancarle violentamente*, le haya precedido ó no la torsión, suele ocurrir, á veces, que se viene detrás, *por lo menos*, un trozo de mucosa del lugar de implantación, si no se arranca además un pedazo de cornete.

No es extraño, pues, que haya tenido este procedimiento tantos y tan ardientes impugnadores, entre los que merecen especial mención Voltolini, que lo sustituyó con el asa galvanocáustica, y Wilde primero, y después von Bruns y Zaufal, que preconizaron el asa fría.

¿Cuál de los últimos métodos debe preferirse? Á mi juicio, apoyado en las ideas sustentadas por Zaufal (de Praga), deben establecerse las indicaciones operatorias en tesis general, en la siguiente forma: todos los pólipos blandos pueden extirparse con facilidad con el asa metálica fría, mientras que para los de naturaleza fibrosa, duros y resistentes, echaremos mano de la galvanocautia.

Deben operarse siempre los pólipos en varias sesiones, máxime cuando hay más de uno. De este modo se va viendo lo que se hace, merced á los lavados antisépticos practicados inmediatamente después de la extirpación, y no se fatiga al paciente, sin exponerle además á los peligros de la hemorragia y de la tumefacción demasiado enérgicas de la mucosa.

Zaufal aconseja en semejantes casos, y yo lo he empleado con éxito, introducir en la cavidad nasal grandes tapones de algodón en rama, que se dejan allí durante diez á doce minutos. No sólo obran contra la hemorragia, comprimiendo las partes y facilitando de este modo la formación del coágulo obturatriz del vaso, sino que absorben y limpian la cavidad de los coágulos y sangre allí detenidos, los cuales se adhieren al tapón de algodón en rama, y son arrastrados al efecto.

Antes de entrar á describir la manera de operar un pólipo nasal, ora utilicemos el asa fría, bien la galvanocautia, terminaré las reglas generales convenientes en estos casos.

Decía antes que, en contra de lo que aconseja Voltolini, no se debe nunca abrazar con el asa, de una sola vez, grandes masas de pólipos, sino uno solo.

Es de gran importancia usar después de cada operación, y aun en todas ocasiones, la sonda exploratriz una vez terminada la operación, para ayudar á orientarnos, en unión de lo que ya hemos visto con el espéculum, á fin de comprobar lo que queda y lo que hemos quitado, y, sobre todo, la situación en que dejamos el sitio de implantación. Y antes de la operación, para facilitarnos el diagnóstico respecto de la

resistencia, dureza, movilidad, profundidad de inserción, etc., etc., del pólipo.

Si el pólipo es pequeño, muy movable y está implantado muy exteriormente, por ejemplo en el cornete medio en su porción anterior, nos facilitaremos su prehensión con el asa, ordenando al enfermo haga una rápida y fuerte espiración por aquella fosa nasal, después de haberle cerrado la otra y la boca, con cuyo acto será aquél empujado hacia adelante.

Para cauterizar el campo sobre el que estuvo implantado el pólipo, úsase lo mismo la galvanocaustia que el nitrato de plata en barra.

Á fin de evitar, en lo posible, las recidivas, se recomienda continuar durante muchísimo tiempo con las causticaciones.

Después de la operación aconseja el Dr. Baginski (de Berlín) emplear por algún tiempo las duchas nasales con el agua salada débilmente concentrada.

Los dictámenes recomendados por la moderna rinoología operatoria para la extirpación de pólipos, exigen que tanto el enfermo cuanto el operador se sienten el uno enfrente del otro. El foco luminoso se colocará detrás del primero, á fin de que sean recogidos sus rayos por el reflector que llevará colocado en la frente el segundo (un espejo esférico cóncavo, sujeto á la frente por una venda de goma), el cual los reflejará á su vez hacia el orificio ó entrada de las fosas nasales, ampliamente abiertas mediante el espéculum nasal de Fränkel, de Duplay, etc., etc.

Una vez nos hayamos asegurado del punto de implantación del pólipo, de su naturaleza, movilidad, etc., amortiguaremos la sensibilidad del campo operatorio embadurnando é impregnando la mucosa nasal con una disolución de clorhidrato de cocaína, teniendo en cuenta las reglas y consejos precedentemente expuestos, llevada con el portaalgodones, ó simplemente con una sonda cualquiera ligeramente incurvada, y á cuyo extremo vaya arrollado un poco de algodón en rama.

Llegado este momento, entra el de la elección de instrumento, esto es, si se ha de optar por el lazo galvanocáustico ó por el asa fría.

Ya, en tesis general, hemos señalado las, digámoslo así, indicaciones para cada una. Sin embargo, añadiremos en este sitio que el asa fría está exenta de algunos inconvenientes que presenta el lazo galvanocáustico.

En efecto: cuando se estrangula la base del pólipo con este último, es conveniente no comenzar á pasar la corriente hasta que sujete aquél en toda la línea la base del tumor, y entonces se irá disminuyendo la intensidad de la corriente á medida que se va acortando el lazo. Pero ocurre que á veces no se tienen en cuenta estas precauciones, ó se des-

conocen en absoluto, y el lazo secciona rápida é incompletamente el pólipo, hasta el punto de que desaparece en la cánula el asa galvánica, con lo que sobreviene la hemorragia que precisamente hemos querido evitar, al preferir la galvanocautia.

Para obviar esto hace falta, además, que mantengamos en lo posible el hilo al calor del rojo-oscuro, el cual no corta los tejidos en su inserción como si fuese un afilado cuchillo, sino que los va desorganizando poco á poco, dando lugar á que con su causticación se formen coágulos sanguíneos debajo de la escara, la cual servirá para evitar la hemorragia.

Otro de los inconvenientes del empleo del lazo galvanocáustico es el de la gran frecuencia con que produce la rotura de la membrana del tímpano y subsiguiente supuración de la caja, probablemente por la flogosis que desarrolla en la mucosa nasal la causticación, la cual se propaga, por continuidad de tejidos, á través de la trompa de Eustaquio.

Réstame ahora ocuparme en el estudio de los polipotomos para el asa fría. Cualquiera de los conocidos es apto y bueno para el fin que se persigue. Entre ellos tenemos el de Wilde, de Blake (de Boston), de Baratoux, Maisonneuve, Charrière, Labus, de Rossi, etc. El que prefiero en mis operaciones es el de Charrière ó el de Rossi, que tienen la ventaja de poder emplear la rueda-tornillo de la guillotina una vez que se ha apretado el asa en el tumor todo lo posible con los anillos, y con la cual se hace la sección progresiva y paulatinamente.

Como ya hemos manifestado antes, conviene cauterizar la base de implantación del pólipo, bien con el galvanocauterio, ya con la barra de nitrato de plata, el ácido crómico ó el cloruro de zinc. Estos dos últimos se usarán fundiéndolos en una capsulita de porcelana, y llevados con una sonda á la que se haya arrollado previamente un poco de algodón en rama.

Para aquellos casos en los que, por viciosa constitución de la fosa nasal, sea imposible ó muy dificultoso el empleo del asa fría ó del lazo galvánico, podemos utilizar el procedimiento recomendado por Voltolini, y que ya fué ideado y descrito por Hipócrates. Redúcese á la introducción de un trozo de esponja de seis centímetros de largo por cuatro de ancho ó grueso, á la que se ata un hilo fiador á cada uno de sus extremos si ha de ser introducida por la boca, y uno solo si se coloca á través de las fosas nasales anteriores, mediante una sonda cualquiera ó unas pinzas de disección.

Para el primer caso se necesita, ó de la sonda de Belloc, ó simplemente del porta-algodones rino-faríngeo, que pasándolos á través de las fosas nasales, les damos salida por la cavidad naso-faríngea, en cuyo momento cogemos el hilo fiador ó conductor que llevan al efecto,

y lo unimos al de uno de los extremos de la esponja, reservando el otro — que se sujetará á una muela ó diente — para tirar de él cuando haya necesidad de extraer también por la boca la esponja.

En el segundo caso, no hay más sino coger el extremo de la esponja, desprovisto del hilo fiador, con las pinzas de disección, é introducirlo cuanto se pueda en la fosa nasal, retirando después con cuidado las pinzas, sin arrastrar tras sí la esponja, la cual, por el contrario, será empujada en seguida ó con las mismas pinzas cerradas, ó mejor con una sonda fuerte. El hilo fiador, único que lleva, se fijará al ala de la nariz mediante un trozo de aglutinante, y servirá para tirar de él y extraer la esponja.

Aun cuando he manifestado debe tener unos cuatro centímetros de grosor la esponja, esto, sin embargo, sólo se tomará como medida general; pues, como es natural, habrá que tener en cuenta la capacidad relativa de la fosa nasal, á fin de no producir dolor ni sofocación, etc.

El tiempo prescrito por Voltolini para dejar colocada la esponja es de diez á doce minutos como mínimun. Creo serán muy escasos los enfermos que la soporten más de diez minutos, y muchos los que no lo aguanten ni siquiera ocho.

Las *vegetaciones adenoides* del espacio naso-faríngeo han sido en estos últimos tiempos objeto de numerosos y acabados trabajos.

Á Meyer somos deudores del interesante y concienzudo trabajo sobre las afecciones de la tonsila faríngea, de la que toman su punto de partida las *vegetaciones adenoides*.

Según Meyer, estas neoformaciones se dividen en dos grupos según su extensión en superficie, ó sea en la de forma en hoja, y en la de mora grande. Las primeras se reconocen mucho más fácilmente, y aparecen á la sensación simulando un objeto plano, blancuzco y lustroso.

Preséntanse comúnmente en la pared posterior de la cavidad nasofaríngea, rellenoando la bóveda y lados, hasta el punto de obstruir la luz de las fosas nasales posteriores, y se hallan representadas por tumores de color rojo más ó menos intenso y fácilmente sangrantes. Su consistencia es muy friable, y raras veces adquieren un tamaño mayor de 3 centímetros de espesor.

La extirpación es el único medio eficaz que contamos para combatir las.

Sumamente complicada era en su principio la técnica operatoria; mas hoy día se ha simplificado muchísimo el procedimiento, hasta el punto que se considera cual operación insignificante y de escasa importancia.

En comprobación de lo anteriormente apuntado, diré que se han ideado un considerable número de instrumentos especiales para extirpar tales *vegetaciones*, cuyo valor práctico ha resultado relativamente

menor del que se habían propuesto sus autores. Así, las pinzas de Catti, las pinzas-cucharas cortantes de Löwenberg, de Solis-Cohen, Woakes, las cucharas cortantes de Volkmann convenientemente curvadas para su introducción, los sierranudos de Zaufal y de Delstanche, el cuchillo anular de Meyer, el raspador de Moltais, y tantos y tantos otros han ido sucediéndose casi sin interrupción, quedando la mayoría relegados en el terreno de la clínica á ser ampliamente expuestos en los bazares quirúrgicos.

Únicamente gozan de alguna fama las pinzas-cucharas cortantes de Löwenberg, siendo empleadas todavía por algunos especialistas, Gouguenheim por ejemplo, en su clínica de Lariboisière.

El más sencillo método operatorio de las vegetaciones adenoides consiste en la uña natural ó en la metálica, articulada ó no, pero también es el menos usado, porque nunca se extirpan completamente y además es muy molesto para el operador y para el enfermo. Al efecto se desinfectará previamente el dedo y uña, durante algunos minutos, en una solución de sublimado al 1 por 1.000, á fin de esterilizarlo lo mejor posible, y se introducirá en la cavidad naso-faríngea de una sola vez y repentinamente, raspando todas las porciones que sea posible. Terminada esta maniobra, se suspenderá para repetirla tan sólo una vez por semana hasta que hayan desaparecido las vegetaciones por completo. Inmediatamente después de cada operación se practicarán lavados nasales antisépticos con soluciones bóricoas ó sublimadas, alternándolas con otras de cloruro de sodio ó de bicarbonato sódico.

Conviene asegurarse, mediante la rinoscopia posterior y el tacto, de que se han extirpado bien todas las vegetaciones.

Jamás debe impresionar al operador la hemorragia que sobrevenga. Sin embargo, si fuere, ó muy abundante ó muy continuada, se combatirá mediante irrigaciones frías, ó con soluciones de tanino, alumbre, mástico, etc.

Para prevenir recidivas, y también para mejor destruir la base de implantación de las vegetaciones y algún resto de éstas, si hubiere quedado, es altamente conveniente practicar cauterizaciones con la galvanocaustia.

Los *pólipos naso-faríngeos* son generalmente de naturaleza fibrosa, carácter que los distingue de los pólipos nasales propiamente dichos, los cuales no difieren gran cosa en su estructura de su tejido madre ó fundamental.

Su punto de origen es á menudo la porción de los senos esfenoidales del cuerpo del etmoides, las vértebras cervicales posteriores y demás puntos circunvecinos.

Desde su punto de origen pueden y suelen dirigirse á través de los huesos craneales al cerebro, á las diferentes cavidades vecinas (nasales,

seco maxilar), á la naso-faríngea, y, en fin, siguiendo la dirección y empujando los cornetes y el vómer, deforman notablemente la cara del individuo.

Su forma varía: unas veces son pedunculados, otras tienen una amplia base de inserción.

Los métodos operatorios pueden dividirse en los seguidos por la boca, y los empleados á través de las fosas nasales.

Para esta última categoría contamos con las *causticaciones* según el procedimiento de Zaufal, que consisten en la introducción, á través del tubo nasal, de un hilo de platino armado de una barrita de nitrato de plata, la cual se hace llegar hasta las mismas vegetaciones poliposas, que se van destruyendo poco á poco. Es muy poco eficaz, doloroso y sumamente impertinente para el enfermo.

Y podemos disponer de la *extirpación mecánica*, ora con el sierranudos, bien con el *éraseur* de hilo metálico de Tobold, pinzas, asas frías ó galvánicas, etc. Con cualquiera de estos instrumentos es fácil extirpar el pólipo, y cuando no, si su extensión es grande y el punto de implantación abarca gran base, entonces se puede ir atacando por partes con el cuchillo galvánico.

Siempre es conveniente cauterizar el punto de origen ó de implantación del pólipo, ora con el galvanocauterio, bien con otro cáustico, como el nitrato de plata fundido.

Ninguno de ambos métodos ó procedimientos suele usarse, por la dificultad que encierra el operar en la bóveda naso-faríngea á través de las fosas nasales.

En su consecuencia, extirparemos dichos tumores sirviéndonos de la vía bucal, como más amplia y manejable para los instrumentos.

También en este caso suele, á veces, emplearse la cauterización con la barra de nitrato de plata, en los casos de pólipos pequeños y blandos.

Pero en la mayoría de ellos necesitamos echar mano, bien del asa fría, ora del lazo galvánico, para extirpar completamente toda la tumoración.

La técnica de cualquiera de éstos, y los cuidados que reclama esta clase de operación, tanto antes cuanto después, ha quedado ya consignada en párrafos anteriores.

Vamos á ocuparnos ahora de un punto importante en la terapéutica quirúrgica de las enfermedades de las fosas nasales, ó sea de los

ACCIDENTES CONSECUTIVOS Á LAS OPERACIONES INTRANASALES. — La generalización, en ocasiones demasiado entusiasta é impremeditada, de las operaciones intranasales ejecutadas desde que los trabajos y descubrimientos de Voltolini y de Hack demostraron su eficacia en Rinología, han determinado, en multitud de ocasiones, accidentes y conse-

cuencias morbosas, ora de índole general, bien de resultados patológicos de localidad, que conviene tener presente y que, conocidos á perfección después de los estudios de Treitel y de Lermoyez, debo mencionar aquí, aunque sea algo á la ligera.

Después de la aserción, algún tanto gratuita, formulada por Pirogoff en 1864, de que las operaciones intranasales eran *en absoluto* benignas, vinieron en convenir Michel, Schech y el mismo Hack en que, por lo que respecta á la erisipela facial, podían aquéllas determinarla, si bien en muy contados casos.

Más tarde, Voltolini y Ziem llamaron la atención sobre algunos casos desgraciados, ocurridos como consecuencia de tales operaciones, pero pasaron inadvertidos, ó al menos no llamaron la suficiente atención de los especialistas rinólogos, hasta que Treitel presentó su interesante comunicación á la Sociedad de Laringología de Berlín en 1890, quien agrupó las observaciones esparcidas y dió la pauta de los distintos accidentes que pueden sobrevenir como consecuencia del abuso de las operaciones intranasales ó de su práctica indebida, ora en la indicación morbosa, bien en la indicación de tiempo.

Siguiendo el orden establecido por el Dr. Lermoyez, estudiaremos estos accidentes, clasificándolos en tres grupos: accidentes infecciosos, accidentes nerviosos y accidentes mecánicos.

ACCIDENTES INFECCIOSOS. — Puede nacer la infección en el mismo sitio, ó ser importados los gérmenes desde fuera. En el primer caso, los huéspedes habituales de las fosas nasales, como los pneumococos, diplococos de Friedländer, estreptococos piógenos, estafilococos, etc., penetran en la economía, bien á través de la mucosa intacta, cuando se la estimula y se altera la diapedesis fagocitaria normal, ya por la puerta que abre la operación.

En el segundo caso, vienen los gérmenes infecciosos desde fuera, pero achacando más que al aire inspirado, al que se le supone demasiado á menudo conductor, á los instrumentos mal desinfectados, á las irrigaciones practicadas con líquidos no asépticos, y preferentemente á los dedos del mismo enfermo. Añadamos á lo apuntado, que la estancación en el interior de las fosas nasales de las secreciones mucosa y patológica, constituyen un excelente medio de cultivo para activar la virulencia atenuada de los microbios patógenos.

Entre esta clase de accidentes pueden estudiarse:

a) La *rinitis difusa*, que en realidad no se la debe considerar más que como un exceso de reacción post-operatoria de la pituitaria. A juicio del Dr. Treitel, será casi siempre debida á un simple coriza determinado por un enfriamiento contemporáneo.

b) Los abscesos submucosos, terminación sumamente rara de la rinitis difusa secundaria. La excesiva limitación de tales abscesos parece indicar un origen estafilocócico. Evidentemente se trata de una infección local, produciéndose ordinariamente la colección purulenta en las proximidades de la úlcera ó mal nasal. Nunca da origen á deformaciones del tabique, como los abscesos calientes del último.

c) El carácter diftérico de la ulceración nasal sobreviene á consecuencia de la cauterización con la galvanocaustia, y aun de los toques ó embadurnamientos con la glicerina iodada. Presenta los mismos caracteres físicos ú objetivos que la verdadera difteria, pero no tiene tendencias invasoras, ni determina accidentes serios de infección. Sin embargo, muestra gran tendencia á reproducirse cuando se la desprende. Á juicio de Sandmann, es simplemente una escara fibrinosa ó purulenta, según que la cauterización sea más ó menos profunda.

d) La conjuntivitis del lado operado. Fenómeno de escasa importancia y cuya patogenia, todavía poco estudiada, parece depender más bien que de otra causa, de la propagación por continuidad de tejidos, ó de la irritación de los filetes nerviosos.

e) La otitis media, accidente mucho más grave que los precedentes, y observado por casi todos los rinólogos. Krakauer, Voltolini y Cartaz la han observado casi siempre del lado operado, sin embargo de que aparece también con alguna frecuencia en ambos oídos.

Por regla general, presenta la inflamación de la caja timpánica un carácter sumamente benigno, aunque suele determinar la perforación de la membrana del tambor.

De un modo evidente resulta de origen infeccioso, produciéndose por continuidad de tejidos, ó bien no es otra cosa más que la recidiva de una otitis antigua amortiguada, por repercusión del traumatismo operatorio.

El Dr. Moldenhauer opina que juega el enfriamiento un papel importante en la producción de la otitis media, inmediatamente después de las operaciones nasales, porque ha podido advertir que, haciendo guardar cama al operado en seguida de la operación, y obligándole á guardar ciertos preceptos higiénicos, disminuyen las probabilidades de su manifestación.

Por mi parte, estoy en completo desacuerdo con el último autor citado, pues que nadie considera ya al aire frío, por su cualidad exclusiva de frío, como causante de disturbios catarrales de ninguna mucosa. Siempre hay que añadir á la predisposición individual otro factor etiológico (infeccioso casi siempre, ó por lo menos físico en grado exa-

gerado, como el cambio brusco de una temperatura alta á otra muy baja, etc.), que venga á sumarse á aquella cualidad atmosférica. Y si fuera cierto en absoluto lo sustentado por el Dr. Moldenhauer, sería lógico pensar no debían determinarse tampoco *en absoluto* las manifestaciones morbosas de la caja timpánica, como consecuencia inmediata de las operaciones intranasales, con sólo guardar el enfermo ciertas precauciones. Y el mismo autor mencionado, y la práctica diaria, nos confirman el error de tal suposición.

f) La *angina amigdaliana*. Ruault primero, y Treitel después, han hecho estudios verdaderamente interesantes respecto de esta importante manifestación morbosa.

De ellos se desprenden dos hechos de entidad. El uno, que esta complicación es *infinitamente* más frecuente como consecuencia de las cauterizaciones, que de las operaciones practicadas en frío. Y el segundo, que se manifiesta de preferencia la amigdalitis cuando la pérdida de sustancia radica sobre la porción posterior del cornete inferior, siendo muy rara si la lesión es del cornete anterior, y excepcional si la intervención operatoria ha tenido lugar en las partes superiores de las fosas nasales.

Por regla general, se afectan las amígdalas de uno á tres días después de la operación intranasal. Sin embargo, suele suceder, sobre todo si se trata de una cauterización, que sobrevenga la complicación que estudiamos mucho más tarde, ó sea en el momento del desprendimiento de la escara.

Según Lermoyez, es poco frecuente la angina eritematosa. Por el contrario, la forma lagunar es la más constante, ora en un solo lado, bien en ambos á la vez, ó finalmente se la observa pasar independientemente de la una á la otra amígdala. Raras veces, á juicio de Ruault, jamás, en opinión de Treitel, se hace flegmonosa. También la amigdalitis faríngea se ha manifestado algunas veces.

Si hemos de creer á Treitel, no recidiva nunca la amigdalitis con motivo de las operaciones intranasales que se necesitan practicar al enfermo en días sucesivos; parece ser que se ha creado, con tal motivo, una vacunación amigdaliana, que ha establecido un estado bactericida poco tiempo durable.

Este autor atribuía al principio la presencia de esta complicación á la acción del calor irradiado sobre la amígdala ó la faringe, máxime si se operaba sobre la extremidad faríngea del cornete inferior. Pronto tuvo que abandonar tal opinión, cuando vió producirse este accidente como consecuencia del empleo del asa fría.

¿Cuál es la causa? Dos son las hipótesis que se disputan el honor de su explicación. Ó se trata de una infección consecutiva al trauma-

tismo operatorio, ó es simplemente una coincidencia puramente accidental.

Treitel defiende esta última, á mi modo de ver, con razonamientos poco justificantes y menos científicos. Apóyase, para opinar de tal suerte, en la frecuencia de la angina lagunar y rareza de los demás accidentes infecciosos después de las operaciones intranasales: en que la determinación morbosa se manifiesta indiferentemente en una ú otra amígdala; y en la aparición de la mencionada complicación por series pseudo-epidémicas.

Como quiera que sea, y sin necesidad de demostraciones de ningún género, parece ser indudable que la infección es la única que juega en este caso un importante papel; bien penetrando el agente infeccioso por la úlcera ó herida nasal, recorre el trayecto hasta las amígdalas por los linfáticos ó por los vasos sanguíneos; bien circulando dichos gérmenes, como supone Ruault, por todo el torrente circulatorio, dando lugar á la infección general de toda la economía, cuyos gérmenes, conducidos por la sangre, vendrían á detenerse ulteriormente en las redes capilares de la amígdala, dando lugar de un modo secundario á la inflamación de dicha glándula, mediante el retorno de la sangre á sus puntos de partida, es lo cierto que, aun sin satisfacer de una manera categórica tales explicaciones, puesto que en definitiva no pueden adoptarse más que como simples hipótesis, existe de un modo indudable una infección local, propagada ó determinada después de la operación intranasal, y no se trata de una simple y casual coincidencia que, para no esforzar la inteligencia en buscar su génesis, habría que aplicarla á la explicación de otro sinnúmero de procesos morbosos de nuestro organismo, desgraciadamente para la Humanidad todavía no aclarados.

Y tampoco es lógico achacar al aire frío que se aspira directamente por la boca, como el causante del mal, porque, entre otras razones, también se aspiraba en condiciones iguales antes de practicar la operación intranasal, sobre todo si la obstrucción nasal estaba originada por la hipertrofia exagerada de los cornetes, y, sin embargo, no producía con tanta facilidad la amigdalitis, cual sucede inmediatamente después del procedimiento operatorio que estudiamos.

Nada, á mi manera de ver, más próximo á la verdad — dentro, por supuesto, del terreno de las hipótesis y de la teoría infecciosa — que la explicación dada por Lermoyez.

Dice así este autor: «Es indudable que la inflamación de las amígdalas como consecuencia de operaciones intranasales, es obra de una auto-infección tonsilar. No hay que olvidar la riqueza de gérmenes que en las criptas de las amígdalas del hombre existe, verdaderos nidos de microbios. En el fondo de aquéllas, falta en absoluto, la mayor parte

de las veces, el epitelio, por cuya razón es fácil las atraviesen los gérmenes sin grandes dificultades.

»Contra tal invasión lucha sin cesar la amígdala, adquiriendo ésta en muchos casos, por este solo hecho, una hipertrofia de defensa. En sus folículos se efectúa de una manera enérgica la fagocitosis, y la corriente diapedética de las células linfáticas hacia su superficie se verifica sin intermisión. Mas, de pronto, la acción del frío trastorna esta serie de actos defensivos, y se produce un efecto inhibitorio sobre la reacción amigdaliana, que se anula, permitiendo con tal motivo á los microbios de las criptas penetrar en la sangre. Del mismo modo que el frío, puede realizar tal serie de hechos el traumatismo quirúrgico, sea en frío ó bien por el procedimiento de la galvanocautia.

»La inhibición operatoria nasal, que detiene los reflejos, puede producir el mal lo mismo que el bien, y creo que, en la mayoría de los casos (no ciertamente en todos), si el individuo á quien se quema ó cauteriza un cornete inferior adquiere una amigdalitis aguda, no es porque haya una inflamación general, cuya única determinación local vendría, por una feliz casualidad, á manifestarse en la inmediación del orificio de entrada, sino más bien porque pierde momentáneamente su resistencia local á los microbios que alberga en sus criptas amigdalinas. Son sus amígdalas quien le infectan, no es él quien las contamina enviándoles sangre adulterada.»

Felizmente, este efecto inhibitorio no se ejecuta sino á corta distancia; la mayor parte del tiempo, la conmoción impresa al organismo no es bastante grande para hacer aparecer la auto-infección pulmonar ó intestinal.

Por su teoría de la amigdalitis secundaria en una infección primitivamente general, el Dr. Ruault no sabe cómo explicar el predominio de la influencia de las regiones posteriores sobre las anteriores, de las regiones inferiores sobre las superiores de las fosas nasales.

Es un hecho conocido la benignidad ordinaria de las operaciones practicadas en las regiones nasales superiores. La extirpación de los pólipos mucosos, aun practicada por manos inexpertas, es inofensiva por regla general. ¿Por qué razón sucede esto? — El Dr. Ruault presenta una explicación muy grata de este hecho, diciendo que consiste «en la corriente del aire inspirado, que limpia en el estado normal el techo de las fosas nasales, pero que no penetra en la cavidad superior, y, por consecuencia, no le lleva microbios.»

Sin embargo, contra esta manera de ver las cosas puede oponerse que los enfermos operados en el interior de sus narices respiran los primeros días por la boca.

Además, hay que reconocer que el aire inspirado es casi siempre muy pobre en microbios patógenos, pues llegan éstos al interior de las

fosas nasales lo más frecuentemente por transporte directo de los instrumentos, de los dedos ó de los líquidos asépticos que se emplean para el lavado.

Añadamos á lo apuntado lo dicho por el Dr. Lermoyez, de que la auto-infección nasal es el medio de contagio más frecuente, y se produce cualquiera que sea el sitio de la nariz en que se dé acceso fácil á los gérmenes patógenos.

Esto no obstante, aun admitiendo dicho contagio por el aire inspirado, podemos advertir que, en tal caso, deberían las ulceraciones nasales conducir tanto mejor á producirse las amigdalitis cuanto más anteriormente se hallen situadas aquéllas, esto es, cuanto más próximas al orificio de entrada de las fosas nasales se hallen producidas. Y, sin embargo, esto no es cierto, pues ya el mismo Dr. Ruault nos lo dice, al afirmar con mucha oportunidad que, frecuentemente, el enfermo que ha soportado impunemente una cauterización en la extremidad anterior de su cornete inferior, adquiere con suma facilidad la amigdalitis desde el momento en que atacamos con el mismo procedimiento quirúrgico la porción posterior de la mencionada región nasal.

Por el contrario, suponiendo la auto-infección local por acción suspensiva del choque traumático ú operatorio en la fagocitosis de la amígdala, ayuda á resolver con mucha facilidad el problema en cuestión.

Según Lermoyez, se produce la inhibición post-operatoria á corta distancia, porque el choque mismo es más intenso; tiene aquélla tanta mayor probabilidad de manifestarse, cuanto más enérgica es la irritación producida, siendo mayor el peligro en las operaciones ejecutadas con el cauterio, porque se transmiten de una región más próxima á la amígdala, cual es la extremidad posterior de los cornetes inferiores principalmente.

Así ocurren las cosas, á la manera que la sensación inhibitoria de frío produce mucho mejor y más seguramente la auto-infección pulmonar, la neumonía, si se verifica sobre el tórax directamente, que si se ejerce ó tiene lugar sobre una región lejana.

Entre los accidentes consecutivos á las operaciones intranasales de índole infecciosa, tenemos, además de los estudiados:

g) La *erisipela facial*, algo rara por cierto, tanto en la práctica hospitalaria cuanto en la particular y domiciliaria; se la observa, sin embargo, como consecuencia de ciertos tratamientos químico-cáusticos ó francamente quirúrgicos en el interior de las cavidades nasales, aun cuando en menor escala numérica y con menos intensidad que las que suelen presentarse en muchos casos de eczemas del ala de la nariz y en rinitis con abundante derrame purulento fétido.

Voltolini la menciona, así como Ziem, pero preferentemente como

consecuencia de la apertura del seno maxilar. En cambio, dice Treitel no haberla visto jamás en la policlínica de Fränkel, y por su parte Krakauer sólo hace mención de ella de un modo rápido y superficial.

Tal vez existan más casos que los conocidos en la literatura rinológica hasta el presente, pues, por mi parte, únicamente conozco el de un oculista francés que sucumbió hace cinco ó seis años, á causa de esta complicación que estudiamos.

Por regla general puede bastar á producirla la falta completa de la antisepsia, unida á la predisposición individual. El estreptococo de Fehleisen está en todas partes, pues, según ha demostrado el Dr. Emmerich, puede confirmarse su presencia en el polvo de las habitaciones sucias ó poco cuidadas.

Además, no sólo vive el agente patógeno en todo cuanto nos rodea, sino que mora habitualmente en nosotros mismos, toda vez que se ha comprobado su existencia normalmente en el interior de las fosas nasales de una quinta parte de los individuos que gozan de buena salud.

Claro está, pues, que con circunstancias tales no está tan remota y mucho menos imposible, la factibilidad de una auto infección.

También el enfriamiento contraído después de la operación es un factor etiológico de entidad, haciéndose más fácil la infección general de toda la economía.

La erisipela post-operatoria es, por lo general, mucho más grave que la erisipela facial llamada espontánea ó médica.

h) *Meningitis*. — Voltolini ha sido el primero que ha hecho un estudio serio y detallado de esta tan temible complicación, con motivo de algunos casos que pudo observar después de la extirpación de unos pólipos mucosos nasales.

También Krakauer habla de otros que fallecieron de meningitis consecutiva á otros procedimientos quirúrgicos en el interior de las fosas nasales. De todos modos, dicen estos dos rinólogos, la muerte es segura en todos los que se presenta dicha complicación.

Desde los trabajos de Netter, d'Adenot, se sabe que tales meningitis secundarias tienen dos orígenes etiológicos, que sirven para clasificarlas en : 1.º, *meningitis metastásicas*, y 2.º, *meningitis directas*.

Las primeras son las que determina la infección meningítica, mediante los gérmenes que ya circulan por la sangre, á causa de haber penetrado hasta ésta por la úlcera nasal.

Las segundas, aquellas cuya manifestación se debe al transporte directo de los agentes virulentos desde las fosas nasales á las meninges, ora por las venas, bien por los vasos linfáticos, ya por continuidad de tejidos, ó quizá por todas estas causas á la vez.

Tengo para mí, que este segundo modo de originarse la menin-

gitis debe ser más frecuente y más factible, dada la proximidad y vecindad de relaciones entre las meninges y el interior de las fosas nasales por medio de los numerosos agujeros y comunicaciones de la lámina cribosa del etmoides, y por lo tanto la facilidad suma que de ello resulta, no sólo para la propagación del proceso flogístico por continuidad de tejidos, si que también para el paso de los gérmenes infecciosos.

Los casos referidos por Voltolini de extirpación de pólipos nasales y meningitis consecutiva, debieron indudablemente ser determinados por esta última relación etiológica, puesto que casi siempre radican los pólipos en su base de implantación, en las zonas superiores de las fosas nasales.

De todos modos, resulta que tales meningitis son la consecuencia de auto-infecciones nasales, ora estreptocóccicas, ora neumocóccicas.

OTROS ACCIDENTES INFECCIOSOS CONSECUTIVOS Á OPERACIONES INTRANASALES. — Desde la *puemia* y *artritis*, hasta la *escarlatina* y *trastornos generales pasajeros*, citan los autores varios casos que, tanto por su excesiva rareza cuanto por tener, relativamente, menor importancia pronóstica que los ya enumerados, sólo los citaré englobándolos en este párrafo.

Hack refiere haber visto hincharse las articulaciones de la mano á un sujeto á quien operó unos pólipos nasales. Krakauer, más tarde, menciona el caso de un individuo que sufrió una artritis aguda del codo izquierdo, inmediatamente después de haberle practicado la ablación de un sarcoma de la fosita de Rosenmüller; pero ¿puede admitirse de una manera real y positiva el hecho de que, en ambos ejemplos y en alguno más que omita en este momento, el acto traumático determinase la explosión de una poliartritis reumática adormecida ó amortiguada? — ¿Hemos de admitir con las modernas teorías parasitarias la idea, ó mejor, la hipótesis de un pseudo-reumatismo infeccioso?

Comprendo más factible la producción de una puemia con sólo considerar un aumento de la infección á un grado más elevado, ó á una intensidad mayor y más generalizada. Voltolini afirma haberla visto francamente caracterizada, después de la extirpación de pólipos mucosos, y Schneider dice que la observó también, como consecuencia de la misma operación, en un epiléptico.

Lo que pienso del reumatismo es aplicable asimismo á la escarlatina post-operatoria, de cuya producción cita un caso Treitel, sobrevinida dos días después de la ablación de un trozo de tabique nasal, y otro Heymann en un niño á quien cauterizó un cornete inferior, y el vió desarrollarse al día siguiente la fiebre y brotes escarlatinosos.

La coincidencia debió en ambos ejemplos jugar un gran papel, á

menos que hubiere contagio, para lo cual pudo muy bien servir el traumatismo nasal, como puerta de entrada al germen infeccioso.

Hack refiere, y á menudo lo vemos aun con insignificantes operaciones en cualquiera parte de nuestro cuerpo, que es frecuente observar, después de traumatismos quirúrgico cáusticos en las fosas nasales, la producción de un vago malestar general, una especie de irritabilidad, que se acompaña muchas veces de cefalalgia, pérdida de apetito, fiebre por las tardes y palidez del semblante, que suele durar de dos á seis días ó más, y que nos indica clara y evidentemente que el trastorno general en cuestión es originado por el acto cruento, bien por una especie de subsiguiente alteración orgánica consecutiva al choque ó conmoción nerviosa, ora por una infección no definida ni tampoco localizada, pero que ha utilizado, como puerta de entrada en nuestro organismo, la herida ó úlcera abierta en los tejidos de las fosas nasales.

Por último, no debemos olvidar en este capítulo mencionar, entre las consecuencias infecciosas que estudiamos, el hecho bastante observado de despertarse ciertas infecciones generales, ya amortiguadas ó dormidas, como la sífilis, etc., en el momento en que se produce un acto traumático, sea ó no quirúrgico, en cualquier parte del cuerpo humano; y esto, que resulta ley general morbosa, es aplicable igualmente á las operaciones intranasales, existiendo en la literatura varios ejemplos que, cual los de Treitel y Krakauer, son por demás característicos y perfectamente determinados y observados.

ACCIDENTES NERVIOSOS. — Mucho más comunes y frecuentes que los de naturaleza infecciosa descritos anteriormente, son, en cambio, de gran benignidad.

Depósito, digámoslo así, de multitud de reflejos las fosas nasales, han de ocasionar con muchísimo mayor motivo reacciones nerviosas las operaciones que se practiquen en ellas, que no en cualquiera otra parte del cuerpo humano.

Y sucede asimismo á veces que, pretendiendo calmar reflejos nasales ya existentes mediante una cauterización por ejemplo, se exageran tan sólo por este mismo hecho, si la fuente ú origen del reflejo no radicaba primitivamente en el punto preciso en que se hizo la cauterización.

Tan es así, que muchos de dichos reflejos, que obedecen á cicatrices preexistentes que engloban las terminaciones del trigémino, irri-tándolas más que el tejido moroso mismo, desaparecen en absoluto con sólo la excisión del mencionado tejido cicatricial retraído.

Entre los accidentes *nerviosos* que suelen sobrevenir á la práctica de operaciones intranasales tenemos las neuralgias, los vértigos y, se-

gún Rosenberg y Hack, los trastornos visuales y la enfermedad de Basedow.

a) *Neuralgias*. — Merced á los delicados trabajos de neuro-patología realizados en estos últimos tiempos, sabemos de un modo general, pero casi fijo, que según el punto nasal atacado, según la zona de pituitaria lesionada por el agente de causticación, así se manifestará el dolor en uno ú otro punto. En su consecuencia, puede establecerse que residirá el dolor en la zona de los nervios esfeno-palatinos si hemos vulnerado el tabique; en la de los suborbitarios si ha tenido lugar la operación en las fosas nasales anteriores; resultarán occipitales los dolores si la intervención se ha efectuado en las fosas nasales posteriores, y en fin, adquieren la forma de neuralgia facial si se extiende el ataque á toda la fosa nasal, pero coincidiendo, por regla general, al lado operado. En una palabra, que es siempre en las terminaciones del trigémino en donde se advierten las manifestaciones dolorosas post-operatorias.

Raras veces se extienden estas neuralgias á los plexos cervical y braquial, y como es natural, sólo acontece este fenómeno cuando coinciden las circunstancias de tratarse de un individuo sumamente neuropático, ser grande la intervención operatoria ó de suma intensidad á fin de producir también gran reacción nerviosa, y recaer en sujetos cuyos afectos nasales han reclamado ya anteriormente diferentes manipulaciones químico-quirúrgicas nasales.

Casi siempre desaparece pronto, no pasando de uno á cuatro ó cinco días como *máximum*, salvo los casos acabados de citar de relación con anteriores accidentes, individuos muy nerviosos, etc., y nunca determinan anteriores consecuencias desagradables.

b) *Vértigos y síncope*s. — Sobrevienen con suma frecuencia, principalmente en aquellos sujetos muy impresionables y nerviosos, ó en los que manifiestan un temor inusitado á todo lo que sean maniobras y manipulaciones quirúrgicas.

Así, como muy atinadamente los fotografía Treitel, á seguida de terminado el acto operatorio, cualquiera que éste sea, y aun cuando mediante la cocainización de la fosa nasal haya permitido ejecutarla sin el menor dolor, se le ve al sujeto en cuestión ponerse de repente pálido, cubrirse la piel de un sudor profuso frío, y perder más ó menos completamente la conciencia del *yo psíquico*, acompañándose el todo de un pulso pequeño y á veces hasta filiforme, náuseas ó vómitos y sensación exagerada de constricción en los temporales, y, por último, si, como aconseja Piorry, no se les acuesta inmediatamente, hasta puede llegar el síncope á convertirse en verdadera lipotimia, como muchas veces dice haberlo observado Sommerbrodt.

Para prevenirlos en parte, aconseja el Dr. Schadowaldt (1) embotar la sensibilidad de la pituitaria, antes de cocainizarla para practicar la operación, haciendo tomar al enfermo polvos de tabaco en forma de rapé, en cantidad suficiente á producir numerosos estornudos por bastante tiempo.

c) *Espasmo de la glotis.* — Conocidísimo es ya en Oto-rino-laringología la relación anatómo-fisiológica y clínica de los reflejos laríngeos que determinan el espasmo de la glotis, teniendo su origen, bien en las fosas nasales, ora en los oídos. También existen dos casos en nuestra literatura patria, publicados en la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas* (números del 7 y 22 de Enero de 1894) de *espasmo de glotis por reflejo intestinal*, dados á conocer por el notable especialista en enfermedades del estómago é intestinos Dr. Moreno Zancudo.

Rethi (2) refiere un caso sumamente interesante de espasmo de la glotis, determinado á consecuencia de una cauterización nasal, y cuyos accesos dispnéicos sólo cesaron cuando se hubo extirpado de una manera definitiva la cicatriz que hacía el efecto de zona espasmógena.

d) *Asma.* — No creo se haya producido ni se produzca con frecuencia. Yo no la he visto jamás, ni en mi práctica particular ni en las numerosas consultas del extranjero que he frecuentado.

Sin embargo, Hack da mucha importancia á los reflejos nasales como productores de accesos asmáticos, y d'Aronsohn refiere un caso en el que, á consecuencia de la extirpación de pólipos, sobrevino un ataque asmático muy prolongado en el individuo operado, el cual nunca había padecido de asma antes. Á juicio de Lermoyez, se requiere como condición *sine qua non* para que se produzcan los reflejos asmáticos pre ó post-operatorios, que el sujeto se halle bajo la influencia de la diátesis artrítica.

Tampoco veo fundamento científico serio á esta última hipótesis.

e) *Depresión nerviosa general.* — Se observa á veces, en algunos individuos pusilánimes y nerviosos, después de operaciones intranasales y preferentemente de cauterizaciones, una serie de fenómenos poco menos que inexplicables.

Desde el día siguiente, ó, á lo sumo, desde los primeros días que siguen á la operación, comienzan á entristecerse sin saber la causa, á experimentar cierta laxitud y dejadez físicas, á sentir dolores vagos y

(1) Société Laryngol. de Berlín, 25 Noviembre de 1890.

(2) "Inter. Klin. Rundschau," números 51 y 52. — 1889.

calambres en diferentes puntos del cuerpo, y á notar cierta invencible apatía que los consume y lleva casi hasta á la lipemania.

Este estado se suele prolongar algunas semanas, y después, poco á poco, vuelve el individuo á recobrar su habitual estado fisiológico.

No es posible atribuirlo á una infección desconocida, y Semon, que lo ha observado con bastante frecuencia, sobre todo en los viejos, lo ha denominado *depresión nerviosa*.

Más racional, á mi juicio, es pensar que el traumatismo nasal ha determinado una crisis de neurastenia, como las producen ciertas afecciones gástricas é intestinales, así como simples maniobras, cual el lavado estomacal, por ejemplo.

f) Rosenberg (1) cita un caso de *trastornos visuales*, originado por una cauterización nasal en un individuo que padecía un coriza vasomotor, los cuales desaparecieron á los pocos minutos, y Hack refiere la observación personal de una joven que padecía *bocio exoftálmico* á la vez que una *rinitis hipertrófica*, y á medida que iba curándose ésta, mediante las cauterizaciones por la galvanocaustia, desaparecía la exoftalmia del lado operado, se restablecía la visión, cesaba la taquicardia y disminuía el tumor del cuello.

En cambio, Semon relata en el *British Med. Journ.* del 20 de Abril de 1889, el caso de un operado nasal, en quien la operación mencionada determinó la aparición de la enfermedad de Basedow, siquiera fuera temporalmente.

¡Misterios, todavía no aclarados, de la etiología, patogenia y naturaleza de muchas enfermedades!

ACCIDENTES MECÁNICOS, CONSECUTIVOS Á LAS OPERACIONES INTRANASALES. — Terminaremos esta serie de capítulos sobre la terapéutica general de las enfermedades de las fosas nasales, mencionando la tercera clase de accidentes consecutivos á las operaciones intranasales, ó sean los *mecánicos*, dando fin con algunas consideraciones referentes á la *higiene general nasal*.

Dos suelen ser los mencionados accidentes mecánicos más frecuentes: la *hemorragia* y el *enrojecimiento permanente de la nariz*.

La *hemorragia nasal* puede presentarse, ora inmediatamente ó en el curso del acto operatorio, ó bien más tarde, cuando se desprende la escara ó costra producto de la causticación.

Por regla general, en ninguno de ambos casos suele revestir gravedad alguna, fuera de aquellos que recaen en individuos hemofílicos, los cuales nunca deben ser operados, ó cuando por una anomalía ana-

(1) "Berlín. Klin. Wochenschrift," núm. 2. — 1889.

tómica, movimiento involuntario del enfermo ú operador, etc., etc., se penetrase con el instrumento (operando en las fosas nasales superiores) á través de la concha de Bertin en el seno esfenoidal, y aun mejor, en el seno cavernoso, lo cual daría lugar á una rinorragia necesariamente mortal.

Por fortuna, lo primero rara vez sucede y podemos evitarlo no operando á semejantes enfermos, y de lo segundo sólo se registran hechos ocasionados por fracturas indirectas ó por contragolpe. Sin embargo, bueno es consignarlo, porque no es tan difícil que pueda suceder.

Sobreviene más á menudo cuando se opera con las pinzas, por ejemplo en la extirpación de pólipos, que utilizando el sierranudos. Las cauterizaciones, si están bien hechas, suelen dar tan sólo una hemorragia muy insignificante y de corta duración. La porción de las fosas nasales que más contingente da á las rinorragias es la de los cornetes inferiores, por abundar en ellos el tejido eréctil.

Conviene tener presentes dos circunstancias recomendadas muy fundada y oportunamente por Lermoyez, á saber: 1.º, no intervenir cuando la mujer se halla en el período menstrual, y 2.º, no operar tampoco en el curso de una rinitis aguda, aguardando á que haya pasado el período inflamatorio, con lo que, por lo menos, se evitará en lo posible la presentación de la hemorragia.

El *enrojecimiento permanente de la nariz* suele observarse con más frecuencia á consecuencia de la rinitis hipertrófica crónica, de manera que, en la mayoría de los casos, tratando esta última afección conseguiremos vencer el primero.

Sin embargo, ha sucedido alguna vez que, no existiendo el enrojecimiento mencionado, ha sobrevenido después de un tratamiento instituido contra la hipertrofia crónica de los cornetes, consistente en la cauterización con la galvanocaustia. Y, cosa digna de tener en cuenta, únicamente se ha observado este fenómeno empleando las mencionadas causticaciones galvanocáusticas.

HIGIENE NASAL. — Esquematizando de una manera rápida lo concerniente á *higiene nasal*, diré que cuando las cavidades nasales están llenas de moco, se dificulta bastante la respiración, pudiendo llegar á abolirse casi en los niños, en cuyo caso no pueden ejercer debidamente la succión al mamar, y se les originan trastornos generales de entidad.

En cualquiera de estos casos, más comunes en la niñez, se impone la necesidad de respirar por la boca, lo cual, aparte de otras contingencias que apuntaremos, da al individuo una expresión estúpida á su rostro, si la afección, ó mejor, si la obstrucción dura mucho tiempo.

Las contingencias que resultan de respirar exclusivamente por la

boca (cualquiera que sea la naturaleza de la obstrucción nasal) son, entre otras, la facilidad mayor á contraer catarros de las primeras vías respiratorias, agudizaciones frecuentes de anginas, amígdalitis subagudas; se originan las granulaciones ó se agravan si ya existían; se advierte una mayor sequedad en la garganta, etc., etc., debido todo, principalmente, á que entrando por la boca el aire inspirado en gran cantidad, de un modo rápido y repentino, sin tiempo para templarse y tamizarse cual ocurre cuando atraviesa las diferentes anfractuosidades y sinuosidades de las fosas nasales, en las que llega á adquirir próximamente una temperatura de 30° C., actúa sobre la mucosa respiratoria faringo-laríngea, imprimiéndola modificaciones en su funcionalidad, no sólo á causa de su frialdad relativa, si que también por las sustancias extrañas (patógenas ó no) que contiene, y que no han podido detenerse ó fijarse en ninguna otra parte que tuviese la necesaria cualidad humectante.

También la dificultad de respirar por las narices determina la alteración ó modificación en la vocalización, haciéndose con tal motivo la voz afona, por disminuir ó faltar la resonancia de la cavidad superior.

En los casos en que existe gran cantidad de moco denso en el espacio naso-faríngeo, se ve incitado el individuo que lo sufre á gargarizar y repetir los esfuerzos propios para desprenderlo y arrojarlo, preferentemente por las mañanas, porque advierte su presencia de una manera incómoda é insólita, como si tuviera en tal sitio un cuerpo extraño, hasta el punto de que muchas veces produce náuseas y aun vómitos.

La retención de pus icoroso ó putrefacto, producto de ulceraciones en la cavidad naso-faríngea, es el causante de ese mal olor del aire expulsado por la nariz que se nota en semejantes personas, y que no siendo, sin embargo, ozénicos, se les trata indebidamente como tales. Rühle y v. Tröltzsch atribuyen con razón una acción nociva sobre el estómago á dichos productos patológicos de secreción, los cuales llegan á aquel órgano en cantidades no pequeñas para que dejen sentir en él sus perniciosos efectos.

El pus y moco acumulados en el espacio naso-faríngeo se escurren por la faringe, alterándola igualmente, y pueden proceder, ora de la parte posterior de las fosas nasales, bien de las trompas y aun del oído medio. Se consigue eliminarlos mediante gargarismos, duchas nasales, pulverizaciones ó la limpieza directa con un pincel á propósito.

Ellos son, la mayoría de las veces, los causantes asimismo de la alteración y hasta de la pérdida del olfato.

En términos generales, debemos consignar que, en los estados catarrales ó en los individuos predisuestos á contraerlos, debe evitarse

el frío y toda clase de irritantes locales directos, bien sean éstos químicos, ora sean mecánicos ó mecánico-químicos, como el tabaco y el rapé.

El enfriamiento de los pies parece ser que tiene una relación causal muy íntima con el catarro nasal.

Originado ya éste, es cosa muy fácil, aunque se tenga especial cuidado por parte del individuo que lo sufra, el propagarse a la garganta y aun á los bronquios, convirtiéndose en laringo-bronquial.

Cuanto más á menudo se contraiga, mayor aptitud se irá adquiriendo para producirse nuevamente, y más frecuentemente y con más intensidad y extensión se hará bronquial.

El baño frío, ó, en su defecto si no fuese tolerado, las abluciones con una esponja empapada en agua templada, seguidas de fuertes y enérgicas fricciones secas, y después un ejercicio metódico y prudente al aire puro y fresco, son de gran importancia.

En gran número de aguas minero-medicinales naturales pueden obtener excelentes resultados los enfermos que padezcan catarros nasales, debido por una parte á la benéfica acción hidromineral del remedio, y, por otra, á la vida saludable y preferentemente á la especial balneación que reclama el padecimiento, á la utilización de diferentes clases de duchas y pulverizaciones nasales, que á la vez que hacen el efecto de *spray* ó de limpieza, atacan el estado semipatológico ó patológico de la mucosa.

Son altamente recomendables para estos casos, todas las *clorurado-sódicas-sulfurosas termales* (Archena, Tiermas); las *sulfurosas termales* (Betelu, Alhama de Aragón) y las *bicarbonatadas termales* (Molgas)

Una atmósfera seca es conveniente á la mayoría de estos enfermos, mientras que los atacados de la fiebre del heno se aliviarán, por el contrario, en las playas ó en los viajes marítimos.

También es algo útil la medicación interna, pero los casos crónicos reclaman siempre imperiosa é indefectiblemente el tratamiento local.

Sin embargo, hay un estado morbozo, en el cual la alteración nasal ó el catarro nasal debe ser combatido con más premura y solicitud; me refiero á la neurastenia.

En estas personas, ó en las que sufren de exagerada debilidad nerviosa ó irritabilidad nerviosa, hay una gran tendencia á producirse la tumefacción eréctil de los cornetes, determinándose con tal motivo ataques periódicos de obstrucción nasal, aun cuando no exista trastorno ó alteración ya existente.

Debido á la irritabilidad del sistema nervioso, se ocasiona entonces una gran angustia, estableciéndose en su consecuencia un círculo vicioso, esto es, la obstrucción dará lugar á la producción de ataques de neurastenia, y á la vez dependerá aquélla de la segunda.

Otro punto importante, que no debe olvidarse, es la marcada simpatía que existe entre los órganos generadores y los tejidos eréctiles de las fosas nasales.

La mayor parte de las mujeres que padecen de obstrucción nasal, se agravan durante el período menstrual.

En las que existen al mismo tiempo enfermedades uterinas ú ováricas, es más íntima la relación apuntada, tanto que son, por regla general, todas ellas neurasténicas, y se ven frecuentemente acometidas de ahogos y sofocaciones.

En ellas, además de una higiene general y local oportunas, habrá que emplear los nervinos, tónicos reconstituyentes, reposo, alimentación suculenta pero de fácil digestión y asimilación, y la terapéutica local uterina apropiada.] — DR. C. COMPAIRD.

Vicios de conformación. — Deformidades del esqueleto.

No nos ocuparemos aquí de las deformidades adquiridas, sea á consecuencia de fracturas, ó bien de lesiones graves (caries, necrosis) que dejan como sécuela una deformidad de toda la nariz, ó de una

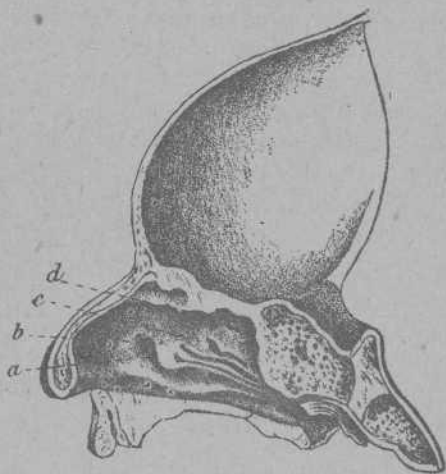


FIG. 114. — Corte sagital del cráneo de un recién nacido. — Parte anterior de la mitad derecha.

A. Cornete inferior. — B. Cornete medio. — C. Cornete superior. — D. Cuarto cornete suplementario, cuya existencia no es constante.

parte de sus cavidades. Estas diversas alteraciones se describirán ulteriormente.

Aquí estudiaremos principalmente los vicios de conformación, distinguiendo entre ellos los que se apoyan en el exterior del órgano del

olfato y los que atacan su estructura interior. Los primeros, mucho más raros, consisten en la ausencia completa ó mala configuración de la nariz; los otros, en ausencia de una de las partes que constituyen la pared anterior huesosa de las cavidades de la nariz, tales como las perforaciones, ausencia ó curvaduras del tabique, deformaciones del etmoides, del cornete inferior ó de las cavidades accesorias. Estas diferentes deformaciones no nos interesan más que en tanto causan una alteración cualquiera al funcionamiento del órgano olfatorio y reclaman un tratamiento especial. Creemos inútil describir cada caso en particular.

I OCLUSIÓN CONGÉNITA. — Las más importantes y útiles de conocer son las oclusiones de las fosas nasales anteriores, ó posteriores.

a) La *oclusión anterior*, generalmente membranosa, está formada de bridas que, con Morell-Mackenzie, pueden clasificarse en cuatro variedades: 1.^a, bridas membranosas que, por ejemplo, llenan el intervalo que separa las dos superficies opuestas entre el cornete medio y el tabique; 2.^a, amplias expansiones membranosas que unen la mucosa que recubre uno de los cornetes con la de la pared externa de las fosas nasales, ó la de los cornetes vecinos; 3.^a, bridas óseas que unen uno de los cornetes al tabique; 4.^a, una extensa lámina huesosa que une el cornete inferior al suelo de las fosas nasales.

Concíbese que estas diferentes variedades, ó algunas de entre ellas, pueden coexistir, y que una de ellas pueda encontrarse en diferentes puntos en el mismo individuo. « Sobre 2.152 cráneos — dice Morell-Mackenzie en su *Tratado de enfermedades de la nariz* (traducción francesa, pág. 338) — examinados en el Museo del Colegio Real de Cirujanos, he encontrado sólo cuatro casos de sinequias óseas. En uno de ellos, el cornete inferior, considerablemente aumentado de volumen, se adhería al tabique. En un segundo, desviábase el tabique á la izquierda, y dos espesas láminas huesosas, no soldadas entre sí, partían de la porción convexa del tabique desviado, uniendo el cornete inferior y la porción subyacente de la pared externa de las fosas nasales. Sobre el tercero no existía desviación, pero pudieron comprobarse dos travesaños huesosos, que llenaban el espacio comprendido entre el lado izquierdo del tabique y la pared exterior correspondiente; uno de ellos, estrecho, iba horizontalmente desde la parte media del septum á la parte superior del cornete inferior, mientras el otro partía del borde inferior del cornete medio para alcanzar el tabique, al cual se unía por una prolongación de un centímetro de longitud, encorvándose de atrás adelante y ligeramente hacia arriba á lo largo del tabique. En el cuarto caso, el borde del cornete hacía relieve en la fosa nasal derecha, y del borde inferior de la pared así formada veíase partir una lámina ósteo-

cartilaginosa que se dirigía horizontalmente más abajo del borde del cornete inferior; esta lámina se extendía por detrás en la fosa nasal, sobre una extensión de cerca de dos centímetros y medio, y transformaba el meato inferior en un verdadero canal.

En efecto: estas sinequias óseas son bastante raras (1), en tanto que las bridas membranosas, uniendo el cornete inferior al tabique, son relativamente un poco más comunes, y yo he tenido ocasión de ver algunos ejemplos de índole congénita.

Es preciso no olvidar que estas sinequias pueden ser el resultado de antiguas cauterizaciones galvánicas ó químicas, ó de ulceraciones cicatrizadas que hayan dejado adherencias, y sobre cuya naturaleza el interrogatorio del enfermo fija generalmente el diagnóstico.

En fin, en algunos casos, más raros en verdad, se encontrará una verdadera oclusión membranosa del orificio anterior de una de las ventanas de la nariz.

b) *Oclusión posterior.* — La atresia y la oclusión membranosas ó óseas del orificio posterior de las ventanas de la nariz (coanas), son relativamente frecuentes.

Las atresias se observan sobre todo en los sujetos que llevan desde su infancia voluminosas vegetaciones de la faringe nasal (hipertrofias de la tercera amígdala), en los cuales el desenvolvimiento de las cavidades se ha hecho de una manera incompleta.

Las verdaderas oclusiones congénitas, de las que se han visto ejemplos, son accidentes raros. Son huesosas ó membranosas, y entre muchos millares de enfermos, nosotros no hemos visto más que un caso. Tratábase de un joven de veinte años, en el que la oclusión era unilateral y de naturaleza huesosa.

El diagnóstico de estas diferentes deformidades es generalmente fácil de hacer: basta, en los enfermos que aquejan de respirar difícilmente por una ó por las dos ventanas de la nariz, hacer el examen de estas cavidades con el espéculum, el estilete ó el tacto digital después de la coainización de la mucosa pituitaria, para darse cuenta de la extensión de la malformación y de su naturaleza exacta.

En cuanto al diagnóstico etiológico, queda, en general, más oscuro y más á menudo difícil de dilucidar.

El tratamiento consiste en restablecer la permeabilidad del conducto nasal, sea con la sierra, el *drill*, la electrolisis ó el galvanocauterio,

(1) He encontrado un caso en la traducción del libro de Morell-Mackenzie ("Tratado de enfermedades de la nariz", pág. 335) En este caso, la lámina huesosa se extendía del borde externo hacia el tabique é impedía el paso del aire por este lado. La lámina huesosa, muy delgada, fué seccionada con el galvanocauterio, y la cavidad, dilatada poco á poco, se hizo permeable.

conviniendo este último sobre todo para las oclusiones de las coanas, en las que se restablece generalmente el paso, por este tratamiento, con ó sin dilatación consecutiva.

Una vez seccionadas las sinequias anteriores, es útil vigilar la cicatrización é interponer, en caso de necesidad, entre las dos partes separadas, ora tapones de gasa iodoformizada, ora cualquiera otro agente para evitar la reproducción cicatricial de las adherencias.

Luego que la sinequia membranosa forma un verdadero puente entre uno de los cornetes y el tabique, la sección galvánica simple, sin tratamiento consecutivo, basta en general.

Como es fácil de comprender, no es factible puntualizar todos los casos que podrán presentarse en la práctica, y necesitar una medicación más ó menos especial. El operador apropiará su intervención á cada caso que se le presente.

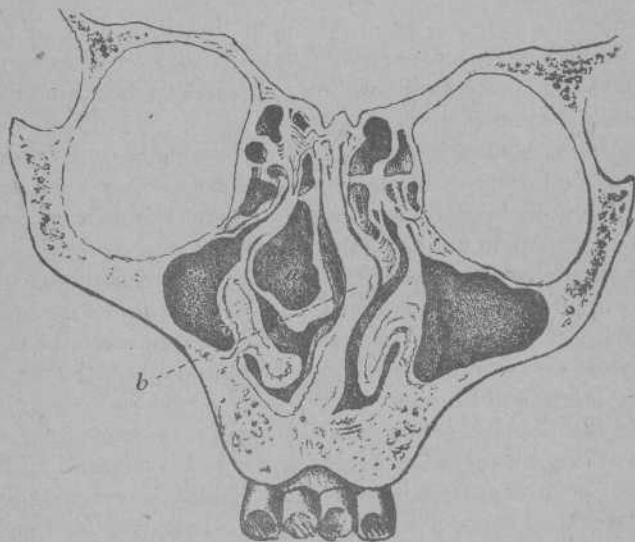


Fig. 115. — Corte frontal de la armadura ósea del maxilar superior, visto por su cara posterior (según Zuckerkandl).

Este corte muestra: 1.º, una estenosis considerable de las fosas nasales, como consecuencia de una transformación del cornete medio A, excavado por una gran cavidad (cornete ampuloso, ampular ó pneumático); y 2.º, una desviación del tabique B, que viene á unirse á estrecheces preexistentes de las cavidades nasales.

[La oclusión congénita de las fosas nasales posteriores ó coanas no es tan rara en la práctica.

Á menudo es bilateral, y producida por un tabique óseo, mejor que por un diafragma membranoso.

El niño que nace con una de estas obliteraciones dobles no tarda

en sucumbir por *inanición*, á causa de la imposibilidad en que se ve de mamar, á la vez que por asfixia, porque sólo puede respirar por la boca. Sin embargo, algunos que, no siendo perfectamente completa aquélla, escapan á la muerte, presentan constantes los síntomas generales físicos de la obstrucción nasal.

El diagnóstico en el niño es difícil. Puede á veces establecerse, manteniéndole abierta la boca para que respire, y cerrándola después á intervalos. Si respira durante éstos por las fosas nasales, aun cuando sea poco, no existe oclusión absoluta. También puede establecerse, insuflando por una fosa nasal aire con la pera de Politzer; si refluye sin pasar á la otra fosa nasal y sin arrastrar mucosidades, es que hay obstrucción nasal.

El medio mejor de apreciarla, así como su naturaleza, es mediante la sonda, haciéndola pasar hasta la faringe á través de cada fosa nasal, medio exento de peligros si se tiene hábito de semejante maniobra. La rinoscopia es impracticable en los niños. En cambio, en el adulto es fácil de establecer el diagnóstico.

En el niño habrá que perforar el diafragma óseo, mediante el trócar más ó menos grueso. En el adulto podremos servirnos de la galvanocaustia para las oclusiones membranosas, y del escoplo y martillo, ó de los trépanos eléctricos (previa cloroformización) en las de origen óseo.

Evitaremos la tendencia á cerrarse durante la curación, con el taponamiento por la gasa iodofórmica.] — DR. C. COMPAIRED.

II. ESTENOSIS CONGÉNITA. — Después de las oclusiones, conviene describir las atresias de las cavidades nasales sobre las que el profesor Duplay, desde hace tiempo, ha llamado ya la atención. Es bastante frecuente encontrar, en ciertos sujetos, las cavidades nasales estrechas, como angostadas, y las alas de la nariz aplanadas lateralmente, sin que por ello esté el tabique notablemente desviado para ocasionar una obstrucción de una de los conductos de la nariz. Los cornetes, poco desenvueltos en general, permiten todavía bastante fácilmente la introducción del estilete ó de una sonda en el espacio que separa los unos de los otros. Esta disposición anatómica, normal en muchos individuos, no produce más que una fatiga relativamente pequeña á la respiración por la nariz y á las funciones de este órgano.

Otras veces la estrechez resulta en sentido vertical; la nariz parece como aplanada, arrugada sobre sí misma, y entonces la pared inferior, en lugar de ser plana ó apenas convexa, presenta una corvadura más ó menos pronunciada, visible á la sola inspección de la bóveda palatina, por la concavidad que forma á este nivel.

Semejante disposición se acompaña generalmente de un conjunto de

otras diferentes deformaciones que parecen estar en relación con un desarrollo anormal del órgano del olfato. Así es que, particularmente el cornete inferior, viene a apoyarse sobre el suelo de las fosas nasales, impidiendo la introducción de toda clase de instrumentos en el meato que él circunscribe. El mismo tabique está más ó menos notablemente desviado, las ventanas de la nariz miran hacia arriba y un poco adelante, el labio superior es corto, los ojos parecen hundidos en sus órbitas, á causa de la prominencia de los huesos propios de la nariz. Cuando esta

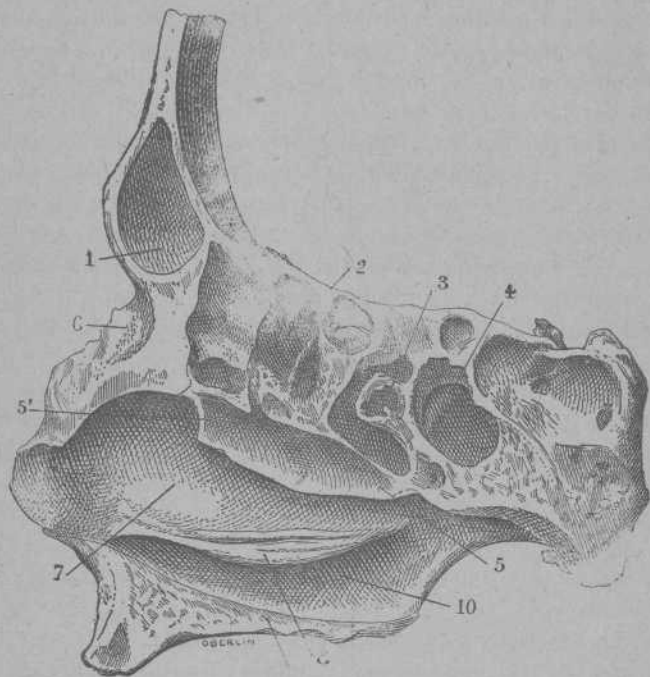


FIG. 116. — Corte antero-posterior que muestra:

1. Seno frontal. — 2, 3, 4. Células etmoidales. — 5, 5'. El cornete medio ahuecado como una verdadera cavidad pneumática. — 6. Hueso propio de la nariz. — 8. Cornete inferior levantado. — 9. Maxilar superior. — 10. Meato inferior. (Dibujado según la fotografía; corte del Dr. E. J. Moure.)

deformidad es muy pronunciada, presentan los individuos una especie de figura de hocico, la cual se encuentra en algunos casos de parálisis facial muy pronunciada (Bayer).

A pesar de esta estrechez aparente, los meatos medios encuéntrase á veces más desenvueltos que en lo normal, y, por este hecho, la respiración nasal puede todavía ser posible ó aparecer poco dificultosa. Sin embargo, dichos individuos suelen presentar una predisposición

considerable á ser atacados de enfermedades crónicas de la mucosa pituitaria, cuya hinchazón viene todavía á estenotar más las cavidades, ya tan estrechas en el estado normal.

Comprenderáse que, en tales casos, las afecciones de la membrana de Schneider sean más rebeldes al tratamiento local, de suyo siempre difícil de hacer, viéndose con razón, en esta disposición especial del esqueleto de la nariz, una condición funesta que viene á agravar el pronóstico de las afecciones faríngeas ó las del oído (trompa), consecuencia de tal estado de cosas.

En cuanto á los otros síntomas que resultan de la estrechez de las fosas nasales, tales como el gangueo, no vienen á aclarar en nada el diagnóstico de una conformación, siempre fácil de reconocer á la primera inspección del enfermo.

La *dilatación ampollosa* del cornete medio en su parte anterior es una disposición anatómica relativamente frecuente. Puede adquirir un volumen bastante considerable para obturar el meato medio y formar en la parte anterior de una ó de las dos fosas nasales un verdadero tumor liso, redondeado, más ó menos prominente, cuya coloración no difiere sensiblemente del resto de la pituitaria. El estilete demuestra la consistencia huesosa de este relieve, su inmovilidad, su punto de asiento sobre el cornete medio, así como su naturaleza. Nosotros hemos observado, sobre todo, esta dilatación ampollosa, llamada quisto-pneumática por algunos autores, en los enfermos atacados de degeneración mixomatosa de la mucosa nasal, donde verdaderos pólipos mucosos ocupan el segmento anterior de estas cavidades. Ponemos aquí un bello ejemplar encontrado en el cadáver (fig. 116).

[La ablación de esta especie de bola huesosa debe hacerse siempre por las vías naturales. Si la dilatación es pequeña y pediculada, puede intentarse con el asa galvánica, como para reseca la cabeza del cornete medio normal. Sin embargo, ordinariamente necesita el empleo de la pinza cortante llamada couchotomo. Los mejores son los de Grünwald ó el de Hartmann.

Con ellos se va atacando la dilatación poco á poco, haciendo cortes en toda su extensión. Cuando sea aquélla tan voluminosa que rellene toda la cavidad y haga imposible el manejo de la pinza cortante, habrá necesidad de practicar una perforación por la que podamos introducir una de las cucharillas de la pinza.

La resección de esta bola es una operación penosa y seria, pues á pesar de la cocainización resulta siempre muy dolorosa; determina una abundante hemorragia, que necesita un taponamiento prolongado, y expone, finalmente, á complicaciones meníngeas, reclamando, por otra parte, estrictas precauciones antisépticas.

En su consecuencia, sólo debe practicarse en los casos de supresión de la respiración nasal; cuando produce accidentes reflejos graves, y cuando hay necesidad de abrir una vía de exploración y de tratamiento para las regiones que oculta el cornete dilatado, como las sinuosidades frontal, maxilar, etc.

La dilatación de la bola etmoidal puede confundirse con el precedente si desciende mucho hasta el hiatus, pero un cuidadoso examen rinoscópico anterior y posterior, ayudados de la exploración con el estilete, nos hará fijar con exactitud el diagnóstico.

La terapéutica es la misma.] — DR. C. COMPAÏRED.

III. DESVIACIÓN DEL TABIQUE. — Una vez conocidas las disposiciones anatómicas del tabique, deberemos tener presente que, *normalmente*, ha de estar verticalmente colocado, dejando dos fosas nasales de iguales dimensiones. Sin embargo, tal cosa está lejos de presentarse siempre así. Las investigaciones de los anatómicos han demostrado, en efecto, que, en más de la mitad de los casos, el tabique estaba incurvado de un lado ó del otro. Algunos autores (Schëch, Potiquet) opinan que un tabique absolutamente rectilíneo es cosa rara en el europeo, y aun excepcional, y nosotros nos hallamos de acuerdo con semejante opinión, que confirman nuestros estudios en el vivo y en el cadáver. Sin mencionar aquí los diferentes trabajos estadísticos (1) hechos para establecer la frecuencia más ó menos grande de estos vicios de conformación del tabique, nos limitaremos a consignar que, desde los trabajos de Zuckerkandl, está admitido que el tabique de la nariz, rectilíneo en la primera infancia, empieza á incurvarse hacia la edad de siete años. Sin embargo, con Welcker, Duplay, J. Charazac, C. Miot, Rosenthal, etc., no vacilamos en afirmar que las desviaciones pueden presentarse en la primera infancia, y una y muchas veces hemos hecho constar la existencia de pequeños espolones ó desviaciones en niños de tres y cuatro años. Además, hemos encontrado igualmente deformidades en los recién nacidos. La observación de Zuckerkandl merece, con todo, ser tomada en consideración, porque, en realidad, á partir de la edad de siete años hasta la pubertad, aparecen ó se desenvuelven las deformaciones del tabique. Veremos que esta nota no carece de cierta importancia terapéutica (2).

(1) Las estadísticas de esta clase de investigaciones (Theile, Zuckerkandl, Taylor, Morell-Mackenzie, etc.) están muy bien resumidas en la tesis del Dr. Rosenthal (Paris, 1888, págs. 34 á 43), quien por sí mismo ha examinado un cierto número de cráneos humanos (de razas variadas) y de animales.

(2) Cosa notable, como así lo han observado la mayor parte de los autores: las desviaciones posteriores del tabique son raras, porque generalmente el tabique coanal es absolutamente perpendicular á este nivel sobre el suelo de la nariz.

ETIOLOGÍA. — Las causas de las desviaciones y de los espolones del tabique son, á menudo, bastante oscuras.

La herencia juega un papel muy preponderante en esta etiología, y muchas veces, á ejemplo de otros prácticos, hemos visto al padre, la madre y muchos hijos de una misma familia, tener una deformidad de la misma forma, de la misma dimensión, y con el mismo asiento en los unos y en los otros. ¿No vemos constantemente que la conformación de la nariz se transmite fielmente de generación en generación, sirviendo la misma forma, en buen número de casos, de tipo á una misma

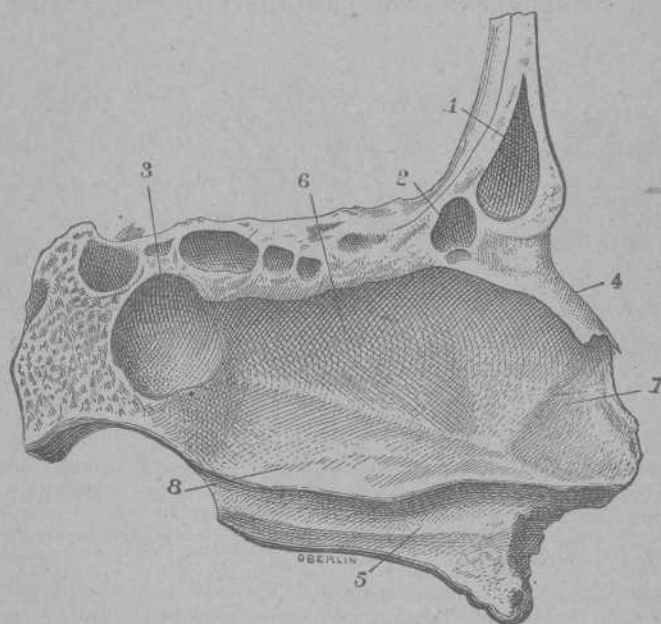


FIG. 117.—Corte antero-posterior de la pared interna de las fosas nasales, mostrando:

1. Seno frontal. — 2. Célula etmoidal anterior y superior. — 3. Seno esfenoidal. — 4. Hueso propio de la nariz. 5. Bóveda ósea del palatino. — 6. Lámina perpendicular del etmoides. — 7. Cartilago cuadrangular. — 8. Venas. (Reducción de una fotografía; corte del Dr. E. J. Moure.)

raza ó familia? No hay, pues, que asombrarse de ver á la herencia reivindicar los derechos adquiridos desde largo tiempo, en esta etiología de las deformidades óseas ó cartilaginosas del esqueleto de la nariz.

Del mismo modo, con Chatellier, Baratoux y algunos otros, estaríamos dispuestos á admitir la influencia de las vegetaciones adenoideas (hipertrofia de la amígdala faríngea) sobre las desviaciones del tabique nasal. Las caídas sobre la nariz y los golpes recibidos sobre este órgano, deben también, en ocasiones, tenerse en cuenta. En cuanto á

la influencia de las hipertrofias de los cornetes (Baumgarten), de la acción de sonarse (Béclard) ó de acostarse sobre un lado (Welcker), de las diátesis sifilítica ó estrumosa, parécenos menos demostrado.

En un trabajo reciente (1892), el Dr. Collier explica la producción de estos vicios de conformación por la obstrucción prolongada de una ú otra de las ventanas de la nariz, por parálisis ó paresia de los dilatadores nasales ó inflamación del cartilago, tumefacción del cornete inferior, pólipos, catarro.

El aire contenido en la ventana de la nariz obstruida, estando rareficado á cada inspiración, somete á las paredes del tabique á una pre-

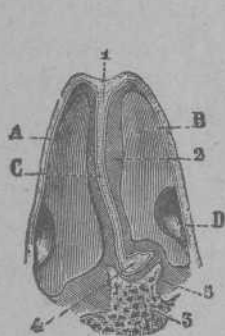


FIG. 118.

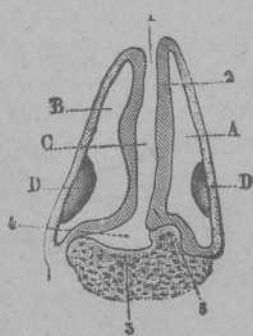


FIG. 119.

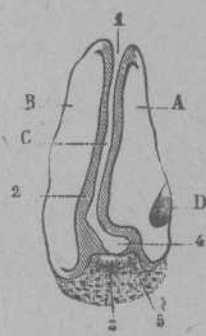


FIG. 120.

Cortes verticales á través de la parte cartilaginosa de tres narices diferentes (según Löwenberg). No habiendo atacado el corte la parte huesosa de la nariz, la desviación horizontal superior que se inclina principalmente sobre la lámina perpendicular del etmoides no se encuentra aquí indicada. Existe, sin embargo, un vestigio en la figura 118, en la que esta deformidad se extiende hasta la parte superior del cartilago del tabique.

A. Sección vertical de la fosa nasal derecha. — B. Sección vertical de la fosa nasal izquierda. — C. Sección del tabique. — D. Extremidad anterior del cornete inferior. — 1. Cartilago del tabique. — 2. Membrana de Schneider que la reviste por los dos lados. — 3. Parte huesosa del tabique. — 4. Hinchazón inferior del cartilago del tabique. — 5. Labios huesosos del vómer.

sión exactamente proporcional al grado de rarefacción, y esta presión más ó menos fuerte, puede bastar por sí sola para rechazar el tabique hacia el lado estenosado. Como se ve, la teoría es ingeniosa, pero no basta á satisfacernos.

Es más cierto que el desarrollo irregular y rápido del cartilago y de los huesos que constituyen el tabique, juega un papel patogénico importante en la etiología de las desviaciones y de los espolones de esta región. Así, como ha dicho el Dr. Potiquet, durante el movimiento de inflexión antero-posterior del tabique, se produce alrededor del cuerpo del esfenoides tomado como centro el defecto de adaptación de los

huesos y los cartílagos, cuya consecuencia es la incurvación con ó sin espolón, según que la osificación y el movimiento del tabique sean más ó menos rápidos.

Á ejemplo del Dr. Hartmann, podemos asegurar, teniendo á la vista muchos cortes de cráneos, que la mayor parte de las desviaciones observadas ocupaban, en la parte inferior, el punto de unión del vómer con la lámina perpendicular del etmoides ó el cartílago, y en la parte superior, el punto donde este último se reúne á la lámina perpendicular.

Descripción de las deformidades. — Aunque muy irregulares, y pres-



FIG. 121.—Armadura ósea, vista de frente, ofreciendo un bonito ejemplo de desviación del tabique cartilaginoso. Este último se desvía hasta tocar la superficie externa de la fosa nasal izquierda.

La bóveda nasal huesosa aparece ligeramente deprimida al nivel de su porción inferior, por consecuencia de una fractura, cuya lesión viene á aumentar todavía más la desviación (según Zuckerkandl).

tándose poco á una descripción aplicable á cada caso particular, las desviaciones del tabique pueden, sin embargo, ser clasificadas bajo diferentes tipos, que nosotros trataremos de describir. Digamos desde luego que la deformidad puede apoyarse sobre el conjunto del tabique ó simplemente sobre una de sus partes, que son, por orden de frecuencia, el cartílago cuadrangular, el vómer y la lámina perpendicular del etmoides. Bastante á menudo, las deformidades en forma de espolones ó de crestas extiéndense de delante atrás, parte sobre el cartílago y parte sobre el tejido óseo.

El primer grupo comprende las simples incurvaciones del tabique, que se apoyan sobre su totalidad ó simplemente sobre su porción carti-

laginosa. En estos casos el tabique, no espesado, viene á formar un relieve globuloso, convexo, más ó menos saliente en una de las fosas nasales, que es la que sufre la estenosis, mientras que del opuesto lado existe una concavidad correspondiente al relieve de la parte incurvada.

Si esta deformidad se acentúa, prodúcese como una especie de desprendimiento ó caída del tabique en el sentido vertical, y el relieve, en lugar de ser redondeado, toma entonces la forma de una espina afilada más ó menos prominente, que se extiende habitualmente en el sentido

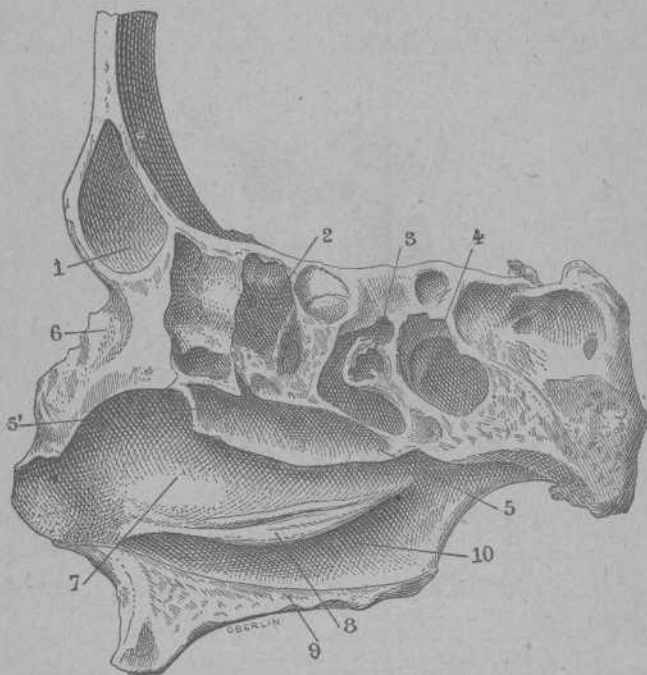


FIG. 122. — Espolón del tabique

1. Seno frontal. — 2, 3 y 4. Células etmoidales. — 5, 5' Corneto medio. — 6. Hueso propio de la nariz. — 7. Meato medio. — 8. Derivación del tabique jaloneando el borde superior del vómer y el borde inferior de la lámina perpendicular del etmoides. — 9. Paladar huesoso. (De una fotografía, corte del Dr. E. J. Moure.)

antero-posterior hasta el nivel del vómer y se inserta sobre uno de los lados de este hueso, sobre el cual se pierde aquélla de vista poco á poco. En estos casos, la parte del tabique desviada, vista por la cara opuesta, presenta, no una concavidad perfectamente modelada, sino una incurvación cuyo punto central tiene el aspecto de una arruga más ó menos profunda, que varía con el grado de la deformidad. Es bueno recordar aquí que nunca corresponde exactamente la depresión en profundidad al relieve del lado opuesto, es decir, que el tejido cartilaginoso ú óseo

ha sufrido un espesamiento sobre el punto desviado. Es que se ha formado á este nivel un verdadero osteoma ó encondroma. Sucede lo mismo, en algunos casos, bastante comunes por lo demás, que á la parte saliente del tabique corresponde una depresión apenas apreciable en la fosa opuesta. Á esta especie de deformidades se les ha dado el nombre de *crestas ó espolones del tabique* (Zuckerland!, Haas, Henle, Köhler, Michel, etc.). Esta es la variedad descrita por Langenbeck bajo el nombre de exóstosis del tabique, terminada á menudo por una especie de gancho cuyo borde libre mira hacia el suelo de la nariz. Compréndense sin esfuerzo las varias formas que pueden afectar estas diversas alteraciones, según el punto que ocupen.

Si nosotros recordamos todavía los datos anatomo-patológicos

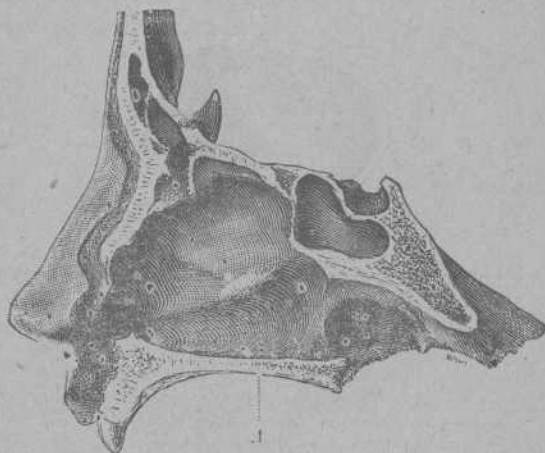


Fig. 123. — Corte vertical del tabique mostrando un espolón visto de frente en A. (El lado opuesto del tabique era absolutamente vertical y sin desviación.)

reunidos más arriba sobre el asiento de las desviaciones, podremos, con Hartmann, describir bajo el nombre de crestas prominentes los relieves llamados inferiores, que ocupan hacia adelante la parte inferior del cartílago cuadrangular y que se extienden oblicuamente hacia arriba y hacia atrás, al nivel del punto de unión del borde superior del vómer é inferior de la lámina perpendicular que ella limita.

La parte ósea de la desviación está siempre más ó menos irregularmente formada de relieves y de aplanamientos, que se prestan mal á una descripción. Esta clase de deformidades, muy frecuentes, ocupan por delante, el meato inferior, y terminan por atrás en el meato medio ó un poco más encima del borde libre del cornete inferior. Este dato es importante, porque impidiendo por delante la respiración nasal por el lado en que forman prominencia, ocasionan algún disturbio respiratorio en su parte posterior.

En otra serie, la deformidad ocupa el punto de unión del cartilago, del vómer y de la lámina perpendicular, que forman á este nivel una especie de tumor, redondeado ó agudo, que, en parte, penetra en el cornete medio. Aunque alteran poco la respiración estas variedades de desviaciones, son muy á menudo causa de disturbios reflejos, sobre los que habremos de volver más tarde.

Á estos dos tipos principales, de los que el primero es el más frecuente y el más interesante, debemos agregar las desviaciones anteriores, limitadas á la porción cartilaginosa. Hemos visto en algunos casos estar de tal manera desviada y, sobre todo, engrosada esta porción del tabique, que la ventana correspondiente de la nariz se hallaba obstruida en absoluto y el ala de la nariz llevada por fuera. Resultaba una

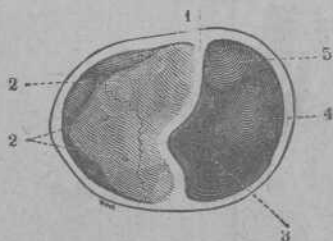


FIG. 124. — Aspecto esquemático de las dos fosas nasales, estando fuertemente separadas las alas de la nariz.

1. Tabique de la nariz que hace una incurvación hacia la fosa nasal derecha (lado izquierdo de la figura). — 2, 2. Relieve cartilaginoso inserto sobre el tabique y que obstruye casi todo el orificio de la ventana de la nariz derecha del enfermo, rechazando el ala de la nariz por fuera. (Los puntos negros son aquellos en que han sido colocadas las agujas cuando hemos destruido este relieve). — 3. Meato inferior de la ventana de la nariz izquierda. — 4. Parte anterior del cornete inferior. — 5. Cornete medio.

especie de hernia muy apreciable al exterior. La figura 123 dará una idea bastante exacta.

El cuarto grupo comprende la combinación de los dos primeros con relieves y depresiones en las dos ventanas de la nariz. Es la llamada deformidad en S. En estos casos, la desviación, más ó menos horizontal y superior en una fosa nasal, hácese inferior en la del lado opuesto. Finalmente: conviene añadir que ciertas deformidades son de tal modo irregulares, en cuanto á su forma y en cuanto á su sitio, que escapan á toda descripción (1).

Vistas de frente sobre el cadáver, en un corte antero-posterior, las

(1) En un caso referido por Dieffenbach ("Gaz. Méd.", 1841, pág. 779), la porción cartilaginosa de la nariz estaba tan fuertemente desviada hacia la mejilla, que las dos ventanas de la nariz estaban colocadas la una encima de la otra (citado por Duplay, "loc. cit.", pág. 762).

crestas ó deformidades que jalonean el borde superior del vómer, representan bastante bien una ancha pirámide triangular, cuya base, puesta á la vista, descansa sobre el tabique, y cuya cima, más ó menos aguda, irregular, dentada, está recubierta por una pituitaria adelgazada. Esta pirámide aparece, ora saliente, ora poco apreciable, según es más ó menos acentuada la desviación. Á veces rectilínea en el seno antero-posterior, presenta el relieve otras veces ondulaciones y sinuosidades formadas por elevaciones y depresiones variables en su espesor. Así es que estas dos espinas, casi piriformes, partiendo de las extremidades anteriores y posteriores de las fosas nasales (del cartilago y del vómer), pueden venir á perderse en el tabique en el punto de unión que habitualmente se fija en la unión del cartilago y del hueso. Existen en este caso dos verdaderos espolones: anterior el uno, á menudo horizontal; posterior el otro, oblicuo de abajo arriba y de delante atrás. Este último no es á menudo visible al examen rinoscópico, sino después de la destrucción del primero ó la retracción completa de la pituitaria por la cocainización.

SINTOMAS. — Desde el punto de vista sintomático, las deformidades del tabique nasal comprenden dos grupos principales:

a) Aquellas que son bastante poco pronunciadas para no determinar ningún síntoma apreciable y no molestar en nada al sujeto que las sufre. Son las más frecuentes. Se las descubre al examinar las fosas nasales de un enfermo que viene á consultar por una afección de los oídos ó de la garganta, y no han sido objeto de ningún tratamiento particular.

b) Aquellas que ocasionan uno de los trastornos que acabamos de mencionar; contra éstas puede ser útil ó necesario instituir un tratamiento especial.

I. — Las desviaciones del tabique pueden ser bastante considerables para traducirse al exterior por una deformidad aparente. Así la nariz puede estar completamente rota, y dirigida bruscamente de uno ó de otro lado.

II. — Sin ser muy apreciables al examen exterior, los relieves ó las crestas del tabique alteran á menudo la respiración por la nariz, y por consecuencia sostienen las inflamaciones crónicas de la parte posterior de la garganta, contra las que el tratamiento local resulta inactivo.

Las estenosis nasales congénitas ó adquiridas tienen todavía á menudo el inconveniente de repercutir sobre el órgano del oído, bien manteniendo un catarro nasal cuya propagación hacia la trompa y el oído

medio es en ocasiones algún tanto fatal, ora viniendo á complicar las afecciones preexistentes de las trompas ó de la caja.

Finalmente: sin ser bastante voluminosas para determinar trastornos en la respiración nasal ú ocasionar los distintos desórdenes que acabo de mencionar, los relieves ó espinas del tabique son susceptibles de hacerse el punto de partida de una serie de desórdenes reflejos, en cuyo número podemos colocar las jaquecas, las neuralgias faciales, los accesos de tos, simple ó espasmódica, y hasta los verdaderos accesos de asma (véase *Neurosis reflejas*). Si la deformidad es anterior, es en el lado del aparato lagrimal (conducto lagrimal) en donde podrán observarse los desórdenes de que se queja el enfermo.

Vemos, pues, que los síntomas funcionales varían notablemente según cada sujeto, y, por consecuencia, habrá que recurrir al examen directo para reconocer la existencia del mal y el tratamiento que convendrá aplicarle.

El examen objetivo por la rinoscopia anterior será indispensable para reconocer la naturaleza y el sitio de la deformidad; pero para juzgar bien acerca del estado del esqueleto nasal, se necesita cocainizar la membrana de Schneider, no sólo con el objeto de insensibilizarla y hacer el examen con el estilete, posible é indolente, sino para utilizar, sobre todo, la propiedad que tiene la cocaína de retraer á su máximo la mucosa nasal y de hacerla aplicar sobre el esqueleto, sobre el cual se amolda muy exactamente. Únicamente los puntos hipertróficos y degenerados de la pituitaria no responden á la acción de este tóxico, pudiendo aislarlos y ver claramente las alteraciones de la mucosa y las deformidades del armazón de la nariz. Es bueno practicar la primera cocainización, pulverizando en las fosas nasales que van á examinarse una solución de cocaína al 1 por 10, completando después de uno ó dos minutos la acción de este anestésico mediante el porta-algodones guardado de algodón en rama, y taponando con la misma, impregnada en la solución, todos los puntos accesibles á la vista. Al cabo de tres ó cuatro minutos, puede procederse al examen de la fosa nasal.

Teniendo entonces en cuenta lo que hemos dicho más arriba sobre las deformidades del tabique, es preciso buscar, desde luego, sobre el cartilago cuadrangular, y particularmente sobre la parte inferior, cerca del tabique de la nariz, los espolones ó relieves que puedan existir á este nivel. Según las dimensiones de la desviación, y según su asiento y su forma, advertiremos un relieve rosa lo que tiene el color del resto de la pituitaria; sin embargo, la mucosa aparece mucho más pálida, casi blanquecina, cuando los espolones son muy salientes y tienen la forma afilada ó puntiaguda.

Se nota, asimismo, que está de tal modo delgada y extendida á este nivel, que puede distinguirse el cartilago amarillento á su través. Según

su volumen, estas tumoraciones obstruyen más ó menos la fosa nasal, en la cual forman prominencia. Algunas veces atacan ligeramente la mucosa del cornete inferior ó medio, mientras que otras veces forman verdaderos surcos á este nivel, hundiéndose en su tejido á la manera de una cuña. Es en esta forma de *desviación hundida* en donde vemos á menudo aparecer uno de esos desórdenes reflejos de que hemos hablado, y entre los cuales la hemicránea de forma neurálgica, como frecuencia, parece que ocupa el primer lugar.

Es fácil convencerse, mediante el tacto con el estilete, de la dureza del relieve, y contorneándolo, puede darse cuenta de su forma, de su longitud y de su base de inserción sobre el tabique cartilaginoso ú óseo.

Es siempre útil completar estas investigaciones por el examen de la fosa nasal opuesta, á fin de comprobar si á la desviación que hemos



FIG. 125.—Aparato enderezador del tabique, del cual se ven las superficies destinadas á apoyarse sobre los puntos desviados.

hecho constar corresponde una depresión en relación con ella, y, por consecuencia, para juzgar del espesor de la parte deformada.

En algunos casos, será bueno completar el diagnóstico por la rinoscopia posterior, que suministra indicios precisos sobre el estado de dicha parte del tabique.

DIAGNÓSTICO. — No nos haremos difusos en el diagnóstico de las lesiones que forman el objeto de este capítulo. Tan sólo los encondromas ó los osteomas, *al principio*, podrán tomarse por una simple desviación; pero, además de que su asiento habitual suele ser la parte anterior de las fosas nasales, su crecimiento progresivo en la fosa opuesta á la en que se encuentra la desviación, nos hará alejar las sospechas y dudas que pudiéramos abrigar. Los tumores blandos ó renitentes: fibromas, sarcomas, epitelomas, presentan en general caracteres demasiado claros para merecer una mención especial.

Los infartos de la mucosa y los abscesos, se distinguirán fácilmente

por su resistencia, su fluctuación y, en todos los casos, por la simetría habitual de esta clase de lesiones, que ocupan generalmente las dos fosas nasales.

«Bajo ciertas influencias, debidas á trastornos vaso-motores determinados por un órgano como el útero — dice el Dr. C. Miot — pueden verse engrosamientos del tabique hacerse más considerables y tomar un color más subido á causa de la congestión de la mucosa, aumentar toda la nariz de volumen, volverse roja, turgente, reluciente, y dar al dedo una falsa sensación de fluctuación, que puede hacer suponer la existencia de un absceso, de un tumor maligno, y hacer por lo tanto dudar al cirujano.»

Mas la descripción de esta alteración pasajera basta para no permitir confundir esta lesión inflamatoria, casi aguda, con una simple deformidad del esqueleto.

PRONÓSTICO. — Absolutamente benigno en los casos ligeros, es más grave si la desviación es muy pronunciada, á causa de la alteración que este obstáculo determina en la respiración nasal y al derrame exterior de las secreciones de la membrana pituitaria. Finalmente, no es raro ver á menudo, al nivel de las espinas formadas por la mucosa, ulceraciones susceptibles de acarrear la caries y la necrosis del cartilago con sus habituales consecuencias. También las afecciones rebeldes de los órganos del oído y del conducto nasal pueden ser el resultado de esta disposición patológica del tabique.

TRATAMIENTO. — No hablaremos, más que para recordarlo, del tratamiento médico, que es impotente para dar el resultado que se busca.

Cuando la desviación es simple, y relativamente fácil de corregir, puede hacerse uso del enderezamiento con el dedo, preconizado por el Dr. Michel, ó de los diversos aparatos protésicos imaginados por los Dres. Adam, Jurasz (de Heidelberg) ó Delstanche (de Bruselas). Estos aparatos, cuya forma debe siempre adaptarse á cada caso, no pueden, sin embargo, ser realmente eficaces mas que en los adolescentes y en los casos de simples incurvaciones, ó de luxaciones recientes del fibrocartilago. La existencia de espolones ó crestas aceradas constituye casi una contraindicación de estos enderezamientos, á menudo bastante difíciles y siempre largos de obtener, á causa de la ulceración posible de la mucosa, debida á la constante presión ejercida por las valvas de dichos aparatos protésicos.

En la gran mayoría de casos, debe darse la preferencia al tratamiento quirúrgico, y los medios empleados varían casi con cada operador.

Si se quiere simplemente hacer fácil la respiración por la nariz,

podrán, á ejemplo de Blandin, hacer comunicarse ambas fosas nasales por medio del sacabocados. He aquí un procedimiento bastante sencillo, pero que deja á un lado la dificultad sin resolverla, porque todos los enfermos no se acomodan voluntariamente á una perforación quirúrgica del tabique.

Hase propuesto asimismo reseca la parte saliente del tabique con unas tijeras (Berger), con el bisturí bajo el pericondrio (Petersen), con la gubia (Heymann, Hartmann, etc., etc.). Bosworth aconseja el uso de una pequeña sierra, introducida cuanto sea posible por debajo de la parte que ha de seccionarse y movida rápidamente con la mano, ó por una especie de tornillo (Ziem).

Otros autores (Curtis, de Roaldés, Bronner y Astier) se sirven de trépanos pequeños, ó de *drills* adaptados al tornillo de los dentistas.

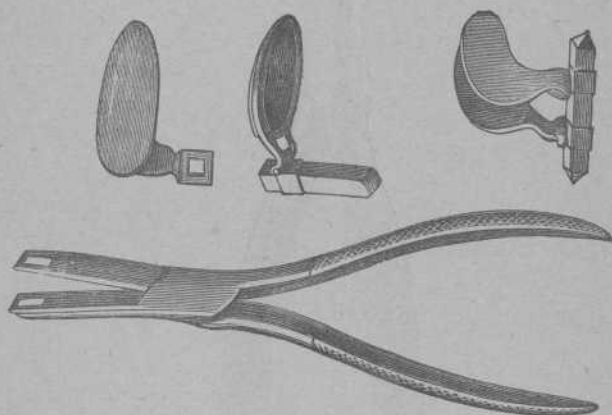


FIG. 126. — Aparatos enderezadores del tabique, del Dr. Delstanche.

Para usar este último aparato se hacen en el espesor de la desviación una ó muchas galerías, bastante aproximadas las unas á las otras, para que las paredes que las separan sean extremadamente delgadas. Sucede á menudo que comunican entre sí dos ó más de estas galerías. Una vez que el espolón está bien incindido, bien seccionado por su base, bastan una ó dos aplicaciones galvánicas para quebrantarlo y reducirlo á la nada. El derrame de sangre es menos abundante que en otros procederes sangrientos, porque la herida abierta á la mucosa apenas si es de la dimensión de una aguja gruesa; la compresión es, por otra parte, fácil de aplicar cuando el punto por donde sale la sangre es muy limitado.

Este método es aplicable, sobre todo, á ciertas desviaciones ó tumores huesosas ebúrneas, y contra las que el procedimiento que voy

á describir podría ser ineficaz ó de aplicación imposible, á causa de la dureza de la parte cuya resección habrá de practicarse.

Este otro tratamiento, algún tanto análogo al anterior, consiste en destruir las partes salientes del tabique con el cuchillo ó la punta galvánica. Esta manera de obrar, útil sobre todo para hacer desaparecer las pequeñas aristas cartilaginosas del tabique anterior, puede encontrar también otras indicaciones. Semejante clase de ignipuntura gal-

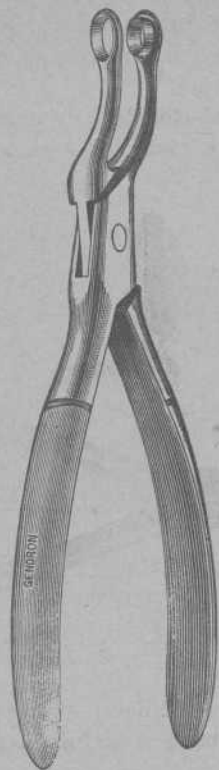


FIG. 127. — Pinza sacabocados del Dr. Moure.

vánica, que forma galerías al pie de la desviación, es un excelente procedimiento de destrucción, muy fácil de ejecutar, indolente, gracias á la cocaína, y exangüe si se maneja bien el galvano. Tiene, además, la inmensa ventaja de limitar con exactitud la pérdida de sustancia al punto que se quiere destruir. Es, hace más de dos años, el procedimiento que empleo con más frecuencia (E. J. Moure), solo ó combinado con la sección hecha con mi osteotomo (fig. 133).

Las operaciones sangrientas tienen la ventaja de ser rápidas; pero la hemorragia sanguínea asusta frecuentemente á los enfermos y en-

mascara el campo operatorio. Por otra parte, semejantes proceder es reclaman un tratamiento consecutivo bastante largo y á veces doloroso, si quieren evitarse las adherencias que tienden á producirse entre la parte seccionada y la mucosa que recubre el cornete inferior. Además, á pesar de todos los éxitos atribuidos á este método casi universalmen-

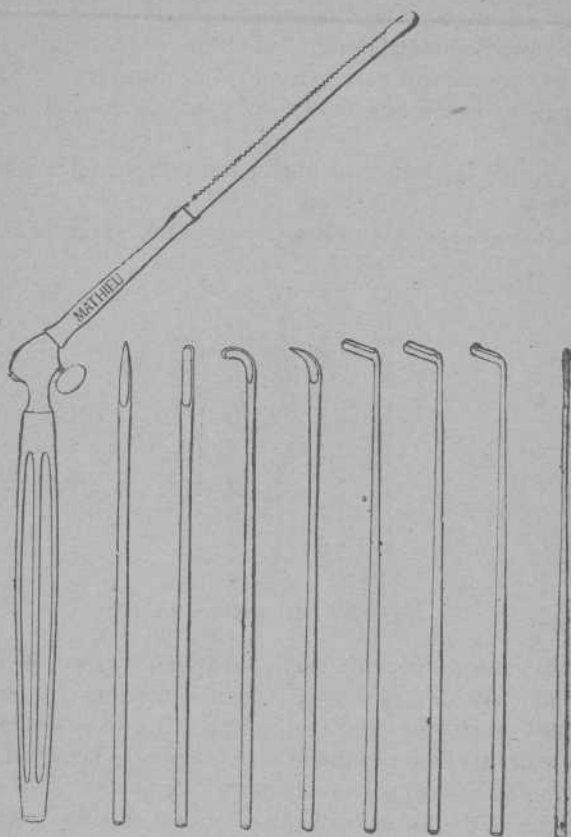


FIG. 128. — Serie de instrumentos para seccionar los espolones ó relieves del tabique. A la izquierda está montada la sierra en el mango común á los demás instrumentos.

te empleado, no acierto á participar del entusiasmo de mis colegas, particularmente americanos, en cuanto se refiere á esta consideración. Á pesar de todos los perfeccionamientos aportados á esta clase de instrumental, á su rapidez operatoria y la seguridad ofrecida al enfermo, considero todavía defectuoso el método sangriento y muy pavoroso para la gran generalidad de los enfermos. Encontrar un medio de obrar sin dolor, y máxime sin efusión de sangre, constituye para nuestros pacientes un considerable progreso que los decide siempre á desemba-

razarse de deformidades ó de relieves con los que han vencido á menudo, sin grande sufrimiento, algunos años de su vida.

ELECTROLISIS. — Este procedimiento, preconizado y puesto en uso en Francia por el Dr. C. Miot, ha sido empleado simultáneamente por el Dr. Garel (de Lyon), Dr. Bergonié y por mí mismo. Después de nuestras comunicaciones al Congreso de Limoges (Bergonié) y de Berlín (Moure), otros operadores han aportado el resultado de su experiencia y su contingente de observaciones favorables al modo de operar que voy á describir.

En efecto: por la electrolisis óbrase tan enérgica, ó tan débilmente como se desea.

Técnica instrumental. — Los instrumentos necesarios para la electro-

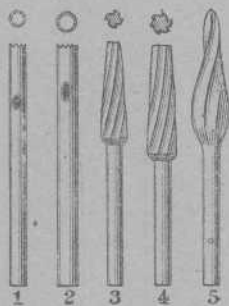


FIG. 129. — Serie de taladros ó trépanos.

lisis del tabique son: por una parte, los aparatos eléctricos que sirven para producir, graduar, medir y conducir la corriente, y, por otra, los instrumentos quirúrgicos destinados á hundirse en el tejido que ha de destruirse y al que ha de conducirse la corriente. Desde el Dr. Miot, todos los autores se han servido de agujas implantadas en los tejidos y reunidas dos á dos, ó separadas para ser introducidas la una después de la otra; son encorvadas ó dobladas en ángulos variables, de oro ó de platino.

Nosotros nos hemos servido siempre de agujas separadas, porque la separación de los puntos de implantación es variable en cada caso. Nuestras agujas son siempre rectas, porque nos ha parecido que, siendo todas las desviaciones sumamente accesibles, una aguja recta era más fácilmente introducida que una aguja curva. Son de acero, oscilando el diámetro, según los casos, entre 0,5 á 1,5 milímetros, y la longitud de 7 á 10 centímetros (1).

(1) Véase, para más amplios detalles, el librito que hemos publicado sobre esta

¿Estas agujas valen más que las hechas con metales preciosos? No vacilamos en responder que sí; porque, dejando aparte las ventajas que acabamos de señalar y que son por sí mismas bastante importantes, no tienen el grande inconveniente de doblarse cuando se ejerce sobre ellas el necesario esfuerzo para hacerlas penetrar en un tejido duro, inconveniente que presentan todas las agujas construidas con metales preciosos. Bergonié hace uso, á fin de evitar este inconvenien-

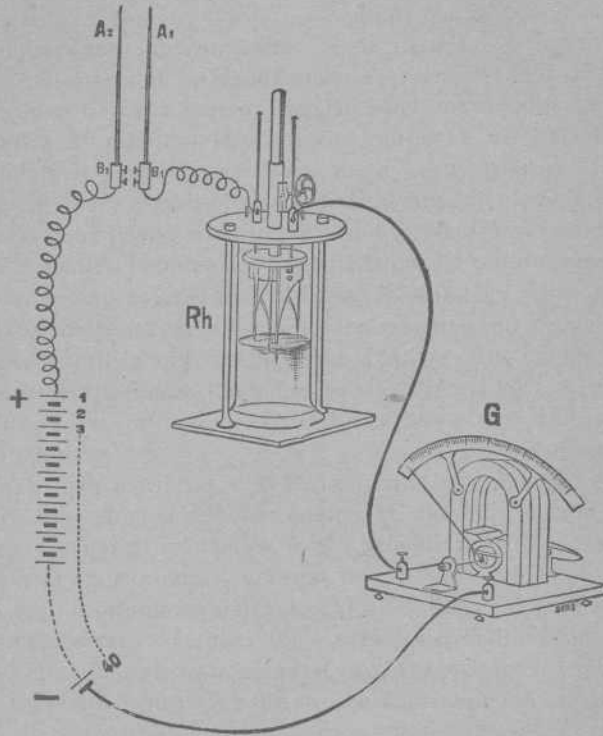


FIG. 130.—Circuito eléctrico para la electrolysis en las desviaciones del tabique.

A¹, A². Agujas-electrodos. — 1, 2, 3... 40. Batería galvánica cuyos elementos están unidos en tensión. — G. Miliamperómetro. — Rh. Reostato del profesor Bergonié.

te, de agujas de electrolysis fabricadas con platino iridiado. Aun cuando en realidad presentan bastantes ventajas, ofrecen, sin embargo, el inconveniente de la dificultad suma de procurárselas. En cuanto á la objeción de que se presenta espontáneamente y con facilidad el ataque

materia "Del tratamiento por la electrolysis, de las desviaciones y espolones del tabique de la nariz," por los Dres. Bergonié y Mours (Burdeos y Paris, 1892), en el cual ponemos la mayor parte de los detalles consignados en este capítulo.

de la aguja positiva durante el paso de la corriente, esto no debe importarnos, porque las sales que se forman son cloruros de hierro, las cuales no sólo no son de ninguna manera perjudiciales, sino, por el contrario, cohiben las hemorragias. Se nota solamente que la aguja positiva es más difícil de retirar, á causa del deslustro producido por el ataque electrolítico. Finalmente, estas agujas de acero pueden doblarse ó incurvarse, á voluntad del operador, si se las enrojece algunos segundos en la llama de una lámpara de alcohol ó de una bujía, con objeto de elevar su temple.

Las agujas en cuestión no se hallan aisladas por completo. Para proteger los tejidos sanos que la electrolisis no debe alcanzar, nos servimos de un tubo de cauchuc delgado, ó mejor de un cabo de sonda uretral de hombre, de calibre apropiado al diámetro de la aguja y que cortamos á nuestro gusto. Es un excelente aislador y su rigidez es bastante grande para que pueda fácilmente deslizarse sobre la aguja, una vez colocada en su lugar, y hasta el punto de penetración de ésta.

Hállanse unidas las agujas, por su extremidad obtusa, á su correspondiente cubo, mediante dos tornillos de presión que permiten apretarlas bastante fuertemente, cualquiera que sea su diámetro. El extremo opuesto del cubo se halla unido al conductor flexible, que sirve para completar el circuito. De este modo, tenemos excelentes contactos que no es fácil pueda desviar ni romper el enfermo, en un movimiento intempestivo.

La composición del circuito que debe servirnos para una electrolisis del tabique, presenta la mayor sencillez cuando está compuesto como sigue: 1.º, la batería formada de elementos en mayor ó menor número (1, 2, 3... 40), reunidos en tensión y cuyo último elemento está unido por su polo negativo á un, 2.º, miliamperómetro *G*; 3.º, el reostato *Rh* sigue al miliamperómetro, y finalmente, 4.º, las agujas *A*₁ *A*₂ están unidas por los cubos *B*₁ *B*₂ y por hilos muy finos, blandos, á las dos extremidades del circuito. Hay que advertir que todos estos aparatos é instrumentos están unidos el uno al otro en tensión.

Para destruir los relieves, espolones, crestas, encondromas ó exóstosis del tabique, practicarase desde luego la anestesia de la región con una solución al 1 por 10 de cocaína, y una vez insensible la mucosa, se hundirá una de las agujas en la base de implantación del relieve que haya de destruirse y á una profundidad que se habrá determinado con antelación, no dejando pasar fuera del mandrín más que la porción de aguja que se quiere introducir. La segunda aguja se colocará encima, más abajo ó fuera de la primera, pero siempre en un plano paralelo á ésta, de modo que se evite su posible unión. El operador escogerá bien los puntos del relieve, sobre los que deberán hacerse las picaduras, comprendiendo en el espacio del tabique los dos electrodos,

destinados á producir la destrucción. Según la dureza del espólón, su profundidad y la separación de las dos agujas, la duración de la electrolisis variará de doce á quince minutos, y su intensidad de 18 á 25 miliampères. Valdrá más obtener al principio un resultado mínimo

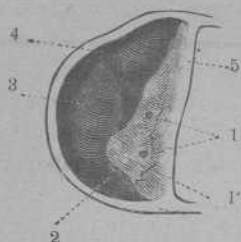


FIG. 131. — Posición de las agujas, 1. — En un espólón del tabique, 1'. — Meato inferior, 2. — Cornete inferior, 3. — Cornete medio, 4. — Tabique, 5.

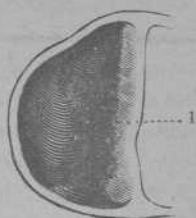


FIG. 132. — Representa el tabique después de la caída de la porción sometida á la electrolisis.

que exponerse á perforar el tabique. La práctica de algunas operaciones electrolíticas hará apreciar luego las ventajas de este método.

Una vez terminada la electrolisis, se limpia la superficie operatoria con una inyección boricada que arrastra los detritus formados alrede-



FIG. 133. — Osteotomo del Dr. Mours (tamaño natural).

dor de los puntos de implantación de la aguja, no haciendo falta ver al enfermo más que dos ó tres días después, para vigilar la formación y la caída de la escara. Hasta que han transcurrido poco más de treinta y seis á cuarenta y ocho horas, no se puede tener cuenta exacta del grado

de destrucción obtenida y de la parte mortificada de tejido. Según su extensión, se recubre la superficie segregada con polvo de iodoformo, ó simplemente de ácido bórico, si el olor del primero de estos tópicos es muy desagradable al enfermo, que es lo habitual. Hacia el octavo ó décimo día, principia á desprenderse la escara; la mucosa que la rodea brota un poco, y es algunas veces útil reprimir estos brotes con ayuda del galvanocauterio. Alguna vez los tejidos cartilagosos ó huesosos necrosados, incompletamente limpios, mantienen la supuración y prolongan la duración de la cicatrización. Entonces puede ser útil quitar la esquiria con un osteotomo, con la gubia ú otro instrumento de este género.

El instrumento cuyo grabado damos aquí puede lo mismo servir para quitar á seguida los pequeños relieves cartilagosos que no reclaman la electrolisis.

Apenas se halle la escara casi completamente limpia, es bueno regularizar la superficie que ha sido sometida á la electrolisis, con un cuchillo galvánico llevado de plano sobre las partes salientes. Bien entendido que estas maniobras se harán después de la cocainización y no son, por consecuencia, de ninguna manera dolorosas.

Agreguemos, por fin, para terminar, que no es muy raro ver que el enfermo se queja, al tercero ó cuarto día después de la electrolisis, de un dolor que ocupa la raíz de la nariz ó del órgano entero y algunas veces también una parte de la cara. Estos dolores, á menudo fugaces, duran, sin embargo, en algunos enfermos muchos días y se producen particularmente en el momento de sonarse. Se les observa, sobre todo, en los nerviosos ó en aquellos en que se ha electrolizado una vasta superficie.

En suma, constituye á nuestro juicio la electrolisis, sabiamente manejada, el método de elección para destruir las espinas, crestas, espesamientos, etc. (Bergonié y J. Moure) cartilagosos ú óseos del tabique nasal. Resulta además una operación exenta de hemorragia, apenas dolorosa, y fácil de medir con alguna exactitud la acción destructora conveniente para obtener el resultado apetecido. En ocasiones es suficiente una sola sesión. Conviene hacer uso del método bipolar.

[Nadie como los rinólogos vieneses han simplificado en lo posible el tratamiento de las desviaciones y engrosamientos del tabique, punto ó asunto de la patología nasal el más confuso, y para el que se han ideado más procedimientos operatorios y construido mayor variedad de instrumentos y aparatos.

Vamos á resumir las prácticas y enseñanzas de las clínicas de Schnitzler y de Chiari, las de mejores resultados y métodos más sencillos y seguros, á mi juicio, de todas las del extranjero.

En tesis general, no se emprende el tratamiento de estas afecciones sino cuando entrañan como consecuencia una seria incomodidad, y se queja el paciente de notable alteración en la función respiratoria nasal.

En tal caso, no se detienen con emplear, por ejemplo, la dilatación progresiva de la fosa nasal estenosada con bujías, la esponja preparada ó la laminaria, porque dicen con razón que resulta un tratamiento demasiado largo, molesto y aun doloroso, y muy ineficaz á causa de la elasticidad del septum, que siempre tiende á colocarse en su primera posición viciosa.

Como toda operación ejecutada sobre el tabique expone realmente á accidentes de relativa importancia, se impone en primer término la más completa antisepsia. Después, si se viera que era perfectamente imposible la reducción de la desviación, se practicará la causticación del cornete inferior, y si esta operación resultara insuficiente para contrarrestar los accidentes causados por la desviación ó el engrosamiento del tabique, se procederá á reseca el vértice de las crestas ó espinas del septum que sobresalgan del punto desviado, y, por último, cuando ninguno de estos primeros ensayos operatorios dieran resultado satisfactorio, es cuando debe pensarse en operación completa.

Al efecto, y previa antisepsia de los instrumentos y asepsia-antisepsia del campo operatorio según hemos descrito en capítulos y notas precedentes, se anestesia la fosa nasal — pues jamas son partidarios los especialistas vieneses de la cloroformización en estos casos — mediante la cocaínización, teniendo para ello presentes las condiciones, peligros y reglas que hemos manifestado en la nota *Anestesia*, que deben guardarse.

Las espinas, espolones, crestas y pequeñas desviaciones, las operan generalmente en una sola sesión con la sierra, después de haber seccionado los tejidos blandos con el bisturí, pues no son partidarios de hacerlo con la galvanocaustia. No se preocupan, y tienen razón, de que quede mayor ó menor pérdida de mucosa, porque la práctica demuestra á diario que se regenera con rapidez suma; y tampoco tiene *la menor importancia* que quede gran pérdida de sustancia ósea del tabique, con comunicación á la fosa nasal opuesta, pues semejante perforación, sobre no desfigurar al enfermo ni alterar en lo más mínimo la integridad y funcionalidad del septum, nariz, bóveda palatina, etc., etc., facilita por modo notable la respiración nasal, de forma que, si no fuera porque resulta algún tanto antiestética al practicar el ulterior reconocimiento rinoscópico, antes bien presenta dicho accidente — muchas veces imprescindible según la forma é intensidad de la desviación — ventajas sinnúmero.

Para las grandes desviaciones que obstruyen en totalidad la fosa

nasal anterior, hay que resecar todo el tabique haciendo uno artificial mediante una autoplastia.

Cada autor ha ideado un procedimiento particular, pero merecen especial mención los de Petersen y de Hajek.

El del primero es un procedimiento ideal, puesto que se propone practicar la resección subperióstica del cartilago desviado, pero conservando integros los tejidos blandos. Comprende tres tiempos: 1.º, incisión horizontal con el bisturí, ó mejor con el galvanocauterio, según la inserción del tabique sobre el suelo, y segunda incisión vertical por delante de la parte convexa de la desviación; formación de un colgajo triangular, cuya base parte de arriba abajo por detrás del punto desviado del tabique; 2.º, perforación del tabique cartilaginoso, é introducción por este orificio de una espátula que, sin desgarrarlo, vaya desprendiendo la mucosa perióstica en toda la extensión del trozo desviado (tiempo de la operación muy difícil), y 3.º, resección con una pinza de sacabocados de la porción de tabique desviado. Hecho lo cual, se adosa la mucosa adaptándola por todos lados, pero sin necesidad de sutura, y se mantiene con el taponamiento por la gasa iodoformada.

Este procedimiento, que da buenos resultados, es de una ejecución muy difícil y casi impracticable si la desviación es muy posterior.

Mas, como no importa, según hemos dicho, que quede una perforación post-operatoria, es preferible el procedimiento de Hajek, el cual, si bien menos elegante, es, en cambio, mucho más fácil, rápido y de excelentes resultados clínicos.

Consiste en movilizar en masa el cartilago desviado, sin necesidad de resecarlo por completo, empujándolo de este modo hacia el lado contrario. Para ello, se le va incindiendo con el bisturí por todo el suelo, remontando la incisión paralelamente á la sutura vómero-condral hasta que se encuentra el borde inferior de la lámina perpendicular del etmoides, en cuyo caso se prolonga el corte, en una incisión de un centímetro, á lo largo de la sutura condro-etmoidal.

Colocado en la posición conveniente, se mantiene con el tapón de gasa al iodoformo, renovándola durante quince ó veinte días, ó hasta tanto que la consolidación sea completa.

Los grandes engrosamientos del tabique los tratan en Viena ó con los trépanos ó sierras movidos por la electricidad, método perfeccionado últimamente por Spiess, ó mediante la electrolisis, procedimiento suficientemente descrito y explicado por el autor.] — DOCTOR C. COMPAIRD.

[Fracturas.—Luxaciones.—Heridas.—Sinequias.
Aspiración de las alas de la nariz.—Hematoma
del tabique.

Como complemento á lo estudiado por el autor en el precedente capítulo, creo interesante añadir lo referente á *fracturas, luxaciones, heridas, etc.*, de la nariz.

FRACTURAS. — Pueden interesar, bien tan sólo los huesos propios de la nariz, ora el tabique.

Las primeras, ó son simples, en cuyo caso suelen pasar á menudo inadvertidas, ó son conminutas y dan lugar á un conjunto de síntomas externos, como dolor, enfisema, deformación, etc., que hacen necesaria la intervención del cirujano.

La no perfecta adaptación de los fragmentos oblitera en ocasiones el calibre de las fosas nasales más ó menos por completo, por lo cual conviene vigilar muy mucho que la consolidación no sea viciosa.

Debe reducirse la fractura bajo la acción del cloroformo, y se mantendrán en posición conveniente los fragmentos mediante el aparato escayolado de Chandelux, que consiste en una doble cruz, cuyos dos brazos superiores — prolongaciones frontales — se fijan, como su nombre lo indica, á los dos lados de la frente en ambas regiones superciliares, y los dos brazos inferiores — prolongaciones labiales —, más largos y más estrechos que los anteriores, sobre el labio. La prolongación media, suficientemente ancha para abarcar toda la nariz, y en forma que se adapta á su configuración, es á saber: que sea el doble de ancha en su porción inferior que en la superior, se aplica sobre todo el dorso y lados de la nariz. Coronando el centro de los brazos superiores, lleva otra pequeña prolongación, tan ancha como la parte superior de la prolongación media ó dorsal de la nariz, pero mucho más corta, que sirve

para fijarla en la región media y alta de la frente. En el centro de la unión de los brazos inferiores con la prolongación media ó dorsal de la nariz, existe una perforación triangular de base inferior, utilizable para permitir abiertas las ventanas nasales.

Es un aparatito ingenioso y sencillo, que cualquier práctico puede hacer en el mismo momento del accidente, por cuyo motivo me he detenido en describirlo

Conviene dejarlo colocado unos quince días en los niños, y lo menos veinticinco en el adulto.

Las prolongaciones se mantendrán fijas á la piel de las distintas regiones, con colodión ó esparadrapo, y además, si fuese necesario, con una venda estrecha frontal.

Los diferentes compresores que suelen introducirse en el interior de las fosas nasales para mantener en su posición á los fragmentos fracturados son incómodos, y no sólo molestan pronto al paciente, sino que se les hace intolerables. Lo único que puede sustituirlas con ventaja, pero á condición de renovarlo según las necesidades, es el taponamiento con la gasa iodofórmica.

Casi siempre se limitan las *fracturas del tabique* al cartílago, á causa de su prominencia y menor resistencia.

Dan lugar estas fracturas, *inmediatamente* y además del dolor y de los fenómenos reaccionales habituales, á epistaxis abundantes; y si queda íntegra la mucosa, á hematomas más ó menos voluminosos que obstruyen la luz de las fosas nasales. Por regla general, estos hematomas terminan por supuración. *Consecutivamente* dan lugar á desviaciones angulares del tabique.

En su consecuencia, se desprende una doble acción terapéutica; en primer término, detener la hemorragia y prevenir la infección del foco de la fractura mediante el taponamiento con la gasa al iodoformo; en el caso de formación de un hematoma convendrá incindirle, y si ha sufrido la transformación purulenta habrá que drenarlo y desinfectarlo.

Prevendremos las desviaciones consecutivas del tabique, reduciendo los fragmentos hacia el cuarto ó quinto día de la fractura, manteniéndolos en posición conveniente con el taponamiento y con aparatos exteriores *ad hoc*.

LUXACIONES. — Únicamente las luxaciones del cartílago del tabique merecen descripción especial.

Sobrevienen de ordinario por caídas de cara, golpes, etc., que desvían la sínfisis del vómer con el cartílago, y, por lo tanto, la punta de la nariz, con obstrucción más ó menos completa de la entrada de la fosa nasal.

Son fáciles de diagnosticar, aun sin necesidad de espéculum.

Basta el dedo introducido, ejerciendo algo de presión combinada por fuera con la otra mano, para reducir esta luxación; pero, en cambio, es difícilísimo mantenerle convenientemente á causa de la movilidad del cartilago.

La *resección de la parte desviada* es el único medio de corregir esta deformidad. Sólo está autorizada esta operación: cuando el cartilago luxado suprime en absoluto la respiración de una fosa nasal, cosa rara, y cuando hay que remediar una deformación realmente antiestética, cosa más frecuente.

El manual operatorio es sencillísimo: bajo la anestesia (la cocaínica es difícil de obtener en esta región provista de un epitelio pavimentoso estratificado) se incide la mucosa con un cuchillito fino á todo lo largo de la cresta que forma la desviación, se disea y después se corta con tijeras el reborde cartilaginoso dislocado. El simple taponamiento con la gasa iodoformada asegura, en dos ó tres dias, una reunión completa por primera intención.

HERIDAS. — Las que nos interesan son las penetrantes de la nariz por instrumentos cortantes, que dividen á la vez la piel, el esqueleto y la pituitaria.

Pueden ser *verticales ó transversales*.

Las primeras, si interesan los huesos nasales, se mantienen reunidas por un apósito colodionado. Las que sólo ocupan las alas de la nariz deben suturarse cuidadosamente, porque la elasticidad del cartilago tiende á separar los bordes.

Las segundas (transversales) reclaman *siempre* una sutura perfecta. Aun cuando esté completamente al descubierto una porción de la nariz, conviene intentar la reunión primitiva.

SINEQUIAS. — Las sinequias intranasales son adherencias, bien en forma de cordones, ora de membranas, que se extienden desde el cornete inferior al tabique (muy frecuentes), ó desde el cornete medio al tabique (muy raras), ó finalmente entre el cornete medio y el inferior (muy excepcionales).

Pueden ser congénitas ó adquiridas. Poco comunes las primeras, se reconocen por la integridad de la mucosa que las recubre. Las segundas, más frecuentes, presentan en su mucosa ó erosiones, ó un aspecto cicatricial blanquecino.

Prodúcense las sinequias cuando la mucosa nasal ha perdido su epitelio en dos superficies que están en contacto durante algún tiempo, en cuyo caso se sueldan, y al retraerse más tarde la mucosa, ejerce sobre la adherencia una tracción, dándola la forma de bridas.

Habitualmente están constituidas las sinequias por tejido conjuntivo; muy rara vez por tejido óseo.

Las sinequias conjuntivas suelen suceder á cicatrizaciones viciosas de las ulceraciones nasales, sobre todo de las ulceraciones sifiliticas.

Las óseas nacen de las desviaciones exageradas del tabique y cornete, las cuales se unen entre sí mecánicamente hasta llegar á adherirse.

Sin embargo, la causa ordinaria de las sinequias son las cauterizaciones intranasales mal hechas ó mal cuidadas en las curas sucesivas.

Fáciles de reconocer mediante el examen rinoscópico, sólo producen alteraciones de la función respiratoria nasal.

Prevendremos la formación de sinequias cicatriciales después de las cauterizaciones galvanocáusticas, practicando reconocimientos frecuentes, limpiando cada vez la fosa nasal, y terminando la curación con el taponamiento de un trozo de gasa al iodoformo que colocaremos entre el punto cauterizado y el opuesto, ó en su lugar un trocito *ad hoc* de celuloide.

Las ya formadas las destruiremos bien mediante las tijeras ó bisturí, ó, mejor, haciendo uso de la galvanocaustia, pero haciendo después cuidadosas curas, según acabamos de manifestar.

Las sinequias óseas las destruiremos con la sierrecita de Bosworth.

ASPIRACIÓN DE LAS ALAS DE LA NARIZ. — No es una enfermedad, sino un síntoma; pero un síntoma que se individualiza por su importancia y por el tratamiento especial que reclama.

Durante la inspiración cede el ala de la nariz á la presión atmosférica ejercida sobre su cara externa, viniendo á adosarse sobre el tabique, y, por lo tanto, estrecha ú obstruye la ventana nasal, necesitando un esfuerzo inspiratorio mayor para permitir menor cantidad de aire del necesario, por cuyo motivo se impone, en el que padece este síntoma, la respiración bucal.

Obsérvase preferentemente en los sujetos de narices largas y delgadas, y resulta, ó de la atrofia del cartilago que sostiene el ala de la nariz, ó de la paresia y la atrofia de los músculos que dilatan las ventanas nasales.

Preséntase asimismo en el curso de las parálisis faciales, y en los adultos que han padecido desde niños vegetaciones adenoides, y que se han atrofiado con la edad.

Como la indicación terapéutica sólo estriba en mantener abiertas las ventanas de la nariz, el tratamiento consistirá en sostenerlas en la mencionada posición mecánicamente, sirviéndonos al efecto, entre otros, del aparatito *dilatador de las narices de Feldbausch*, que no es más sino un alambre de resorte que se introduce en ambas ventanas, para

lo cual está incurvado inferiormente á fin de salvar el extremo libre del tabique, y las dos ramas libres — terminadas por unas esferitas pequeñas — se hallan igualmente incurvadas en la forma del ala y del vestibulo nasales.

Este aparatito debe conservarse colocado durante toda la noche, y todo el tiempo posible por el día, preferentemente cuando el paciente necesite hacer grandes ejercicios de vocalización ó de canto.

HEMATOMA DEL TABIQUE. — Como la pituitaria se adhiere poco al tabique, en las fracturas del mismo se esparce la sangre por entre aquella y el segundo, despegándola y dando lugar á la formación de bolsas sanguíneas. El hematoma así constituido es bilateral, en forma de alforjas, por establecerse una comunicación entre ambos lados en el punto de la fractura.

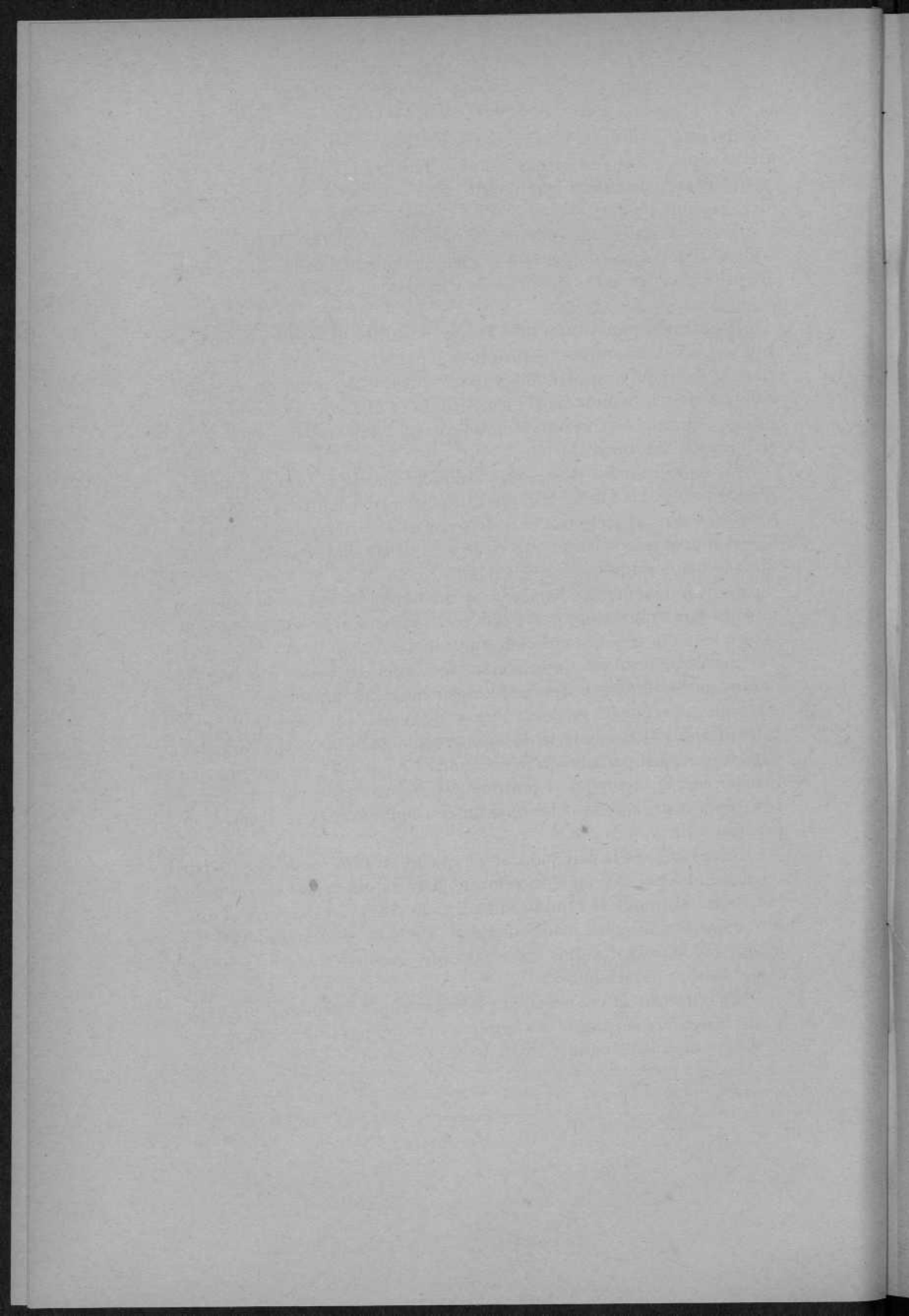
Vense al examen dos masas redondeadas, rojas, simétricamente dispuestas á los lados del tabique, que obstruyen la entrada de las fosas nasales, y que, al tacto con el dedo ó con el estilete, ceden fácilmente, observándose que el contenido viene á pasarse al lado opuesto, aumentando de volumen.

El hematoma, abandonado á sí mismo, no se reabsorbe jamás, y termina por supuración, por lo cual conviene evacuarlo asépticamente, favoreciendo después la unión de sus paredes.

Al efecto, y previa desinfección de las fosas nasales por fuera y dentro con lavados antisépticos, ó mejor mediante tapones de algodón en rama impregnados en una solución de fenosalil al 1 por 200 dejados colocados durante un cuarto de hora en contacto de las partes salientes, se cocaíniza su superficie con la solución al 1 por 10, y se practica una incisión con el bisturi, de 1 centímetro próximamente, por sola una de sus caras, según que la bolsa opuesta consienta evacuarse á través de esta abertura.

Evacuada toda la colección, se practican lavados con la solución de fenosalil al 1 por 200 en el interior de la bolsa, los cuales se continuarán hasta tanto que el líquido salga limpio. Después se ocluye el interior nasal con la gasa iodoformada, y esta cura deberá renovarse del mismo modo cada dos días ó diariamente, según las necesidades del caso, hasta su curación.

Esta cura es á la vez oclusiva y compresiva, y facilita la unión de la mucosa, estableciéndose la completa curación por primera intención en menos de una semana.] — DR. C. COMPAIRED.



Dermatosis de la nariz y de las fosas nasales.

I.—Fisuras.

Describiremos, en primer lugar, con Moldenhauer, las fisuras ó grietas, que ocupan los ángulos de las ventanas de la nariz ó el suelo del vestibulo de la misma. Constantemente irritados por las secreciones que se desprenden de las fosas nasales y por la acción de sonarse, y á menudo también por la edad de los enfermos, tienen poca tendencia á curarse, eternizándose y siendo el tormento de algunos individuos nerviosos. Resultando, con frecuencia, recidivas eczematosas, juegan un papel importante en la patogenia de ciertas erisipelas de la cara, especialmente en la mujer.

El tratamiento consiste ordinariamente en tratar la afección nasal, causa de la irritación exterior; contra esta última emplearánse, sea baños antisépticos (agua boricada), sea las cauterizaciones con el nitrato de plata, ú otros tratamientos de que luego hablaremos.

[Esta clase de fisuras, ló mismo que se observen en la comisura anterior que en la posterior de las fosas nasales, no son en realidad más que una complicación del eczema crónico.

Suelen ceder bastante frecuentemente á los toques con el nitrato de plata en solución al 1 por 5, y mejor todavía á los de la barra de nitrato argéntico fundida.

También presta excelentes resultados el glicerolado siguiente:

Glicerolado de almidón.	10,00	gramos.
Tanino.	1,00	—
Calomelanos precipitados.	0,80	—

Mézclase.

Conviene emplearlo recientemente preparado, porque es de una conservación difícil.]— Dr. C. COMPAIRD.

II. — Impétigo sicosiforme.

ETIOLOGÍA. — Como lo ha hecho notar, con justa razón, el doctor Spillmann, autor del artículo *Nariz*, del *Diccionario enciclopédico de ciencias médicas*, el nombre dado á esta enfermedad no tiene de común con el impétigo más que las pustulitas iniciales y la costra que es la consecuencia; y con el sicosis el aspecto exterior.

Esta afección ataca una parte del dermis, y aparece en los niños linfáticos ó escrofulosos alrededor de las ventanas de la nariz, ó sobre la parte inferior del tabique.

SÍNTOMAS. — Dichas partes están rojas, tumefactas y recubiertas de ulceritas costrosas. En los adolescentes, y sobre todo en los adultos, encuéntrase bastante á menudo alrededor de las ventanas de la nariz, como también en el interior, en la unión de la piel y de la mucosa, una erupción de forma impetiginosa, formada de pequeñas pústulas, muy rápidamente reemplazadas por úlceras recubiertas de costras grisáceas, sucias, algunas veces amarillentas, y hasta morenas, si contienen un poco de sangre. Estas costras, arrancadas por los enfermos ó caídas espontáneamente, reproducense con desesperante tenacidad para el paciente, hasta el punto de ocasionarle vivas inquietudes. En los hombres no es muy raro ver extenderse la afección hasta el labio superior, en donde toma entonces un aspecto analogo al del sicosis, de donde procede la segunda denominación, que le ha sido dada por Devergie.

CURSO. — Felizmente, llegada la enfermedad á este grado, extremo por decirlo así, no tiene tendencia ninguna á extenderse más; pero puede persistir casi indefinidamente, á despecho de todos los tratamientos mejor dirigidos y más escrupulosamente observados. Algunas veces, la dermatosis procede por brotes sucesivos, y después de haber desaparecido durante un tiempo más ó menos largo, se presenta de nuevo, ocasionando en algunos enfermos una verdadera tumefacción crónica del labio superior y un sufrimiento continuo.

TRATAMIENTO. — El tratamiento general antiescrofuloso por el aceite de hígado de bacalao, el ioduro de potasio, el aire y los baños de mar, los sulfurosos, etc., constituirá desde luego la base de la medicación.

Localmente, aconsejaremos, ora las inyecciones de agua clorurada y la aplicación de pomadas ligeramente sulfurosas (Devergie), bien los lavados con agua boricada ó boratada, y la aplicación, por la tarde, de cataplasmas de fécula para hacer caer las costras. Durante el día se po-

drá alternar con las pomadas de brea, al aceite de enebro y al óxido de zinc, según los casos.

Se obtendrán igualmente buenos resultados del empleo de duchas de vapor acuosas, simples ó mineralizadas (aguas sulfurosas, arsenicales), hechas todos los días.

Cuando ya no se produzcan más costras, se ensaya modificar las partes enfermas tocándolas con una solución de nitrato de plata al 1 por 5 ó al 1 por 10, cada cuatro ó cinco días.

Desgraciadamente, cuando nos parece que la afección está muy notablemente mejorada ó hasta curada, no es muy raro ver sobrevenir una recidiva que inquieta á los enfermos y les hace temer una afección más grave que la que tienen en realidad.

III. — Úlceras herpéticas. — Eczema de las fosas nasales.

ETIOLOGÍA. — Principalmente en los niños linfáticos ó en los hombres predispuestos á las enfermedades de la piel, es todavía corriente distinguir con el nombre de herpéticas ó artríticas las afecciones que nos ocupan. Yo bien sé que buen número de autores no admiten la existencia ni tampoco la influencia de estas dos diátesis, que algunos confunden con una sola, y que otros rechazan de una manera absoluta; pero no podemos entablar una discusión que tiene su lugar en los tratados de Patología general y que, por lo demás, autores competentes han tratado antes que nosotros. Asimismo, deseosos de permanecer en la situación que nos hemos trazado, vamos á exponer brevemente los caracteres distintivos de esta afección, sumamente común y á menudo desconocida de los médicos negligentes en practicar el examen de las fosas nasales.

SÍNTOMAS. — El síntoma principal que atrae la atención de las personas atacadas es una especie de picazón, de quemadura ó más bien de comezón en la entrada de las ventanas de la nariz, que obliga á los niños, así como á los adultos, á tener casi constantemente los dedos en la nariz. Algunas epistaxis ligeras pueden seguir á estas maniobras, ó suceder en algunos casos á la acción de sonarse.

El Dr. Ruault opina también que estos frecuentes actos de rascarse tienen por resultado producir verdaderas hemorragias nasales, y que basta ablandar las costras con una pomada de aceite de vaselina para hacer desaparecer este síntoma. Confesamos que muy raras veces hemos visto á estas úlceras eczematosas ser origen de derrames sanguíneos abundantes en los sujetos cuyo sistema capilar del tabique no estaba dilatado de una manera anormal.

Al examen rinoscópico anterior se ve desde luego, levantando li-

geramente la punta de la nariz un poco hacia arriba y hacia atrás, el ámbito del orificio de las ventanas de la nariz recubierto de secreciones grises amarillentas, bastante adheridas á la superficie de pequeñas ulceraciones, las cuales ocupan preferentemente el ángulo anterior ó posterior de la elipse formada por la abertura de las ventanas nasales. Á este nivel existen asimismo pequeñas fisuras que hacen el examen con el espéculum un poco doloroso, si se abren muy brusca ó muy ampliamente las ramas del instrumento. Mirando más adelante, se observa sobre el tabique, y alguna vez también sobre la mucosa del cornete inferior, una erupción pustulosa formada de pequeños relieves aislados al principio, destacándose sobre un fondo rojo sombrío, ó sobre una mucosa ligeramente tumefacta, y á menudo recubiertas de películas gelatinosas, grisáceas, amoldadas sobre los cornetes.

Otras veces adviértese una especie de exfoliación de la mucosa, una lesión que recuerda bastante al psoriasis cutáneo, del cual debe ser análoga con las modificaciones debidas á la naturaleza del tejido sobre el que aparece la erupción.

Boyer, y después de él Trousseau, habían llamado la atención sobre el hecho de que las enfermedades de la piel, como el eczema, el psoriasis, etc., tenían marcada y directa predilección sobre las mucosas puestas en contacto con el aire.

MARCA. — Como la del impétigo sicosiforme, la marcha de estas diversas afecciones dartoas es esencialmente lenta y crónica. No tienen tendencia alguna á curarse por sí mismas; pero no ocasionan, en suma, más que una molestia al enfermo, sin invadir jamás las fosas nasales, ni ganar en profundidad hacia el esqueleto de la nariz. Desapareciendo algunas veces por sí misma, ó bajo la influencia de una medicación, tienen una marcada tendencia á reaparecer.

Frecuentemente también, como las dermatosis en general, proceden por brotes sucesivos al llegar ciertas épocas del año, ó bajo la influencia de causas ocasionales, á menudo difíciles de precisar.

TRATAMIENTO. — Excepción hecha del tratamiento general habitual por los arsenicales, los sulfurosos, los alcalinos ó los purgantes salinos, convendrá vigilar la alimentación y proscribir con cuidado todo aquello que, en el régimen, sea susceptible de favorecer la aparición de las manifestaciones diatésicas. Así, los enfermos deberán abstenerse de carnes saladas, de mariscos, de peces, de quesos fuertes, de manjares con especias, de alcohol, etc., etc.

Localmente se prescribirán lavados alcalinos con bicarbonato de sosa, bórax ó clorato de potasa; el ácido bórico y la resorcina son también buenos medicamentos.

Cada lavado será seguido de una aplicación de pomada de brea, al aceite de enebro ó al óxido de zinc, ó de una insuflación de ácido bórico muy finamente pulverizado.

Recomendamos el empleo de la pomada siguiente, que nos ha dado siempre excelentes resultados:

Pomada con

Brea.....	0,50 à 1,00 gramos.
Ácido salicílico.....	0,25 à 0,40 —
Vaselina.....	15,00 —

Para aplicar con el dedo à la entrada de la nariz ó sobre el punto donde se asienta la erupción.

Como en el impétigo, algunas cauterizaciones con el nitrato de plata, el ácido crómico (solución al 1 por 5 ó al 1 por 10), la tintura de iodo ó el percloruro de hierro, modificarán útilmente las superficies atacadas.

[Realmente, el eczema vestibular no es otra cosa sino el eczema desde antiguo llamado impetiginoso, ó sea un eczema secundariamente infectado por el estafilococo dorado.

Reclama un tratamiento largo à causa de su tenacidad, y debe consistir aquél en tratamiento local, general y de la lesión que entretiene el eczema.

TRATAMIENTO LOCAL. — *En las formas ligeras*, se comenzará por hacer caer las costras mediante su impregnación ó reblandecimiento con un tapón de algodón en rama hidrófilo empapado en una infusión de manzanilla (media cucharadita de las de café por litro de agua), el cual se dejará colocado durante algunas horas. En las formas impetiginosas es preferible, al decir de Lermoyez, la decocción de hojas de nogal (20 gramos por litro de agua); pero, de todos modos, resulta comprobado que los baños locales no deben prolongarse.

Conseguida la limpieza de costras se aplicará una pomada, cuantas veces se suene, que puede ser antiséptica, astringente, etc.

La más comúnmente usada en Alemania por sus buenos resultados, es la siguiente:

Óxido de zinc.....	5 gramos.
Vaselina.....	} ã 10 —
Lanolina.....	
Esencia de rosas.....	} ã 11 gotas.
— de almendras amargas.....	

Mézclese.

Si la comezón es muy viva se le adicionan 50 centigramos de mentol.

Cuando hayan disminuido los fenómenos agudos, se la sustituirá por la pasta de Lassar:

Ácido salicílico.....	0,40	gramos.
Almidón.....	} añ	10,00 —
Óxido de zinc.....		
Vaselina.....		

Mézclese.

En las formas que presentan marcada tendencia á la cronicidad, preferentemente en los eczemas secos, conviene emplear pomadas más activas, como por ejemplo:

Aceite de enebro.....	4	gramos.
Vaselina.....	} añ	10 —
Lanolina.....		
Esencia de clavo.....		

Mézclese.

El aceite de enebro puede reemplazarse por una dosis igual de ictiol ó de brea de haya. Conviene mucho cambiar de vez en cuando la naturaleza de las pomadas, á fin de evitar que se acostumbre á ellas la piel.

El eczema impetiginoso cede rápidamente á este tratamiento, cuando se emplee desde el principio.

En cambio los eczemas antiguos acompañados de dermatitis profundas complicados de fisuras, resisten á estos medios, necesitando los toques con la solución de nitrato argéntico al 1 por 10. Cada cauterización debe ir seguida inmediatamente de lavados con el agua salada templada, y en los intervalos se aplicará una pomada aislante cualquiera.

Y por último, en aquellos casos *verdaderamente rebeldes* constituye un medio heroico, según Lermoyez, las escarificaciones lineales de la piel del vestibulo.

TRATAMIENTO GENERAL. — Su importancia es capital. Consiste esencialmente en:

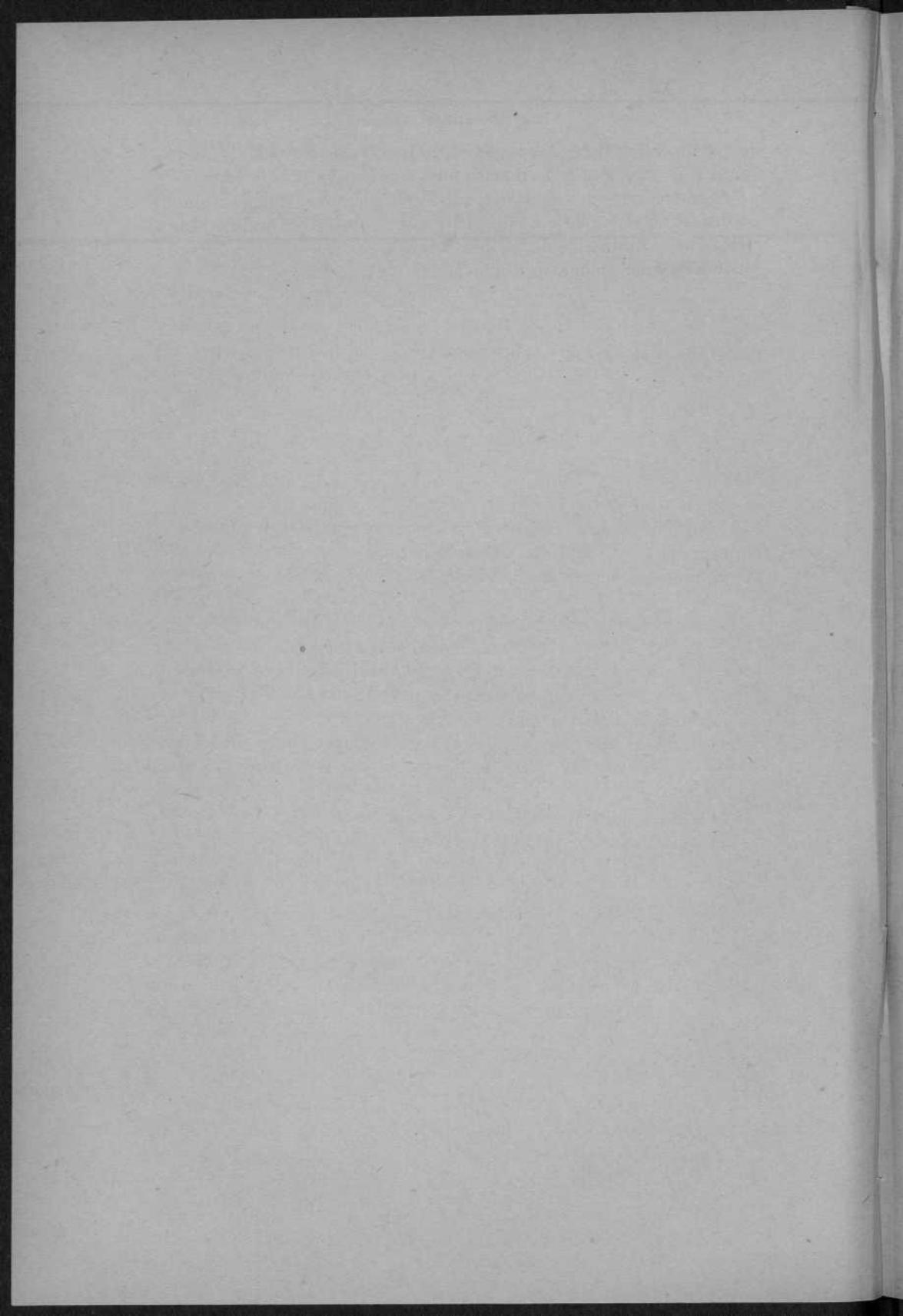
Ordenar un régimen especial, en el que hay que excluir toda clase de embutidos y salchichería, la caza un poco pasada, los pescados de mar, los quesos salados, el café, el alcohol, el vino puro, etc.

Asegurar la funcionalidad normal de las vísceras, en particular del estómago y de los riñones, y en vigilar y cuidar el cambio de vestidos según las estaciones, etc., y

Prescribir una medicación interna dirigida contra los trastornos de nutrición, como por ejemplo: administrando á los artríticos, los alcalinos; á los gotosos, la litina y el cólchico; á los escrofulosos, el aceite

de hígado de bacalao y las aguas sulfurosas; á los neurópatas, las antipirina, la valeriana y las duchas templadas.

El *tratamiento nasal* consiste en mantener lo más limpio posible, si no se le pudiera combatir hasta suprimirlo, el flujo hidro-reico que se despiende de las fosas nasales, y que constituye la causa provocadora del eczema vestibulo-labial.] — DR. C. COMPAIRD.



[Foliculitis. — Forúnculo.]

Corresponde estudiar á continuación de los eczemas vestibulares, estas dos clases de lesiones de las fosas nasales que, sobre ser muy comunes en lo práctico, reclaman una terapéutica especial.

FOLICULITIS. — Según Lermoyez, hállase constituido la mayoría de veces por la *stcosis no tricoftlica*.

Es debida á la penetración, en los folículos pilosos, de microbios patógenos, en particular del estafilococo dorado.

Puede presentarse la foliculitis aisladamente; mas de ordinario se acompaña de un eczema vestibular, ó es el resultado de una infección por algún derrame nasal purulento.

Su característica clínica la constituye la presencia de pústulas atravesadas en su centro por un pelo. Al romperse dan origen á la formación de costras amarillentas, blandas y fácilmente desprendibles.

Es una afección crónica muy tenaz, que ocasiona viva comezón, dando con ello lugar á que se rasque el enfermo é infecte sus uñas, inoculando el estafilococo en otros puntos de la piel.

El tratamiento consiste en hacer desprender las costras con los medios anteriormente expuestos al hablar del eczema; después, en cortar al rape los pelos y vello del centro de cada pústula, hecho lo cual, se abre cada una de éstas cuidadosamente con un bisturí fino, y se las hace desaparecer mediante un toque de galvanocáustica para cada una de ellas.

Además, hay que prevenir la inoculación de otros folículos pilosos todavía indemnes, para lo cual se practica la antisepsia del vestibulo colocando en el interior de las fosas nasales, durante media hora lo menos, muchos días seguidos, tapones de algodón en rama impregnados en la solución caliente de sublimado al 1 por 4.000.

En el intervalo se aplicará, en forma de toques ó embadurnamientos, una pomada mercurial como la siguiente:

Oxido amarillo de mercurio.....	1	gramos.
Vaselina.....	} aa	10 —
Lanolina.....		10 —
Esencia de geranio.....		v gotas.

Mézclese.

Cada nueva pústula que vaya apareciendo, se abrirá y cauterizará inmediatamente.

En ciertos casos rebeldes, las pulverizaciones de agua sulfurosa natural dan excelentes resultados, según he tenido ocasión de observarlo en el balneario de Ormaiztegui (Guipúzcoa), que dirijo actualmente, y cuyas aguas son sulfurosas ferromanganíferas.

La escarificación lineal es también un gran remedio para combatir las formas tórpidas con engrosamiento é induración del dermis.

El tratamiento general, el mismo que el del eczema. Al efecto, conviene utilizar durante la temporada balnearia, el recurso de las aguas sulfurosas en nuestros balnearios españoles.

FORÚNCULO. — Tiene la misma patogenia que la foliculitis vestibular; es á saber: la infección de las glándulas sebáceas anejas á los pelos del vestíbulo, por el estafilococo dorado.

En cambio, clínicamente es diferente, puesto que su marcha es aguda, y su sintomatología local intensa, reclamando, por lo tanto, un rápido tratamiento enérgico, á causa de las complicaciones encefálicas que puede determinar, á veces, según Lermoyez, mortales, por la facilidad de constituir el punto de partida de trombosis sépticas que, á través de la vena facial, ganen los senos de la duramadre.

Intentaremos hacer abortar el forúnculo, en su principio, bien manteniendo durante media hora en su contacto un tapón de algodón en rama impregnado en alcohol saturado de ácido bórico, renovado á menudo, ora tocándolo con un pincel con tintura de iodo.

Si esto no fuera ya factible, haremos por calmar el dolor y adelantar la maduración del forúnculo, mediante aplicaciones húmedas continuas. Al efecto, nada mejor que la permanencia en la fosa nasal y punto enfermo, de tapones de algodón en rama impregnados en una solución á partes iguales de licor de Van Swieten y de glicerina. Si á pesar de esto persistiera el dolor, se aplicará pequeñas cataplasmas de granos de lino Lailler desleídos en agua bórica, medio que, no por ser antiguo debemos reprocharlo, pues produce una gran sedación.

Si aun así, esto no bastara, y siquiera extendiéndose la inflamación percibiéndose placas de linfangitis sobre la piel nasal, estarán indicadas las pulverizaciones de agua fenicada al $\frac{1}{2}$ por 100 dos ó tres

veces al día, y durante varias horas en cada sesión, proyectándola con un pulverizador a vapor.

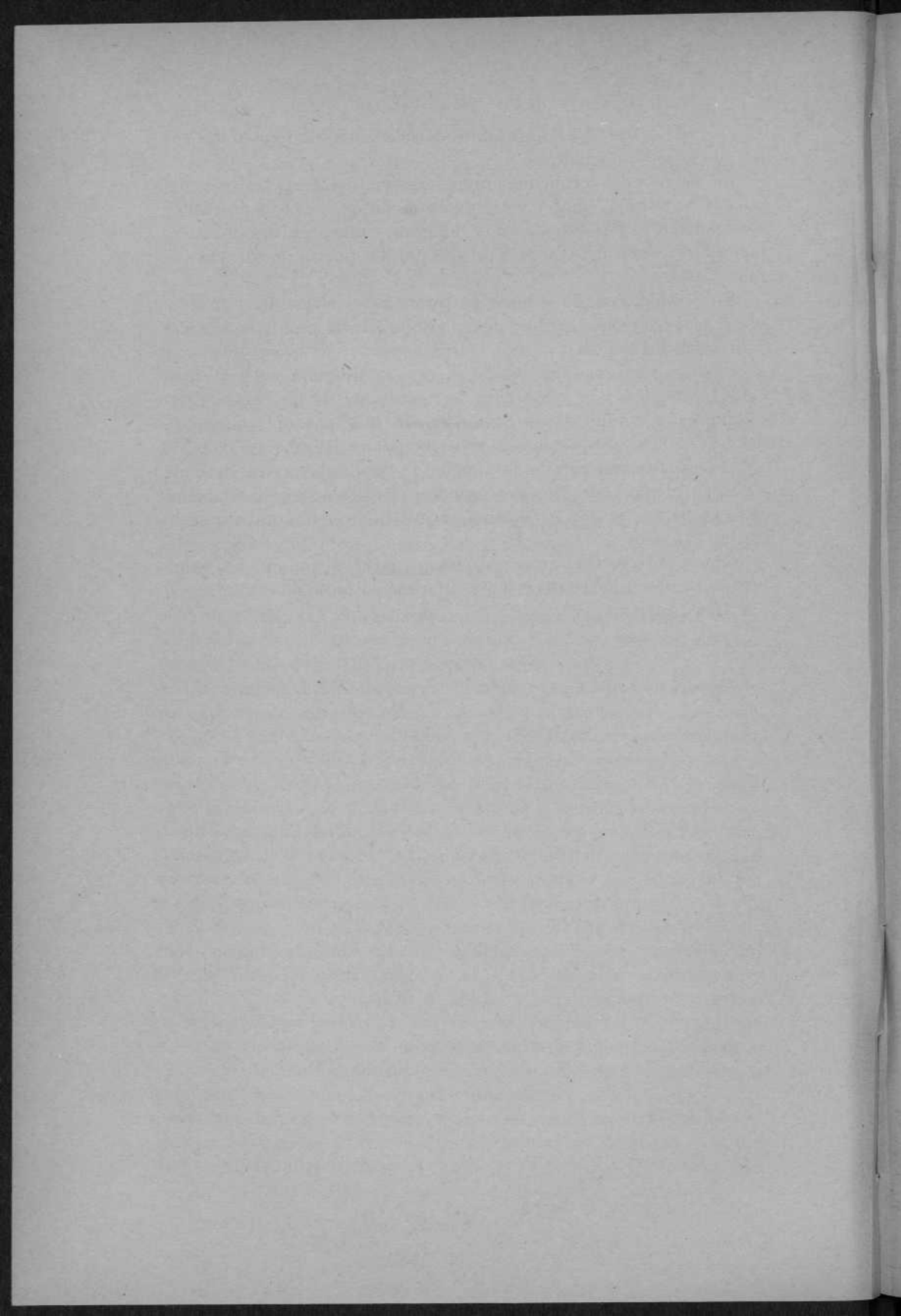
La incisión del forúnculo, aunque racional en teoría, no suele dar buenos resultados, pues practicada antes de que se haya formado y coleccionado el pus, resulta muy dolorosa, aumentan los dolores y molestias al enfermo, y abre una más amplia puerta de entrada a la infección.

En cambio, cuando se halle ya coronado el vértice del forúnculo por el pus, conviene abrirlo y desaguarlo mediante presiones laterales suaves con un estilete.

Una vez desaguado hasta de su raíz, se limpiará y desinfectará cuidadosamente, y se prevendrá la inoculación de las partes sanas tocándolas y curando toda la región con una pomada compuesta del 1 por 20 de precipitado rojo y el 1 por 10 de bálsamo del Perú.

«La *recidiva incesante* del forúnculo, no explicada por un derrame nasal purulento, debe hacernos suponer la existencia de la diabetes. Si se encuentra azúcar en la orina se instituirá el tratamiento apropiado» (Lermoyez).

Conceptúo á éste, el único caso en que puede el tratamiento general tener influencia decisiva sobre el forúnculo nasal ó vestibular. —
DR. C. COMPAIRED.



Úlceras simples y perforantes del tabique.

DEFINICIÓN. — Bajo este título se designa un proceso ulcerativo, independiente de toda diátesis general, y que tiende á la perforación del cartílago.

ETIOLOGÍA. — La definición de la lesión que acabamos de describir nos evita recordar que eliminamos en absoluto las úlceras consecutivas á la tuberculosis, al lupus y particularmente á la sífilis que, según es sabido, ataca frecuentemente á esta región. Las perforaciones sífilíticas del tabique son de tal manera comunes, que hasta estos últimos años se consideraba dicho síntoma como el estigma de una infección adquirida ó hereditaria más ó menos inveterada.

Las causas de la úlcera que nosotros estudiamos aquí son algunas veces bastante vagas; en efecto: si se la ha podido en algunos casos (Schmiegelow) achacar al traumatismo, á la acción de rascar la nariz, y, sobre todo, el tabique, con la uña más ó menos séptica, hay bastantes casos en los cuales esta causa no ha podido ser notada, y á menudo también en que la limpieza con la uña era consecutiva á la aparición del mal, ó á la presencia de cavidades en el tabique, más bien que la causa de estas últimas.

Otras veces es mucho más difícil establecer la causa de la perforación, sobre la aparición de la cual, la edad ó el sexo no parecen tener la menor influencia.

Precisa ver en el órgano de Jacobson un verdadero receptáculo de microbios (Potiquet), de donde resulta la proliferación de los microorganismos que vienen á ocasionar el proceso ulceroso; pero esta opinión tiene contra sí el hecho de que la úlcera principia frecuentemente por el centro del cartílago (Moure), en un punto relativamente lejano al orificio del canal rudimentario, llamado de Jacobson, además de que

el microbio patógeno de la afección está (si es que existe) por descubrir y por determinar (1).

De suerte que, hasta hoy, fuera de los casos en que el traumatismo por la uña ha podido establecerse, la etiología y la patogenia están todavía mal establecidas.

SÍNTOMAS. — Al principio, la afección es bastante insidiosa, porque los enfermos ignoran la existencia de una lesión cualquiera. Alguna vez, sin embargo, al sonarse un poco fuerte, expulsan pequeñas películas amarillentas, acompañadas de estrias sanguinolentas; en otros casos, es directamente con la uña ó el pañuelo como limpian estos acúmulos costrosos que ocupan uno de los lados del tabique cartilaginoso y generalmente el lado cóncavo cuando este último no es absolutamente vertical, circunstancia anatómica sumamente habitual. Á medida que el mal progresa, hácese las costras un poco más anchas, más espesas y casi cupuliformes, al mismo tiempo que toman un tinte algún tanto más bajo, casi oscuro á veces. En este momento, si la perforación no se ha producido, no está muy lejos de realizarse. Las verdaderas epistaxis son raras en el curso de la dolencia.

Al principio, si el enfermo no se ha desembarazado de la película costrosa de que acabamos de hablar, hácese constar al examen objetivo su existencia, casi siempre en medio de la porción cartilaginosa del tabique, y una vez desprendida la secreción, no es raro ver claramente que el fibro-cartilago presenta una pequeña ulceración cupuliforme, en el fondo de la cual está el pericondrio desnudo y, en un estado más avanzado, perforado ya. Hemos visto, en ciertos casos, ser la perforación bastante pequeña para dejar pasar apenas la punta de una aguja. Alrededor de este orificio patológico aparecía el fibro cartilago grisáceo, casi al desnudo, de tal modo que la mucosa estaba adelgazada y reducida á una simple película parecida á la de cebolla, en una zona que no abarcaría poco más de medio centímetro de diámetro en el sentido antero-posterior. Si la lesión continúa progresando, que es el caso habitual, esta zona blanquesina es pronto reemplazada por una pérdida de sustancia, cuyos bordes tallados á bisel son, sin embargo, muy claros. Resulta una perforación que gana así terreno progresiva, si bien lentamente en superficie, y que avanza pronto casi hasta el nivel de la parte inferior del tabique, por delante, y cerca del vómer y de la lámina perpendicular del etmoides por detrás.

De forma generalmente un poco oblonga, la *pérdida de sustancia*

(1) No se han encontrado, en efecto, más que los micro-organismos flogógenos ya conocidos (estreptococos, estafilococos), más ó menos asociados á otras bacterias vulgares á esta región.

puede medir desde 1 centímetro y medio de largo á centímetro y cuarto en su diámetro vertical.

Si la lesión principia por uno de los lados del tabique para ganar en seguida el lado opuesto, que es el caso más ordinario, no se aprecia al principio la existencia de costras y la denudación del cartílago más que examinando el lado enfermo, ofreciendo el punto opuesto el aspecto de una mucosa más ó menos sana aunque atrofiada.

Si la úlcera marcha paralelamente por los dos lados, obsérvanse alteraciones simétricas; ó las veremos alcanzar estados diferentes en su evolución, si la ulceración ha principiado desde luego por una de las caras del tabique, y por la otra más tarde.

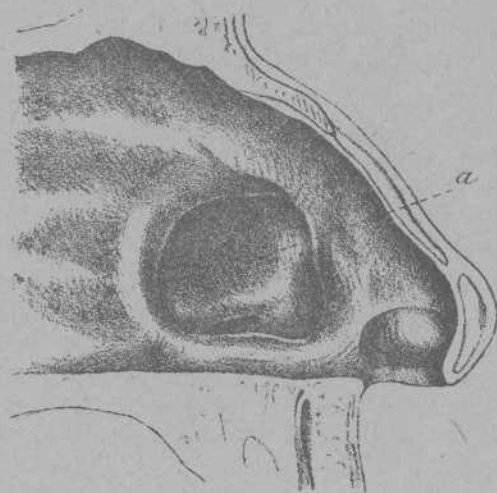


Fig. 184. — Perforación del tabique nasal en A.

Hajek, que es uno de los primeros que se han ocupado de la úlcera perforante, sostiene que la marcha progresiva del mal no es fatalmente destructora, toda vez que considera como úlceras curadas con relativa prontitud las pequeñas depresiones que ha encontrado en el tabique de algunos sujetos.

En la evolución natural de la enfermedad, el cartílago está más ó menos perforado ó destruido en su centro, pero jamás en los bordes, y el armazón óseo se conserva siempre, de suerte que dicha pérdida de sustancia no entraña, tras de sí, ninguna deformidad exterior aparente de la nariz.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Desde el punto de vista histológico, el

proceso ulcerativo que nos ocupa, ha sido generalmente considerado (Hajek, Weichselbaum, etc.), como el resultado de una necrobiosis que principia por la mucosa, para extenderse en seguida en anchura y, sobre todo, en profundidad, de manera que forme, como ha dicho el Dr. Gerhardt Marchand, en el *Tratado de Cirugía* de los Dres. Duplay y Reclus (1891), un cono truncado en su base superficial. La pérdida de sustancia será, según la mayor parte de los autores (Hajek), el resultado de una inflamación que gana en profundidad y determina una pericondritis, cuya necrosis y eliminación constituirán el último estadio.

Para el Dr. Ruault, no se trata más que de una afección especial y



FIG. 135. — Corte paralelo al tabique.

A. Borde de la úlcera perforante. — b. Tubo glandular quístico. — c. Tubos glandulares transformados en aglomeraciones epiteliales. — d. Vasos sanguíneos.

autónoma: « La úlcera perforante — dice (*Tratado de Medicina*, 1892, pág. 17) — puede aparecer en todos los casos en que, bajo una influencia cualquiera, algunos ramos sanguíneos de la mucosa que tapiza la parte media del cartilago triangular, circunscribiendo un pequeño territorio vascular de la región, vienen a romperse en condiciones determinadas. Si éstas son tales que la cohibición espontánea de la hemorragia no puede realizarse más que por una trombosis hemática, ó que durante algún tiempo quedan estas últimas incapaces de organizarse y de sufrir la transformación fibrosa, la úlcera tendrá mucha probabilidad de aparecer.»

Habitualmente son exactas estas maneras de ver, pero presentan,

sin embargo, excepciones, porque habiendo tenido ocasión de observar un caso tipo de este género en su principio, cuando la perforación era todavía filiforme, y habiendo extraído con un sacabocados toda la parte del fibro-cartilago que parecía atacado, he podido hacerla examinar histológicamente. En este caso, el Dr. Sabrazès, à quien había confiado la pieza, ha hecho constar todos los elementos de un adenocarcinoma (1). Como, según creo, es la primera vez que el examen histológico revela una alteración de tal naturaleza, la señalo aquí.

MARCHA. — DURACIÓN. — TERMINACIÓN. — La marcha de la enfermedad es esencialmente lenta, y nosotros hemos visto en algunos casos necesitar más de un año para llegar al término de su evolución. Como ya hemos tenido ocasión de decirlo, la afección tiende fatalmente à la perforación central de la lámina cuadrangular del tabique, sin que la destrucción del cartilago llegue à ser completa y determine un descenso del dorso de la nariz.

PRONÓSTICO. — El pronóstico es relativamente benigno, hasta el punto de que los enfermos poco cuidadosos de su persona ignoran à menudo la existencia de esta lesión. En cambio, constituye la desesperación de otros, que se creen atacados de cáncer y tratan por todos los medios de impedir la marcha invasora de esta úlcera.

DIAGNÓSTICO. — El diagnóstico deberá hacerse con la sífilis terciaria que, según se sabe, ocasiona à menudo la perforación del tabique; pero además de que las manifestaciones terciarias de esta diátesis invaden à menudo las porciones óseas del septum, su evolución, aunque insidiosa al principio, es, con todo, menos silenciosa que la de la úlcera simple. En la sífilis existe tumefacción bilateral, à menudo dolores, y, en todos los casos, romadizo, secreciones más ó menos abundantes, purulentas y saniosas, y en una palabra, un conjunto de signos que falta aquí por completo. Aunque relativamente lenta, la evolución de la sífilis de la nariz es mucho más rápida que la de la afección que acaba de ocuparnos.

La tuberculosis nasal ofrece la existencia característica del bacilo de Koch, caracteres demasiado claros para que nosotros discutamos aquí el diagnóstico diferencial. (Véase *Tuberculosis nasal y lupus.*)

TRATAMIENTO. — Numerosos tratamientos se han preconizado y

(1) Agregaré, como hecho importante, que el enfermo operado ha conservado, después de un año, la perforación hecha por mi sacabocados, y que los bordes estaban perfectamente cicatrizados y muy limpios.

ensayado contra la úlcera perforante; pero los resultados obtenidos han permitido reconocer escasa superioridad en tal ó cual método.

Si se asiste, al comienzo de la afección, en el periodo de la formación de esas películas costrosas superficiales y poco extendidas, obtendremos buenos resultados con los lavados boricados ó al sublimado al 1 por 5.000, templados, hechos por la mañana y por la tarde, con el algodón en rama hidrófilo impregnado en dicha solución, con una inyección impulsada despaciosamente ó también con un pulverizador. La aplicación de una pomada boricada, iodoformada ó iodurada, podrá seguir al lavado. La siguiente fórmula puede recomendarse al principio:

Clorhidrato de cocaína	0,25	gramos.
Acido salicílico	0,15	—
Acido bórico, iodo ó aristol	1,00	—
Vaselina	15,00	—

Si cuando el enfermo viene á consultarnos vemos ya la existencia de una perforación, por pequeña que sea, y rodeada dicha zona del cartilago próximo á desaparecer, se podrá intentar todavía la medicación antiséptica ó cáustica, nitrato de plata al 1 por 5 ó al 1 por 2, ácido crómico, ácido acético, galvanocauterio, etc.; por más que no sería extraño ver evolucionar la úlcera más aprisa, en lugar de obtener la buscada cicatrización.

En estos casos no vacilamos en recomendar el tratamiento quirúrgico, que consiste en levantar con una pinza de sacabocados toda la zona ya enferma del cartilago y próxima á necrosarse (véase fig. 127, pág. 148). De este modo se modifica la perforación lenta haciéndola de repente, pues á menudo, cortando en las partes sanas, se limita el mal á los puntos seccionados por la pinza. La operación es de las más sencillas, y se hace con rapidez y sin dolor, gracias á la aplicación previa de la solución de cocaína sobre la mucosa de la nariz. El tratamiento ulterior consiste en cura con la gasa boricada ó iodoformada, después lavados antisépticos, y más tarde aplicación, durante algunos días, de la pomada formulada más arriba.

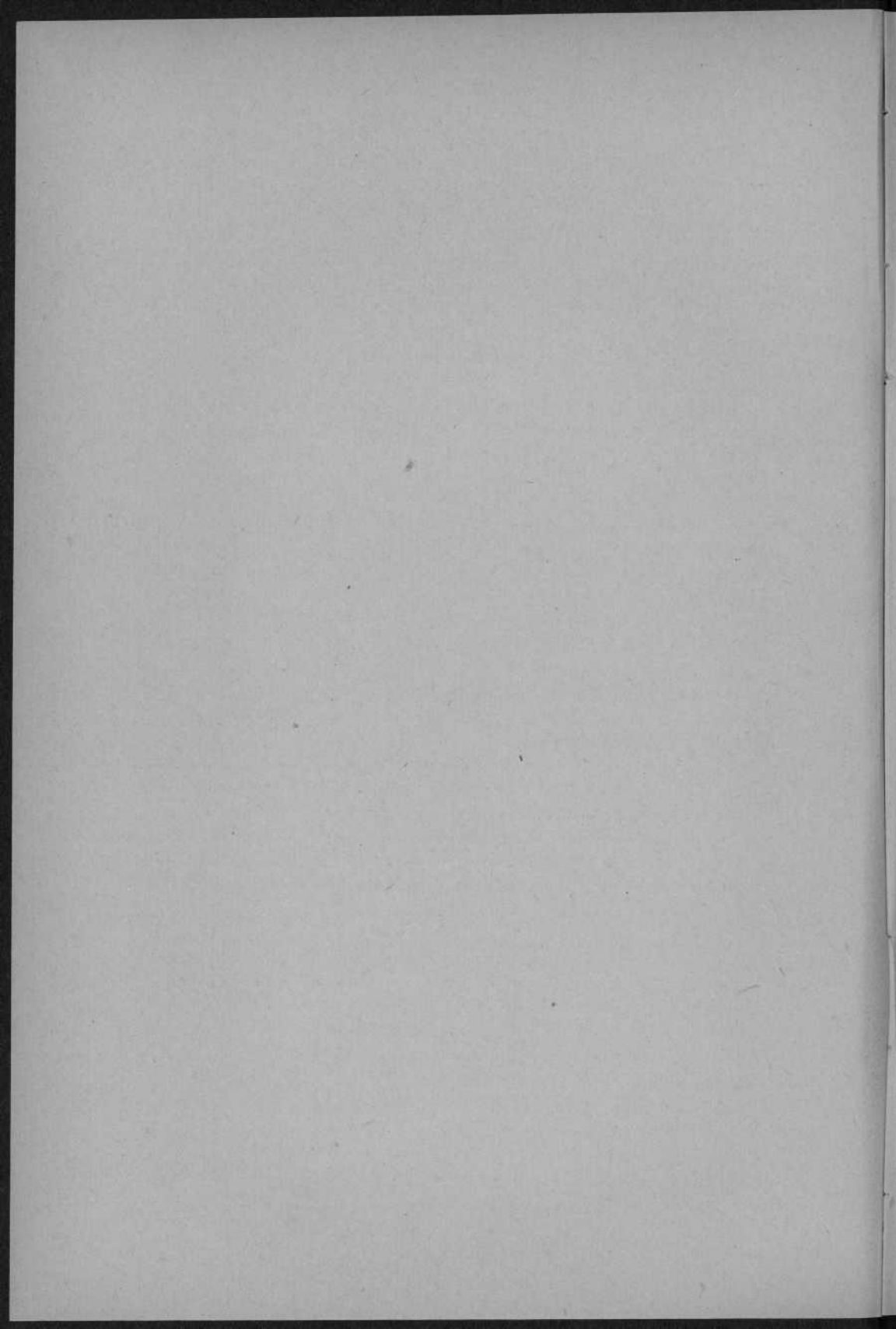
Si la perforación es grande cuando vemos al enfermo por primera vez, puédese, ó aplicar el tratamiento paliativo, lavados ó pomadas antisépticas, ó reseca con el sacabocados las partes ya atacadas; pero conociendo la evolución de la úlcera perforante, recomendamos de preferencia el tratamiento médico en los casos en que la pérdida de sustancia ha abarcado ya más de 1 centímetro de superficie.

Hajek, de Viena, es partidario de no emplear el tratamiento activo sino en el primer periodo de la evolución de la úlcera perforante, pues afirma que cura siempre esta afección mucho mejor por sí sola que empleando cauterizaciones y raspados.

También Chiari, de Viena, es igualmente abstencionista, utilizando tan sólo los toques con la glicerina iodada al 1 por 100, y el tratamiento antisifilítico al interior, á menos que vea en la ulceración y en los antecedentes del enfermo la no existencia segura de especificidad.

Por mi parte, observo asimismo que es preferible, en general, el tratamiento expectante. Basta emplear al principio la vaselina boricada al 4 por 100 para desprender las costras, y los toques con la glicerina iodada en la proporción indicada.

Si diera lugar á frecuentes epistaxis, ora por el avance de la ulceración, ya como consecuencia de un tratamiento intempestivo, y se observase una exulceración de fondo gris contorneando los bordes ó puntos próximos á la perforación, será preferible, á imitación de lo que hace Hajek, cauterizarle con un cristalito de ácido crómico.] —
DR. C. COMPAIRD.



Coriza agudo.

(Rinitis congestiva y rinitis catarral aguda.)

DEFINICIÓN. — Bajo el nombre de coriza agudo, vulgarmente llamado romadizo ó destilación de cabeza, designase la inflamación catarral de la mucosa que tapiza las fosas nasales.

Hasta el siglo XVII creyóse que el líquido seroso que se derrama por la nariz durante el curso del coriza agudo, salía de los ventrículos del cerebro. Este último se encontraba de este modo saneado, purgado, decían los antiguos, de donde el nombre de «destilación de cabeza», bajo el cual se designó antiguamente esta afección. Por lo demás, semejante denominación se ha conservado en nuestro país, no sólo por el vulgo, sino que también por buen número de prácticos. Por tal motivo ha sido considerado el estornudo como un acto saludable á la inteligencia, y que la expresión «á vuestra salud», dicha en el momento en que una persona estornuda, ha sido consagrada por la costumbre.

Schneider, en 1660, haciendo una descripción magistral de la mucosa pituitaria, demostró el error de todas esas hipótesis y permitió referir la hipersecreción nasal á su verdadera causa, es decir, á la inflamación de la mucosa que tapiza tales cavidades.

ETIOLOGÍA. — Las causas susceptibles de producir el coriza agudo son extremadamente variables, y, como en la mayor parte de las enfermedades, las unas son predisponentes y las otras ocasionales; al paso que otras veces parece desenvolverse el coriza bajo la forma epidémica, ó bien depender de estados morbosos diferentes, en cuyo caso constituye entonces el coriza sintomático.

A. *Causas predisponentes.* — Entre las causas predisponentes individuales, notaremos desde luego la tendencia marcada de ciertos sujetos á ser, más fácilmente que otros, atacados de coriza; aquí,

como en la mayor parte de las inflamaciones catarrales de otros órganos, la idiosincrasia juega un papel importante. Al decir de algunos autores, el artrismo predispondría a esta afección; los niños serían igualmente atacados de preferencia, y, finalmente, un estado nervioso muy pronunciado (Alibert), bastaría para crear la afección de toda especie.

Las causas predisponentes generales residen en las influencias climáticas y sobre todo en las estaciones, porque nadie ignora que el coriza se observa más particularmente en ciertas épocas del año, y por modo principal en las variaciones bruscas de temperatura.

La existencia de un catarro agudo de la laringe ó de la faringe predispone igualmente al coriza, por una simple propagación de la inflamación de la parte posterior de la garganta a la mucosa pituitaria. El fenómeno contrario todavía es mucho más frecuente.

B. *Causas ocasionales.* — La causa más común del coriza es, sin disputa, la acción del frío húmedo, particularmente en el momento en que el cuerpo está caliente y, con más razón, transpirando.

La simple transición del calor al frío basta para engendrar la enfermedad, mientras que otras veces es la acción más ó menos prolongada del frío húmedo sobre los pies ó sobre la cabeza, principalmente en los sujetos calvos. Todo el mundo sabe, por lo demás, la influencia de las corrientes de aire sobre la producción de la enfermedad.

En algunos casos, es la acción del calor solar la que determina la aparición del coriza, principalmente en la primavera y en el otoño y cuando los rayos del sol caen sobre la cabeza descubierta.

La inflamación de la mucosa pituitaria puede ser debida todavía a la acción de vapores ó polvos irritantes, y nos bastará, para este objeto, señalar la irritación producida por la aspiración de ciertos polvos como la ipecacuana y el tabaco, etc., y probar así la verdad de este aserto.

Algunos autores opinan que el coriza agudo es contagioso y que la transmisión puede efectuarse, bien por los pañuelos, ora por el contacto directo, durante la acción de abrazarse por ejemplo (Fränkel). El Dr. Moldenhauer admite también el contagio por las secreciones transportadas en las fosas nasales de sujetos sanos. Esto no obstante, semejante hecho no se halla bien demostrado todavía, porque los ensayos de inoculación hechos por Friedreich é Hiller no han dado ningún resultado decisivo.

C. *Epidémico.* — Las pretendidas epidemias de coriza observadas sea por los miembros de una misma familia, en el mismo cuartel ó sobre un gran número de personas, demuestran en general las causas

más habituales de la afección, y en particular de los cambios bruscos de temperatura (1).

D. *Sintomático*.—El coriza se halla á veces ligado á estados morbosos generales, de los que constituye entonces uno de los síntomas; así, no es raro observar inflamaciones de la mucosa nasal en el sarampión, la gripe, la erisipela, la escarlatina, el tifus, el muermo y la difteria. Otras veces se manifiesta el coriza como por un efecto repercusivo, por una especie de metástasis, con ocasión de la desaparición de ciertos flujos normales (menstruos, hemorroides, otorreas) (?) ó de ciertas flegmasias cutáneas (eczema, etc.).

En fin, el coriza puede sobrevenir después de la administración de ciertos medicamentos, y bastará recordar al efecto que la ingestión de ioduro de potasio ocasiona algunas veces, aunque sea á dosis mínimas (algunos centigramos), todos los síntomas del coriza agudo.

SÍNTOMAS. — A. *Generales*. — Anúnciase el coriza, al principio, por una sensación de malestar general ó, también, por algunos pequeños escalofríos. Después aparecen sensaciones de sequedad y un cosquilleo desagradable en las fosas nasales, que produce estornudos raros y luego secos, y de cada vez más y más frecuentes. Una ú otra de las fosas nasales, ó ambas á la vez, se obstruyen más ó menos completamente. están romadizadas, y el enfermo hace inútiles esfuerzos para hacer pasar el aire y desobstruir sus ventanas nasales

Unas veces hace movimientos rápidos de inspiración y de espiración, mientras que, por el contrario, otras trata de sonarse, pero casi siempre sin resultado.

Todo puede limitarse á esto y la enfermedad quedar en el periodo de invasión, lo cual sucede cuando la causa que la produjo fué ligera y enteramente pasajera. Trátase entonces de una simple congestión de la mucosa pituitaria, análoga á la que se observa en todo el árbol aéreo.

Estas rinitis congestivas, frecuentes sobre todo en los artríticos, obsérvanse también como fenómenos reflejos, correspondiendo entonces á dicha categoría las congestiones de la pituitaria de origen gastro intestinal ó genital, sobre las que el Dr. Joal ha llamado particularmente la atención. Se las observa en la mujer en el momento ó durante el pe-

(1) Todos los autores señalan la epidemia de coriza que sufrió el ejército francés en Andalucía, pero, como lo ha hecho notar Anglada, después de haber soportado las fatigas de un calor pesado y un tiempo seco, las tropas fueron sorprendidas por lluvias abundantes, que bastaron evidentemente para determinar la afección en un gran número de soldados al mismo tiempo, sin que por eso se tratase de una verdadera epidemia.

ríodo catamenial, y en ambos sexos, pero particularmente en el hombre, después del coito ó la masturbación. Nosotros hemos visto, en algunos casos, acompañarse los actos genésicos de verdaderas series de estornudos espasmódicos.

À veces son estas congestiones bastante intensas para llegar hasta la hemorragia. El Dr. Joal, en su trabajo sobre la materia, cita numerosas observaciones que ponen esta relación de los órganos genitales y del tejido eréctil de la nariz, en perfecta evidencia.

Si, pasando los límites de la simple hiperhemia activa y pasajera, continúa la afección progresando, vese entonces sobrevenir una especie de enfermedad general, algo de fiebre, de cansancio y cefalalgia frontal.

À la sequedad y picor del principio sucede una sensación de ardor que determina con más frecuencia los estornudos, los cuales à su vez se hacen más húmedos.

El olfato disminuye de una manera notable, estando alguna vez totalmente abolido, y con tal motivo el gusto se encuentra completamente alterado. El timbre de la voz se modifica asimismo, según la intensidad de la flegmasia, toma el sonido nasal que todo el mundo conoce, y el enfermo «habla por la nariz» como se dice vulgarmente.

Al mismo tiempo se establece una secreción de líquido seroso, acre, alcalino, que produce la erosión del orificio de las ventanas de la nariz y à menudo del labio superior. Esta secreción, siempre abundante, degenera algunas veces en un verdadero flujo que fuerza al enfermo à sonarse constantemente, sin que pueda llegar à agotar semejante derrame de serosidad casi continuo. No es raro que, en este período de la enfermedad, sobrevengan epistaxis, en general poco abundantes.

Un hecho digno de ser notado, sin embargo, es la supresión casi completa de la secreción durante el sueño, hasta el punto de que el enfermo pasa à menudo la noche entera sin experimentar la necesidad de sonarse. No es raro también que, durante el sueño, la ventana de la nariz opuesta à aquella sobre la cual está acostado el enfermo, se mantenga libre, para ser obstruida à su vez cuando se vuelva el enfermo al lado opuesto. En este caso, es probable que la inflamación de la mucosa sea producida por la dilatación vascular submucosa (Kohlransch), y que la sangre afluya sobre el punto más declive en virtud de las leyes de la gravedad.

Si en lugar de estar limitada la inflamación à las fosas nasales, se extiende à las cavidades, se ve entonces aparecer una serie de síntomas en relación con los puntos más particularmente atacados.

Efectivamente: si es la mucosa del canal nasal la que se encuentra inflamada, el lagrimeo y un cierto grado de sensibilidad de la conjuntiva vienen à agregarse à los síntomas precedentemente descritos; si están atacados los senos frontales, los enfermos se quejan de una cefa-

lalgia supraorbitaria, gravativa, que la acción de sonarse y los estornudos aumentan notablemente. Cuando la mucosa de los senos maxilares está tumefacta, es una especie de plenitud, de pesadez de la cara lo que los enfermos acusan (1).

En fin, si la flegmasia carga sobre las fosas nasales posteriores, y particularmente sobre la mucosa que recubre los orificios de las trompas, son trastornos de la audición, zumbidos (en general ruido de viento en las hojas, de mariscos, del mar, etc.) y una sensación de plenitud (autofonia) desagradable, los que dominan la escena.

Después de veinticuatro á cuarenta y ocho horas, el derrame seroso deja lugar á una secreción mucosa más y más espesa, que después se vuelve casi moco-purulenta, alguna vez estriada de sangre, y que el enfermo arroja difícilmente al exterior. El romadizo disminuye, las fosas nasales se desobstruyen poco a poco, viéndose libres la una después de la otra, el olfato y el gusto se restablecen y todo entra en orden transcurridos seis ú ocho días, y algunas veces después de un tiempo más largo, sobre todo cuando han sido atacadas las cavidades accesorias.

B. *Síntomas locales.* — Si se examinan las fosas nasales durante la evolución de un coriza agudo, se ve al principio simplemente un color rojo vivo, sequedad, y tumefacción de la mucosa que tapiza esta cavidad. El cornete inferior, en general fuertemente tumefacto, llega á ponerse en contacto con el suelo y el tabique de la nariz.

Luego que la secreción se establece, la hinchazón persiste, pero la mucosa, en lugar de estar roja, aparece, por el contrario, pálida, descolorida y recubierta de secreción líquida en el primer periodo, y moco-purulenta un poco más tarde. En este último caso, es al nivel de los meatos inferiores donde se depositan los productos segregados.

Un poco más tarde, hacia el fin de la evolución del periodo agudo, tórnase la pituitaria más seca y hasta más ó menos roja, sin que la hinchazón quede tan pronunciada como al principio. Este mismo aspecto de la mucosa persiste, sin embargo, durante todo el curso de la afección, á excepción de la sequedad, que es reemplazada por la secreción, de la cual encuéntrase indicios en las cavidades de la nariz, y cuyos caracteres varían con los periodos de la enfermedad. Si las fosas nasales posteriores están igualmente atacadas, el espejo rinoscópico

(1) Todas estas sensaciones son evidentemente el resultado de la tumefacción de la mucosa que recubre los orificios de los senos, dando por resultado esta tumefacción impedir las secreciones que se vierten al exterior y, por consecuencia, favorecer su acumulación en dichas cavidades, en donde llegan á ejercer una presión dolorosa sobre las paredes y los nervios de la mucosa. Este hecho explica también los dolores neurálgicos que acusan sobre el trayecto de una ó más ramas de los nervios oftálmicos, maxilares, etc., ciertos sujetos atacados de coriza.

permite ver claramente la tumefacción y el color rojo de esta parte de la pituitaria, que aparece, sin embargo, como al principio, menos lisa, menos roja y también de un rojo menos vivo que la parte anterior de los cornetes. Sólo la faringe se halla vivamente inyectada, encontrando los orificios de las trompas de Eustaquio, igualmente abotagados, bermejos y recubriendo mucosidades viscosas y adherentes á sus paredes.

MARCHA. — DURACIÓN. — TERMINACIÓN. — Hemos dicho que la duración de un coriza agudo rara vez excede de seis ú ocho días, pero puede prolongarse más cuando han estado inflamadas las cavidades accesorias de la nariz. Por otra parte, no es menos raro ver sobrevenir recrudescencias que retardan la evolución de la enfermedad y no permiten asignarla un término exacto y limitado.

Es preciso no olvidar demasiado que si la curación espontánea es la terminación habitual del coriza, la afección también puede pasar al estado crónico, sobre todo cuando los ataques del mal lo han sido repetidas veces.

DIAGNÓSTICO. — El diagnóstico de la rinitis catarral aguda idiopática es demasiado fácil, para que haya necesidad de insistir en este punto. Sólo los corizas sintomáticos que acompañan, ó más bien, los que preceden á las enfermedades eruptivas, podrían confundirse con la afección que acabamos de describir.

En efecto: el coriza constituye uno de los prodromos casi obligados de la fiebre rubeólica, pero va acompañado de un movimiento febril, de conjuntivitis, de tos, y poco después, de la erupción de síntomas, cuya aparición casi simultánea no puede permitir una prolongada duda.

En la escarlatina existe al mismo tiempo una angina característica de la afección, acompañada de un estado febril general muy claro.

En la viruela no aparece apenas hasta el momento de la erupción, es decir, que tampoco cabe mantener la duda. En la gripe, la inflamación de la mucosa nasal forma uno de los elementos constitutivos de la afección, y con el Dr. Brochin (*Diccionario de ciencias médicas*), estoy dispuesto á sostener que los casos de coriza epidémico, señalados por algunos autores, podrían muy bien ser epidemias de gripe con predominio de la fluxión en la mucosa nasal.

Finalmente, no hablaré, más que para recordarlas, de las inflamaciones producidas por la acción de vapores ó polvos irritantes, ó de ciertos agentes tóxicos (fósforo, arsénico, bicromato de potasa, etc.); el conocimiento de la causa que ha producido la afección, la marcha y

los síntomas muy claros de esta última, no permiten dudar largo tiempo sobre la naturaleza de la flegmasía (1).

COMPLICACIONES. — Las complicaciones más habituales del coriza agudo, fuera de las neuralgias que pueden resultar de la compresión de los filetes nerviosos, principalmente en los senos, son, preferentemente, inflamaciones de vecindad. Manifiéstanse, ora por parte del canal nasal, á través del cual pueden ganar el saco lagrimal y producir la inflamación de este último (dacriocistitis), bien hacia atrás, por el lado del orificio de las trompas de Eustaquio y, por el intermedio de estos conductos, hacia el oído medio, afección de la que es fácil reconocer la existencia y que conviene tratar en tiempo útil por los medios apropiados. Estos disturbios auriculares son más particularmente frecuentes en las formas epidémicas de coriza. Lo hemos observado bastante á menudo en el curso de la influenza de 1889 y 1891.

En fin, sábase por todo el mundo que la flegmasía nasal se propaga muy á menudo á la faringe y, después, de aquí á la laringe y á las primeras vías aéreas.

PRONÓSTICO. — El pronóstico es, como ha podido juzgarse por lo que precede, de los más benignos, puesto que la curación espontánea es la regla. Precisa todavía no olvidar que la rinitis catarral deja en general la mucosa muy susceptible, y que no es raro ver reproducirse la afección bajo la influencia de la menor cosa. Además, algunos ataques de coriza crean, sin duda ninguna, una disposición especial á la formación de pólipos, ó de inflamación crónica de las cavidades nasales y, en particular, de las cavidades accesorias.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Comprenderáse fácilmente que la anatomía patológica tiene poco que enseñarnos. No se encuentran apenas sino lesiones superficiales y muy pasajeras, propias á todas las mucosas afectas de flegmasía catarral. En la secreción se ha encontrado: células epiteliales más ó menos alteradas, corpúsculos sanguíneos, glóbulos de pus, polvos diversos y micrococos que Hueten considera como la causa real del coriza.

En cuanto á saber si la inflamación descansa simplemente sobre la mucosa respiratoria de la mucosa de la nariz, como parecen creerlo algunos autores, ó sobre la región olfatoria, la cuestión es difícil de resolver, y parece más natural admitir que, en general, toda la pitui-

(1) Hanse dado casos (Peter) en los que los dolores frontales eran tan intensos, que hacían pensar en la existencia de una inflamación cerebral: pero basta estar prevenido con este hecho, raro por lo demás, para evitar semejante causa de error.

taria participa de la inflamación, tanto más cuanto que, á menudo, la mucosa de las cavidades accesorias de la nariz se encuentra á su vez comprendida en el proceso inflamatorio.

TRATAMIENTO. — La mayor parte de las veces se cura el coriza por sí mismo, y el médico no es consultado por el enfermo, que se contenta con tomar algunas precauciones higiénicas, estar abrigado, untarse la raíz de la nariz con cuerpos grasos y meterse en el lecho por la tarde.

En algunos casos raros, sin embargo, la afección ataca con una intensidad tal, ó se reproduce tan frecuentemente, que se hace necesario un tratamiento más activo.

Los medios de que dispone la Terapéutica son de dos clases: los unos abortivos, los otros curativos, ó á lo menos, calmantes.

Cuando una persona que ha estado expuesta á las diversas causas que pueden favorecer la explosión de un coriza, principia á sentir los primeros síntomas de la afección (romadizo, estornudos, cefalalgia, abatimiento, etc.), deberá *inmediatamente*, para hacer abortar el mal, aplicarse derivativos á las extremidades ó detrás de la nuca, tomar pediluvios muy calientes y fuertemente sinapizados, beber una infusión caliente y diaforética (borraja, saúco, etc.), acostarse en seguida y favorecer la transpiración cutánea. Mas, como lo ha hecho notar el Dr. Brochin con justa razón, cuán pocas personas quieren atenerse al uso de estos medios, bien sencillos, sin embargo. Algunas veces, un baño de vapor, tomado según todas las reglas del arte, basta también para detener el mal en su principio.

Un medio sumamente sencillo, y que da á menudo muy buenos resultados, es el embadurnamiento ó la pulverización sobre la mucosa nasal hecha con una solución de clorhidrato de cocaína (solución al 1 por 10), cuyo empleo tiene por objeto facilitar inmediatamente la respiración por la nariz, reduciendo la mucosa tumefacta á su volumen normal. Si por uno ú otro motivo no se pudiese emplear este medio, se aconsejará el uso del polvo siguiente, el cual se puede continuar igualmente durante la evolución del coriza, para disminuir el romadizo, tan penoso en el enfermo:

Clorhidrato de cocaína.....	0,25 á 0,50 gramos.
— de morfina.....	0,05 —
Subnitrato de bismuto pulverizado.....	} m̄ 5,00 —
Azúcar pulverizado.....	

En tomas por las narices de cuando en cuando

Si todos los pequeños medios que acabo de señalar no han sido empleados desde la invasión del coriza, éste seguirá en lo sucesivo su curso y deberá limitarse á atenuar su intensidad. Se podrá, en parte,

recurrir á los medios anteriormente indicados. Fumigaciones emolientes hechas con la raíz de malvabisco y algunas cabezas de adormideras, ó con plantas aromáticas (tomillo, romero, etc.), podrán calmar la sensación de plenitud experimentada por el enfermo. Unturas sobre la nariz y el labio superior con cuerpos grasos (poinada de cohombro, caracol, cerato, aceite laudanizado), pediluvios calientes salados ó sinapizados, disminuir la alimentación, algunos laxantes, en caso de necesidad, son poco más ó menos los medios que disminuirán el movimiento fluxionario de la mucosa nasal y producirán algún alivio al enfermo.

Juntamente con el conjunto de precauciones que acabo de mencionar, ó á continuación, podrá recomendarse al enfermo la aspiración de polvos absorbentes inertes, empleados solos ó con sustancias más activas:

Clorhidrato de morfina	0,05 gramos.
Mentol pulverizado	2,00 —
Azúcar cande pulverizado	10,00 —

Para aspirarlos, cinco ó seis veces al día.

Otros autores recomiendan hacer inhalar á los enfermos vapores fénico-amoniacaes.

Ácido fénico	} añ 5 gramos.
Amoniaco	
Alcohol puro	20 —
Agua	15 —

Para respirar los vapores dos ó tres veces al día.

Finalmente, hacia la terminación de la enfermedad, si la secreción que se ha hecho más espesa persiste más allá de los límites habituales, convendrá prescribir al enfermo irrigaciones nasales (ducha de Weber) hechas con agua tibia adicionada de bicarbonato de sosa, sal marina, borato de sosa ó clorato de potasa (una cucharada de café de estas diferentes sales por medio litro de agua templada), según los casos, y por tanto tiempo como necesite la enfermedad.

Sobre todo deberá seguirse este método de tratamiento cuando la inflamación haya atacado las fosas nasales posteriores y se teman complicaciones auriculares.

Es bueno saber asimismo que la ducha nasal no debe ser empleada durante el periodo agudo del coriza, porque en este momento tiene el inconveniente de ser más ó menos dolorosa y de aumentar la inflamación en vez de calmarla.

Conviene repetir, para terminar, que en la gran mayoría de los casos el coriza agudo ordinario no reclama ningún cuidado especial, porque se cura perfectamente solo.

[Politzer, de Viena, recomienda para hacer abortar el coriza agudo

el tratamiento general por los sudoríficos, prefiriendo un baño general de vapor.

Schrötter ordena limpiar bien las fosas nasales mediante un lavado con una solución de cloruro de sodio al 1 por 100 para hacer después sorber por ellas la mezcla siguiente:

Bicloruro de mercurio.....	0,02 gramos.
Agua destilada.....	150,00 —
Láudano líquido de Sydenham.....	x gotas.
Agua de laurel-cerezo.....	x —

Mézclese.

En cambio, Politzer da como tratamiento local los toques con una solución de clorhidrato de cocaína al 1 por 10, que es lo que yo empleo con resultado.

Unna aconseja un método abortivo que á Grossmänn da excelentes éxitos, y que consiste en hacer una sola pulverización intranasal con la siguiente mezcla:

Ictiol.....	0,50 gramos.
Éter.....	} añ 50,00 —
Alcohol.....	

También el tan popular remedio alemán de Brandt se emplea en Viena, aunque modificando su fórmula de este modo:

Ácido fénico puro.....	} añ 5 gramos.
Amoniaco líquido.....	
Alcohol á 90°.....	10 —
Agua destilada.....	15 —

Mézclese.

Para aspirar sus vapores á menudo, vertiendo 10 gotas en un cucurucho de papel ó en una esponjita que se coloca á la entrada de las fosas nasales.

Como calmante del eretismo, hace Politzer insuflar de vez en cuando por ambas fosas nasales un centigramo de polvo de clorhidrato de morfina.

Con igual fin, aconseja Urbantschitsch los sorbitorios nasales de la siguiente solución morfina:

Clorhidrato de morfina.....	0,10 á 0,80 gramos.
Agua destilada.....	100,00 —

Mézclese.

Esta solución debe emplearse templada, y tan sólo una cucharada de las de café cada vez. Proscribe en absoluto los lavados intranasales durante la agudicidad del coriza, por lo expuestos que son á producir complicaciones otíticas.

Como el clorhidrato de cocaína tiene la doble acción isquemiente y analgésica, no es extraño se haya recurrido á él con tanta profusión

para combatir el coriza agudo, ora utilizándolo en forma de polvos, bien en soluciones, etc.

La fórmula de Schnitzler la encuentro preferible á todas:

Clorhidrato de cocaína.....	0,20 gramos.
Café tostado pulverizado.....	} añ 5,00 —
Azúcar blanco pulverizado.....	

Mézclese.

Entre los *polvos abortivos*, Lermoyez recomienda de preferencia los siguientes:

Clorhidrato de cocaína.....	0,50 gramos.
Mentol.....	0,30 —
Salol.....	5,00 —
Ácido bórico.....	15,00 —

Mézclese. Perfíricense todo lo posible.

Para tomar en forma de rapé, todas las horas.

Á cada toma de estos polvos sucede un derrame mucoso nasal, después del cual sobreviene un gran alivio.

Para restablecer momentáneamente la permeabilidad nasal, nada mejor que las pulverizaciones intranasales con una solución templada de clorhidrato de cocaína al 1 por 100, repetidas cada dos ó tres horas.

También puede incorporarse la cocaína á un polvo ligeramente antiséptico, pero á condición de que no sea irritante.

Al efecto, es buena la siguiente mezcla:

Clorhidrato de cocaína.....	0,50 gramos.
Mentol.....	0,25 —
Salicilato de bismuto.....	} añ 5,00 —
Azúcar de leche.....	

Mézclese.

Sin embargo, sucede á menudo que la obstrucción nasal impide aspirar estos polvos.

Cuando haya temor de una intoxicación cocaínica, conviene prescribir el aceite mentolado al 1 por 20, el cual será proyectado en el interior de las fosas nasales mediante un pulverizador especial. (Véanse las figuras 105 y 106, páginas 48 y 49 de este tomo.)

Calmaremos las neuralgias del trigémino que acompañan con tanta frecuencia al coriza agudo, así como la infección general traducida por escalofríos, calor, etc., haciendo tomar al enfermo, entre comida y comida, un sello que contenga:

Clorhidrato de quinina.....	0,20 gramos.
Antipirina.....	0,50 —

Mézclese.

Prevendremos el eritema de las ventanas nasales producido por el contacto de las secreciones nasales, engrasándolas, así como el labio superior, con la vaselina boricada.

La electricidad ha dado buenos resultados á Urbantschitsch, empleando una corriente indicada bastante fuerte, y aplicando los dos electrodos sobre las alas de la nariz. Emplea unas cuantas sesiones, de cinco minutos de duración. Zaufal, partidario también de la electrización, aplica directamente los reóforos sobre la mucosa nasal.] — DOCTOR C. COMPAIRD.

Coriza agudo infantil.

La inflamación de la mucosa pituitaria presenta en los recién nacidos una sintomatología, una marcha y un pronóstico diferentes de aquellos que se observan en el adulto, á causa de las circunstancias particulares que la imprime la edad del sujeto, por lo cual merece ser descrita separadamente.

ETIOLOGÍA. — Como en los adultos, las causas más frecuentes del coriza en el recién nacido son los enfriamientos, bien porque se le viste de una manera insuficiente, que no sea cuidado con limpieza y permanezca largo tiempo bañado en sus pañales húmedos, sea que, por coquetería, las madres se apresuren á quitar las gorras á sus hijos (Depaul).

Los cambios bruscos de temperatura, la acción del sol ó del fuego sobre la cabeza, son causas frecuentes de coriza. Algunos autores (Bouchut, E. J. Moure) opinan que el coriza se observa más particularmente en los niños de padres escrofulosos. En fin, la afección puede desenvolverse asimismo por propagación desde la conjuntiva á la mucosa de la nariz (Depaul), siendo intermediaria la del canal nasal inflamado.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Para comprender la gravedad que puede ofrecer en la primera infancia una afección, en apariencia tan benigna, conviene tener presente en la memoria los detalles anatómicos de las fosas nasales de los niños recién nacidos.

En este período de la vida, la cara está mucho menos desenvuelta que el cráneo, sobre todo en los diámetros verticales y antero-posteriores; las células etmoidales no existen todavía; los senos frontales, esfeno-idales y maxilares están apenas bosquejados, son rudimentarios, pero ya dibujados, y la bóveda palatina y el velo del paladar son más horizontales que en el adulto.

Los meatos son muy estrechos (Keth y Lorent); la parte posterior de

las fosas nasales está asimismo notablemente disminuída, por la dirección vertical de la faringe y el relieve bastante considerable que hacen en la parte superior de este conducto los músculos prevertebrales.

Á más, como lo han hecho notar ya Billard y Kussmaul, la nariz es órgano de respiración del recién nacido.

En el estado sano y durante el sueño, la boca del niño queda cerrada generalmente y su lengua viene á pegarse sobre la bóveda palatina; en algunos casos, la boca está entreabierta y la lengua simplemente en contacto con el paladar; finalmente, más raramente aún (13 veces sobre 328, Fränkel), la boca queda enteramente abierta y la lengua libre, aplicada en parte sobre el suelo de la boca; pero, de todos modos, *siempre* se verifica la respiración exclusivamente por la nariz.

Sabido que las fosas nasales son tanto más estrechas cuanto más joven es el niño; concíbese, por lo tanto, que la menor causa susceptible de producir un infarto, aunque ligero, de la mucosa pituitaria, tendrá por consecuencia que obligar al niño á respirar por la boca, lo cual será difícil durante el sueño, y, sobre todo, en el acto de lactar. Tendrá entonces el niño que aprender á respirar por la cavidad bucal (Metzlers y Donders), lo que no se hace, ni tan aprisa, ni tan fácilmente como pudiera suponerse á primera vista.

En cuanto á las lesiones de la mucosa, son como las de las demás inflamaciones catarrales; color rojo, tumefacción, etc. Billard, citado por Depaul, dice haber observado un coriza con formación de concreción fibrinosa en la superficie de la mucosa roja, viva, espesa y friable.

Pueden también encontrarse lesiones de asfixia, de bronquitis ú otras afecciones secundarias concomitantes.

SÍNTOMAS. — El coriza puede presentar una intensidad extremadamente variable, desde un simple romadizo apenas apreciable, hasta uno de esos disturbios graves y algunas veces mortales. No es raro ver la enfermedad anunciarse por un ligero movimiento febril, acompañado pronto de estornudos, cuya repetición es más ó menos frecuente. Este fenómeno va seguido de la expulsión de moco fluido, transparente al principio, tenaz y puriforme más tarde, el que se concreta en las ventanas de la nariz bajo la forma de costras que obstruyen dichos orificios, sin determinar, sin embargo, esas excoiraciones y esa tumefacción tan frecuentes en el adulto.

Muy á menudo, la mucosa de la faringe, de la laringe, de la tráquea y aun la de los bronquios, es atacada igualmente, viniendo á agregarse sus síntomas á los del coriza.

Los desórdenes que dominan la escena son los de la respiración, en los casos bien determinados. Mientras que el niño, en estado de salud, respira tranquilamente y sin hacer ruido, aquel en que la mucosa pi-

pituitaria está inflamada y tumefacta, hace, al contrario, oír un silbido y una especie de ronquido debido á la presencia de mucosidades que el aire trata de desaljar. Si la enfermedad es violenta, la respiración se efectúa entonces por la boca, lo cual comunica al recién nacido una fisonomía especial y distinta por completo de la acostumbrada. Este malestar respiratorio no existe sin tener influencia sobre el sueño del niño, que se revela muy á menudo por no poderse acostumbrar á respirar por la boca.

Otras veces, obsérvanse verdaderos trastornos asfícticos, debidos, ya á la retracción de la lengua hacia atrás que viene á impedir el acceso del aire á la laringe, por un mecanismo de válvula (Bouchut), bien á la congestión pulmonar resultante de la insuficiente entrada del aire en las vías aéreas (Kussmaul). Sin embargo, creo que el acceso de asfixia, muy análogo al espasmo de la glotis, encontrará acaso una explicación más natural, ora en la presencia de una inflamación catarral de la mucosa laríngea, ora en la excitación de esta última por las mucosidades que se escurren de las fosas nasales posteriores, y vendrán á irritar el orificio de la laringe. El decúbito dorsal favorecería este derrame de la secreción, que no puede encontrar una salida por las vías anteriores obstruidas. En algunos casos, sólo la inspiración se hace por la boca y la expiración por la nariz, de tal suerte, que se perciben dos ruidos perfectamente distintos, muy fáciles de comprobar. Á esta serie de trastornos expiratorios ruidosos, les han dado los ingleses el nombre de *snuffle* (West).

Si el infarto de la mucosa es poco considerable, el niño puede todavía tomar el pecho respirando con fuerza, pero con todo se fatiga bastante pronto y se nutre mal. Con más razón, cuando las fosas nasales están obstruidas por completo, sea por la tumefacción de la pituitaria, sea por la acumulación de secreciones en las cavidades de la nariz, ofrece el acto de lactar una considerable dificultad. Vense entonces esa ansiedad respiratoria y esas sofocaciones que impelen al niño á rechazar el pecho.

Así es que, según la expresión de Billard (citado por Depaul), « el recién nacido, encontrándose incesantemente combatido por la sensación del hambre y por la imposibilidad de satisfacerla, cae pronto extenuado de fatiga, de dolor y de inanición, y no tarda en perecer antes de llegar á un avanzado marasmo. »

Cuando los síntomas han tomado tan considerable intensidad, no puede conjurarse el peligro más que alimentando al niño con la cuchara, práctica á menudo difícil de realizar, á causa de la sequedad de la boca y de la faringe, que hacen, en ciertos casos, imposible la deglución. Puedense todavía observar trastornos nerviosos, como abatimiento, postración, y, algunas veces, convulsiones.

MARCHA. — **DURACIÓN.** — **TERMINACIÓN.** — La enfermedad dura casi como en el adulto, de seis á quince días, terminándose, en general, por la curación.

PRONÓSTICO. — Depende, sobre todo, de la intensidad de la inflamación y de su duración más ó menos larga. En suma, la muerte es muy rara, pero puede ser la consecuencia de esta afección, y Billard la ha visto sobrevenir en tres ó cuatro días.

COMPLICACIONES. — Las complicaciones más habituales del coriza en los recién nacidos son las inflamaciones, sea de la conjuntiva, sea más á menudo del árbol aéreo, y las bronquitis ó bronco-neumonías que se revelan por sus signos habituales. No vamos á hablar en este sitio de la inflamación de las cavidades accesorias de la nariz, porque hemos dicho al principio de este capítulo que eran todavía rudimentarias en esta edad.

DIAGNÓSTICO. — Es, en general, fácil, y todo lo más podrá pensarse en un vicio de conformación (atresia de las fosas nasales) ó en una afección sífilítica que sería fácil de reconocer, lo primero por la ausencia de síntomas generales, la marcha y el principio de la enfermedad, y lo segundo por la aparición de signos característicos de los que el coriza no es más que uno de sus elementos.

TRATAMIENTO. — El tratamiento será, sobre todo, sintomático y consistirá, desde luego, en alimentar bien al niño. Mientras que la respiración por la nariz sea posible, se le dejará tomar el pecho y, si los síntomas de asfixia aparecen formidables, si el niño no puede respirar por la nariz, se recurrirá á la alimentación por la cuchara. Se podrá también, si hay necesidad, practicar el cateterismo esofágico (Kussmaul) y alimentar al recién nacido por este medio, con 80 ó 100 gramos de leche tibia inyectada cada dos horas, hasta el día en que se restablezca la respiración por la nariz.

Sería preferible alimentar al recién nacido por la nariz, según el método recomendado por el Dr. R. St-Philippe.

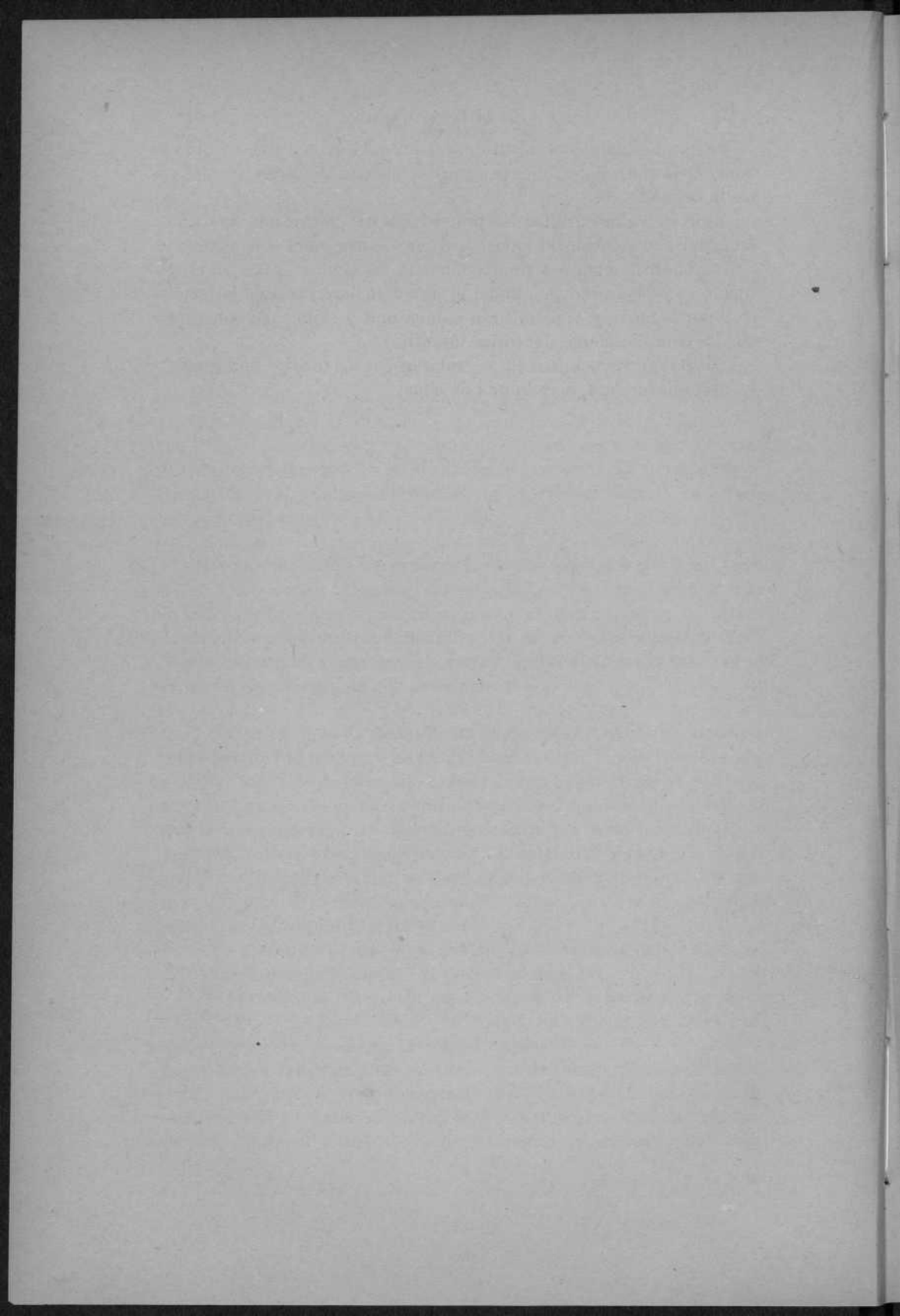
Se lavarán con frecuencia las ventanas de la nariz con agua de malvabisco ó de linaza tibia, haciendo asimismo, si hay necesidad, algunas inyecciones en las cavidades nasales.

Se podrá también ensayar el empleo de fumigaciones aromáticas practicadas tres ó cuatro veces al día, durante algunos minutos cada vez. Ciertos autores han recomendado introducir en las ventanas de la nariz un tubo de plata de 5 centímetros de longitud y 3 milímetros de calibre.

Se harán igualmente unturas en la entrada de la nariz, ó sobre el dorso de la misma, con cuerpos grasos (manteca de cacao, cerato, pomada boricada, etc.).

Aquí se podrán utilizar las propiedades del clorhidrato de cocaína empleado en solución al 1 por 15, ó más concentrada si es necesario. Un embadurnamiento ó una instilación de algunas gotas en el momento en que el niño va á tomar el pecho, le harán posible la respiración por la nariz, y le permitirán alimentarse y evitar, por consecuencia, las complicaciones del coriza infantil.

Si estas últimas aparecen, se tratarán por los medios habituales y según la naturaleza de cada una de ellas.



Coriza agudo periódico.

(Fiebre del heno, « Hay-fever ».)

DEFINICIÓN. — Designase bajo el nombre de coriza periódico, generalmente llamado fiebre del heno, una inflamación aguda de la mucosa pituitaria, que sobreviene periódicamente, bien en el otoño, ora en la primavera.

ETIOLOGÍA. — A. *Causas predisponentes.* — Juegan en primer término en esta afección un papel preponderante, y pueden ser extremadamente variadas. Así es que precisa admitir una especie de predisposición innata del sujeto, una idiosincrasia absolutamente averiguada, que favorece por modo singular el desenvolvimiento de este coriza.

Que esta predisposición sea la consecuencia de una constitución anormal de los capilares de la mucosa, ó de una sensibilidad exagerada de esta última, la cuestión es difícil de resolver. Pero es muy cierto que son algunas personas solamente las atacadas de tan caprichosa enfermedad, jugando papel como causas predisponentes el temperamento, la educación, la manera de vivir y las ocupaciones del enfermo, su edad y su sexo.

Raza. — Hasta los últimos años pensábase que los americanos y los ingleses eran poco más ó menos los únicos que podían sufrir el *hay-fever*, mientras que los pueblos del Norte de Europa (Suecia, Noruega y Dinamarca), los alemanes, los rusos, los italianos, los españoles y los franceses serían muy raramente atacados. Según algunos autores, la enfermedad sería también más rara en el Norte de Inglaterra (Escocia) que en el Sur, mientras que en América existe casi en todo el Continente. Además, la influencia de la raza sería todavía más manifiesta en los casos de emigración. Así es que los alemanes (Jacob) y los franceses (Chauveau) que viven en América, se hallarían siempre al abrigo de esta enfermedad. Igualmente habíase negado, hasta estos

últimos tiempos, la existencia del coriza periódico en el negro; pero desde las investigaciones de John Mackenzie hase establecido que la mencionada última raza no está más al abrigo que las otras. El doctor Moldenhauer, por su parte, afirma que la raza germánica está más á menudo atacada de lo que se habia supuesto en otro tiempo. Puede asegurarse que en Francia está la afección distante de ser rara, y hoy, que es mejor conocida de los prácticos y de los enfermos, hay ocasión de observarla más frecuentemente. El *hay-fever* es, pues, una enfermedad de todos los países, y la distinción hecha entre tal y cual raza, pareceme debe quitarse de la etiología de la afección.

Sexo. — El masculino parecería más á menudo atacado, puesto que Phœbus, Wyman y Beard cuentan sobre 433 casos, sólo 142 mujeres, ó sea un tercio; pero, además de que dicha estadística estaba basada sobre cartas circulares, á las que las mujeres probablemente no habian quizá podido responder, es cierto que, si fué exacta en aquella época, fué confeccionada en un tiempo en que la enfermedad era poco ó mal conocida. Por nuestra parte, y según nuestra experiencia, no osariamos hacer jugar al sexo una influencia muy considerable sobre la aparición de la enfermedad.

Temperamento. — *Posición.* — Obsérvase este coriza, sobre todo, en los individuos nerviosos y, en particular, en las personas acomodadas y acostumbradas á cierto bienestar. Así es que, al igual de la gota, el coriza periódico parece ser la enfermedad de los ricos, y muy rara, por no decir desconocida, en las salas de los hospitales. El habitante de las ciudades es más á menudo atacado que el labrador, que vive al aire libre en el campo.

Herencia. — Muy difícil es explicar cómo obra la herencia en tales casos; pero está perfectamente demostrado, que ciertas generaciones han sido sucesivamente atacadas de coriza periódico, y que la enfermedad es realmente hereditaria; quizá se trate de una disposición especial de la membrana pituitaria, cuya conformación se transmita de generación en generación, abriendo así la puerta á esta inflamación particular de la membrana de Schneider. El hecho es difícil de establecer; pero nosotros hemos tenido distintas ocasiones de hacer constar la aparición del *hay-fever* en los miembros de una misma familia, y en la que el padre ó la madre habían presentado en otro tiempo desórdenes de la misma naturaleza.

Edad. — La fiebre del heno es de la dependencia del adolescente y del adulto; frecuente de los quince á los cuarenta años, es más rara antes y después de esta edad. Se la observa, sin embargo, en los niños, y si Morell-Mackenzie dice haber tratado enfermos de dos á tres años, podemos afirmar igualmente nosotros haber encontrado la enfermedad en niños de siete á diez años. Algunas veces la hemos visto aparecer

en las doncellas en el momento de establecerse las reglas. En todos estos casos, los niños presentaban una predisposición marcada á las inflamaciones catarrales de la pituitaria. El *hay-fever* es ciertamente más raro desde los cuarenta á cuarenta y cinco años, y casi excepcional en la vejez, al menos según nuestra experiencia actual.

En fin, algunos autores (Daly, Roé, Hack) opinan que la existencia de una inflamación crónica de la mucosa de las fosas nasales crea una causa predisponente, con la que es preciso contar en la etiología y en el tratamiento del coriza periódico.

B. *Causas ocasionales.* — Si se ha acusado al calor, á la luz y á las sustancias pulverulentas en general, de determinar la explosión de la fiebre del heno, preciso es confesar que todos los autores están de acuerdo en admitir la influencia muy claramente ejercida por el polen de ciertas gramíneas, en su desenvolvimiento. En efecto: la aparición regular de este coriza en ciertas épocas fijas del año, en la primavera y en el otoño, en Francia, sobre todo en la primavera (desde el 15 de Abril á fin de Mayo), es decir, en la época de la floración de las plantas, cuyo polen produce más fácilmente que el de las otras la aparición de esta enfermedad, es un argumento serio en favor de esta opinión (1).

El hecho de que los enfermos ven aparecer ó aumentar considerablemente sus crisis con ocasión de un viaje al campo, ó en el camino de hierro, es además un argumento poderoso en favor de la influencia del polvo, y en particular del polen, sobre la membrana de Schneider.

Es preciso recordar que la trituración de algunas sustancias medicamentosas, de la ipecacuana por ejemplo, determina una especie de hipersecreción nasal y tráqueo-laríngea, acompañada, á veces, de un poco de disnea, verdadero asma ó fiebre, enteramente comparable á la afección que nos ocupa.

PATOGENIA.— Si bien se halla casi completamente demostrado que el polen de ciertas plantas y de algunas gramíneas particularmente, ocasiona esta enfermedad (Barckley), está lejos de establecerse la manera de cómo obran semejantes corpúsculos. Trátase de una neurosis (Béard), de una simple irritación de la mucosa de la nariz que determina la dilatación de los vasos y la exudación que es la consecuencia, ó bien es preciso suponer con el Dr. John Mackenzie, que existe una zona especial, cuya atrofia ó la destrucción completa harían cesar la aparición del *hay-fever*. En este caso el polen ó toda otra causa irritante (pólvora, vapores, polvos, etc.), debería, al excitar esta zona (parte posterior del cornete inferior), provocar la aparición de la crisis.

(1) El olor de ciertas rosas producirá en algunas personas los síntomas del "hay-fever", y, por este motivo, algunos autores han dado á esta afección el nombre de "coriza de las rosas", para indicar su origen.

Sin admitir la existencia de una zona muy determinada, llévanos á creer nuestra experiencia que la pituitaria de algunos enfermos es extremadamente sensible á la acción de los agentes exteriores. Así es como la aspiración de ciertos polvos, licopodio, ipecacuana, pimienta, etcétera, etc., produce, en algunos, estornudos, romadizo y lagrimeo, en una palabra, toda la serie de fenómenos que caracterizan el *hay-fever*. Fácil es comprender que, en esta clase de enfermos predispuestos, el polen de las gramíneas ó de ciertas plantas olorosas puede determinar la aparición del coriza agudo especial, cuya periodicidad encuentra desde luego una explicación del todo natural, en la floración anual ó bianual de las plantas productoras del mal.

Semejante susceptibilidad especial de las mucosas nasales, hereditaria ó adquirida por consecuencia de las inflamaciones crónicas de la región (Daly), ó por otra causa cualquiera, explicaría la existencia de esos corizas sobreagudos, verdaderas fiebres larvadas del heno, que aparecen en una época cualquiera del año, cuando el individuo se aventura en un medio pulverulento, y, por consiguiente, susceptible de irritar el tejido eréctil de su pituitaria.

Desde luego, la expresión coriza periódico se aplicaría á los sujetos influenciados en la primavera ó en el otoño por la floración de las gramíneas, mientras que en otros la afección podrá sobrevenir durante el curso del año, en el momento de la penetración en la nariz de polvos ó vapores irritantes (Frousseau, Moure). Entonces sería una verdadera irritación de la pituitaria, con ó sin participación por parte del aparato pulmonar, como nosotros describiremos más adelante. (Véase *Neurosis reflejas*.)

SÍNTOMAS.—Como quiera que sea, la enfermedad puede presentarse bajo dos formas bastante diferentes, como son, el tipo catarral y el tipo asmático.

A. *Tipo catarral*.—La afección principia casi súbitamente por los síntomas del coriza agudo, es decir, por un cosquilleo y picazón desagradables en las fosas nasales, estornudos rápidamente húmedos, y después, un romadizo pronunciado. Pronto aparece una hipersecreción acuosa sumamente abundante, verdadera rinorrea serosa, acompañada de lagrimeo, enrojecimiento de la conjuntiva, y á menudo también dolores neurálgicos más ó menos intensos, irradiándose éstos hacia la región frontal ó hacia la nuca. Á menudo existe un movimiento febril, que puede ser extremadamente variable en intensidad, según los sujetos, pero que nunca resulta muy pronunciado. Estos diversos síntomas revisten un carácter enteramente intermitente, quedando los enfermos completamente tranquilos en el intervalo de los accesos.

Son tanto más violentos, cuanto las personas atacadas viven más ó menos en el campo. Lo mismo vemos ocurrir, por regla general, al reaparecer los accesos, muy violentos entonces, si las personas atacadas cometen la imprudencia de ir al campo, ó sea de exponerse más directamente á la causa probable de su coriza.

Después de haber durado por espacio de muchos días, y de renovarse á intervalos variables, concluyen las crisis por desaparecer como habían venido, ó sea casi de repente, sin haber dejado de su paso vestigio alguno.

B. *Tipo asmático.*—Es, en cierto modo, un grado más pronunciado del coriza periódico, porque á los precedentes síntomas viene á juntarse todavía una hipersecreción de la mucosa tráqueo-bronquial, que determina una especie de dispnea permanente, del todo comparable á la del asma, aunque menos intensa. Produciéndose estos accesos sobre todo durante el día, y mientras el enfermo está expuesto á la acción irritante del polen. Cuando el enfermo va al campo, los accesos afectan asimismo esta forma, en la que es llevada al *summum* la obstrucción de las fosas nasales, y donde el árbol aéreo, casi por completo, sufre la influencia nociva é irritante de los agentes que producen la afección.

El examen de las fosas nasales revelará las lesiones que caracterizan el primer período del coriza agudo, es decir, la palidez y la hinchazón de la membrana pituitaria, que ocupan, sobre todo, las partes ricas en tejido eréctil, es á saber, los cornetes inferiores y la porción antero-inferior del tabique. La tumefacción se marca, á menudo, hasta el punto de borrar los meatos y de hacer la respiración por la nariz imposible en absoluto, obligando á los enfermos á permanecer en su habitación.

La fiebre es ordinariamente nula ó de muy corta duración, en los casos más graves.

En general, la opresión desaparece tan pronto como apareció, y basta algunas veces un cambio de tiempo, la presentación de la lluvia, etcétera, para hacer cesar todos los síntomas desagradables. Esta cesación de los desórdenes respiratorios en los días de lluvia, abogará á favor del origen polénico de la afección, y la mayor parte de los enfermos saben que en los años en que la primavera es lluviosa, su ataque periódico es muy ligero.

DIAGNÓSTICO.—El primer ataque de la enfermedad podrá, quizá, en algunos casos, confundirse con el coriza agudo, pero la marcha esencialmente intermitente del *hay-fever*, lo repentino del acceso, la abundancia, á menudo extrema, de la secreción acuosa, serán elemen-

tos que permitirán muy pronto evitar un error, por otra parte poco perjudicial al enfermo.

Para el tipo asmático, la aparición del acceso durante el día, la concomitancia casi cierta del coriza y del lagrimeo, la agravación de la dispnea ó su aparición cuando el enfermo quiera ir al campo, en fin, el modo de principiar, su vuelta periódica en ciertas épocas del año, y su marcha, no permitirán confundirlo con el asma verdadero.

PRONÓSTICO.—Es absolutamente favorable, porque, una vez terminada la floración de las gramíneas, los síntomas desaparecen ó se atenúan casi por sí mismos. En algunos enfermos, tales ataques crean una predisposición marcada á las inflamaciones ó á las congestiones pasajeras de la pituitaria, y muchas veces hemos visto la afección principiar á fin de Febrero ó Marzo, para no desaparecer más que en Agosto, con alternativas de mejoría y agravación. Además, es preciso añadir que estos ataques casi fijos y anuales de coriza, no dejan de fatigar notablemente á los enfermos y de atormentarlos demasiado, obligándoles á no salir de la habitación, durante muchos días, ó durante muchas semanas.

TRATAMIENTO.—El primer tratamiento deberá ser profiláctico, es decir, que cada paciente, conociendo poco más ó menos la época en que aparece su coriza, deberá abstenerse, tanto cuanto sea posible, de ir al campo ó al aire libre. Un viaje por mar, durante este periodo, será evidentemente el mejor procedimiento para evitar los ataques del mal. Por desgracia, este medio no está al alcance de todos, y muy á menudo el coriza previsto se declara con todo su cortejo habitual de síntomas, antes que se haya cuidado de emplear un tratamiento paliativo ó curativo.

Algunos autores han aconsejado taponar las ventanas de la nariz con algodón en rama para impedir la entrada del polen, y otros emplean los polvos astringentes ó antiespasmódicos (asafétida, belladona, valerianato de zinc), que el enfermo aspira por las fosas nasales muchas veces durante el día.

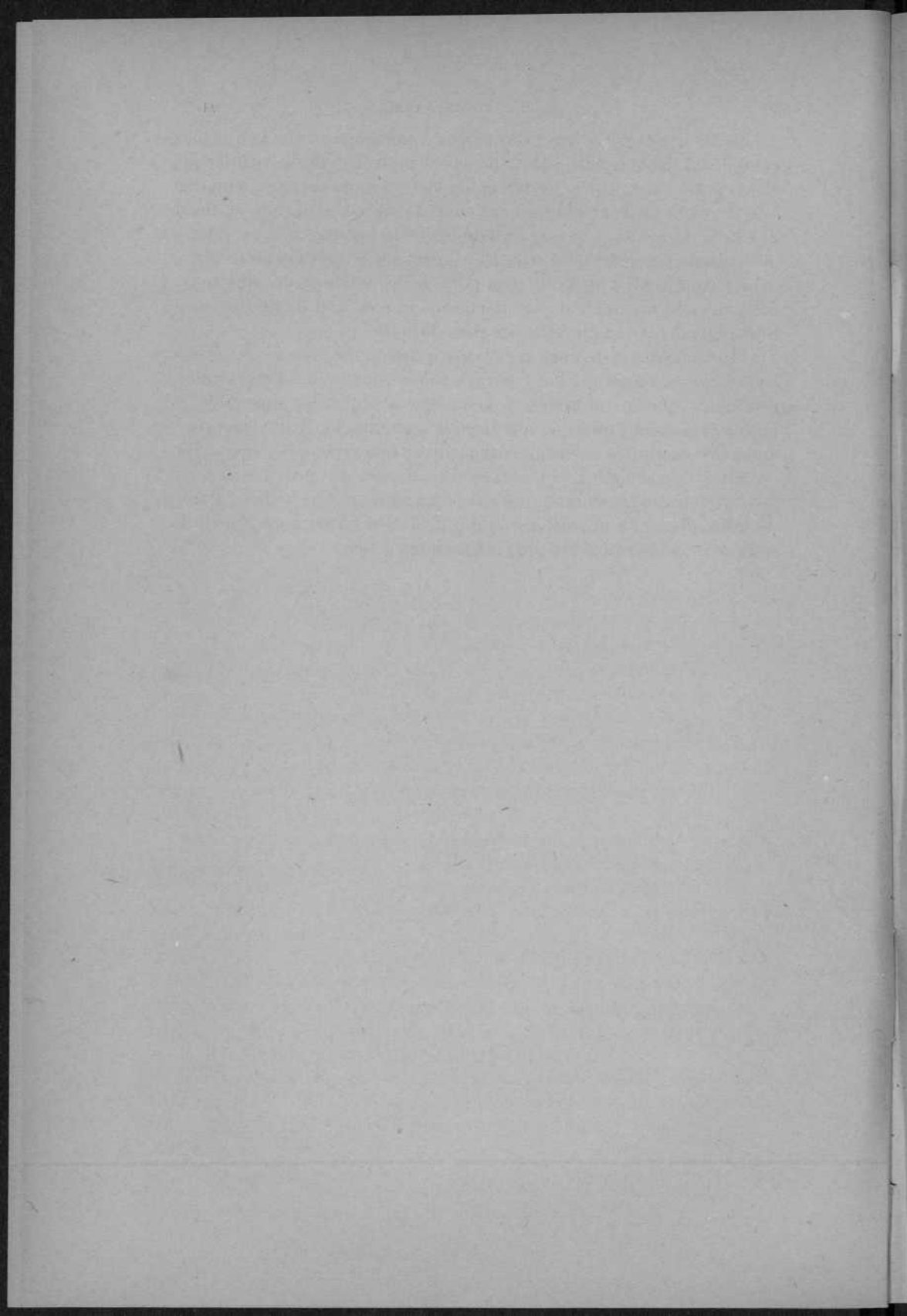
El sulfato de quinina y el clorhidrato de cocaína han dado también buenos resultados. Pero conviene advertir que, si el coriza se ha establecido, el mejor tratamiento consistirá en las fumigaciones, los purgantes salinos ligeros, en una palabra, los diversos medios de que ya hemos hablado á propósito del coriza agudo.

Morell-Mackenzie aconseja, al principio, el empleo de los tónicos, y algunos días antes del acceso, el empleo de unas pildoras que contengan 5 centigramos de valerianato de zinc y 12 centigramos de asafétida.

En los casos que se haya comprobado una dilatación más ó menos notable del tejido eréctil, habrá derecho á destruirlo por las cauterizaciones galvánicas. El Dr. Natier, en un trabajo sobre el tratamiento del *hay-fever*, ha mencionado cierto número de hechos, abogando en favor de este tratamiento, que nos ha dado algunos resultados favorables y que anima á emplearlo. En estos casos, para ser eficaz la cauterización, debe ser profunda y destruir toda la zona del tejido eréctil que se tumefacta en el momento de la crisis, zona que es fácil de limitar, examinando al enfermo durante este período.

Un hecho digno de notarse es la poca acción de la cocaína, puesta en solución concentrada (al 1 por 5), sobre estos tejidos turgescientes, resultando que la retracción y la anestesia obtenidas son entonces poco más ó menos nulas, lo que hace la cauterización tanto más desagradable cuanto los enfermos se encuentran más nerviosos y enervados.

En el tipo asmático, si los accesos de dispnea son muy pronunciados, se podrá recomendar el uso del papel nitrado, quemado en la habitación del enfermo, los cigarrillos de *datura stramonium*, y toda la serie de antiespasmódicos empleados en estos casos.



Hidrorrea nasal.

DEFINICIÓN.—Designase así una afección de las fosas nasales, caracterizada por una hipersecreción acuosa y abundante de la pituitaria.

ETIOLOGÍA.—Según la misma definición, es fácil ver que la hidrorrea ofrece ciertas relaciones con el coriza periódico (*hay-fever*) que acabamos de describir, distinguiéndose, sin embargo, por la ausencia de periodicidad, por la duración de la crisis, habitualmente más corta, por las circunstancias en que aparece, y, finalmente, por la existencia de lesiones especiales, muy claras y persistentes, de la mucosa de la nariz.

El Dr. Bosworth, el único que en su tratado de *Enfermedades de la nariz* dedica un capítulo á la hidrorrea, hace observar, desde luego, que esta afección es muy rara, porque las observaciones alegadas, dice, son todavía poco numerosas. Esta escasez de hechos tiene, ciertamente, según mi opinión, visos de que el mencionado coriza se ha confundido á menudo con la rinitis espasmódica, y que los autores no publican los casos encontrados en la práctica. Según mi experiencia personal, considero que esta afección es menos rara que lo que Bosworth cree.

Las causas de la hidrorrea aparecen todavía mal definidas; pero es cierto que la afección se observa habitualmente en los adultos, bastante á menudo en las mujeres, y en los hombres nerviosos. El artrismo, invocado para explicar la aparición del coriza espasmódico, no me ha parecido tener una influencia muy clara sobre la explosión de esta enfermedad.

La secreción se produce con ocasión de toda causa susceptible de irritar ó de congestionar la mucosa pituitaria, de un cambio brusco de temperatura, paso del calor al frío, y recíprocamente, el enfriamiento de una parte del cuerpo (1). La aspiración de vapores ó de polvos irri-

(1) Bastante á menudo hemos visto á los enfermos tener su secreción por la mañana al despertar, como consecuencia de tener el brazo ó el pie desnudos fuera de la cama.

tantes, olores un poco fuertes, un trabajo intelectual ó absorbente prolongado, que exija la inclinación de la cabeza hacia adelante (costureras, planchadoras, etc.), tales son las causas susceptibles de hacer aparecer la crisis.

La patogenia de la hidrorrea es mucho más difícil de establecer. El Dr. Bosworth cree que, en algunos casos, la lesión esencial consiste en la supresión de la función del trigémino, la cual ejerce una acción moderadora sobre la secreción de la pituitaria, resultando una pérdida de la sensibilidad táctil de esta última. Cuando el trigémino está intacto y la mucosa muy sensible, opina este autor, con razón, que la lesión debe caer sobre el sistema simpático central ó periférico.

¿Es preciso considerar la existencia de pólipos mucosos del antro ó cueva de Higmoro (Paget), ó de las fosas nasales, á menudo observados en estos casos, como la causa posible de la hidrorrea, ó como consecuencia de esta última? Confieso, con el Dr. Bosworth, que me inclino hacia la última manera de ver, por parecerme la más conforme á la clínica y á lo que yo he observado.

La presencia de quistes en las cavidades accesorias (células etmoidales, senos frontales, esfenoidales, etc.), que inclinan su contenido hacia las cavidades nasales, podrán explicar algunas rinorreas acuosas abundantes.

Finalmente, el Dr. Tillaux ha creído poder atribuir la existencia del derrame seroso á una fractura de la lámina cribosa, consecutiva al arrancamiento de un pólipo mucoso. He aquí una verdadera excepción, que sólo nos limitamos á señalar.

SÍNTOMAS.—Los síntomas funcionales son generalmente poco marcados, sobre todo cuando aparecen las primeras crisis, consistiendo indiferentemente en cefalalgia frontal ó supraorbitaria más ó menos intensa, en verdaderas crisis de estornudos prontamente seguidos de un derrame por una ú otra, ó, lo más á menudo, por las dos ventanas de la nariz, de un líquido claro, límpido, seroso, y semejante por completo al agua. Es el mismo derrame que se ha observado durante el período agudo del coriza. Tales son, poco más ó menos, los síntomas que el enfermo presenta. En algunos casos, sin embargo, y con ocasión de una de las causas indicadas más arriba, el derrame se establece solo, sin ser precedido de ningún otro síntoma premonitorio.

La secreción aparece, generalmente, durante el día; pero se la ha visto presentarse por la noche durante el sueño (Rees), y, según la posición de la cabeza, caer sobre la almohoda ó en la garganta del enfermo.

La cantidad del líquido segregado es en extremo variable, tanto que el derrame dura, en algunos casos ligeros, ó al principio, algunos

minutos solamente, persistiendo otras veces durante muchas horas, y llegando el enfermo á arrojar cantidades considerables de secreción.

El número de crisis no es constante, pues así como algunas veces pueden aparecer todos los días y muchas veces por día, en cambio, otras dejan al enfermo muchos días y meses sin repetir, sobre todo cuando la afección está en su primer período. En estos casos, ofrece una analogía marcada con la fiebre del heno.

Si se examinan las fosas nasales al principio, podrá verse que no existe lesión alguna apreciable, estando la hidrorrea bajo la dependencia absoluta de un desorden vaso-motor pasajero; pero, cuando la enfermedad ha durado algún tiempo, se observa siempre un cierto número de modificaciones de la pituitaria, sobre las cuales es bueno insistir. Existe, desde luego, una hinchazón hipertrófica de la mucosa que recubre los cornetes inferiores y medios, hinchazón que ocasiona un romadizo más ó menos marcado, según los momentos, pero siempre apreciable. La cocaína tiene muy poca acción sobre estos tejidos, y no los reduce más que parcialmente, bajo la influencia de la vasoconstricción que produce. La coloración de la mucosa así degenerada, en lugar de aparecer roja y más ó menos turgesciente, está, por el contrario, pálida ó de un amarillo grisáceo, como abolsada ó irregular en su superficie. Muy á menudo, se ve en el meato medio la existencia de alguna degeneración mixomatosa, pólipo mucoso, muy blando, muy pálido, poco vascular, y á menudo sesil sobre el punto en que está implantado. En algunos enfermos, la hiperestesia de la pituitaria es excesiva, y el menor toque produce una verdadera erección de la mucosa del cornete inferior principalmente, mientras que, en otros, la sensibilidad se halla disminuída.

MARCHA.—DURACIÓN.—PRONÓSTICO.—Lo que acabamos de decir nos dispensa de insistir sobre la marcha esencialmente crónica, pero variable, de la hidrorrea. Susceptible de modificarse bajo la influencia de ciertas causas, parece en alguna ocasión desaparecer al influjo de una perturbación general (supresión de las reglas, embarazo, lactancia, menopausia, en la mujer; ataque de gota ó de reumatismo, en el hombre), para reaparecer en seguida á la menor ocasión. En general, una vez bien establecida la enfermedad, no cede mucho sin una medicación activa.

El pronóstico varía con la causa que la ha producido, con su intensidad y la influencia de los ataques.

DIAGNÓSTICO.—La hidrorrea podrá confundirse, al principio, con el coriza periódico, con el que ofrece, por lo demás, analogías tales como la abundancia extrema de la secreción; pero la falta de reacción

general (fiebre, tos, bronquitis espasmódica), serán los únicos signos que permitirán establecer la diferencia entre estos dos estados patológicos.

En el período de estado, el diagnóstico es más fácil, porque además de la persistencia del derrame seroso, abundante, encontraránse en la hidrorrea crónica, lesiones de la pituitaria sobre las que acabamos de insistir, lesiones que no existen en el coriza vaso-motor (fiebre del heno).

TRATAMIENTO.— En los comienzos, podrá limitarse á tratar los accesos, y encontrarán aquí su indicación los diferentes procedimientos recomendados ya, á propósito del coriza periódico. Al efecto, las fumigaciones aromáticas, las pulverizaciones locales de cocaína (clorhidrato ó fenato) en solución al 1 por 15 ó al 1 por 10, se emplearán sucesivamente, sea en el intervalo, sea durante la crisis.

Cuando se haya constituido el período de estado, y por medio del examen objetivo se haya hecho constar la existencia de una tumefacción crónica de la pituitaria, no se vacilará en destruir por medio del galvanocauterio el tejido eréctil de los cornetes y, bien entendido, en suprimir los pólipos ú otras degeneraciones de la mucosa, cuya existencia hayamos reconocido. De este modo harése posible la respiración por la nariz, se evitará la aparición de las crisis y se llegará á disminuir mucho, y á menudo también á hacer desaparecer la hidrorrea. Solamente en los casos en que la hipersecreción venga de las cavidades accesorias, de las células etmoidales, ó, con más razón, de la cavidad craneana, ó también de una alteración de los tejidos nerviosos, será cuando el tratamiento local no proporcionará los resultados que se esperen; mas en estos casos, apresurémonos á decirlo, el examen objetivo no revelará la existencia de ninguna lesión pituitaria.

Podrá ensayarse la electricidad, bajo la forma de corrientes inducidas ó continuas, ligeras. Es el tratamiento realmente eficaz de la rinorrea, según lo hemos hecho constar en estos últimos años.

Coriza fibrinoso.

(Pseudo-membranoso, crupal.)

DEFINICIÓN. — Con el nombre de coriza fibrinoso designase una inflamación local subaguda de la pituitaria, que se recubre de falsas membranas que no tienen ninguna tendencia á generalizarse.

Como el primer caso de coriza pseudo-membranoso consignado en los anales de la ciencia data de 1882 (Schüller), puede decirse que la primera descripción completa de esta enfermedad hízola el doctor V. Raulin en 1890, quien publicó un buen trabajo de conjunto sobre esta dolencia (1), reuniendo los casos diseminados para sacar de ellos deducciones clínicas. Desde esta época, los hechos de esta especie hanse multiplicado hasta el punto de que hoy, estando la rinitis fibrinosa perfectamente conocida, merece figurar en los tratados clásicos.

ETIOLOGÍA. — Distinguiremos dos especies de rinitis fibrinosas (Raulin, Seifert): la una, primitiva ó idiopática, y la otra, secundaria.

Entre las causas del *coriza primitivo*, citaremos la influencia de la edad. Efectivamente, en los niños hase observado bastante á menudo, pudiendo, no obstante, encontrarla también en los adultos. La influencia del sexo y de las estaciones no nos parecen todavía bastante demostradas para que las tengamos en cuenta. Frecuentemente, la etiología es oscura, y toda causa susceptible de provocar la aparición de un coriza agudo simple, producirá, en un sujeto predispuesto, la del coriza fibrinoso. Generalmente, la enfermedad es esporádica (Bischofswerder), habiéndola visto alguna vez atacar á los miembros de una misma familia (Moldenhauer, Chapin).

(1) Este trabajo fué continuación de una de mis lecciones sobre esta materia, lección que el Dr. V. Raulin, mi ayudante de clínica entonces, recogió.

Cuanto al contagio posible de la afección, no está establecido todavía, porque si, por una parte, Hartmann ha observado un caso que quedó aislado en una casa-pensión de señoritas donde, como ha dicho Raulin, los medios de contagio son, sin embargo, fáciles, por otra parte, Seifert ha producido por inoculación secreciones fibrinosas en niños atacados de coriza con eczema en las ventanas de la nariz, ó después de cauterizar la mucosa con el ácido tricloracético, una vez había caído la escara.

El coriza pseudo-membranoso secundario se observa con frecuencia después de las operaciones ó de cauterizaciones hechas en la pituitaria. Particularmente después de las cauterizaciones galvánicas del cornete inferior, es cuando se encuentran depósitos membranosos espesos, verdaderas costras lardáceas que, una vez arrancadas, se reproducen con rapidez. Esto no tiene nada de extraordinario, puesto que se observan á menudo en las mucosas de la boca, de la parte posterior de la garganta, y aun en la laringe, después de las mismas cauterizaciones. Limitarémos á señalar la existencia de este coriza, sin dedicarle una descripción particular.

En fin, las formas secundarias consecutivas á la bronquitis pseudo-membranosa (Seifert), ó á una repercusión de una enfermedad cutánea sobre la membrana de Schneider, ó á otra cualquiera causa, están mal conocidas por falta de documentos.

SINTOMAS. — En la forma primitiva, márcase, por lo general, el principio por una sensación de malestar ó accesos variables de fiebre. Pronto aparecen los fenómenos locales caracterizados, sobre todo, por un derrame mucoso y por un romadizo intenso uni ó bilateral, según la extensión de la lesión; no siendo raro ver sobrevenir entonces cefalalgia frontal, en cuyo caso constituye el periodo congestivo del principio de la afección, asemejándose desde todos los puntos de vista al coriza agudo ordinario, porque la pituitaria está simplemente roja y tumefacta.

Pronto se acentúan los síntomas funcionales y la respiración nasal se hace enteramente imposible. Por esta causa, la garganta se seca; la secreción, más abundante, se vuelve moco-purulenta almidonando el pañuelo, al que comunica un ligero olor insípido; se escurre por el labio superior, al que excoria, irritando también las ventanas de la nariz, que están rojas, erosionadas y recubiertas de costras amarillentas. Poco tiempo después, el enfermo (niño ó adulto), al sonarse, expulsa, con las secreciones, verdaderas membranas que, en algunos casos, preséntanse con exagerada abundancia; sin embargo, la expulsión de estas membranas es mucho menos frecuente que en el coriza diftérico verdadero.

En este período de la enfermedad, los fenómenos generales se calman comúnmente, no existiendo ingurgitación ganglionar.

EXAMEN. — Examinando las fosas nasales, vese con claridad que la pituitaria está recubierta de una materia pseudo-membranosa de un gris amarillento, que se amolda a las cavidades de la nariz, en particular a la zona respiratoria. De espesor variable, oscila entre 1 y 5 á 6 milímetros, ocupando algunas veces toda la longitud de las fosas nasales (5 á 6 centímetros), mientras que, en otros casos, se limita al tercio anterior de estas cavidades.

Difíciles de arrancar, según el período de su evolución en el cual se les observa, dejan debajo de ellas la mucosa roja, erosionada, sangrando fácilmente y tumefacta; no respondiendo, como ya lo ha dicho Potter, a la acción constrictiva de la cocaína. Una vez levantados los exudados fibrinosos, reproducense con gran facilidad, y adquieren á menudo, en veinticuatro horas, el espesor y las dimensiones de la vispera.

Habitualmente, la enfermedad queda absolutamente acantonada en las fosas nasales propiamente dichas, sin atacar la faringe nasal y la parte posterior de la garganta. Conviene advertir, con todo, que no deja de tener excepciones esta regla, puesto que yo he podido encontrar en algunos enfermos, pequeños islotes de exudados adherentes en la faringe y en los pilares posteriores.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Conforme a las investigaciones bacteriológicas de Maggiore y de Gradenigo, el *stafilococcus pyogenes aureus* sería el germen infeccioso que ocasiona el exudado pseudo-membranoso; pero, por otra parte, las de Seifert y de Lieven, su ayudante, parecen probar que ese agente no es el sólo culpable, y que otras bacterias pueden ser incriminadas.

La estructura histológica de las pseudo-membranas es análoga a la de la difteria; pero difieren esencialmente desde el punto de vista bacteriológico, porque no se ha hecho constar la presencia del bacilo de Löffler.

MARCHA. — **DURACIÓN.** — **TERMINACIÓN.** — Lo que caracteriza, ante todo, la rinitis crupal, es su localización en la mucosa pituitaria y su poca tendencia á propagarse hacia la faringe nasal ó hacia la garganta; ya hemos dicho que esta extensión era posible, pero es preciso considerarla como rara. Si un tratamiento intempestivo y demasiado enérgico no contribuye á que traspase sus acostumbrados límites de erupción, puédese calcular en tres ó cuatro semanas la duración de la enfermedad. Una vez constituido el exudado, es decir, hacia el tercero ó cuarto día, el coriza llega á su máximum de intensidad para desapa-

recer en seguida; dejando detrás de sí una inflamación más ó menos viva de la membrana de Schneider.

Las complicaciones son raras y las sinequias consecutivas, citadas por algunos autores, pueden atribuirse antes al tratamiento que al coriza mismo.

DIAGNÓSTICO. — No hay necesidad de hacerlo más que con la difteria, pero esto es capital. No es en el aspecto de las fosas nasales ó de las falsas membranas donde será preciso basarse para hacer el diagnóstico diferencial de estas dos rinopatías, sino más bien en su evolución. Sábese, en efecto, que la difteria nasal es casi siempre consecutiva á la de la garganta, y que, en la difteria, el organismo entero se resiente de los ataques del mal. Por otra parte, la tumefacción ganglionar, la albuminuria, los fenómenos generales y la duración del coriza, serán elementos abonados para evitar un error, no muy perjudicial, al enfermo.

En los casos dudosos, el examen bacteriológico de las pseudo-membranas permitirá confirmar el diagnóstico, ya que en la rinitis fibrinosa hanse encontrado gran número de *cocci* agrupados en colonias, mas, sin parecerse en nada á los bacillos de Klebs-Löffler, característicos, hasta el presente, de la difteria.

En fin, la rinitis crupal no es infecciosa, ni contagiosa, lo cual es completamente opuesto á la difteria.

PRONÓSTICO. — Dedúcese de lo expuesto, que, de una manera general, puede el pronóstico considerarse como benigno.

TRATAMIENTO. — Deberá, sobre todo, consistir en facilitar la caída de las membranas y en impedir su reproducción. Con este objeto se practicarán lavados, ora con soluciones boricadas ligeras, bien con alcalinas (bórax, bicarbonato de sosa, etc.). Si se quiere arrancar los exudados fibrinosos, se hará con precaución, con dulzura, para no provocar una irritación mecánica que, en lugar de refrenar el mal, no haría más que aumentarlo ó entretenerlo.

En los niños, las inyecciones podrán reemplazarse por pulverizaciones ó insufflaciones pulverulentas, ó con pomadas de vaselina boricada.

Por el contrario, nosotros rechazamos, toda cauterización; todo lo más, aconsejamos las pulverizaciones de soluciones diluidas de nitrato de plata al 1 ó 2 por 100.

Separadas ó levantadas las falsas membranas sin excoriaciones de la mucosa, podrá embadurnarse esta última con la solución yodurada siguiente:

Ácido fénico.....	0,50 gramos.
Todo metálico.....	0,10 —
Ioduro de potasio.....	0,15 —
Láudano de Sydenham.....	1,00 —
Glicerina neutra.....	45,00 —

Si hay necesidad, será bueno pasar este tópico sobre las mismas membranas. Cuando la afección esté en vías de curación, se favorece su total desaparición prescribiendo, según los casos (adultos ó adolescentes), duchas nasales ó pulverizaciones ligeramente astringentes y antisépticas.

[Según el Dr. Lermoyez — de cuya obra tomamos esta nota — la falsa membrana es una función de distintos microbios. No hay lugar á discutir, como se ha hecho, si la rinitis pseudomembranosa es ó no de naturaleza diftérica. Hoy día, no se admite una, sino tres rinitis pseudomembranosas, tipos clínicos perfectamente diferenciables, que son:

La *rinitis diftérica*, debida al bacilo de Löffler.

La *rinitis fibrinosa* no diftérica, que pueden producirla varias clases de microorganismos, entre los cuales debemos citar en primer término el estafilococo dorado. Esta rinitis fibrinosa puede ser *primitiva*, si sobreviene bajo las mismas influencias que el coriza agudo, y *secundaria* cuando es consecutiva á operaciones practicadas en las fosas nasales.

Á cada forma corresponde una terapéutica especial.

En la *rinitis diftérica*, las falsas membranas están muy raramente limitadas á las fosas nasales. Casi siempre existe una angina diftérica concomitante. El exudado ocupa preferentemente la porción posterior de las fosas nasales, siendo por regla general bilateral. En tal caso, la obstrucción nasal es total.

Las secreciones nasales son francamente purulentas; á veces sanguinolentas, y mezcladas á desprendimientos membranosos.

Producen una viva irritación nasal, extendida al labio superior.

Las abundantes epistaxis que acompañan, suelen comprometer la vida del enfermo.

Los ganglios del cuello se infartan.

El estado general participa siempre de la infección.

A pesar de la gravedad de esta rinitis, hay que abstenerse de todo tratamiento local enérgico, sobre todo de las grandes cauterizaciones, pues suelen determinar exacerbaciones, creando nuevas lesiones nasales duraderas.

Tan sólo debe consistir la terapéutica en lavados antisépticos repetidos cada media hora (por ejemplo, de resorcina al 1 por 100, ó de ácido fénico al 1 por 200), dados con la jeringa inglesa ó con una pera,

que favorecen la expulsión de las falsas membranas y del pus acumulado.

No conviene desprender violentamente las falsas membranas. Basta intentar su disolución *in situ*, instilando ó pulverizando en las fosas nasales la siguiente disolución de papayotina:

Papayotina.....	0,50 gramos
Agua destilada.....	10,00 —
Ácido clorhídrico.....	c. s.

Para reacción ácida.

Después de los lavados, se embadurnarán las fosas nasales mediante un porta-algodones, con el fenol sulforricinado al 20 por 100, ó bien se insuflarán los polvos antisépticos de:

Iodoformo.....	} añ 10 gramos.
Azúcar de leche.....	

Mézclese.

En fin, si el examen bacteriológico confirma el diagnóstico de rinitis diftérica, se emplearán las inyecciones subcutáneas de suero.

Convendrá vigilar las fuerzas del enfermo, sosteniéndolas con caldos, leche, etc.

En la *angina fibrinosa primitiva* están las falsas membranas limitadas á las fosas nasales, pues si existe angina concomitante, es siempre catarral.

El exudado ocupa toda la extensión de las fosas nasales, mas también puede ser unilateral. La obstrucción nasal es la regla.

Las secreciones nasales son puramente mucosas, no conteniendo ni pus ni sangre

No hay epistaxis.

Los ganglios no se infartan.

El estado general es bueno.

Suele comenzar de un modo brusco, con escalofrío y fiebre como el coriza agudo, y su duración es larga.

Aunque la Clínica no demuestra la existencia de falsas membranas, la Bacteriología nos hará ver no contienen éstas el característico bacilo.

Muy á menudo es en tales casos suficiente practicar lavados alcalinos (de bicarbonato de sosa ó de borato de sosa), á los que se harán seguir unas instilaciones en el recién nacido (unas cuantas gotas), y unas pulverizaciones en el adulto de aceite mentolado al 1 por 20.

Obra el mentol aquí como ligero antiséptico y como vaso-constrictor, disminuyendo por el momento la obstrucción nasal.

Para impedir la reproducción de las falsas membranas, no habrá inconveniente en insuflar unos polvos antisépticos, tales como el iodoformo, el iodol ó el aristol, cuyo olor es menos desagradable.

De vez en cuando debe el médico practicar por sí mismo los toques intranasales antisépticos, con la siguiente fórmula de Raulin:

Acido láctico.....	1,00	gramos.
— fénico.....	1,50	—
Glicerina.....	15,00	—

Mézclase.

Toda cauterización enérgica debe evitarse, pues sólo serviría para prolongar indefinidamente la enfermedad.

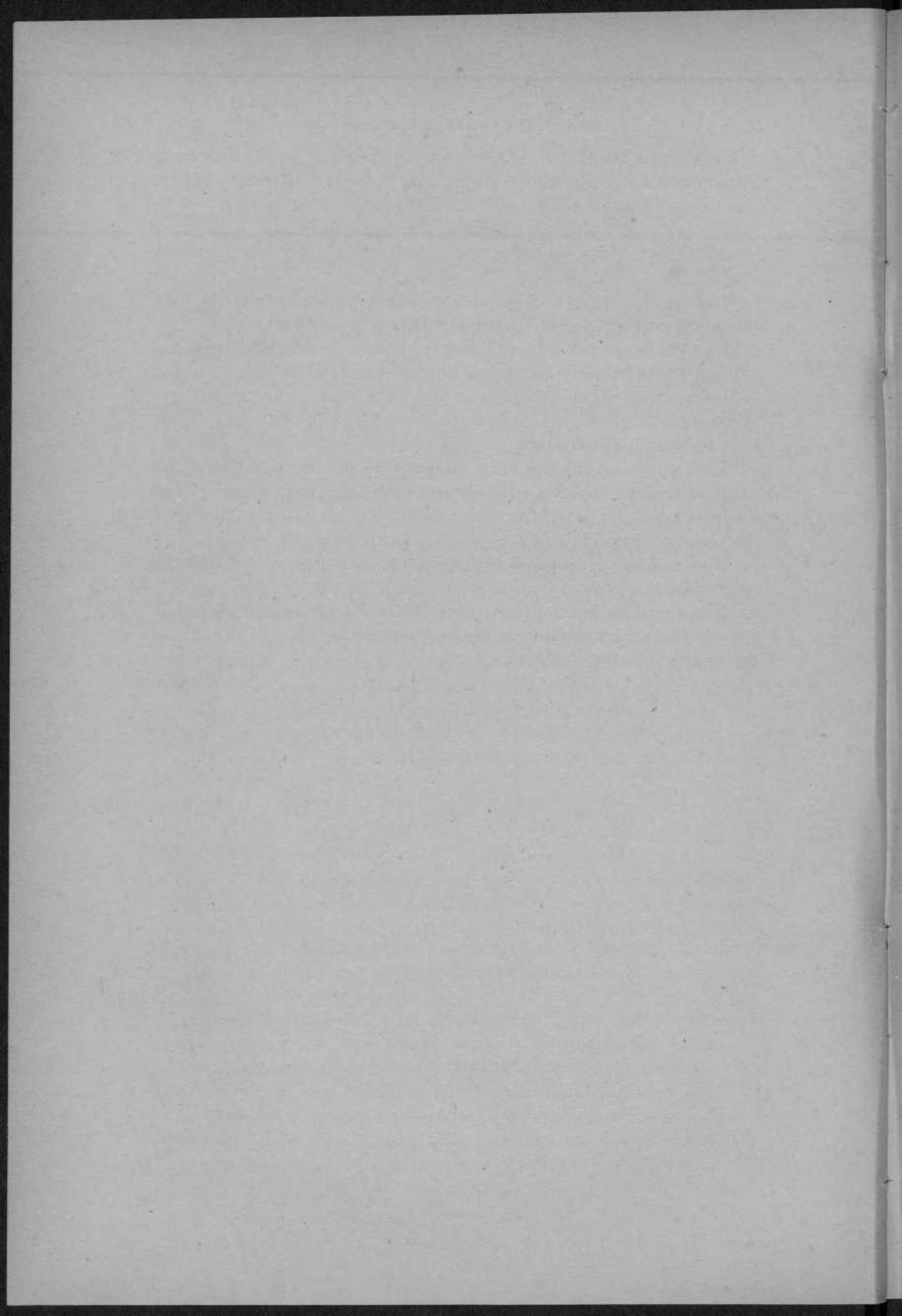
Una vez hayan cesado las falsas membranas de reproducirse, serán suficientes las irrigaciones nasales ligeramente antisépticas.

La *rinitis fibrinosa secundaria* sucede a las operaciones, invadiendo la herida, ó la úlcera, si es más tarde, por consecuencia de una infección accidental ó secundaria.

Preferentemente se la observa después de las cauterizaciones galvanocáusticas practicadas en el cornete inferior, y, sobre todo, después de los toques con el ácido acético en los sujetos atacados de rinitis del heno.

En ocasiones, aun a pesar de una estricta antisepsia post-operatoria, sobreviene.

Esta complicación no tiene, por lo demás, la menor gravedad, toda vez que las falsas membranas no se extienden más allá de los límites de la herida.] — DR. C. COMPAIRD.



Abscesos de las fosas nasales.

ETIOLOGÍA. — Los abscesos de las fosas nasales, y particularmente del tabique de la nariz, reconocen por causa, ora un traumatismo de las partes blandas que determina la formación de pus bajo la mucosa, ora la propagación de una inflamación de vecindad ó la presencia de un forúnculo. En otras ocasiones, pero más raramente, el absceso es el resultado de la irritación que el coriza agudo determina, y en particular el coriza purulento. Una sola vez lo hemos visto desenvolverse bajo la influencia del frío. En fin, es preciso no olvidar que los abscesos de las fosas nasales pueden ser sintomáticos, es decir, estar bajo la dependencia de afecciones generales, como la viruela confluyente y maligna, el sarampión, la fiebre tifoidea, el muermo, la erisipela flegmonosa, etcétera, etc.

SÍNTOMAS. — I. *Abscesos calientes.* — Varían de intensidad, según la causa que ha determinado la aparición del absceso y su volumen. Así es que existe al principio un movimiento febril ligero, y á veces también muy acentuado, en especial en los sujetos nerviosos. Al mismo tiempo, obsérvase cefalalgia, algunas veces lagrimeo, según el sitio de la flegmasía; finalmente, después, dolores bastante vivos, lancinantes, exagerados por la presión ó por la acción de sonarse. El enfermo apenas se atreve á tocarse la nariz; tan dolorido se encuentra este órgano.

Puede asimismo existir edema de la cara y de los párpados, que se extiende á los carrillos, hasta el punto de simular una verdadera erisipela, con la cual se confunde á menudo el absceso de las fosas nasales. Los tejidos están duros, rojos y pastosos.

Los *desórdenes funcionales* son los mismos de la obstrucción; la respiración por la nariz es dificultosa, obligando al enfermo á dormir con la boca abierta; la voz está igualmente alterada, y el olfato y el gusto más ó menos comprometidos. Al principio, cuando el romadizo domi-

na la escena, la secreción es casi nula, pero cuando el absceso se ha abierto, vuélvese purulenta y aun saniosa.

Si se explora la parte anterior de las fosas nasales, vese en su interior, ó en una de las ventanas de la nariz, un tumor más ó menos considerable, que ocupa, por punto general, las dos caras del tabique. Este tumor es de un rojo vivo, liso, seco y extenso. El dedo ó el estilete permiten limitar este relieve, á veces bastante voluminoso para obstruir por completo el orificio de las fosas nasales, y puédese en algunos casos, por este medio, percibir una fluctuación manifiesta. Basta para ello deprimir bruscamente el tumor sobre el tabique, para notar esta sensación especial, debida á la presencia del líquido bajo la mucosa. Habitualmente, se perfora el septum, y en este caso, la presión hace refluir el líquido á la nariz opuesta, determinando entonces un



FIG. 130. — Aspecto de la nariz, después de la pérdida del cartilago cuadrangular

aumento de volumen del relieve de este lado. Del mismo modo, si el absceso es el resultado de un traumatismo y si existe una herida en el dorso de la nariz, el pus así comprimido puede refluir por este orificio y salir al exterior.

Si se ha abierto el absceso, introduciendo el estilete en la cavidad, penetrará con facilidad en la nariz opuesta, puesto que la perforación del tabique es á menudo la consecuencia general en los casos de este género.

Al momento que se abre, el absceso se vacía y se ve producir un descenso de la parte inferior del dorso de la nariz, debajo de los huesos propios de la nariz. Fórmase á este nivel una verdadera bolsa característica de la pérdida del cartilago cuadrangular, como puede verse en la adjunta figura, hecha según una fotografía tomada por el doctor

Labit en nuestra clínica de la Facultad, y en cuya fotografía puede observarse que la deformidad no se asemeja en nada á la que se presenta después del hundimiento huesoso del tabique en la sífilis ó en ciertos corizas atróficos.

II. *Abscesos fríos*.—Son mucho más lentos en su desarrollo, y bastante más raros que los precedentes, si ha de juzgarse por mi experiencia. No se acompañan de deformidad de la nariz, ni de enrojecimiento. Sobrevienen insidiosa y gradualmente. Como ha dicho con justa razón el Dr. Duplay, los enfermos no se preocupan mucho, sino por la molestia nasal que experimentan.

Por el examen rinoscópico, percíbese una tumefacción harto indolente, de aspecto rosado, semitransparente, que obstruye de un modo más ó menos completo una ó las dos fosas nasales. Pequeños vasos capilares, varicosos, surcan algunas veces la superficie del tumor, en el que es fácil percibir la fluctuación. Rechazando el líquido, es igualmente fácil percibir la perforación del tabique de la nariz.

MARCA. — DURACIÓN. — TERMINACIÓN. — En el primer caso, la marcha de la enfermedad es rápida, y en el espacio de algunos días, llega el absceso á madurarse para abrirse por sí mismo en una de las fosas nasales, si la mano del cirujano no ha apresurado esta terminación natural de toda colección purulenta. La duración es en absoluto variable; pero es siempre preciso contar algunos días antes de ver que las secreciones se normalicen y se complete la cicatrización.

Un hecho bastante notable en estos casos es la ausencia de la perforación del tabique. El fibro-cartilago sufre una verdadera fundición pútrida en el momento del absceso, se elimina cuando éste se abre y se vacía, y la mucosa toma su aspecto normal, cuando todo ha entrado en orden. Entonces, por una parte, el descenso del dorso de la nariz, y por otra, el tacto, permiten apercibirse de que una porción, ó también de que todo el cartilago del tabique ha desaparecido. Así, en el enfermo que ha servido para obtener la figura anterior, no se encontró el menor vestigio del tabique cartilaginoso, mientras que la mucosa se hallaba, según manifestamos, completamente intacta.

Es preciso añadir que, si se trata de un absceso frío, su marcha insidiosa no permitirá asignarle una duración exacta, puesto que, en algún modo, deberá variar con cada enfermo y el terreno en que evoluciona la afección.

DIAGNÓSTICO. — En el caso de un absceso caliente, la preexistencia de un traumatismo de la nariz, y el aparato sintomático que acompaña á la formación del pus, no permitirá la menor duda, sobre todo después del examen de la parte enferma. Sin embargo, nosotros hemos

visto á menudo confundirse esta afección con la erisipela de la cara, con la que presenta, por lo demás, muchos puntos de semejanza, máxime cuando no se ha cuidado de examinar las fosas nasales.

Por el contrario, para los abscesos fríos, el diagnóstico podrá parecer un poco más complicado, sobre todo en el principio; pero el asiento del tumor al nivel del tabique, su resistencia, así como su fluctuación manifiestas, no nos harán pensar en un neoplasma implantado á este nivel, especialmente si, haciendo pasar el líquido de una nariz á otra, se descubre una perforación del tabique. Finalmente, en los casos dudosos, la incisión quitará muy pronto toda duda y manifestará la naturaleza del relieve observado.

No mencionaremos, más que para recordarlas, las desviaciones del tabique que se distinguen fácilmente de las alteraciones que en este momento nos ocupan.

COMPLICACIONES. — Las complicaciones de los abscesos de las fosas nasales son, por fortuna, bastante raras. Así, la meningitis ó la flebitis por extensión de la flegmasia, se observan excepcionalmente.

Por el contrario, se encuentran más á menudo, tras de los traumatismos especialmente, exfoliaciones de los huesos de la nariz, caries y necrosis de la armadura huesosa de este órgano. Del mismo modo, ciertos abscesos sintomáticos de estados generales graves, pueden complicarse con destrozos más ó menos considerables del órgano del olfato. Por fin, conviene citar aún, entre las complicaciones de esta inflamación, las erisipelas de la cara, que encuentran ordinariamente su punto de partida en las ulceraciones de las fosas nasales

PRONÓSTICO. — Benigno por punto general, puede, sin embargo, ser grave, ya á causa de la deformación de la nariz, que es la consecuencia del absceso, ya, mas raramente, á causa de los accidentes que pueden complicar la situación.

TRATAMIENTO. — Si se es llamado al principio de la enfermedad, podrán ensayarse los medios antiflogísticos para impedir la formación del pus, y con este objeto, las fumigaciones de plantas aromáticas, con la raíz de malvabisco adicionando hojas de coca y adormideras, y la tintura de eucalipto, procurarán al enfermo un alivio momentáneo.

Plácenos recomendar la fórmula siguiente:

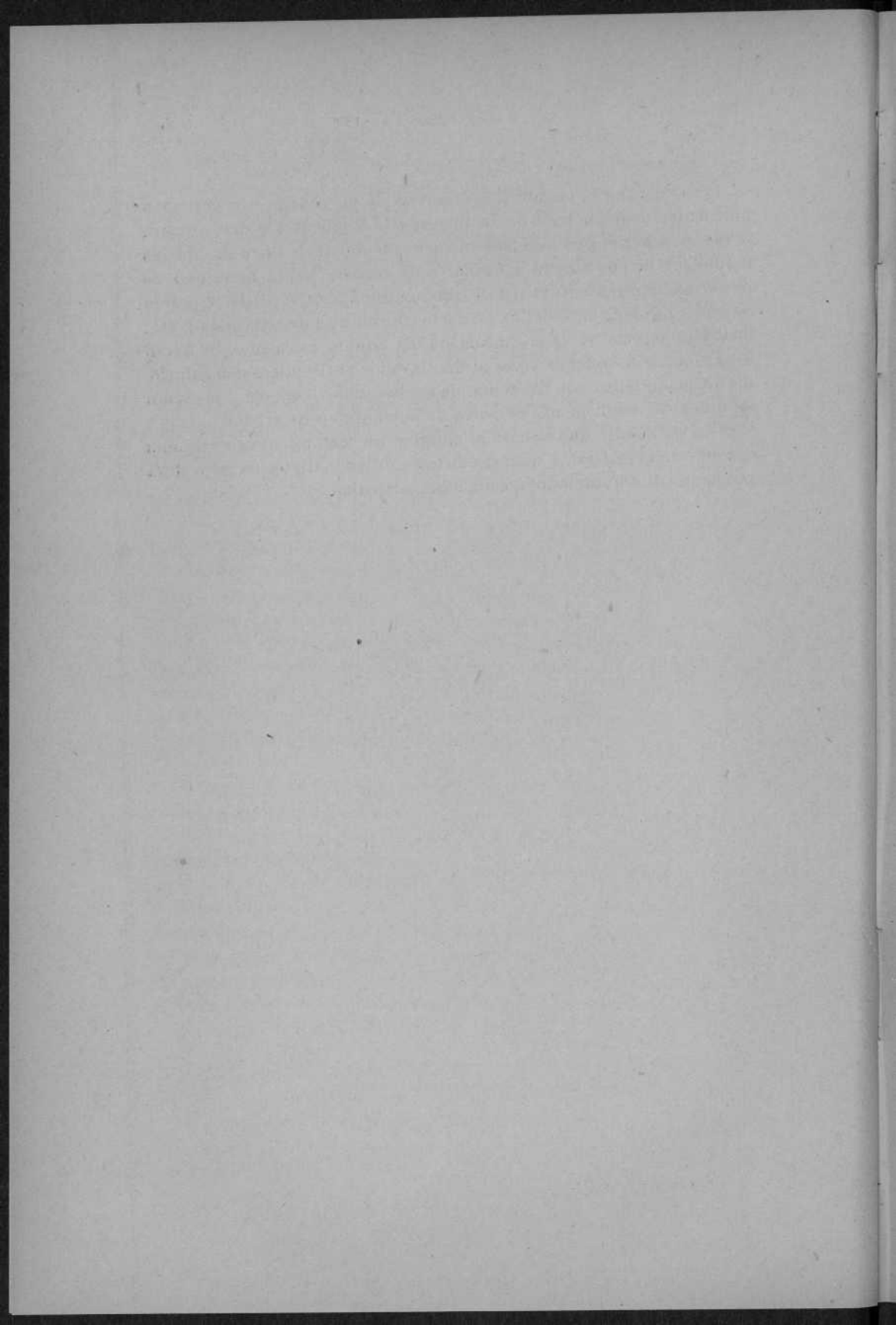
Especies aromáticas.	20 gramos.
Hojas de coca.	10 —
Cabeza de adormidera.	Núm. 1.

Hágase hervir en un litro de agua; en el momento de emplear la fumigación, agréguese una cucharada grande de la siguiente solución:

Mentol.	5 gramos.
Tintura de eucalipto.	150 —

Por el contrario, cuando haya certeza de que existe una colección purulenta, de que se trata de un absceso frío ó caliente, lo más prudente será evacuar el pus rápidamente por medio de la incisión de los tejidos. Si el pus tiende á formarse de nuevo, habrá necesidad de hacer una contraabertura por el lado opuesto, para facilitar la salida de aquel líquido; un sedalito, formado con un hilo de seda ó de plata, facilitará algunas veces la evacuación del líquido purulento. Se harán á continuación, muchas veces al día, lavados antisépticos con soluciones de ácido fénico, de resorcina, de ácido sozólico, etc., etc., que serán seguidas de insuflaciones de polvo de iodoformo ó de aristol.

Precisa añadir que se dará al enfermo un tratamiento en armonía con su estado general, y que, si existe algún vicio diatésico, se tratará por los medios apropiados á cada caso particular.



Coriza purulento.

(Blenorragia nasal.)

DEFINICIÓN. — Designase bajo el nombre de catarro purulento de las fosas nasales, la inflamación de la mucosa pituitaria, acompañada desde el principio de secreción purulenta.

ETIOLOGÍA. — Obsérvase esta afección indistintamente en el recién nacido, en el niño y en el adulto. Ya el coriza purulento no es más que la continuación, ó mejor, la agravación de la inflamación aguda de la membrana pituitaria, ya es la consecuencia de un traumatismo, como una quemadura ó una operación practicada sobre estas partes de la nariz, resultando otras veces de la presencia de un cuerpo extraño en las fosas nasales, y más raramente, en fin, debido al contagio.

En los recién nacidos sobre todo, encuéntrase más particularmente este coriza infeccioso que, según ciertos autores (H. Weber), resultara del contagio directo del niño por la mucosa vaginal de la madre atacada de leucorrea ó de blenorragia en el momento del parto. Otros prácticos, por el contrario (Fränkel, Morell-Mackenzie, etc.), explican la existencia de esta afección por la exposición súbita de la mucosa pituitaria, todavía muy sensible y muy impresionable, á la influencia de las corrientes de aire ó á la introducción de agua jabonosa en las ventanas de la nariz, como consecuencia de lociones hechas á la ligera. Ambos casos pueden, á nuestro juicio, presentarse, y concíbese perfectamente que el contagio directo pueda hacerse por la nariz como por el ojo, aunque el primer órgano esté mucho mejor protegido y sea por esto más raramente atacado. H. Weber ha presentado un hecho de este género, que parece decisivo en favor de la opinión apuntada.

Sin embargo, opinamos, con el Dr. Moldenhauer, que la verdadera rinitis blenorragica de los recién nacidos es una verdadera rareza,

porque sería, en efecto, extraordinario, como ha dicho ese autor, que fenómenos tan marcados hayan podido escapar durante tan largo tiempo á la observación de los comadrones.

Muy rara es igualmente la inoculación del virus blenorragico en las fosas nasales del adulto. Hanse señalado, sin embargo, algunos casos, en uno de los cuales (Boerhaave), la compresión de una uretra enferma hecha con el dedo, y llevado en seguida á la nariz, bastó para ocasionar una rinitis ulcerosa intensa. Otra vez, hizose la transmisión por el intermedio de un pañuelo que habia servido de suspensorio al hijo de la enferma atacado de absceso testicular (Boerhaave, Edward). También se han señalado hechos de contagio directos (Sigmund), á consecuencia de prácticas obscenas con mujeres contaminadas.

Nosotros hemos tenido, igualmente, ocasión de observar esta afección, á consecuencia de las dos últimas epidemias de gripe (influenza) que acabamos de atravesar. En algunos enfermos, la inflamación parece quedó limitada á las cavidades nasales, que fueron invadidas en totalidad.

Otra causa, predisponente al menos, al catarro purulento de esta región, es la edad de los enfermos. Esta afección es, con efecto, frecuente en el niño de siete á doce años, durante la evolución de la segunda dentición. Es de creer que la sobreactividad funcional existente en esta época de la vida, constituya una causa cierta de inflamación y de catarro de la pituitaria. El Dr. Bosworth, que es el primero que ha descrito este catarro purulento infantil, independiente de toda infección blenorragica, atribuye también la frecuencia de esta rinopatía en el niño á esta sobreactividad de la pituitaria.

Añadamos, para terminar, que el coriza purulento puede observarse todavía en el curso, ó á continuación de ciertas fiebres (sarampión, escarlatina, viruela), y durante la difteria, donde reviste un carácter particular, debido á la presencia de las falsas membranas en la cavidad de la nariz. Del mismo modo, la piorrea es un síntoma obligado del muermo.

SÍNTOMAS. — Nos limitaremos aquí á describir los síntomas del coriza no infeccioso. Si la afección es primitiva, no es raro observar al principio un cierto malestar, cefalalgia y algunas veces un movimiento febril que, ligero en general, adquiere, en algunos casos, una intensidad bastante notable. Si, al contrario, la enfermedad sucede al catarro agudo ó á una de las afecciones generales de que hemos hablado más arriba, podrá no existir ningún síntoma febril, limitándose todo á un romadizo más ó menos pasajero, y algunos dolores de cabeza de forma neuralgica, que ocupan habitualmente la región supraorbitaria ó la raíz de la nariz, y más raramente la nuca ó la región occipital. Estos dolores se

observan más particularmente cuando la inflamación se localiza en las fosas nasales posteriores ó en la cavidad naso-faríngea, con ó sin participación por parte del seno esfenoidal, cosa que nos parece frecuente en estos casos. Muy á menudo también, las células etmoidales y las cuevas de Higmore, y, en una palabra, casi todas las cavidades accesorias, participan de esta inflamación general de la pituitaria, cuya secreción es entonces muy abundante.

Esta última varía según se asiste á la evolución de un coriza purulento infeccioso ó á la de un coriza que podríamos llamar simple. En el primero, el pus es amarillo-verdoso, de olor insípido, que determina la excoriación de las ventanas de la nariz y la formación de costras en la entrada de la misma y en el labio superior. Esta es, como ya hemos apuntado, la forma más rara del coriza purulento.

En el segundo caso, la secreción es moco-purulenta, glerosa, espesa y amarillenta, almidonando el pañuelo, que mancha de un amarillo verdoso.

El derrame es entonces abundante, haciéndose por las dos ventanas de la nariz, y á menudo también por la faringe, en los niños sobre todo, que se suenan con dificultad. El romadizo no es pronunciado más que en los casos en que sobrevienen ataques agudos ó cuando las secreciones se acumulan en las fosas nasales, pudiendo existir entonces también, cierta fetidez transitoria en el aliento.

Desecadas en el pañuelo, las secreciones esparcen un olor repugnante bastante particular, tanto más cuanto el moco es más espeso y costroso, como se observa cuando se asiste á la explosión del coriza atrófico (ozena), el que consideramos, con Bosworth y Laurent, como coriza purulento de ciertos niños, en su primera etapa.

En el adulto, puede suceder que la materia purulenta sea incompletamente expulsada á causa de la hinchazón de la mucosa, de una disposición especial de las fosas nasales ó de cualquier otro motivo, resultando una descomposición del pus y la formación de materia caseosa que los enfermos arrojan, de tiempo en tiempo, al sonarse.

Estas masas son siempre de una fetidez extrema y su acumulación en las cavidades de la nariz puede ser tal, que merece entonces una especial descripción. Nos ocuparemos más adelante de esta especie de inflamación de la pituitaria (coriza caseoso).

El olfato está siempre más ó menos alterado.

Si se practica el examen de las fosas nasales, se evidenciará en general, durante los primeros períodos de la afección, una cierta tumefacción con rubicundez más ó menos viva y alguna vez apagada, oscura, en la mucosa nasal; la inflamación fijase habitualmente en los cornetes inferiores. Los meatos inferiores y medios están más ó menos llenos de secreción viscosa, moco-purulenta, gris-amarillenta, verda-

deros mocos que el enfermo expulsa con dificultad, pues son tan espesos, aglutinados y filamentosos como la clara de huevo.

En las formas habituales, aunque hinchada, la pituitaria no está muy roja, y toma, sobre todo, aquel tinte sombrío, reluciente, con exulceración de los corizas infecciosos, sobre cuya rareza ya nos hemos ocupado.

MARCHA. — DURACIÓN — TERMINACIÓN. — La marcha de la afección es esencialmente lenta, y muy á menudo el enfermo no se preocupa de nada, sino cuando existen dolores violentos, por los que va á consultar al médico, ó si el olor que esparce le obliga á cuidarse de ello.

Así se ven personas atacadas de catarro purulento durante muchos años, sin que lo consideren más que como una secreción natural, cuando no como un saludable emuntorio, cual ocurre con algunos casos de otorreas.

Abandonada á sí misma, esta rinopatía no tiene tendencia alguna á marchar hacia la curación, sino que, por el contrario, se acentúa cada vez más, ora determinando bien pronto la oclusión de una de las ventanas de la nariz y la retención del pus, sea, al contrario, el ensanchamiento de la cavidad por reabsorción de los elementos de la mucosa y la rinitis atrófica con todas sus molestas consecuencias. Otras veces la inflamación se propaga á las cavidades accesorias ó á los senos maxilares particularmente, que son con más facilidad atacados en estos casos. (Véase *Empiema crónico de las cavidades accesorias.*)

Esta terminación del coriza de los niños y de los adolescentes es bastante común.

PRONÓSTICO. — Varía según la causa que ha producido la afección, y el tratamiento empleado para combatirla. En todos los casos, la enfermedad, por punto general, es benigna en el adulto; pero en el niño, y sobre todo en el recién nacido, puede comprometer la existencia del pequeño sér, ocasionando la oclusión de las fosas nasales y los desórdenes que de allí resultan.

COMPLICACIONES. — Las complicaciones que acompañan alguna vez al coriza purulento son especialmente neuralgias ocasionadas por la retención del pus. Los abscesos con formación de fistulas consecutivas, las caries profundas de los cartílagos ó de los huesos, las conjuntivitis serían quizá de temer, si el coriza fuese de naturaleza infecciosa.

La erisipela puede asimismo venir á complicar esta afección. Finalmente, hase señalado todavía la paquimeningitis purulenta que se produciría más fácilmente en el niño por la propagación de la infla-

mación á través de la lámina cribosa del etmoides, la cual forma siempre un tabique muy delgado y muy poco resistente. Parécenos esta complicación, si no rara, al menos todavía mal definida desde el punto de vista anatomo-patológico.

En otros casos, la afección gana por continuidad la laringe, la tráquea y los bronquios, determinando bronquitis ó afecciones pulmonares tenaces que resisten á los acostumbrados tratamientos, mientras la nariz no sea objeto de un tratamiento idóneo, que modifique la secreción que vierte hacia el árbol aéreo ó el estómago.

DIAGNÓSTICO. — Se reconocerá el coriza infeccioso blenorragico de los recién nacidos por la intensidad de los síntomas observados, por la secreción verdosa y por la conjuntivitis especial que forma su inevitable compañía. En el adulto, los antecedentes, la abundancia y la naturaleza de la secreción, su coloración y, si hay necesidad, el examen bacteriológico ó la inoculación del pus, servirán para fijar el diagnóstico.

Para recordarlos únicamente, nombraremos los corizas sifilíticos ó tuberculosos, que se reconocen en los signos característicos que estudiaremos más tarde.

Las rinitis diftéricas y muermosas revélanse por otros síntomas que no consienten la duda.

Al contrario, más difícil podrá ser, al principio, el diagnóstico del coriza purulento, el empiema de las cavidades accesorias, y particularmente el del seno maxilar.

La expulsión de materias caseosas nos hará generalmente pensar en un simple coriza, mientras que una secreción francamente purulenta, abundante y persistente, muy á menudo unilateral, hará fijarnos en la existencia de una afección de la cueva de Higmore. Hemos hecho observar ya, por lo demás, que en la gran generalidad de los corizas purulentos, si no en todos, las cavidades accesorias estaban más ó menos atacadas, y contribuían á producir la secreción.

La inflamación de las cavidades nasales es aquí secundaria, y, según la evolución del coriza, es, como aquélla, intermitente en su marcha. No se trata, en efecto, de un verdadero empiema de las cuevas ó de los senos de la nariz, sino de una inflamación catarral, generalizada por toda la pituitaria. No insistiremos más en el diagnóstico diferencial, del que nos ocuparemos más tarde al estudiar las enfermedades de las cavidades accesorias.

TRATAMIENTO. — Ante todo, deberá ser apropiado á la causa que ha producido la enfermedad. Al efecto, si el coriza es la consecuencia de un traumatismo, tal como una operación, bastarán los cuidados de

limpieza para conseguir la curación, que sobreviene en estos casos con bastante rapidez. Si existe un cuerpo extraño, es evidente que el primer cuidado del médico deberá consistir en extraerlo por uno de los medios que hemos expuesto anteriormente. Si la cavidad nasal está llena de esas masas caseosas que impiden el derrame de pus hacia fuera y agravan la enfermedad ocasionando síntomas á veces alarmantes en apariencia, se desembarazarán las fosas nasales de estas materias pútridas mediante la cucharilla ó con el estilete, ensayando desde luego disgregarlas.

En fin, contra la misma afección purulenta se prescribirá, además del tratamiento general apropiado al estado del sujeto, una medicación local, que consistirá, sobre todo, en irrigaciones nasales (duchas de Weber), hechas con soluciones alcalinas desde luego y antisépticas un poco más tarde. En el primer caso, y si el enfermo puede hacerlo, la leche adicionada, ya con bórax, ya con bicarbonato de sosa, constituye un modo excelente de tratamiento, á condición de emplear cantidades bastante considerables, al menos un litro cada vez, por la mañana y por la tarde. Si hay necesidad, se puede debilitar la leche con una de las soluciones alcalinas que preceden, siendo este el tratamiento que preconizamos en los niños, los cuales, á menudo indóciles, están expuestos á tragar una parte de los líquidos inyectados en su nariz.

En los adultos, diferentes antisépticos (1) (véanse las fórmulas que han de emplearse en el *coriza atrófico*) pueden ser sucesivamente puestos en uso. Bosworth recomienda las pulverizaciones siguientes, de las que ha obtenido buenos resultados:

Glicerolado de tanino	4,00	gramos	por 30	de agua.
ó Nitrato de plata	0,15	—	—	30 —
Sulfato de zinc	0,25	—	—	30 —
— de cobre	0,20	—	—	30 —
Alumbre	0,50	—	—	30 —

Con el autor americano, preferimos los líquidos á los polvos, cuya difusión es mucho más fácil. Los segundos sólo tienen la ventaja de quedar más largo tiempo en contacto con la mucosa.

Si se quiere hacer uso de los polvos, recomendamos las siguientes fórmulas:

Óxido de zinc	2	gramos.
Nitrato de bismuto	} añ 5	—
Ácido bórico pulverizado		—

ó bien todavía el polvo con:

Aristol.	4	gramos.
Iodol.	3	—
Azúcar cande pulverizado	5	—

(1) No hablo del permanganato de potasa, que tiene el gran inconveniente de manchar el pañuelo de una manera definitiva, por cuya razón es bastante poco práctico.

para insuflar en las fosas nasales, después de la inyección, por la mañana y por la tarde

Todavía el tratamiento que nos ha dado mejores resultados, en los casos donde la afección estaba limitada á las fosas nasales propiamente dichas, es la inyección alcalina diaria, seguida de pulverizaciones concentradas de nitrato argéntico. He aquí la manera de proceder:

Una vez que las cavidades de la nariz están perfectamente limpias de todas las mucosidades que contienen, y desembarazadas, por la ducha de Weber, empleada sola ó combinada con la inyección retro-nasal (véase pág. 48), se pulveriza en cada cavidad á través del *speculum nasi* alumbrado, y por medio de un pulverizador *ad hoc*, una solución de nitrato de plata cuyo título variará de 10 á 20 por 100, según la sensibilidad de la mucosa de cada sujeto. Desde luego, estas pulverizaciones se harán á diario durante ocho días, después cada dos días durante una ó dos semanas, y más tarde una sola vez por semana durante un mes. Tras este lapso de tiempo se esperará el resultado, que á menudo será excelente, al menos por parte de la pituitaria. Si la mucosa de los senos está atacada, hecho muy frecuente, como ya hemos dicho, este tratamiento no dará resultados definitivos, sino una simple mejoría. Convendrá, pues, proseguir después de un reposo proporcionado á la intensidad del mal.

Si la enfermedad llega al período atrófico, deberá atenerse á continuar el tratamiento durante muchos años, para obtener un resultado favorable y la curación del mal. A menudo, una vez enteramente terminada la segunda dentición, la mejoría real aparece y se acentúa definitivamente.

Cuando las cavidades accesorias están atacadas, convendrá tratarlas por uno de los medios que indicaremos más adelante.

Si existe romadizo (en los recién nacidos, á los cuales no puede hacerse irrigaciones á causa de los graves inconvenientes que podrían resultar, como espasmo de la glotis, etc.), se limitará á prescribir fumigaciones emolientes ó aromáticas, á hacer unos lavados alcalinos á la entrada de las ventanas de la nariz, y á facilitar cuanto sea posible el derrame del pus hacia fuera.

Es preciso añadir que, si se hace constar la aparición de fenómenos generales, deberá tratárselos por los medios habituales. En fin, si el coriza es sintomático de otras afecciones, contra éstas se opondrá el tratamiento conveniente.

The history of the Republic of the United States of America is a story of growth and progress. From the first settlers to the present day, the nation has expanded its territory and its influence. The early years were marked by struggle and hardship, but the spirit of freedom and democracy prevailed. The American Revolution was a turning point, leading to the birth of a new nation. The Constitution was drafted, and the federal government was established. The United States grew in size and power, becoming a world leader. The Civil War was a dark period, but it led to the abolition of slavery and the strengthening of the Union. The American West was explored and settled, and the nation's borders were pushed further west. The Industrial Revolution brought progress and prosperity, but also challenges. The American people fought for their rights and freedoms, and the nation emerged as a global superpower. The American dream is a powerful force, inspiring people to pursue their dreams and build a better life. The history of the United States is a testament to the power of freedom and democracy.

Coriza caseoso.

DEFINICIÓN. — Describiremos con Duplay, bajo este nombre, una afección caracterizada por la acumulación en el interior de la nariz de una secreción fétida, caseosa, análoga al contenido de ciertos quistes sebáceos.

En la primera edición de este Manual describimos la afección en que vamos á ocuparnos ahora, entre los síntomas de otras rinopatías, sin hacer una verdadera entidad morbosa, y por el hecho en sí, el coriza caseoso es, efectivamente, y como lo ha dicho muy justamente el Dr. Potiquet, lo más á menudo, el resultado de causas variadas que se oponen á la expulsión de las secreciones nasales (cuerpos extraños, pólipos, abscesos fungosos, etc., etc.). No es, sin embargo, menos verdadero también, que la acumulación de estos productos, espesos y fétidos, en las cavidades de la nariz, constituye la mayor parte del tiempo un síntoma tan capital y tan predominante sobre los demás, que él solo hace olvidar á los otros para constituir una variedad muy definida de cuerpos extraños, cuya expulsión cura instantáneamente al enfermo. Por este motivo, á ejemplo del Dr. Duplay, creemos deber describir brevemente, y por separado, los desórdenes que resultan de la existencia de estos productos caseosos, cuya patogenia no es siempre fácil de describir.

ETIOLOGÍA. — Toda causa susceptible de impedir que las secreciones de la mucosa inflamada salgan al exterior, podrá determinar el acúmulo de las materias que nos ocupan.

Así es que se les encuentra con frecuencia en los casos de cuerpos extraños enclavados en las fosas nasales; en los enfermos atacados de ulceración fungosa (sífilis) del tercio anterior de esta cavidad; en esos portadores de pólipos ú otros tumores, ó en los sujetos atacados de

empiema del seno maxilar con hinchazón de los cornetes, que impide la expulsión del pus secretado.

En otros casos, en fin, se comprueba la existencia de esas masas, sin encontrar la causa primera que haya determinado su formación. Estos últimos hechos son también bastante frecuentes, y gustosos estamos dispuestos á admitir, con los Dres. Duplay y Terrier, una forma particular de inflamación de la pituitaria que determina una descamación epitelial muy activa, la cual á su vez, haciendo el papel de cuerpo irritante, activaría la secreción de la mucosa.

Este coriza ó, más bien, este acúmulo de materia caseosa, se ha comparado por algunos autores (Wagnier, Cozzolino) á la otitis colestomatosa.

Basta, sin embargo, leer las diferentes observaciones que se han publicado sobre este asunto, para convencerse de la poca analogía que existe entre ambas afecciones. El caseum de las fosas nasales está constituido por masas granulosas, yuxtapuestas, sin estructura especial, y enteramente análogas al queso blando un poco salado; por el contrario, los colesteatomas auriculares, se hallan formados de láminas epidérmicas concéntricas, imbricadas las unas sobre las otras, como una verdadera cebolla. Una vez desprendidas estas últimas, tienden constantemente á reproducirse, destruyendo delante de sí el tejido huesoso compacto del peñasco, en el cual labra una oquedad más ó menos profunda. Con dificultad puede extraérseles y detener su marcha invasora. La materia caseosa de la nariz, aunque abundante, quitase generalmente con bastante facilidad, y una vez la fosa nasal desembarazada, queda el enfermo curado, sin *que haya necesidad de establecer un tratamiento* ulterior, y sin que sea posible volver á hallar otra lesión más que un simple ensanchamiento de la cavidad atacada. Una vez, sin embargo, habían destruido las masas caseosas (caso de Wagnier) el tejido óseo, y perforado el tabique de la nariz, sin que dichos grandes destrozos pudieran atribuirse á otra causa.

SÍNTOMAS. — No insistiremos sobre los desórdenes funcionales del principio, que, á menudo, pasan inadvertidos. Cuando la afección se encuentra constituida, y la obstrucción de una ó de las dos fosas nasales, según los casos, es casi completa, obsérvanse una serie de síntomas debidos á la presencia de estos acúmulos, que forman verdaderos cuerpos extraños. En este período, el olfato está siempre comprometido, la voz se torna nasal, y si la secreción sale difícilmente al exterior, experimenta el enfermo dolores violentos alguna vez, acompañados de latidos, latidos que repercuten en toda la cara y principalmente en la región orbitaria. Pueden asimismo formarse verdaderos tumores flegmosos agudos, que produzcan síntomas generales bastante gra-

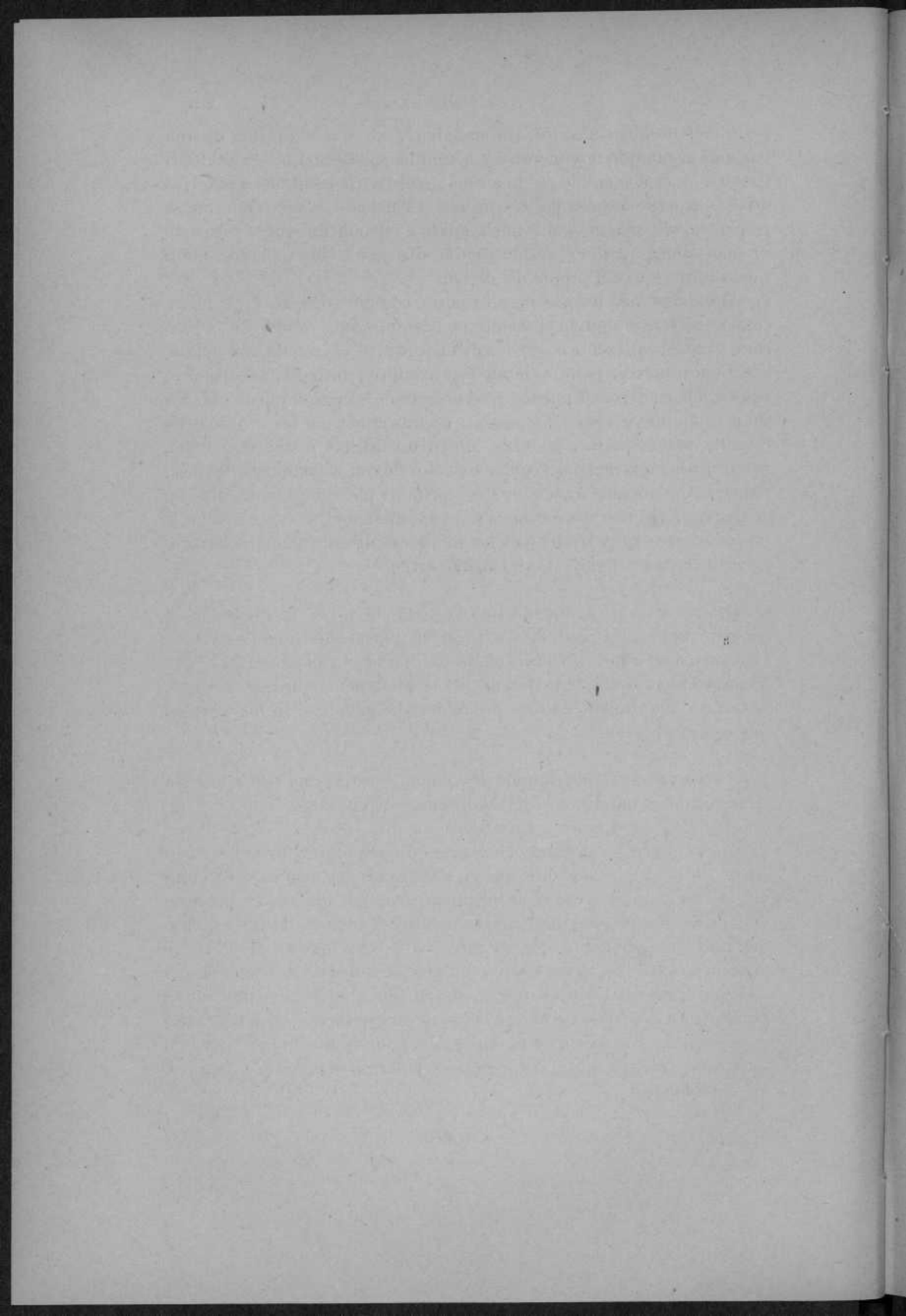
ves. Estos hechos son raros, sin embargo, porque la expulsión de una parte de las materias concretas y acumuladas en una ó las dos fosas nasales (más á menudo en una sola), calma momentáneamente los dolores experimentados por el enfermo. En general, la secreción que se escurre en este periodo por la nariz, aparece estriada de sangre y esparce un olor desagradable y fétido que se distingue, sin embargo, de un modo muy claro del propio del ozena.

Al examen de las fosas nasales puede comprobarse, en los comienzos, la existencia de una tumefacción bastante considerable de la mucosa, la cual se presenta coloreada de un rojo vivo, inyectada, inflamada, que bien pronto se pondrá de un rojo sombrío, luciente, excoriada ó exulcerada en diversos puntos, y recubierta de secreción purulenta. En un periodo más avanzado, si se trata de introducir por las ventanas de la nariz, ora un porta- algodones, ó bien un estilete ó una cucharilla, con objeto de extraer los grumos caseosos de que acabamos de hablar, se originará bastante á menudo una epistaxis poco abundante, debida, en general, á la excoriación de la mucosa inflamada, y aun ulcerada, y en todos casos muy friable por los montones de secreción que la recubren durante un tiempo más ó menos largo.

DIAGNÓSTICO. — El diagnóstico se hará, bien por la presencia de concreciones en los productos expulsados por el enfermo al sonarse ó al estornudar, ó por la vista directa mediante el rinoscopio ó el estilete, si hubiere necesidad. Reconocida la existencia de masas caseosas, se tratará de inquirir la causa productora de aquéllas, en los casos en que esto sea posible.

PRONÓSTICO. — Generalmente es benigno, porque, una vez expulsada la secreción, el enfermo queda habitualmente curado.

TRATAMIENTO. — Deberá consistir en desembarazar las fosas nasales de los productos caseosos que en ellas están enclavados, y con este objeto, los grandes lavados antisépticos, acompañados de la disgregación de las materias acumuladas, constituyen la base del tratamiento que habrá de emplearse. No es raro sea preciso quitar desde luego un cuerpo extraño, un secuestro ó un pólipo, causa de la retención observada. En estos casos, se obrará del modo que hemos indicado al describir estas diversas enfermedades. Ordinariamente, será necesario desembarazar las cavidades en muchas sesiones y asegurarse, por una serie de exámenes ulteriores, de que el enfermo está bien y definitivamente curado.



Coriza crónico simple.

DEFINICIÓN. — Se designa bajo este nombre la inflamación crónica de la mucosa pituitaria, caracterizada por una exagerada secreción normal y una obstrucción más ó menos marcada de las fosas nasales.

ETIOLOGÍA. — Generalmente, el coriza crónico sucede á la afección aguda, ó, más á menudo todavía, á una serie de inflamaciones agudas de la mucosa de Schneider. Los vicios de conformación de la nariz, y en particular el estrechamiento de las fosas nasales, favoreciendo la acumulación de secreciones naturales en estas cavidades, predisponen á la mucosa á las inflamaciones crónicas. La presencia de vegetaciones adenoideas, manteniendo siempre vivo un catarro naso-faríngeo más ó menos considerable, puede también, por propagación, extenderse á toda la mucosa nasal. Ciertas profesiones en las que los obreros están de continuo expuestos á la acción de polvos ó vapores irritantes, bastan para crear el coriza crónico simple al principio, ó ulceroso más tarde, según la naturaleza de los agentes que han producido la afección (1).

Las personas que toman de ordinario rapé con objeto de «despejar su cerebro» y los individuos alcohólicos, se ven también muy á menudo atacados por la afección que nos ocupa. Hase incriminado todavía á las influencias climatéricas; pero, como lo ha hecho observar el Dr. Bosworth, el catarro llamado de los americanos es además frecuente bajo las mismas latitudes, y nosotros no tememos afirmar que es de una frecuencia extremada en el Sudoeste de Francia. La única causa de su rareza está en la indiferencia de los médicos hacia las enfermedades de la nariz. El desarrollo considerable del *sport* velocipédico ha llegado igualmente á ser una causa de coriza crónico,

(1) Véase "Coriza profesional".

porque el paso rápido del aire y el mucho polvo que se recoge en la pituitaria de estos *sportsmen* son la misma causa de inflamación de la membrana de Schneider, particularmente en los sujetos que tienen muy anchas las ventanas de la nariz. En fin, la diátesis estrumosa en el niño, y el artritismo en el adulto, obran como causas predisponentes.

SÍNTOMAS. — A. *Funcionales*.— Si la afección se halla limitada á las fosas nasales anteriores, redúcese toda la sintomatología á una fatiga habitual en la respiración, una especie de romadizo que obliga al enfermo á respirar casi constantemente por la boca, de tal suerte que, particularmente por la noche, sécase su lengua y vese obligado el sujeto atacado á despertarse para humedecer su boca, bien con agua fría, ora con una pastilla cualquiera que deja depositada sobre su lengua. Como lo hemos hecho notar á propósito del coriza agudo, en el decúbito lateral se obstruye la ventana de la nariz del lado sobre que se acuesta.

Del mismo modo, el romadizo no es constante. Bajo influencias irritativas (cambio de tiempo, aspiración de polvos, etc., etc.) se observa que la obstrucción toma un desarrollo considerable; otras veces, por el contrario, el enfermo respira fácilmente, al menos por un solo lado, y aun por los dos, durante un espacio variable de tiempo.

La voz, según las modificaciones de la fatiga respiratoria, es á menudo gangosa; el enfermo habla por la nariz, como vulgarmente se dice, y cuando las fosas nasales posteriores participan de la inflamación, lo que constituye el caso más habitual, entonces es muy pronunciado este sintoma; el olfato está más ó menos alterado; el enfermo adquiere una fisonomía de embobado que le da un sello de ridiculez completamente particular (Michel). Asimismo experimenta una cefalalgia de variable intensidad, intermitente en general y localizada al nivel de los senos frontales.

Hanse atribuido asimismo á esta afección (Rumbold) trastornos intelectuales, caracterizados principalmente por la pérdida ó disminución de la memoria.

La secreción de la mucosa está siempre, según los casos, más ó menos aumentada, ora opaca, puriforme; el líquido que se derrama de las fosas nasales es, otras veces, casi seroso, muy líquido y en extremo abundante. Es por lo que se han citado casos de verdadera rinorrea, en los cuales los enfermos arrojaban muchos litros de líquido cada día, y esto durante muchos meses (Morgagni, Elliotson), pero que evidentemente pueden considerarse estos hechos como excepcionales. En general, la secreción, un poco más abundante que en el estado normal, se hace simplemente espesa, viscosa, con un tinte un poco amarillento.

El enfermo arroja con dificultad mucosidades purulentas que caen

en sus fosas nasales posteriores, sobre todo por la mañana al despertar, y le ocasionan entonces deseos de vomitar, necesitando hacer esfuerzos considerables para expulsar las secreciones acumuladas en las cavidades de la nariz.

Así que, según lo ha hecho observar el Dr. Michel, todos estos inconvenientes concurren á hacer del coriza crónico una de las afecciones más incómodas y más desagradables.

B. *Objetivos.* — El examen, por medio del espéculum, permite ver claramente que la mucosa que recubre los cornetes y el tabique está tapizada por una capa de moco glutinoso y viscoso, diseminado en la cavidad nasal, y que pueden tomarse, desde luego, por un ojo poco ejercitado, por ulceraciones de la mucosa, sobre todo cuando estas secreciones son poco abundantes y dispuestas bajo la forma de pequeños islotes. Si se levantan estas exudaciones, sea con el porta-algodones, sea simplemente haciendo que el enfermo se suene, vese debajo la mucosa de los cornetes y del tabique, inyectada y vascularizada, ofreciendo un aspecto desigual, algún tanto parecido á la vitela, siendo de un color más ó menos rojo, vivo ó uniforme. Aunque no existe nunca ulceración, puede verse, sin embargo, en algunos casos, pequeñas erosiones muy superficiales y muy circunscritas, que el Dr. Duplay supone tienen asiento en el orificio de las glándulas. Estas lesiones se observan, sobre todo, después de un ataque de coriza agudo y cuando la inflamación de la mucosa es todavía muy intensa.

En algunos casos, si la afección ha durado cierto tiempo, la membrana pituitaria aparece, por el contrario, pálida, descolorida, de un gris rosado, déslustrada, pero gruesa y que ofrece una superficie irregular, como apergaminada, ó mejor aún, una de las fosas nasales presenta este aspecto particular, mientras que, en el opuesto lado, se observa la mucosa infartada, estrechando notablemente la luz de la cavidad nasal. Esta hinchazón está más ó menos marcada, según los períodos en que se examina á los enfermos. Poco ó muy acentuada, se fija desde luego en el cornete inferior y, más raramente, sobre el tabique y el cornete medio. Puede, bajo el influjo de variadas influencias, disminuir notablemente hasta el punto de dejar pocos vestigios. Es fácil reducir momentáneamente la mucosa tumefacta, embadurnándola ó pulverizando en su superficie una solución de clorhidrato de cocaína al 1 por 10. Veremos todavía en el capítulo siguiente que esta aplicación constituye también un excelente medio para distinguir las partes de la pituitaria realmente hipertrofiadas y degeneradas de las que están simplemente tumefactas.

MARCHA. — DURACIÓN. — TERMINACIÓN. — La marcha del coriza

crónico simple es absolutamente lenta, y la enfermedad no tiene tendencia alguna á curarse por sí sola, de tal suerte que, sin tratamiento, puede durar tanto tiempo como el enfermo. Sin embargo, cuando la afección ha persistido durante muchos años y una medicación apropiada y *suficientemente larga* no ha podido detenerla en su evolución, tiene una marcada tendencia á producir, ora la hipertrofia de la mucosa de la nariz, ora, por el contrario, la atrofia de esta última.

Vense entonces sobrevenir todos los inconvenientes resultantes de tal transformación ó, para hablar más exactamente, de esta marcha progresiva de la enfermedad, porque el coriza crónico no es, muy á menudo, más que la primera etapa del coriza atrófico ú ozena.

Sin embargo, la evolución del mal no es fatalmente continua, ni necesariamente progresiva. Aunque no librés jamás de todo sufrimiento, hay enfermos que no se ven realmente atormentados por su coriza sino en ciertas épocas del año, durante el invierno, la primavera ó el otoño, mientras que otros lo están en todas las estaciones. Hay algunos que no experimentan un romadizo desagradable, acompañado de estornudo, más que en su habitación, ó, al contrario, desde que se exponen al aire libre. Pero el enfermo no es por eso menos susceptible, y estas remisiones aparentes, ó más bien momentáneas, pueden, bajo la influencia de la menor causa irritante, dar lugar á un trastorno constante.

DIAGNÓSTICO. — Conforme á lo que se acaba de decir, el diagnóstico del coriza crónico no presenta ninguna dificultad, porque el examen rinoscópico anterior y posterior nos permitirá muy pronto eliminar todas aquellas afecciones con las cuales pueda confundirse, si sólo parásemos la atención en los síntomas funcionales experimentados por el enfermo. Así que se descartará la idea de un tumor de las fosas nasales, de cuerpos extraños, etc.; en una palabra, de todas las afecciones que puedan ofrecer un parecido cualquiera con el coriza crónico. La naturaleza de la secreción autorizará para desechar la idea del coriza purulento, en tanto que la ausencia de olor nauseabundo, repugnante, permitirá con facilidad apartar la idea del hedor de las narices. Si esta enfermedad comienza ya á desenvolverse, notaráse la presencia de otras alteraciones que la caracterizan.

PRONÓSTICO. — Sin tener gravedad, desde el punto de vista del peligro para la vida, el coriza crónico no constituye por esa razón una dolencia menos desagradable, siempre difícil de curar, que recidiva con facilidad notable en cuanto los sujetos atacados se exponen á las diversas causas que habían determinado la explosión de su mal. Además, no es raro ver los enfermos atormentados en el ejercicio de su profe-

sión por la pérdida más ó menos completa de su olfato y la alteración del gusto, que es la consecuencia, y, en particular, por dolores suborbitarios que paralizan á veces su actividad cerebral y disminuyen la aptitud para los trabajos intelectuales.

En los niños, el pronóstico es más grave por el desorden respiratorio que resulta.

COMPLICACIONES. — En el curso de la rinitis crónica pueden observarse las diversas complicaciones de que ya hemos hablado, á propósito de la afección aguda. Así, no es raro, en el niño sobre todo, ver la existencia de la inflamación del canal nasal y del saco lagrimal. Del mismo modo las fosas nasales posteriores participan, en general, de la inflamación, observándose todos los síntomas del catarro de las trompas, y á menudo también otitis medias catarrales por propagación de la flegmasia hasta la caja del tímpano, el catarro naso-faríngeo, las faringitis granulares ó catarrales simples, que son, en cierto modo, lesiones obligadas del coriza crónico. Tampoco es extraño asimismo encontrar una hipertrofia de la tonsila faríngea (vegetaciones adenoideas) ó de las amígdalas. Por último, pueden observarse, ora síntomas reflejos ocasionados por la enfermedad nasal, ora por la rinitis atrófica.

TRATAMIENTO. — Debe subordinarse á la intensidad del mal y á la naturaleza de los estados diatésicos, ó de las causas que hayan podido ejercer influencia sobre su desarrollo. La indicación primera será evidentemente suprimir estas últimas, y si la enfermedad no es muy antigua, desaparecerá entonces con algunas precauciones higiénicas.

La segunda será prescribir una medicación general en relación con el terreno sobre el que evoluciona el coriza, y, á este efecto, prescribiráse el aceite de hígado de bacalao, el arsénico, los sulfurosos, el hierro, la quinina, el ioduro de potasio, etc., según la diátesis que habrá de combatirse.

Finalmente, se instituirá un tratamiento local, ora bajo la forma de insuflaciones pulverulentas, sea bajo la de líquidos (inyecciones ó irrigaciones).

Entre las sustancias pulverulentas conviene citar los polvos absorbentes: bismuto, talco, clorato de potasa (1 por 10); los astringentes: como el alumbre, el bórax, el tanino, etc.; y, en fin, los polvos irritantes y, entre ellos, el nitrato de plata (1 por 10) (Michel), ó empleado bajo la forma de cauterizaciones locales (Schrötter, Niemeyer). Estos diversos medios, y particularmente los dos últimos (astringentes y cáusticos), sin dar mejores resultados que las irrigaciones, tienen alguna vez el gran inconveniente de producir un ataque de coriza agudo, acompañado de cefalalgia y lagrimeo, que incomodan y asustan tam-

bién á ciertos enfermos un poco susceptibles. Paréceme preferible recurrir á las irrigaciones y pulverizaciones nasales, que se harán, las primeras, con soluciones alcalinas (bicarbonato de sosa, cloruro de sodio, bórax, etc.), ó sulfurosas desde luego, y antisépticas, si es puriforme la secreción. Á tal objeto, se emplearán con ventaja las soluciones de ácido bórico, la resorcina, el salicilato sódico, etc., al 1 por 500, de los que se hará pasar, por lo menos, medio litro por las fosas nasales, por la mañana y por la tarde, ó también las inyecciones de las aguas-madres salinas á la dosis de una cucharada ó dos de las de comer, de sal, por litro de agua tibia.

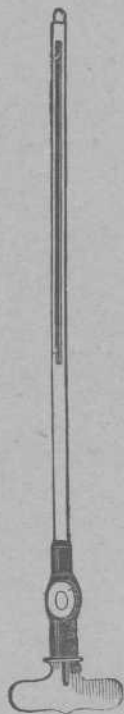


FIG. 137. — Portacáusticos para las fosas nasales.

Si hay necesidad, podrán hacerse seguir las irrigaciones de pulverizaciones hechas en las dos ventanas de la nariz, con soluciones ligeramente astringentes de tanino, sulfato de zinc, alumbre, subacetato de plomo, etc.

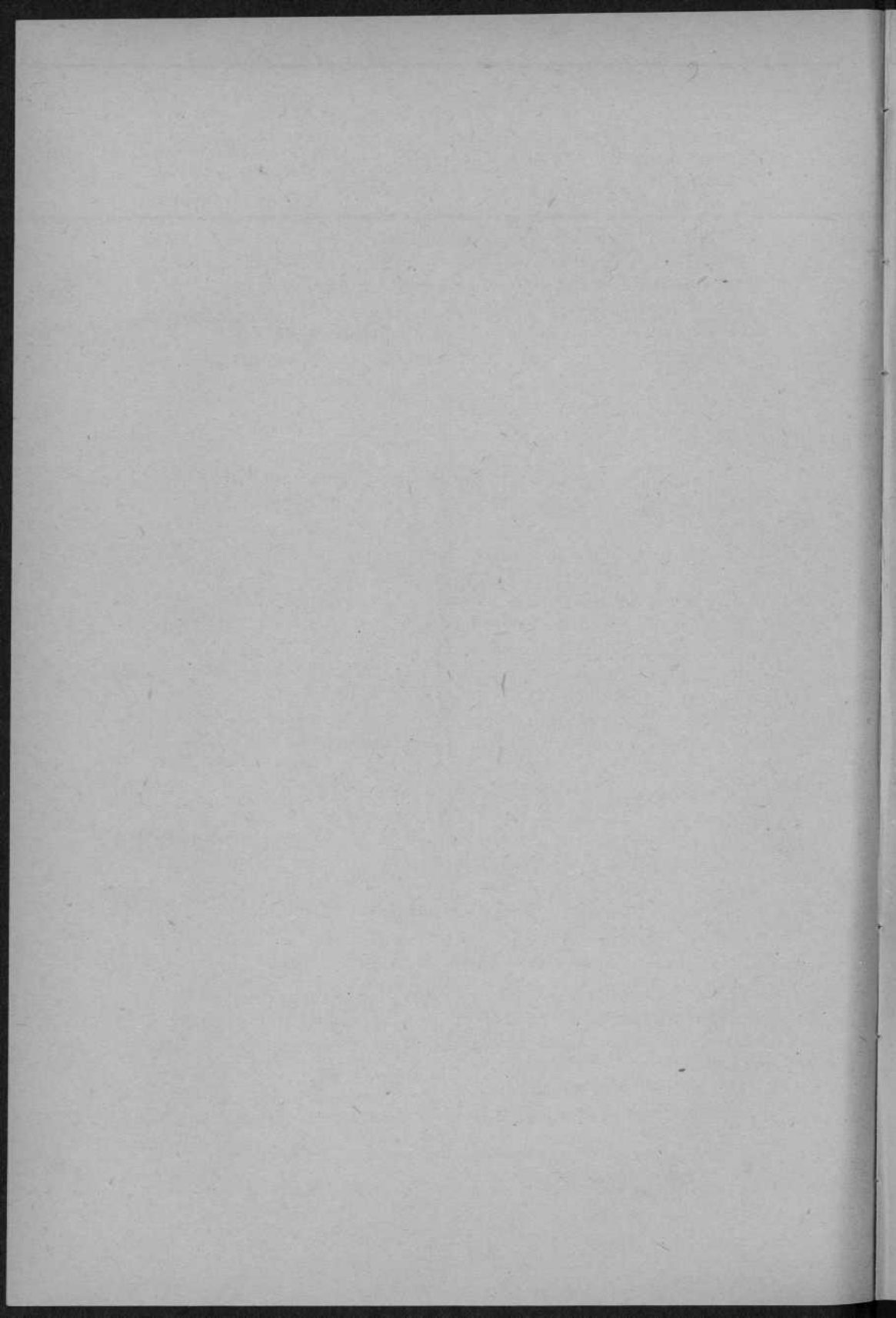
En fin, si el enfermo puede hacerlo, una estancia á orillas del mar, ó en una estación termal de los Pirineos (1), permitirán modificar feliz-

(1) Las aguas sulfurosas de nuestros establecimientos balnearios del Norte de

mente la afección y curarla de una manera más segura, y, sobre todo, más rápida.

Si existen complicaciones, se tratarán por los medios apropiados y según la naturaleza de cada una de ellas.

España reúnen excelentes condiciones asimismo, entre las cuales recomiendo las aguas sulfurosas "ferro-manganíferas", de Ormaiztegui (Guipúzcoa), las sulfurosas sódicas de Betelu (Navarra), etc., etc.



Coriza hipertrófico.

DEFINICIÓN.—Dase el nombre de rinitis hipertrófica á la tumefacción persistente, y más ó menos generalizada, de la mucosa pituitaria.

ETIOLOGÍA.—Muchos autores describen la hipertrofia de la mucosa nasal como un sintoma del coriza crónico simple, no otorgando á tal dolencia un lugar especial en el cuadro que contiene las diversas rino-patías. Esto no obstante, existen casos en que la hipertrofia es tal, que constituye toda la enfermedad, y ciertamente, bajo este título, me ha parecido merece una descripción bastante más minuciosa en un capítulo especial.

Como acabo de decir, la hipertrofia crónica de la mucosa de las fosas nasales obsérvase particularmente en los individuos que han estado atacados, durante un tiempo más ó menos largo, de inflamación de esta mucosa. Por consiguiente, pueden invocarse aquí las causas habituales (profesionales ó no) del coriza crónico. En los niños linfáticos ó escrofulosos obsérvase, sobre todo, esta enfermedad, la cual es igualmente bastante frecuente en los adultos, y, por el contrario, relativamente rara en la vejez. El sexo parece ser no tiene sobre esta dolencia, en lo relativo á su producción, marcada influencia.

SÍNTOMAS. — A. *Funcionales.* — Los síntomas habituales son, poco más ó menos, los mismos que los del coriza crónico simple, con la diferencia de que, aquí, el romadizo y la dificultad respiratoria por la nariz son mucho más pronunciados. Los enfermos se ven obligados casi siempre á respirar por la boca, máxime cuando están atacadas las dos fosas nasales, teniendo, por consiguiente, seca é irritada la garganta, y durante la noche, dejan oír un ronquido alarmante y muy desagradable.

Parece que los sujetos atacados de esta afección respiran con una

fatiga extremada y están siempre amenazados de sofocación (1), no siendo raro, cuando de niños se trata, que los padres los despierten para que respiren un poco más libremente; pero, en cuanto se quedan dormidos de nuevo, reaparece la misma fatiga, tan intensa como la primera vez. En ocasiones, también, la lengua se pega á la bóveda del paladar, ó se echa hacia atrás, cerrando parcialmente el orificio de la glotis, ocasionando entonces verdaderos accesos de dispnea y de sofocación, á propósito para inquietar á los padres. Notemos, sin embargo, que es muy raro este síntoma.

Este trastorno de la respiración aparece mucho más pronunciado si el tiempo es húmedo ó lluvioso, que cuando el aire está seco. El romadizo, uni ó bilateral, según el grado de la hipertrofia, se acompaña de obtusión más ó menos considerable del olfato y de gangueo en la voz. Muy á menudo son atacados los enfermos al mismo tiempo de sordera por obstrucción ó catarro de las trompas, de tal suerte que adquieren un aspecto atontado análogo al de los niños que tienen grandes amígdalas ó vegetaciones adenoideas.

En algunos casos, se observan fenómenos reflejos, como tos, asma, neuralgias, en una palabra, toda una serie de síntomas molestos, sobre los que tendremos ocasión de hablar más adelante. (Véanse *Neurosis reflejas de origen nasal*.)

La secreción nasal, acuosa en general, es rara vez muy abundante, y muy á menudo también, á menos de ataques agudos, los enfermos hacen esfuerzos inútiles para sonarse algunas mucosidades cuya expulsión no produce mejoría alguna en la fatiga respiratoria de que se encuentran atormentados. Obsérvanse alguna vez epistaxis, pero son poco abundantes. En una palabra, ninguno de los síntomas de que acabamos de hablar es patognomónico de la afección, y sólo el examen rinoscópico nos permitirá hacer el diagnóstico.

B. *Síntomas objetivos*. — Por medio del examen rinoscópico anterior, percíbese desde luego una tumefacción difusa que ocupa la mucosa que recubre el cornete inferior, sea en su parte anterior, sea en su parte posterior, ó en toda su longitud. Este infarto es, en general, tan pronunciado que el cornete descansa sobre el suelo de las fosas nasales, obstruyendo por completo el meato inferior, viene, por la parte interna, á fijarse al tabique, impidiendo el examen de la cavidad de la nariz. En el niño puede verse esta hipertrofia levantando simplemente la punta de la nariz hacia arriba, y proyectando un haz luminoso á la entrada de las fosas nasales. La superficie de la mucosa es lisa,

(1) Es, poco más ó menos, el mismo fenómeno, que se observa en los casos de hipertrofia de las amígdalas, ó de vegetaciones adenoideas.

igual, uniforme y á menudo tomentosa, granulada, con aspecto alguna vez rojo ó ligeramente rosado. Pero más frecuentemente, cuando la tumefacción es antigua y muy pronunciada, su coloración es de un gris deslustrado, apenas teñido de color de rosa, teniendo la mayor semejanza con los pólipos mucosos de las fosas nasales, ó más exactamente todavía, con la mucosa de los repliegues ariepiglóticos de la laringe, en los casos de edema agudo. Si se tocan estas partes con la sonda ó el estilete, se ve luego que la sensibilidad de la mucosa está notablemente disminuida; además, se aprecia que esta masa es blanda, deprimiéndose fácilmente, pero que toma su aspecto habitual desde

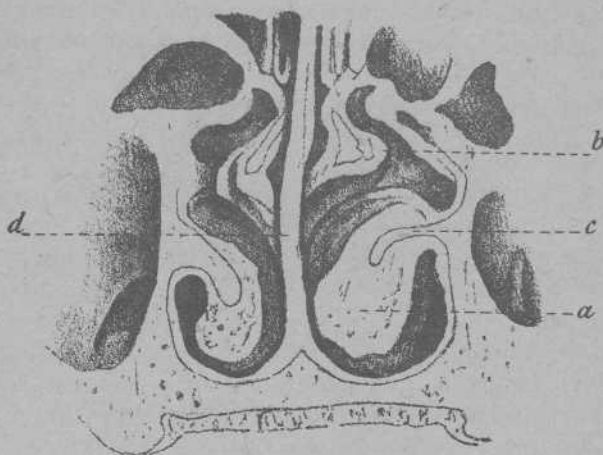


FIG. 188. — Corte frontal de las fosas nasales, poniendo al descubierto la mucosa que recubre los cornetes inferiores, notablemente hipertrofiados, hasta el punto de estreñar el calibre de las fosas nasales.

A. Cornete inferior cuya superficie está globulosa, visto por detrás. — c. Tejido óseo del cornete. — B. Cornete medio, asimismo aumentado de volumen. — D. Tabique medio de las fosas nasales. (Del Dr. E. J. Moure.)

que cesa la presión. Los toques repetidos apenas determinan una ligera vascularización, caracterizada por un tinte un poco más rosado; pero, en los casos más avanzados, no se produce ningún cambio apreciable.

Si puede verse el cornete medio, obsérvase que está igualmente aumentado de volumen, pero en un grado menor que el precedente, porque no obstruye jamás completamente el meato medio. Algunas veces, toda la mucosa que recubre su cara inferior parece relajada, como despegada de las partes subyacentes, siendo su coloración pardusca sucia. La sensibilidad táctil está notablemente disminuida, y en estos casos,

el olfato casi siempre alterado. Evidentemente, se trata del primer grado de la degeneración mixomatosa de la pituitaria.

Si la hipertrofia se asienta ó ha invadido las fosas nasales posteriores, apercíbese al examen con el espejo rinoscópico la extremidad posterior del cornete inferior igualmente tumefacta. La mucosa no aparece lisa y uniforme, sino que está, por el contrario, desigual, abollada, de aspecto muriforme, y de una coloración pardusca muy pálida, que corta de una manera muy clara la capa mucosa que recubre el velo del paladar (véase fig. 136) y las fosas nasales posteriores (faringe nasal, orificio de las trompas, etc.). Tiénense á la vista verdaderas vegetaciones polipoideas, perfectamente agrupadas y haciendo relieve por fuera de las coanas, recubriendo, sin embargo, la parte inferior del tabique, que ocultan á la vista del observador. Ambas partes pueden ser

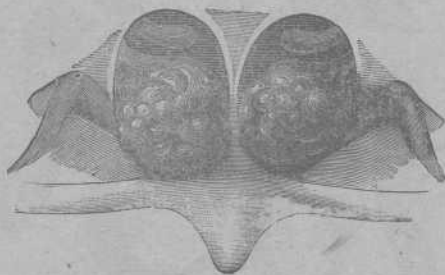


FIG. 139. — Aspecto de los cornetes inferiores atacados de hipertrofia, vistos con el espejo rinoscópico (según Morrell-Mackenzie).

también bastante voluminosas para llegar á ponerse en contacto, y cruzarse (Michel) detrás del septum nasal (1). Dichas tumoraciones reposan sobre la cara superior del velo del paladar, detrás de la úvula y sobre las partes laterales del orificio de las fosas nasales posteriores y de las trompas de Eustaquio, á las que obstruyen más ó menos completamente. La parte posterior del cornete medio está, generalmente, apenas tumefacta y de una coloración rosácea uniforme.

A veces el tabique aparece espesado, rojo é inflamado. El suelo de la nariz encuéntrase habitualmente sano, pero se pueden encontrar, sin embargo, algunas pequeñas elevaciones bastante circunscritas muy sesiles, destacadas sobre la pared inferior de las fosas nasales y situadas casi siempre junto á la entrada de las ventanas anteriores de la nariz.

(1) El Dr. Jurasz (de Heidelberg) nos ha señalado recientemente un caso notable de hipertrofia de los labios posteriores de la trompa, que formaba dos tumores análogos y que podían tomarse por hipertrofia polipoidea de los cornetes. (Comunicación oral, Enero, 1893) Nosotros hemos encontrado un caso análogo, y no es dudoso que las investigaciones acerca de estas hipertrofías nos harán descubrir su relativa frecuencia.

Según la intensidad de la afección, encuéntrase estas diferentes lesiones reunidas en el mismo sujeto y por los dos lados al mismo tiempo, ó solamente algunas de entre ellas, bien en el cornete inferior, ya en el cornete medio, en toda su longitud, ó simplemente en su parte anterior ó posterior. Cuando la lesión no ocupa más que esta última región, se puede hacer el diagnóstico fácilmente por el examen rinoscópico anterior, después de haber cocainizado toda la mucosa que tapiza los cornetes inferiores y medios. Sabemos, en efecto, que bajo la influencia de este tóxico, toda la porción de la pituitaria no degenerada, sino simplemente tumefacta, se retrae hasta el punto de amoldarse al esqueleto de la nariz, y desde este momento la inspección de las fosas

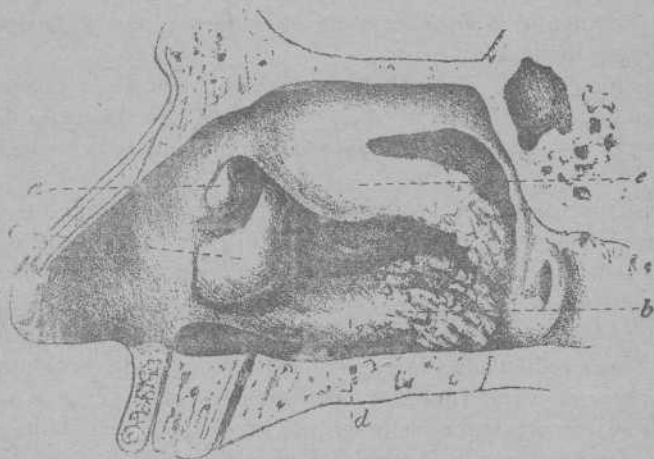


FIG. 140. — Corte antero-posterior, demostrando la fosa nasal derecha.

A y B. Pequeños pólipos que toman nacimiento en el meato medio. — D. Cornete inferior ligeramente hipertrofiado en su porción media, y presentando en B una hipertrofia muriforme de su superficie posterior. — E. Cornete medio ofreciendo en menor grado las precedentes lesiones. (Del Dr. E. J. Moura.)

nasales posteriores hácese cosa fácil. Descúbrese así en la parte inferior y posterior, hacia el orificio coanal, un relieve polipoideo, muriforme, á menudo pediculado y que se continúa con la extremidad del cornete inferior, de la cual depende.

El volumen de estas hipertrofias, verdaderas degeneraciones de aspecto papilar, puede ser tal, que simule un pólipo de la ventana posterior de la fosa nasal. El tacto con el estilete indica la movilidad relativa de la porción degenerada, su verdadero punto de inserción y su poca sensibilidad al tocarla.

MARCHA. — DURACIÓN. — TERMINACIÓN. — La marcha de la enfer-

medad es esencialmente lenta, y una vez constituida, es extremadamente raro que retrograde por sí misma; de tal suerte, que su duración puede considerarse como indefinida, en tanto que un tratamiento apropiado no venga á hacer entrar á todo en orden. Sin embargo, como ya he tenido ocasión de decirlo más arriba, los enfermos se ven atormentados por las molestias, sobre todo cuando la atmósfera está cargada de vapores acuosos, ó cuando el tiempo está húmedo. Por el contrario, cuando el tiempo es seco, la tumefacción es menos pronunciada, considerándose algunos individuos como curados, porque pueden respirar más libremente por la nariz.

La terminación habitual de la hipertrofia abandonada á sí misma, es la persistencia de la hipertrofia, ó la degeneración de la mucosa, y por consiguiente, la formación de verdaderos pólipos (mixomas ó pseudo-papilomas).

Finalmente, conviene saber que la hipertrofia de la mucosa disminuye de frecuencia con la edad, y que desde los cincuenta años no se observa más esta degeneración de la membrana de Schneider.

DIAGNÓSTICO. — En los casos habituales, y cuando los tejidos hipertrofiados no son muy voluminosos ni muy exangües, el diagnóstico es generalmente fácil, porque el examen rinoscópico revela pronto la naturaleza de la afección. Pero cuando la mucosa que recubre el cornete inferior se halla muy hipertrofiada, hasta el punto de parecer á veces como pediculada, de aspecto pardusco, pálido, absolutamente insensible, el cornete inferior, así transformado, puede á primera vista tomarse, con suma facilidad, por un ojo poco ejercitado, por un pólipo mucoso de las fosas nasales. Podría citar buen número de enfermos, á los que se ha querido arrancar esos pretendidos neoplasmas. Si la hipertrofia ocupa las dos fosas nasales, se tendrán entonces dos tumores perfectamente simétricos, que obstruyen preferentemente el meato inferior. Si se trata de pólipos, se verá muy á menudo su superficie recorrida por un ramo vascular más ó menos delicado, y que envía en todos sentidos ramificaciones arborizadas. En fin, la sonda ó el estilete disiparán las últimas dudas. Efectivamente, si la mucosa está simplemente hipertrofiada, se encontrará una extensa base de implantación situada al nivel del punto en que habitualmente se encuentra el cornete, mientras que, si se trata de un pólipo, se podrá seguir á este último hasta el meato medio, y aún más alto, en el punto de elección de esta especie de neoplasmas. Llegado el tumor á este grado de desarrollo se le observa siempre muy pediculado, y por consiguiente, bastante móvil.

Si existe la menor duda en el espíritu del observador, se podrán emplear los toques al neoplasma con una solución de clorhidrato de

cocaína al 1 por 10, con lo que bastará para reducir en algunos minutos las partes de la mucosa simplemente tumefactas, pero no realmente atacadas de hipertrofia, y, por consiguiente, reconocer exactamente las partes enfermas. Estos toques, produciendo además la anestesia, permitirán hacer un examen táctil más completo, y por ende, más seguro.

Inútil es añadir que, en el caso de tratarse de un verdadero pólipo, éste no sufriría ningún cambio bajo la influencia del mencionado agente terapéutico.

Merecen apenas señalarse las desviaciones del tabique nasal, porque su situación en la cara interna y la consistencia del tumor, constituyen elementos muy suficientes de diagnóstico.

PRONÓSTICO. — Si el enfermo se somete á un tratamiento apropiado, es favorable el pronóstico; en el caso contrario, pueden verse sobrevenir muy serias complicaciones en su curso, ó como consecuencia de la afección.

COMPLICACIONES. — Á propósito de la terminación de la enfermedad, he hablado ya de sus relaciones con los pólipos mucosos, por lo que creo inútil volver sobre el mismo asunto. Por parte de los oídos, pueden observarse todas las complicaciones que acompañan á las inflamaciones crónicas de las fosas nasales. Sobre todo, en lo que respecta á las trompas de Eustaquio obsérvanse los primeros síntomas auriculares.

En los niños, la fatiga *habitual y prolongada* de la respiración por la nariz, puede ocasionar las mismas lesiones que la hipertrofia de las amígdalas, ó las vegetaciones adenoideas, como son la detención del desarrollo de la caja torácica, las deformaciones en forma puntiaguda, de pecho de pichón (Dupuytren, Lambron, Shaw, etc.), de tal suerte que las fuerzas vitales de los enfermitos resultan muy debilitadas por la falta continua de oxigenación de la sangre. En fin, hase señalado todavía, como una complicación de la hipertrofia de la mucosa pituitaria, algunos fenómenos reflejos, como asma, tos, neuralgias, etc., á los que hemos aludido á propósito de la sintomatología.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Las lesiones anatomo-patológicas son las de todas las hipertrofias de las mucosas en general. Aparecen éstas en un estado más vascular que en el estado normal, con los vasos dilatados; las glándulas están igualmente aumentadas de volumen, en gran número. Las células epiteliales, también más numerosas, sufren en parte la degeneración grasosa. La capa conjuntiva se halla notablemente engrosada é infiltrada de pequeñas células.

TRATAMIENTO. — El tratamiento del coriza hipertrófico será, ante todo, local y bastante enérgico para reducir la mucosa hipertrofiada á un volumen todo lo más normal posible. Cuando la afección es reciente ó poco pronunciada, algunas inyecciones y pulverizaciones serán á veces medios suficientes, sobre todo, si se las ayuda con las cauterizaciones.

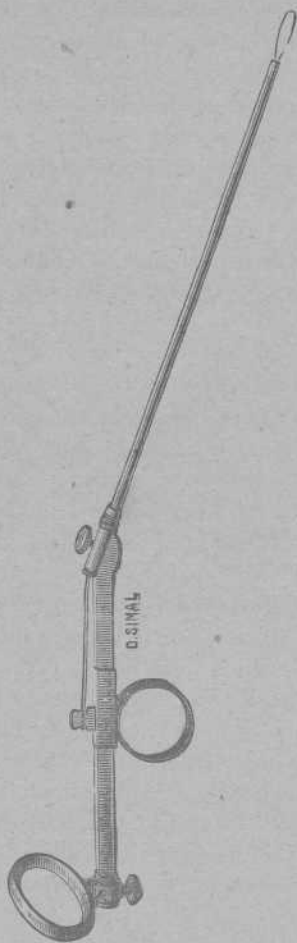


FIG. 141. — Polipotomo de Blacke.

Mas es preciso advertir que, en los casos antiguos y bien caracterizados cuya mucosa ofrece entonces ese aspecto pardusco, pálido, polipoides, de que ya hemos hablado anteriormente, debe recurrirse á una medicación tópica mucho más enérgica que la precedente. Con este

objeto, hase propuesto la excisión de la parte hipertrofiada, sea con las tijeras rectas llevadas á lo largo de la pared externa de la mucosa de la nariz (Péan), bien con un aprietanudos especial (Jarvis, Knight, Sajois, Michel). En estos casos conviene dar la preferencia al aprietanudos galvánico. Después de anestesiar la pituitaria con la cocaína, enciérrase en el asa toda la parte degenerada, y haciendo pasar la corriente con lentitud, por interrupciones, córtase la porción cogida en el anillo del instrumento. Según esté la hipertrofia más ó menos acentuada y estén las partes degeneradas más ó menos pediculadas, podrán quitarse en una ó muchas sesiones. El tratamiento consecutivo consiste, según los enfermos, ora en insufflaciones de aristol pulverizado en la fosa operada, ora en inyecciones nasales (boricadas ó de resorcina), hechas durante quince ó veinte días después de la operación.

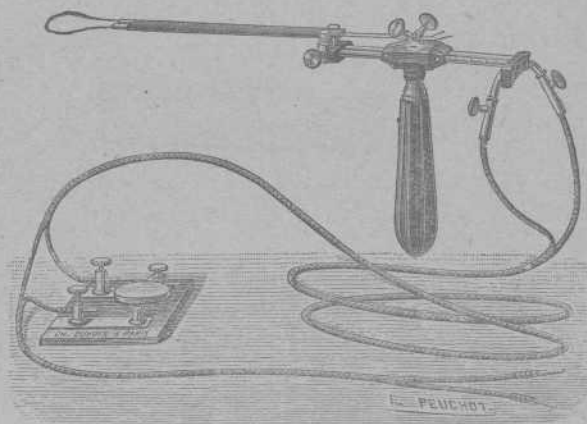


FIG. 142. — Asa galvánica de pedal del Dr. Ruault.

En los casos más ligeros, con hipertrofia más generalizada y degeneración menos avanzada, las cauterizaciones punteadas, ó mejor lineales, de la parte hipertrofiada, hechas con el galvanocauterío, y ya recomendadas por Voltolini, Michel, Zaufal, Hedinger, Löwenberg, etcétera, hacen desaparecer con bastante rapidez la tumefacción, y de este modo, restablecen la respiración por la nariz. Es raro que, después de tres ó cuatro sesiones, la pérdida de sustancia determinada por las cauterizaciones no baste para devolver á las fosas nasales su calibre normal. La aplicación del galvanocauterío en las cavidades nasales es bastante dolorosa, y la reacción inflamatoria á veces también muy viva. Debe usarse, por lo tanto, para operar, la anestesia de la mucosa por medio del clorhidrato de cocaína (solución al 1 por 10) y conducir el cuchillo galvánico, puesto al rojo sombrío, sobre los tejidos que

se quiere destruir ó hacer desaparecer. La cauterización produce, según los sujetos, ora la formación de verdaderas pseudo-membranas espesas que el enfermo expulsa tres ó cuatro días después de la aplicación del cáustico, ya escaras secas costrosas, que poco á poco se eliminan. Para obtener la curación completa de una cauterización galvánica intensa, es preciso contar al menos quince días; pero si se quiere hacer sobre

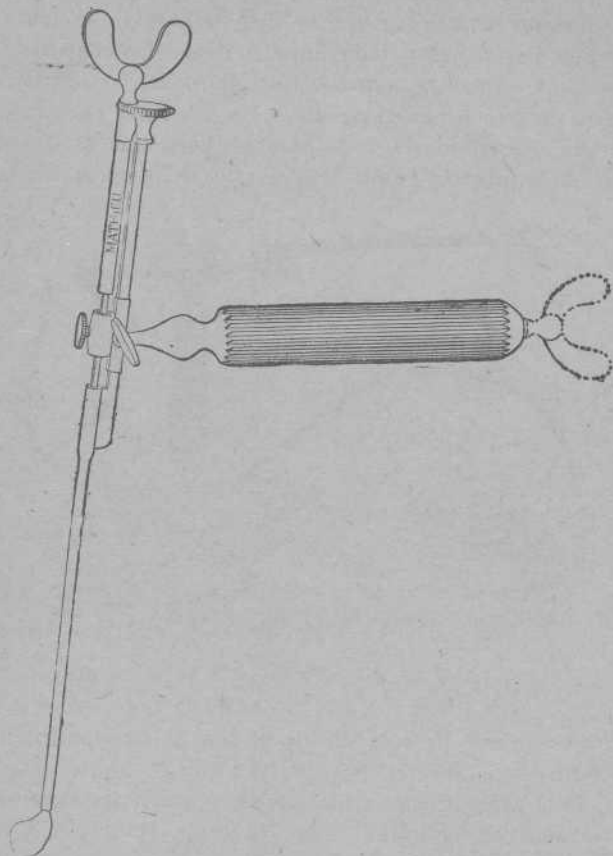


FIG. 143. — Polipotomo de cremallera para encerrar y cortar lentamente las hipertrofias polipoideas.

el mismo punto una segunda sesión, es bueno esperar por lo menos un mes para juzgar del efecto obtenido por el primer tratamiento.

En cuanto á la clase de cauterio, variará según los operadores y según los operados. Una mano poco familiarizada con la galvanocaustia deberá usar el cauterio imaginado por Löwenberg, que tiene la ventaja de proteger el tabique nasal contra las quemaduras que

podrían resultar, bien por los movimientos del enfermo, ó bien por falta de seguridad en la mano del operador. Después de haber introducido la placa metálica un poco más allá de las partes que hayan de cauterizarse, hácese pasar una corriente, cuya intensidad se conoce con antelación (rojo sombra), en el momento en que se principia á retirar el instrumento, de modo que se haga una cauterización lineal. El único inconveniente, ligero, sin embargo, consiste en la necesidad de tener dos instrumentos, uno para cada ventana de la nariz.

Debo añadir, que en la práctica corriente prefiero un cuchillo gal-

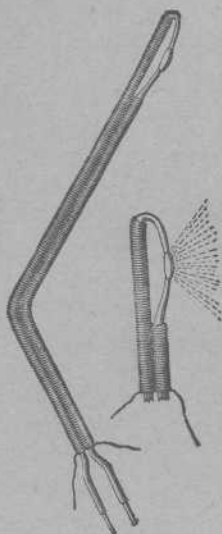


FIG. 144. — Cauterío lateral de Löwenberg para las fosas nasales.



FIG. 145. — El mismo, en el cual la extremidad que descansa sobre el tabique ha sido reemplazado por una bola de marfil B, cuya superficie es muy lisa. C, placa de platino que se calienta en el momento en que pasa la corriente.

vánico un tanto grueso y más ó menos grande, según los casos, con el que se hacen cauterizaciones amplias en la superficie, y profundas, si se aplica largo tiempo. Algunos prácticos prefieren las puntas finas, con las que hacen una verdadera ignipuntura de los cornetes. Este procedimiento tiene algunas veces el grave inconveniente, siempre desagradable, de provocar hemorragias para una operación tan sencilla.

Es inútil añadir que todas estas maniobras se practicarán con un espejo sobre la frente, es decir, sobre un campo operatorio perfectamente alumbrado. Los instrumentos están acodados en ángulo obtuso

para evitar que la mano del operador enmascare las partes sobre las que ha de operar.

Para calentar las placas galvánicas puede servirse indiferentemente de una pila primitiva, como las de Chardín, por ejemplo, ó de un acu-

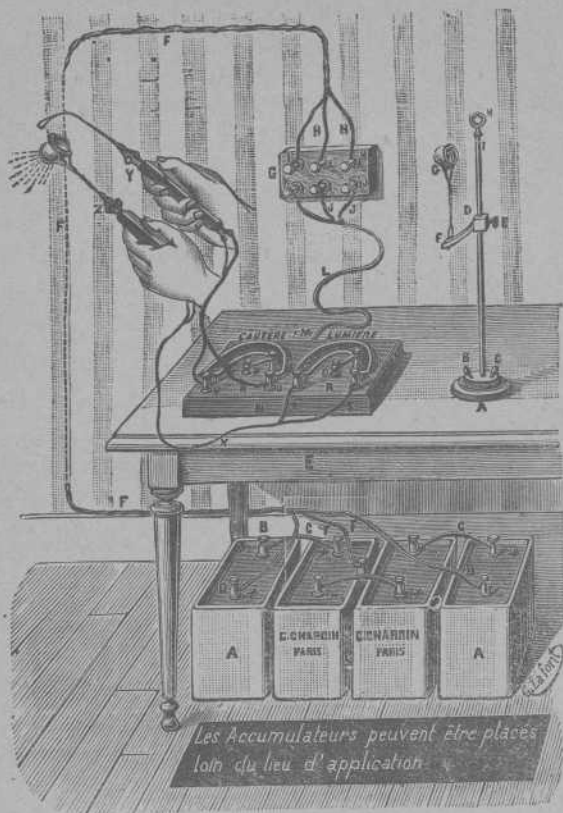


FIG. 146. — Aparatos para galvanocauterización y luz eléctrica simultáneas

A. Acumuladores. — B, F. Cable que va á la instalación. — C. Hilo de reunión de los elementos entre sí. — G. Tablilla mural. — H, H. Cables de los acumuladores. — J, J. Cable de lona verde que va á los reostatos. — M, N. Reostatos. — O. Punto del centro de la manecilla del reostato. — R. Tomas de corriente. — Y. Mango y su cauterio. — Z. Mango y su lámpara. — Los cordones X de la pila pueden ser colocados en B C del candilero.

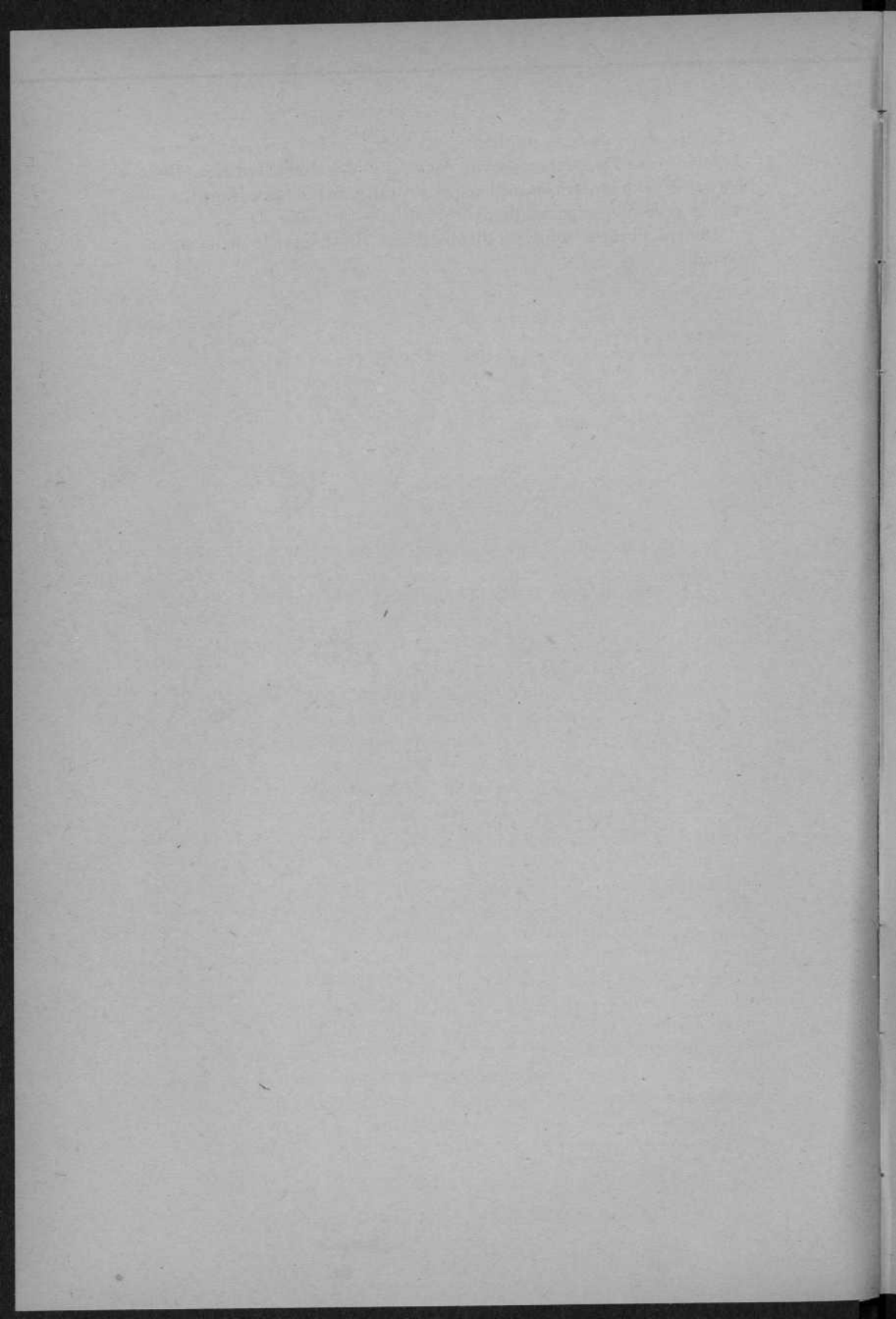
mulador (Faure ó Trouve), aunque estos últimos me parecen todavía de un empleo más costoso y menos cómodo.

Cuando la hipertrofia no es demasiado considerable, ó cuando no se tienen á mano los instrumentos necesarios para la galvanocauterización, pueden reducir poco á poco los tejidos enfermos con los cáusticos

químicos ó con agentes oxidantes. El ácido crómico fundido sobre el estilete (véase *Terapéutica general*, págs. 53 y 54), el ácido nítrico (Bosworth) ó el ácido tricloracético permitirán, en los casos sencillos, y con un poco de paciencia, llegar al resultado apetecido (1).

Deberá obrarse sobre las disposiciones diatésicas de cada enfermedad.

(1) Se ha preconizado también la electrolisis (Garrigou-Désarènes); pero éste es un tratamiento que nos parece muy complicado y que determina una desecación muy considerable de la mucosa, si se ha hecho uso de placas aplicadas sobre la parte que se ha de destruir.



Rinitis atrófica.

(Ozena, hedor de la nariz.)

DEFINICIÓN. — Designase bajo el nombre de rinitis atrófica, impropia-mente llamada *ozena*, una inflamación crónica de la pituitaria, caracterizada por el ensanchamiento de las fosas nasales y la acumulación en estas cavidades, así agrandadas, de concreciones costrosas que esparcen un olor fétido y repugnante, por lo que le ha valido el nombre con que vulgarmente se la llama (1).

La rinitis crónica atrófica es una afección tan común y tan grave, desde el punto de vista de las relaciones sociales, que es de la más alta importancia tener una idea muy clara sobre esta rinopatía. Hasta estos últimos años, en efecto, todas las afecciones de las fosas nasales caracterizadas por el mal olor del aire espirado, designábanse bajo el nombre de *ozena*. De tal modo, que afecciones muy diferentes desde el punto de vista de sus síntomas, de su marcha y, sobre todo, de su tratamiento, estaban englobadas bajo esta denominación un poco demasiado general. Pero el examen directo de las fosas nasales ha permitido desechar todos esos errores y hacer del *ozena* lo que siempre hubiera debido ser, es decir, el síntoma de diversas afecciones que conviene describir por separado.

Creo que algunas consideraciones bastarán para dejar bien establecido que no estudiaré en este capítulo las diversas ulceraciones ó alteraciones del esqueleto de la nariz, cualquiera que sea su naturaleza (sifilítica, traumática, etc.), sino una afección realmente especial, *sin lesiones ulcerosas*, caracterizada por los síntomas que he mencionado en la definición.

(1) *Ozena viens*, en efecto, de *οζάνη*, hediondez.

ETIOLOGÍA. — *Causas predisponentes.* — Entre las causas que predisponen la mayor parte de las veces á esta penosa enfermedad, es preciso, á mi juicio, poner en primer lugar la influencia diatésica del enfermo. El estado, generalmente conocido bajo el nombre de escrófula, paréceme jugar un papel de la más alta importancia, si no para crear la enfermedad, al menos para facilitar su aparición, al encontrar el terreno más apto para recibir y desarrollar los gérmenes del mal. Casi todos los autores admiten igualmente la influencia de la sífilis hereditaria sobre la producción del *ozena*, y, sin embargo, nadie afirma, con razón por lo demás, que tal influencia esté absolutamente demostrada (Martin).

Después de las diátesis, citaré entre las causas que predisponen particularmente á esta enfermedad, la herencia (Zaufal, Fränkel, Bresgen, etc.). La forma de la nariz, en efecto, es á menudo la misma en los niños y en sus ascendientes directos (padre ó madre), y por esto no es raro encontrar familias enteras atacadas de esta dolencia. Iré también más lejos, diciendo que cuando en una familia la madre y uno de los hijos son atacados de rinitis atrófica, es bastante común encontrar, en los otros hijos, los gérmenes de la enfermedad, al menos no esperando esta última sino una ocasión para desenvolverse más completamente y manifestarse por el olor característico.

Mencionaré aún, entre las causas predisponentes, la preexistencia de un catarro crónico de las fosas nasales y, sobre todo, de la rinitis purulenta infantil (Bosworth, Moldenhauer, Laurent, E. J. Moure), no siendo, en general, estas últimas enfermedades más que las primeras etapas de la rinitis atrófica.

Por lo que concierne á la edad de los enfermos, todos los autores están poco más ó menos de acuerdo en admitir que sobre todo de diez á veinte años, es decir, en la adolescencia y hacia la edad de la pubertad, se encuentra con más frecuencia la afección; sin embargo, puede observarse en los adultos y en los niños jóvenes (1). El sexo femenino parecería estar más particularmente predispuesto á sufrir los ataques del mal (Ruault 3, pág. 1); pero yo estimo que el predominio marcado del sexo femenino podría todavía explicarse por el hecho de que las mujeres y las doncellas son, por punto general, más cuidadosas de sí mismas y se preocupan más de su estado.

Conviene asimismo recordar que Störck ha hecho constar la existencia endémica de una blenorrea crónica de la nariz, de la faringe, de la laringe y de la tráquea en los naturales de Galitzia, los polacos y

(1) He tenido muy á menudo ocasión de encontrar el coriza atrófico en todos los niños de tres á cuatro años, de los que ya cuidaban los hermanos mayores ó las hermanas; la herencia parece, pues, en estos casos, deber ser invocada con razón.

los válacos. Del mismo modo, en la Baja Arabia, esta enfermedad es por extremo común, siendo debida á la pobreza de los enfermos, que son sucios, están amontonados los unos sobre los otros y en detestables condiciones higiénicas. He tenido ocasión de observarla en ciertas regiones del Mediodía y, sobre todo, en algunas ciudades españolas, en las que es de una frecuencia extremada.

Causas ocasionales. — Las causas que pueden favorecer el desarrollo del coriza atrófico son: desde luego la persistencia de aquellas que ocasionan el coriza agudo y el coriza crónico simple, y, sobre todo, la influencia prolongada de vapores ó polvos irritantes. Los medios sucios, contaminados y malsanos, las deformaciones del esqueleto de la nariz, y, en particular, las desviaciones del tabique, que impiden la salida hacia fuera de las mucosidades nasales, haciéndose así el punto de partida del coriza crónico. La pequeñez relativa de los cornetes y el desmesurado grandor de las fosas nasales, facilitando el paso rápido del aire inspirado, pueden favorecer la desecación de las secreciones nasales y ocasionar el ozena (Zaufal). Veremos en la anatomía patológica la importancia que conviene conceder á esta teoría.

A. SÍNTOMAS FUNCIONALES. — Los síntomas subjetivos de la rinitis atrófica variarán con el período y la intensidad de la afección. Si está todavía, en una fosa nasal, en el período inflamatorio y, en otra, en el período atrófico, lo que no está lejos de ser raro (Fränkel), los síntomas no serán los mismos en las dos cavidades.

Efectivamente, mientras que, en un lado, experimentará el enfermo las diversas sensaciones de que ya hemos hablado al tratar de esta forma especial de inflamación de la mucosa de la nariz, en el lado opuesto sentirá los síntomas que caracterizan realmente la dolencia en que nos ocupamos en este lugar. Siendo preciso añadir que si la atrofia existe en ambas fosas nasales, el enfermo ofrecerá en los dos lados los diversos signos que caracterizan esta rinopatía.

Lo que choca por lo pronto en los enfermos de coriza atrófico, que yo llamo *tipo*, es su aspecto exterior, la apariencia de su semblante y particularmente la forma de su nariz. Ofrecen, en efecto, todos los signos exteriores de la que se ha convenido en llamar facies estrumosa (labios espesos, carrillos abotagados, tumefacción de los ganglios submaxilares, etc, etc.); los huesos propios de la nariz, en lugar de formar una especie de espina como en el estado normal, están, al contrario, hundidos por debajo del frontal, y el relieve habitual del nacimiento de la nariz está reemplazado por una depresión más ó menos pronunciada; de tal modo, que muy á menudo el orificio de las ventanas de la nariz, en lugar de mirar directamente hacia abajo, dirijese un poco más ade-

lante, estando la punta de la nariz algunas veces fuertemente levantada. En una palabra, los enfermos tienen lo que Zaufal ha llamado, con justa razón, la nariz en forma de escabel (fig. 147).

No es raro encontrar, según las personas, una apariencia delicada que tiene su razón de ser (Michel) en la debilidad que determina su abundante secreción y la infección del aire que respiran. Á menudo también, los atacados de ozena tienen el genio triste, especialmente cuando comprenden que el mal olor que despiden produce el vacío á su alrededor.

Es bastante habitual que los enfermos se quejen de cefalalgia frontal, ó al menos de una presión dolorosa encima de los ojos, resintiéndose también de sequedad en la garganta y de tristeza por la repulsión que causan á los demás.



FIGURA 147.

Por punto general, el olfato está disminuido y hasta abolido enteramente. La secreción de la nariz es á veces bastante abundante, puriforme, espesa, pero, más á menudo, los enfermos pasan muchos días sin sonarse y, por medio de esfuerzos violentos, consiguen desembarazar sus fosas nasales de las secreciones acumuladas, que son verdaderas costras de color amarillo-verdoso, espesas, secas por su superficie, y dispuestas bajo la forma de láminas sobrepuestas, que aquéllos expulsan de sus cavidades nasales. Estas secreciones difunden un olor extremadamente fétido, acre, absolutamente *sui géneris*, que se reconoce fácilmente, cuando se ha tenido ocasión de experimentarlo una sola vez. Es el olor mismo que los enfermos esparcen en derredor de sí, haciendo su acceso imposible, hasta para sus mismos parientes. Por otra parte, es el síntoma que domina la situación, y por el cual vienen á consultar al médico.

B. SINTOMAS OBJETIVOS. — Lo que en seguida llama la atención cuando con el espéculum se practica el examen de las fosas nasales anteriores, es la considerable longitud de estas cavidades. Su agrandamiento es tal, que se ve bien, por la parte anterior, una notable extensión de la pared superior de la faringe (faringe nasal), el orificio de las trompas de Eustaquio y la parte superior del velo del paladar, y cuando se hace ejecutar al enfermo un movimiento de deglución, pueden seguir muy claramente las contracciones de los músculos de la faringe y las de los músculos peristafilinos. Generalmente, los meatos inferiores y medios se confunden en una sola cavidad, á causa de la notable atrofia ó también de la desaparición casi total del cornete inferior.

Toda la mucosa de la nariz, excepto la parte anterior, está tapizada de mucosidades de un verde pardusco sucio, espesas, que forman particularmente sobre el cornete medio y al nivel del cuerpo del esfenoides, verdaderos tapones, muy adherentes á la pared sobre la que se amoldan al principio.

Cuando estas masas se arrancan á beneficio de una inyección, del porta-algodones ó de la pinza, puede juzgarse de la delgadez extrema del cornete inferior que está, en algunos casos, reducido á una simple bandeleta que se extiende á lo largo de la pared externa y lateral de las fosas nasales.

El cornete medio, notablemente atrofiado, encuéntrase muy cerca del tabique, y algunas veces, pocas en verdad, sin embargo, puede verse el punto ocupado por las células etmoidales y el cornete superior, cuando este último existe ó no es demasiado rudimentario.

Toda la mucosa de la nariz presenta un aspecto desigual, ligeramente apergaminado, como arrugado, de un rojo bastante vivo, especialmente al nivel del cornete medio, ó más raramente, de un blanco pálido, verduzco y sucio. Luego, después de levantar las costras, la mucosa subyacente aparece roja ó más ó menos congestionada. Sobre el tabique, que está todo desigual y como apergaminado, la mucosa está más rosada.

Agreguemos, como hecho importante, que jamás se encuentran ulceraciones.

Finalmente, en los casos antiguos, no es raro encontrar sobre la faringe, y también hasta en la laringe y la tráquea, acúmulos de mucosidades verdosas análogas á aquellas que se ven en las fosas nasales (Luc). En todos los casos, la mucosa faríngea, atacada sin ningún género de duda, por propagación, aparece delgada, lisa, como recubierta de una capa de barniz (faringitis seca ó atrófica).

ANATOMÍA PATOLÓGICA — PATOGENIA. — Desde las investigaciones

de Michel, Zaufal, Gottstein y Hartmann, está absolutamente demostrado y admitido que la enfermedad que nos ocupa en este momento no es de naturaleza ulcerosa, como durante largo tiempo se había creído, y además está perfectamente demostrado que el olor procede de los montones de mucosidades acumuladas en las cavidades de la nariz. Efectivamente, una vez quitadas estas últimas, el olor que el enfermo esparce desaparece generalmente al momento (1), para aparecer de nuevo cuando los tapones putrefactos de moco llegan otra vez á recubrir la mucosa. Si estos dos últimos puntos se admiten sin réplica por los rinólogos, la causa intrínseca de tal fetidez es, por el contrario, objeto de numerosas teorías, de las que resumiré las principales.

Según Zaufal, el ozena es la consecuencia de una demasiada longitud de las fosas nasales, resultante de una pequeñez exagerada y congénita del cornete inferior y un poco del cornete medio. En la pubertad, esta desproporción, acentuándose más, hace aparecer el síntoma ozena. La fuerza de la corriente del aire expirado se encuentra entonces notablemente disminuida, resultando una insuficiencia en el barrido de las mucosidades durante la expiración, y la acumulación de estos últimos en las cavidades de la nariz, ocasionando su descomposición; á consecuencia de su detención en un lugar caliente y constantemente húmedo. Esta interpretación, adoptada por Hartmann, ha sido algún tanto modificada por Michel (de Colonia), quien, admitiendo en un todo la teoría de Zaufal, opina que no basta para explicar la hipersecreción de la mucosa, creyendo necesario hacer provenir las secreciones de los senos esfenoidales y etmoidales. Sin embargo, conviene añadir que, en los individuos de cornetes inferiores rudimentarios, el etmoides estaría, según Zuckerkandl, muy poco desenvuelto, hecho que evidentemente vendría á invalidar la opinión del Dr. Michel. Gottstein, por el contrario, supone, con razón á mi modo de ver, que la mucosa es el punto de partida de la enfermedad, y que existe un catarro crónico de las glándulas y del tejido eréctil, que determina á la larga la atrofia del mismo cornete. Esta teoría tiene, por lo menos, la ventaja de explicar dicha hipersecreción, y sobre todo, esa profunda alteración aportada á la secreción de la nariz, no solamente cuando ha permanecido durante algunos días en las fosas nasales, sino desde que se derrama de las glándulas inflamadas que la secretan.

Según Habermann (citado por el Dr. Potiquet en su traducción del

(1) Puede suceder en algunos casos que, una vez quitadas las mucosidades aparentes, el olor persista todavía; este hecho se explica por la existencia de materias acumuladas en la parte postero-superior ó externa de las fosas nasales ó el seno esfenoidal. Basta, en efecto, practicar un lavado retro ó intranasal para ver salir todavía las secreciones fijas sobre los puntos que se escapan á la inspección con el espéculum.

libro de Moldenhauer), la dolencia principiaría por el epitelio de las glándulas arracimadas y las glándulas de Bowmann, para extenderse desde allí á la mucosa, siendo la lesión primitiva una degeneración grasosa del epitelio. La atrofia de la mucosa con esclerosis de su tejido, se produciría en seguida.

Que el ensanchamiento de la cavidad de la nariz facilita la retención de las secreciones, y, por consiguiente, su descomposición, es muy cierto; pero que ésta sea la que constituye el punto de partida de la enfermedad, parece poco probable. Semejante disposición de las fosas nasales puede ser una circunstancia predisponente, pero yo estoy persuadido de que es preciso otro factor, al menos tan esencial como la atrofia ó la ausencia del cornete inferior, que precisa una inflamación especial de las glándulas de la mucosa (1). Que esta inflamación sea el resultado de la presencia de un *coccus* particular (Löwenberg); que las secreciones exhaladas por la mucosa contengan un fermento especial (Ziem); un microbio (Bresgen) ó ácidos grasos que favorezcan su descomposición (Krause), es posible el hecho, pero no es menos verdadero que, para crear esta rinorrea, es preciso un proceso inflamatorio cualquiera.

En cuanto á la participación de las cavidades accesorias, está absolutamente demostrada por la observación clínica. Desde que las enfermedades de los senos han sido mejor conocidas, he tenido ocasión muchas veces de hacer constar, ya sobre el vivo, ya sobre el cadáver (Chatellier), la existencia de supuración en las cavidades maxilares o esfenooidales, y no es dudoso que en cierto número de casos las células etmoidales no devuelven en la nariz toda su secreción pútrida. Por consiguiente, sin admitir la participación absoluta y constante de las cavidades accesorias en el proceso inflamatorio de la rinitis atrófica, creo que estas cavidades son atacadas bastante á menudo para merecer alguna vez un tratamiento especial.

DIAGNÓSTICO. — Después de haber expuesto los síntomas que caracterizan esta singular enfermedad, es evidente que el diagnóstico resulta bastante fácil. Basta que los niños, como también los adultos, esparzan este olor infecto alrededor de sí mismos, olor repugnante que el público conoce con el nombre de hedor del aliento, fácil de recono-

(1) Además, después de la ablación de los pólipos de la nariz, por ejemplo, en que las cavidades quedan muy amplias, se observa á veces una trasudación incómoda, y aun algún tanto fétida; pero jamás se encuentra durante largo tiempo esta exhalación insoportable del hedor, ni este montón de secreción verdosa, que es uno de los síntomas característicos de la rinitis atrófica.

Sucede también que ciertos enfermos de fosas nasales anchas con cavidad rudimentaria, tienen poca ó ninguna secreción (coriza seco) y, por consecuencia, no son realmente ozenosos en el sentido propio de la palabra.

cer y de distinguir de otras fetideces producidas por lesiones diversas de la nariz, para que ya se tenga á mano el primer elemento de diagnóstico, el cual vendrá á confirmar el examen directo del enfermo con el espéculo y el espejo.

La presencia de ulceraciones y de tumefacción ó de brotes en la mucosa serán lesiones suficientes para eliminar la idea del ozena verdadero (Martin), de la rinitis atrófica, á pesar del olor nauseabundo que pudieran exhalar las personas atacadas de estas diversas enfermedades.

Podráse confundir el coriza atrófico *fétido* con el coriza seco de algunos autores (Morell-Mackenzie), en el que se encuentra también una delgadez de la mucosa, un ensanchamiento de las cavidades con algunas secreciones foliculares amarillentas, desecadas y que no esparcen ningún olor. Pero, en estos casos, como así lo ha observado el Dr. Moldenhauer, la mucosa está lisa y no rugosa, granulosa, sangrando fácilmente, el tejido huesoso no atrofiado y la secreción tan diferente que no puede haber lugar á duda.

PRONÓSTICO. — Es considerado el pronóstico, y es todavía mirado por buen número de autores, como absolutamente desfavorable; no porque este coriza pueda traer graves consecuencias para la vida del enfermo, sino porque le consideran como incurable. La mayor parte de ellos intentan, sin embargo, atenuar un poco una manera de ver tan desconsoladora para el enfermo, haciendo observar que, si no puede esperarse la curación completa, porque las condiciones anatómicas de la nariz no podrían modificarse, llegase al menos á enmascarar, como asimismo á hacer desaparecer, con ayuda de un tratamiento apropiado, la enfermedad tan penosa que es la consecuencia.

Por mi parte, aunque en desacuerdo completo sobre este punto con tantos y tan competentes autores, no sabría admitir una opinión tan radical y tan desfavorable para todos los casos sin excepción. Quedo convencido, con buen número de hechos cuidadosamente observados para apoyar mi tesis, de que la rinitis atrófica es muy á menudo curable, si el médico y el enfermo son bastante perseverantes, el primero para prescribir y el segundo para seguir con fidelidad el tratamiento.

Que se trate de un *coccus* ó de un fermento especial (Löwenberg, Ziem, Bresgen), de una alteración especial de las secreciones (Krause), de una lesión de los senos esfenoidales ó etmoidales (Michel, etc.), ó de un ensanchamiento anormal de la cavidad de la nariz (Zaufal, Hartmann, Gottstein, Martin, Calmettes, etc.), no está menos admitido por todos que el ozena es un síntoma que se manifiesta generalmente en la pubertad, época en que adquiere su mayor intensidad,

que se mantiene, sin embargo, hasta la edad adulta, para decrecer y aun desaparecer á una edad más avanzada. Esta particularidad, ya señalada por Trousseau, ha sido implícitamente consignada por todos los autores, cuando hacen observar que el ozena es, sobre todo, frecuente en la primera infancia ó en la pubertad, mientras es poco común en el adulto y muy rara en la vejez. Pero, si la fetidez del aire expirado es, como frecuentemente se ha repetido, el simple resultado del ensanchamiento de la nariz, y si, por otra parte, esas condiciones anatómicas no se modifican con la edad, creo entonces difícil explicar la desaparición del ozena en cierto período de la vida.

En todos los casos, encuentro bastante natural el admitir que si este sintoma desaparece por sí mismo, à *fortiori* debe esperarse verlo ceder á un tratamiento apropiado, regular y severamente conducido durante muchos años, si es necesario. Á la vez que desaparece el sintoma hedor del aliento, desaparece con él la causa, todavía oscura, que produce la secreción y la atrofia progresiva de la mucosa.

No es este lugar de citar las observaciones, pero puedo asegurar haber curado enfermos (de doce á dieciséis años), atacados de coriza atrófica, que habiendo hoy cesado completamente toda especie de tratamiento, no han visto jamás reaparecer su afección.

COMPLICACIONES. — He hablado ya de la faringitis y de la laringotraqueítis (ozena traqueal), que acompañan con bastante frecuencia á la rinitis atrófica; quedándome por señalar las afecciones del canal ó del saco lagrimal (dacriocistitis y conjuntivitis rebeldes) y las del oído medio. El Dr. Wyss (de Ginebra) ha demostrado, ha ya algunos años, que el órgano del oído era, más á menudo, atacado en los ozenosos de lo que se había supuesto hasta ahora. No es raro, efectivamente, encontrar en estos enfermos catarros crónicos (húmedos ó secos) de las trompas ó del oído medio, muy rebeldes al tratamiento directo.

Mencionemos todavía, con el Dr. Moldenhauer, las inflamaciones gástricas consecutivas á la deglución de las masas pútridas que se derraman en el esófago desde la faringe nasal.

TRATAMIENTO. — El primer punto consiste en hacer desaparecer el mal olor, debiendo tender todos los esfuerzos á desembarazar las fosas nasales de las mucosidades acumuladas y que ocasionan la fetidez del aire expirado.

Con tal objeto, podrán emplearse, ora la ducha nasal (irrigación), ora el baño ó bien la inyección con la jeringa ó la pera de cautchuc. Á pesar de todas las objeciones y los inconvenientes que, según se dice, presenta, yo prefiero, siempre y cuanto más mejor, la ducha de Weber, hecha con el irrigador, el sifón ó el inyector. Precisa añadir

que de la manera de emplear este procedimiento depende á menudo el éxito de la operación, y que es de todo punto necesario enseñar á la persona encargada del cuidado del enfermo, el mecanismo, ó más bien, la manera cómo debe proceder para practicar esta inyección (véase la pág. 40 y siguientes).

Sin embargo, si á pesar de todas las precauciones, la irrigación ofrece algunos inconvenientes de cuantía, se limitará á prescribir al enfermo un baño nasal. Este procedimiento, igualmente recomendado por Löwenberg, consiste tan sólo en llevar fuertemente la cabeza del enfermo hacia atrás, hasta que las dos ventanas de la nariz formen el punto más elevado de la cavidad naso-faríngea. Si entonces se vierte en la nariz una solución medicamentosa hasta el momento en que viene á salir por el lado opuesto, puede estar seguro de que las fosas nasales se hallan completamente llenas de líquido. Esta operación se facilitará rogando al enfermo que respire por la boca, ó que pronuncie la vocal *a* para mantener levantado el velo del paladar.

Finalmente, en otras ocasiones se limitará á simples aspiraciones, las cuales, es conveniente decirlo, son raramente suficientes, y á las que nosotros preferimos el gargarismo retronasal. Muy á menudo también, cuando los enfermos se prestan, recomendamos la ducha retro-nasal, que ya hemos descrito (véase pág. 45).

Los tapones de algodón en rama introducidos en las fosas nasales (Gottstein) con el objeto de estrechar estas cavidades y de evitar la desecación y la putrefacción de las secreciones son, en suma, un medio poco práctico y difícil de que los enfermos lo acepten.

El tapón debe tener casi el grosor y la longitud del dedo meñique del adulto. Después de haberlo untado en vaselina boricada ó iodolada, se le introduce por el suelo de las fosas nasales, para llevarlo hacia la parte superior de la cavidad, dejando así perfectamente libre la respiración. Estos tapones deben renovarse por la mañana y por la tarde, ó al menos, todas las mañanas.

Los lavados anteriores ó posteriores, ó los dos combinados, nos parecen, pues, preferibles. Casi todos los autores recomiendan unánimemente el empleo de las soluciones antisépticas, las que son, efectivamente, el medio mejor para hacer desaparecer el olor de la rinitis atrófica é impedir la putrefacción y la formación de las secreciones.

He aquí cómo procedo habitualmente al principio de la afección.

Prescribo, en primer lugar, al enfermo una irrigación hecha con un litro de agua tibia sulfurosa ó adicionada con clorato de potasa, bicarbonato sódico, bórax ó sal marina (una cucharada de las de café por medio litro de agua). Cuando esta primera inyección ha limpiado, al menos en parte, las fosas nasales, la hago seguir de una segunda, he-

esta con un litro de agua tibia adicionada con una cucharada de las de comer de una solución antiséptica, que formulo como sigue:

Ácido fénico.	25 gramos.
Glicerina pura	100 —
Alcohol de 90°.	50 —
Agua.	350 —

Una cucharada de las de comer por litro de líquido.

El ácido fénico se reemplaza, según los casos, por el cloral, la resorcina, el salicilato de sosa, el fenato de sosa, las diversas sales de sozoiodol, el lisol, el ácido sozólico, etc., etc. (1).

Otros autores recomiendan las soluciones de sublimado, que tienen el inconveniente de ser tóxicas á pequeñas dosis y pueden, á veces, determinar accidentes.

Debo decir que al principio, y siempre que el olor tiende á reaparecer, tengo la costumbre de hacer la solución antiséptica más enérgica. Generalmente, cambio el líquido casi todos los meses, para evitar que el enfermo se acostumbre á los remedios que empleo. Después de la ducha nasal, el enfermo concluye su tratamiento, ya por una pulverización, ya por insuflaciones de polvo impalpable.

Prefiero el primer medio, porque tiene la ventaja de difundirse mucho mejor, de atacar acaso más fácilmente todas las partes anfractuosas de la cavidad nasal, y por ser de un uso más fácil para el enfermo. Como pulverización, me encuentro bien con el empleo de soluciones ligeramente astringentes (tanino, alumbre), hechas antisépticas por la adición de vinagre antiséptico, de resorcina, de ácido fénico ó de cloral.

Si se usan insuflaciones pulverulentas, recomiendo igualmente el ácido bórico, el cual podrá adicionarse con un poco de resorcina, de aristol, iodol, etc., muy finamente porfirizado, ó de naftol (1 gramo por 50 gramos de ácido bórico).

Si se escogen las pulverizaciones, convendrá hacerlas de muy corta duración y procurar simplemente dirigir un chorro de agua pulverizada á cada ventana de la nariz y un poco en todos los senos.

Todo este conjunto terapéutico se hará regularmente con escrupulosidad por el enfermo, por la mañana y por la tarde, y lo mismo en algunos casos muy rebeldes, tres veces cada día, esto no sólo durante algunos meses, sino durante años enteros, según la intensidad del mal. Si se trata de un niño, y sobre todo de una niña, será necesario, en esta última, continuar el tratamiento hasta la aparición de los

(1) El Dr. Ruault ha preconizado el naftol disuelto en el ácido sulforricínico ó el sulforricinato de amoníaco; pero además de que este tratamiento es muy doloroso, no ha dado resultados mejores, ni más rápidos, que los demás antisépticos.

menstruos y, al menos, durante un año ó dos antes de esta época; porque no es raro ver sobrevenir en tal momento una recrudescencia marcada en las secreciones de la mucosa, y, por consecuencia, aumento del olor fétido que revela la naturaleza del coriza.

Está perfectamente establecido, por lo demás, que en las jóvenes regladas, la época de las reglas (antes ó después) es el período durante el cual el olor es más tenaz y mas pronunciado.

Cuanto al tratamiento local activo, hecho por el médico mismo, podrá consistir, ora en algunos toques con soluciones de nitrato de plata al 1 por 15, ó también por el galvanocauterio, según los casos.

En los últimos años, me he encontrado perfectamente con el empleo de soluciones concentradas de nitrato de plata ó de cloruro de zinc pulverizado en las fosas nasales. He aquí la manera de proceder:

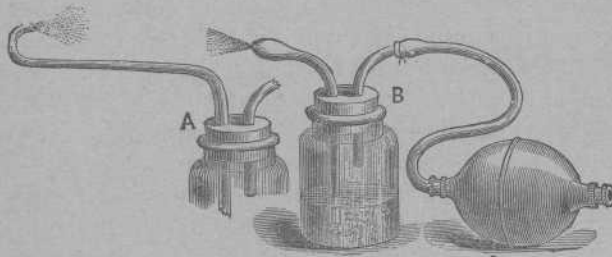


FIG. 148. — Pulverizador para enviar vapores calientes á las fosas nasales anteriores y posteriores.

Después de haber limpiado bien las cavidades de la nariz, por medio de inyecciones y el porta-algodones armado y humedecido, colócase el espéculo en una de las ventanas de la nariz, alumbrada como para la rinoscopia ordinaria. Tomando á continuación el pulverizador nasal ordinario (fig. 103, pág. 47) cargado de líquido cáustico, diríjese un primer chorro pulverizado hacia la parte superior de la cavidad, después un segundo más horizontal hacia el esfenoides y la faringe nasal. Estos dos chorros pulverulentos bastan, por punto general, para alcanzar toda la parte de la pituitaria accesible á este modo de tratamiento. Por lo demás, es fácil ver los puntos tocados cuando se ha hecho uso de la solución del nitrato, porque este tópicó tiene la propiedad de poner blanca la superficie de las mucosas sobre las cuales se ha depositado. Entendiendo bien que, en cada sesión, la operación ha de practicarse del mismo modo y por los dos lados. Es bueno, para obrar con facilidad, acostumar al enfermo á que tenga el espéculum, ó á apretar la bola del pulverizador. La cabeza del paciente estará ligeramente inclinada hacia adelante para evitar que el cáustico caiga en la faringe

bucal y en la parte posterior de la garganta. Establecidos estos puntos de técnica instrumental, se obrará del siguiente modo: el tratamiento se hará todos los días al principio y con soluciones más y más concentradas, es decir, que comenzando por soluciones de nitrato de plata al 1 por 20, débese llegar muy rápidamente, en el espacio de ocho ó diez días, á las soluciones al 1 por 5, pasando por las dosis intermedias de 1 por 15 y 1 por 10 (Meryes). Según los casos y la tolerancia de los sujetos, llegase más ó menos pronto á las soluciones más concentradas, de las que se hace uso durante cinco ó seis días, para no hacer

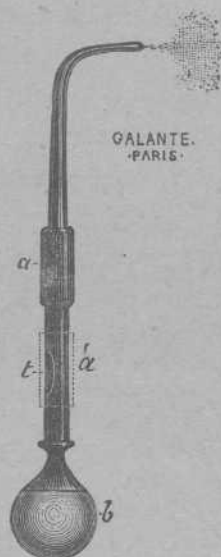


FIG. 149. — Insuflador de polvos. — A. Curso que cierra el reservorio A, destinado á contener el polvo. — B. Pera de cautchue destinada á impulsar el polvo hacia la cavidad en que se desea introducir.

el tratamiento más que cada dos días, después dos veces, y finalmente una sola vez por semana, para cesar después de mes y medio de tratamiento regular. En el intermedio, el enfermo se limita á hacer, por la mañana al levantarse, una inyección de agua salada tibia.

El cloruro de zinc pide ser manejado con un poco más de precaución y á dosis menos elevadas; partiendo de la solución al 1 por 100, se puede y se debe, tanto como sea posible, llegar á la solución al 1 por 10 (10 por 100), pasando siempre por las dosis intermedias de estos dos extremos. Las inyecciones se hacen en este caso con bicarbonato ó borato de sosa, debiendo el tratamiento emplearse como con el nitrato, durante el mismo lapso de tiempo y de la misma manera.

Algunos enfermos experimentan, durante el tratamiento, ora cefalalgias frontales y suborbitarias, ora vivas reacciones inflamatorias con epistaxis, que obligan á detener ó á no llevar el tratamiento hasta sus límites extremos en las dosis ó en la duración. Me apresuro á añadir que la mayor parte soportan bien la medicación, sin sentir el menor sufrimiento. Este tratamiento se hará á intervalos de tres ó cuatro meses, según los casos, y por series más ó menos numerosas, según el resultado obtenido. Á veces, la mejoría es rápida y el éxito definitivo después de los dos tratamientos, mientras que, en otras, el resultado final es poco apreciable, en tanto que, en el mayor número de enfermos, obsérvase una marcada mejoría, de una duración más ó menos

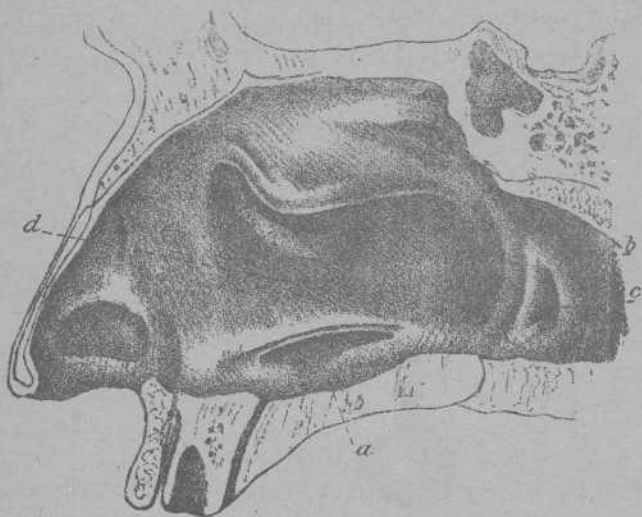


FIG. 150. — Corte representando el lado derecho de las fosas nasales, en un enfermo atacado de coriza atrófica.

- A. Cornete inferior, notablemente atrofiado, reducido á una simple bandeleta.—B. Labio posterior de la trompa de Eustaquio.—C. Orificio de la trompa de Eustaquio.—D. Meato medio considerablemente agrandado, por consecuencia de la atrofia de los cornetes.

larga. En una palabra, sin conceptuar este tratamiento como un remedio infalible del coriza atrófico fétido, lo considero como digno de ser recomendado después de los animosos resultados que he conseguido hasta el día.

Nos limitaremos á señalar el masaje vibratorio recomendado por Braun, Laker, Garnault, etc. Este procedimiento obra á la manera de un embadurnamiento ordinario, pero hasta hoy, más que todo otro tratamiento regular, no parece haber dado resultados superiores á los que acabamos de recomendar.

Una medicación general tónica en primer lugar, el aceite de hígado de bacalao, el ioduro de potasio á pequeñas dosis, y toda la serie de medicamentos llamados depurativos encontrarán aquí una indicación completamente natural.

En fin, si el enfermo puede hacerlo, una temporada en los Pirineos, y sobre todo en los baños de mar, ejercerán en la enfermedad una influencia marcada. En estos últimos casos, recomiendo hacer las irrigaciones exclusivamente con agua del mar empleada al 1 por 4, al 1 por 2, y después al 2 por 3. Un litro ó dos bastan para cada lavado, que será seguido siempre de una pulverización. Por punto general, los individuos atacados de esta cruel enfermedad vuelven más ó menos mejorados de los baños de mar, ó al menos durante cierto tiempo, y en los niños, la permanencia en la playa produce desde todos los puntos de vista (si no media contraindicación especial) resultados excelentes.

[Existe en la terapéutica del ozena un verdadero nihilismo.

Cada autor preconiza un método, un procedimiento y un agente farmacológico distinto, y hasta cada especialista participa de una opinión diferente respecto de su curabilidad.

Al paso que hay, y hasta cierto punto y según el caso con razón, quien sostiene que con constancia por parte del enfermo y del médico se llega á dominar la enfermedad, afirman, por el contrario, otros, y Hajek entre ellos, que «la terapéutica del ozena debe ser siempre negativa.»

Mi práctica me hace ser más optimista, relativamente hablando.

El primer cuidado que en semejantes casos deberemos tener es el de practicar y después sostener, la más exquisita limpieza de las fosas nasales.

Al efecto, nada mejor que lavados repetidos por mañana y tarde con cantidades bastante abundantes de agua hervida ligeramente templada, á la que se adicione, por cada litro, un papel cuya fórmula recomiendo:

De bicarbonato sódico.....	60 gramos.
Resorcina.....	6 —

Mézclese y dividase en veinticuatro papeles iguales.

Por su parte, Chiari, de Viena, sólo dispone para conseguir el mismo fin el agua salada al $\frac{1}{2}$ por 100 de cloruro de sodio.

Para impedir las fermentaciones intranasales consecutivas que dan lugar á la fetidez, conviene reanimar la vitalidad de la mucosa, que poco á poco y de un modo progresivo y paulatino va atrofiándose.

De aquí la indicación de las medicaciones antiséptica y excitante.

En el primer caso, conviene utilizar un agente que, por su olor, enmascare el del ozena. Ninguno mejor, al decir de Schnitzler, que el iodoformo, quien lo ordena del siguiente modo:

Benzoato de sosa.....	} añ 12 gramos.
Iodoformo porfirizado	
Alquitrán	

Ó también:

Iodoformo porfirizado	} añ 10 gramos.
Café tostado porfirizado.....	

Yo no soy partidario de este tratamiento por los polvos ni del empleo del iodoformo, no sólo porque los polvos forman una costra que molesta mucho á los enfermos, sino porque el olor del iodoformo resulta más insinuado casi que el propio del ozena, sobre todo para las mujeres.

También Schrötter emplea este agente, pero en bujias, conteniendo cada una de ellas 1 centígramo de dicho medicamento, y las cuales deja introducidas en el interior de las fosas nasales durante una hora.

Asimismo es corriente la siguiente fórmula:

Sozoiodol de zinc.....	2 gramos.
Aristol ó Iodol.....	10 —
Azúcar de leche.....	10 —

Mézclase.

La medicación excitante tiene más partidarios en Viena, pues en casi todas las clínicas, y especialmente en las de Störk y de Chiari, después de un lavado serio y á conciencia practicado, hacen repetidos toques á diario en la mucosa nasal con la glicerina iodada débil, de este modo formulada:

Iodo puro.....	0,20 gramos.
Ioduro potásico.....	2,00 —
Glicerina.....	20,00 —
Mentol.....	c. s. —

Para aromatizar.

Estos toques deben hacerse extensivos hasta la faringe nasal, si participa de la atrofia.

Yo prefiero la solución de resorcina al 100 por 100 que, mejor que la anterior y todavía mejor que los toques y pulverizaciones de nitrato de plata, me da los resultados que persigo.

Tampoco he obtenido grandes ventajas del timol en toques ni en bujias.

Este agente, recomendado al 1 por 10.000, como el sublimado al 1 por 10.000, el fenosalil al 1 por 1.000, etc., más bien presentan inconvenientes por su naturaleza, que resultados satisfactorios.

Si la desecación de la mucosa es tanta que no sea suficiente el lavado para mantenerla con relativa humedad, ó que el lavado mismo sea insuficiente para desprender todas las costras existentes, se impondrán las pulverizaciones intranasales, un cuarto de hora antes de los lavados, con la siguiente solución:

Glicerina pura	70 gramos.
Agua destilada.	80 —
Biborato sódico.	20 —

Mézclese y disuélvase.

También en los intervalos de los lavados encuentro convenientes las pulverizaciones intranasales hechas con la vaselina líquida así formulada:

Vaselina líquida.	80 gramos.
Salol.	1 —
Esencia de geranio.	v gotas.

Cuya mezcla forma sobre la mucosa una capa oleosa protectora, que pone á las secreciones al abrigo de la acción desecante del aire, y, sobre todo, del polvillo que éste contiene.

Por ensayarse, hasta se ha ensayado el empleo de la galvanocaustia y de la causticación química, con el objeto de sustituir la rinitis específica por una esclerosis cicatricial.

Con igual objeto se ha utilizado la *electrolisis cáprica*, recientemente propuesta.

Ambos procedimientos los considero de un contrasentido racional y científico, lo cual, unido á los éxitos negativos obtenidos, que han obligado á abandonarlo por parte de los rinólogos, han sido causa de que no los haya utilizado jamás.

De todas las fórmulas recomendadas en toques, además de la indicada de la resorcina, uso también la de:

Vaselina líquida.	} añ 20 gramos.
Lanolina.	
Bálsamo del Perú.	

Mézclese.

El ácido tricloracético en solución al 1 por 50 y al 1 por 20, lo emplea Lermoyez en toques inmediatamente después de extraídas las costras.

El *masaje vibratorio* parece tener alguna influencia, si bien no tanta como afirman sus defensores, creando una especie de rinitis hipertrofica.

Chiari y Hajek, en Viena, son los que más lo emplean, y, en verdad, no he visto ni allí ni en mi práctica particular, producir mejores ni más numerosos resultados que con cualquier otro procedimiento.

No he de explicar aquí un *modus faciendi*, que ya queda reseñado *in extenso* en mi capítulo adicional sobre *Terapéutica general* de las enfermedades de las fosas nasales, en las páginas 88 y siguientes de este tomo.

Conviene no olvidar que, en la mayoría de las veces, por no decir siempre, hay que combinar el tratamiento general al local, administrando los tónicos en las personas escrofulosas (jarabe iodotánico en

verano, aceite de hígado de bacalao en invierno, preparaciones ferruginosas, iodadas, hidroterapia, etc.), y un apropiado régimen alimenticio é higiénico.

Actualmente estoy experimentando, con algún resultado por cierto, las inyecciones subcutáneas de suero antidiftérico, procedimiento basado en la analogía del bacilo ozenoso con el de la difteria.

Aunque poseo ya varios casos que han de ser objeto de una comunicación al Congreso oto-rino-laringológico español que va á celebrarse en Madrid en el próximo mes de Octubre, no quiero, sin embargo, más que hacer mención de ello en esta nota, por hallarse en estudio, y, por lo tanto, en litigio experimental, asunto de tan vital interés.] — DR. C. COMPAIRED.

Tuberculosis nasal.

I. — Tuberculosis de las fosas nasales.

DEFINICIÓN. — Se designa así una afección de las fosas nasales caracterizada por un depósito de tubérculos en el espesor de la mucosa pituitaria, cuyo reblandecimiento produce una ulceración.

Al tiempo de la publicación de este Manual, edición primera, escribía yo que la tuberculosis de las fosas nasales era una enfermedad muy rara, y añadía: tanto menos observada, cuanto se examina muy poco la pituitaria de los sujetos tuberculosos. Desde esta época, la atención se ha dirigido más particularmente hacia este punto y los casos se han multiplicado. Nuestro colega y amigo el Dr. Cartaz ha reunido el primero en un trabajo de conjunto las observaciones publicadas antes de él y presentado un excelente estudio de la cuestión.

En 1889, en Alemania, Hajek reunió 27 observaciones y Peter Mertens tomó el mismo año la tuberculosis de la nariz como materia de su discurso inaugural (Wurzburgo, 1889).

En Francia, los Dres. Boutard (1889) y Olympitis (1890) la estudiaron igualmente en su discurso inaugural. Como se ve, nosotros estamos lejos de algunos casos raros encontrados por Willigk y por Fränkel. No convendrá, sin embargo, deducir de algunas reflexiones que las manifestaciones tuberculosas son frecuentes en la nariz, sino deducir sencillamente que son mejor conocidas hoy, gracias á las investigaciones bacteriológicas, que confirman los diagnósticos vacilantes antiguamente. Sin embargo, haremos una distinción clínica entre la tuberculosis nasal propiamente dicha y el lupus de esta región, que describiremos separadamente, por más que las dos enfermedades sean similares en cuanto á su origen. Admitiremos, en suma, dos formas de tuberculosis de la pituitaria.

ETIOLOGÍA. — El solo nombre de la enfermedad demuestra de

nuevo la existencia de una influencia infecciosa muy averiguada, tanto más, cuanto que la tuberculosis nasal casi siempre ha sido observada cuando los pulmones ofrecían signos no dudosos y más ó menos avanzados de lesiones de esta naturaleza. En algunos casos, un poco más raros (Tornwaldt, Riedel), se han observado, sin embargo, tuberculosis primitivas de la pituitaria.

SÍNTOMAS. — Lo que caracteriza la afección tuberculosa de la membrana de Schneider no son los signos habituales del coriza que se encuentra en los casos de inflamación más sencilla, sino los resultados reunidos por el examen rinoscópico. Los signos físicos son, pues, los que exigen nuestra atención.

El Dr. Cartaz, aceptando la clasificación de los dermatólogos, distingue una forma ulcerosa, otra vegetante ó pseudo-poliposa y el lupus, verdadera forma crónica. Las dos primeras variedades están á menudo combinadas, pero existen solas alguna vez. Por lo demás, observaremos la misma evolución en la laringe.

Al principio obsérvase sobre la mucosa un verdadero depósito de tubérculos aislados, de aspecto amarillento, variando su volumen desde la dimensión de un grano de mijo á la de un grano de trigo. Este depósito ocupa de preferencia el tabique, generalmente á un centímetro ó centímetro y medio del orificio de las ventanas de la nariz; pero se le ha encontrado igualmente sobre la mucosa que recubre los cornetes. Como en otras partes del cuerpo, se ablandan, dejando después una ulceración cupuliforme que se extiende con rapidez; aisladas al principio, las pérdidas de sustancia hácense pronto confluentes, de color pardusco, un poco sucio. La ulceración es única á veces, pero, por punto general, existe cierto número, de forma y superficie variables. El fondo de estas úlceras es pálido, un poco fungoso á menudo, tapizado de mucosidades amarillentas, análogas á las que se ven sobre los pilares ó la faringe, cuando están atacadas estas partes. La mucosa circundante está siempre más ó menos tumefacta, alguna vez roja é inflamada, estando otras, al contrario, pálida, de aspecto pardusco, recubierta de detritus sanioso y de secreción purulenta.

Generalmente, las partes vecinas de la úlcera están infiltradas de granulaciones amarillentas, formando un pequeño semillero alrededor de la llaga principal y ocasionando pequeñas pérdidas de sustancia que comunican á la mucosa el aspecto de un tejido devorado por aradores, como sucede en el velo del paladar. *La pituitaria está en cierto modo arada.* Otras veces, aunque pocas, según mi experiencia, los bordes de la úlcera están rojos, fungosos, salientes y como con granos. La lesión es generalmente unilateral, pero yo la he visto ocupar los dos lados.

La *forma pseudo-poliposa* se presenta bajo la apariencia de un verdadero tumor (König, Schäffer, Hahn, etc.), dificultando la respiración y produciendo un derrame sero-purulento ó sanioso por las ventanas nasales anteriores. Los neoplasmas, de color rosado, de superficie irregular, desigual, mamelonada, casi papilar, toman algunas veces un volumen considerable (1).

Están casi siempre adheridos al tabique; pero nada prueba que no se puedan implantar también sobre la mucosa de los cornetes y de los meatos. La base del tumor está á veces ulcerada.

MARCHA. — DURACIÓN. — TERMINACIÓN. — La marcha de la enfermedad depende, en gran parte, del grado de la infección general, del estado de los órganos del pecho, de la edad del enfermo, y, en una palabra, de todas las condiciones que favorecen ó relajan la marcha de la infección, de la que la rinitis es, en suma, una complicación secundaria. La duración de la dolencia es alguna vez bastante larga, mientras que la tuberculosis de la pituitaria no tiene influencia marcada sobre la marcha general del mal.

Únicamente las formas vegetantes se desenvuelven con más lentitud que las tuberculosis ulcerosas, pareciendo ser como una especie de transición natural entre las formas llamadas tuberculosas y las conocidas con el nombre de lupus.

DIAGNÓSTICO. — Si, en un tuberculoso confirmado, vemos presentarse relieves amarillentos, seguidos pronto de ulceraciones, podrá, en cierto modo, ser muy fácil el diagnóstico y hasta imponerse por sí mismo. Mas es preciso añadir que, en presencia de un enfermo atacado de ulceración de la nariz, podrá ser, á veces, muy difícil reconocer la naturaleza tuberculosa del mal.

Si no existen, ni en la faringe, ni en la laringe, otras manifestaciones de tal naturaleza, será necesario basarse, para establecer el diagnóstico, sobre todo en la marcha de la enfermedad, en la ausencia de antecedentes específicos, y, en especial, en la presencia de accidentes físicos por parte de los pulmones.

Si hay necesidad, en los casos dudosos y, en particular, en los tuberculosos pseudo-poliposos, precisará recoger, bien las secreciones en el fondo de las úlceras, bien parte de los neoplasmas para someterlos todos al examen bacteriológico y microscópico.

(1) En un caso recogido por Schäffer, el tumor tenía el grosor de una nuez.

En mi reciente paso por Viena (1893) he podido ver igualmente un caso muy claro en la consulta del Dr. O. Chiari; tratábase de una muchachita de doce ó trece años.

No dudo que los hechos de este género se multiplicarán en cuanto se practique metódicamente el examen microscópico y bacteriológico de la pituitaria.

El bacilo de la tuberculosis es hoy día muy conocido y muy sencillo reconocerlo para privarse de tan precioso elemento de diagnóstico.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — La tuberculosis de las fosas nasales no difiere en modo alguno de las manifestaciones de la misma diátesis sobre las demás mucosas, y por esta consideración creemos inútil extendernos en ello, por encontrarse tratada con más extensión y con todos los detalles en los tratados de Histología y de Patología interna.

PRONÓSTICO. — Depende, en gran manera, de la afección general y del grado de la infección del enfermo. Esto no obstante, es bueno notar que la tuberculización es de bastante mal agüero, puesto que manifiesta una marcada tendencia á generalizarse, y por ende á marchar con rapidez.

Sólo la forma pseudo-poliposa produce un pronóstico menos fatal, porque la extirpación completa del tumor y la cauterización de su punto de implantación basta, en algunos casos, para curar á los enfermos.

TRATAMIENTO. — Algunas irrigaciones ó inyecciones detersivas necesitaránse para mantener la limpieza de las partes atacadas. Nos parece muy bien emplear, con tal objeto, el agua boricada.

Si existen ulceraciones, se las podrá combatir por las insuflaciones de iodoformo, con resorcina pulverizada ó también con ácido bórico. Recomendamos de muy buen grado la fórmula siguiente:

Resorcina ó aristol pulverizado.	3 gramos.
Mentol pulverizado.	2 —
Acido bórico pulverizado.	10 —

Para insuflar dos ó tres veces al día, después de lavar la herida.

El raspado de la úlcera con la cucharilla y la cauterización de la superficie cruenta con una solución de ácido láctico al 1 por 5, al 1 por 3 ó á partes iguales, producen igualmente excelentes resultados.

En las formas de botones con ulceración, se podrá reemplazar el raspado por la cauterización galvánica, hecha con el cuchillo llevado de plano sobre la úlcera y las fungosidades, ó con la punta en forma de ignipuntura sobre la región enferma.

Se quitarán los tumores, según su volumen y consistencia, con el asa fría ó galvánica, raspando el punto de implantación y cauterizándolo con cuidado. Estará indicada en tales casos una cura consecutiva con el iodoformo ó el iodol.

Un tratamiento general, apropiado al estado del sujeto, será necesario y deberá constituir la parte importante y verdaderamente activa del mismo.

II. — Lupus de las fosas nasales.

(*Tuberculosis crónica.*)

Bajo este título estudiaremos el lupus primitivo y secundario, que clínicamente no ofrecen entre sí diferencia alguna. Clasificado durante dilatados años entre las manifestaciones apellidadas escrofulosas, el lupus de las fosas nasales no ha tomado posesión de su verdadero sitio hasta las investigaciones histológicas y bacteriológicas de nuestros tiempos, y gracias á aquéllas ha establecido la naturaleza tuberculosa de la dolencia y han podido desterrarse las antiguas hipótesis emitidas sobre la naturaleza íntima de la lesión.

El mejor trabajo de compilación publicado sobre materia tan interesante es, sin disputa, la tesis de mi antiguo y malogrado discípulo el Dr. Raulin (Paris, 1889). No nos acordaremos aquí de las peripecias por las que ha atravesado la historia del lupus de la pituitaria, el cual, sucesivamente colocado bajo la dependencia de la sífilis, como después de la de la escrófula, ha sido, al fin, clasificado, y con justo título, en la categoría de los procesos tuberculosos con bacilos raros, basándose esta creencia sobre la analogía histológica del nódulo luposo con el tubérculo (Grancher, Cornil, Leloir, Klebs, etc., etc.), sobre la existencia del bacilo de Koch en los tejidos atacados y por las tuberculosis producidas en serio (Max Schuller, Cornil y Leloir, Pfeiffer, H. Martín, etcétera) que establecen sólida y definitivamente la verdadera naturaleza del lupus.

ETIOLOGÍA. — Entre las causas susceptibles de producir la afección, colocaremos, en primer lugar, la influencia de la edad, porque está perfectamente demostrado que los adultos de veinte á treinta años son más frecuentemente atacados que los adolescentes ó los ancianos, la influencia del sexo está lejos de ser demostrada, porque mientras V. Raulin piensa que los hombres son más á menudo atacados que las mujeres, Bosworth, en su *Tratado de enfermedades de la nariz*, hace notar que la opinión contraria es la más generalmente admitida.

La escrófula, ó más bien el estado llamado escrofuloso del que el coriza es uno de sus síntomas frecuentes, prepara un terreno eminentemente favorable al desarrollo del lupus. El traumatismo, las erosiones de la pituitaria crean puertas de entrada en los sujetos ya predispuestos á sufrir el contagio bacilar, á nutrir y cultivar estos agentes infecciosos. Bresgen cita á este propósito el caso de una enferma que, habiendo contraído los gérmenes morbosos de su cuñada atacada de tuberculosis pulmonar, mientras la rodeaba de asiduos cuidados, des-

pués de rascarse con la uña la mucosa de la nariz, vió desenvolverse el lupus en el tabique directamente contaminado. Añadamos, fuera de esto, entre los casos de la manifestación nasal, la existencia de placas luposas sobre la piel, y particularmente en la cara.

SÍNTOMAS. — Los síntomas funcionales son, al principio, extremadamente ligeros y se parecen á los del coriza crónico ordinario; después, poco á poco, sobrevienen un cierto grado de romadizo y una sensación de prurito que obliga al enfermo á rascarse. De este modo levanta pequeñas costras desecadas, amarillas ó morenas, que dejan escurrir en seguida algunas gotas de sangre. Poco tiempo después, la respiración nasal está comprometida, hasta el punto de hacerse imposible, al menos por un lado; la sensibilidad olfatoria queda generalmente intacta, pero la obstrucción de las ventanas de la nariz impide que este sentido funcione con normalidad; la anosmia mecánica es poco más ó menos la regla en los casos avanzados.

No existe habitualmente ni ozena, ni derrame purulento, ni verdaderas epistaxis.

Los *síntomas objetivos* tienen mucha más importancia que los precedentes; por punto general, principia el lupus primitivo en el ámbito de las ventanas de la nariz ó sobre el tabique cartilaginoso; mientras que el lupus secundario existe después de más ó menos tiempo sobre la piel de la cara ó sobre las alas de la nariz, antes de ganar la mucosa que infiltra y devora poco á poco. En los primeros estadios de la enfermedad, una vez levantadas las costras con agua boricada tibia, ó con el tapón de glicerina boricada (Raulin), la mucosa aparece melonada, irregular, anfractuosa, como abolsada y de un rojo vivo, antes pálida y pardusca en muchos puntos; son una especie de nódulos confluentes, que dan á la pituitaria un aspecto fungoso. De consistencia friable, estas prominencias tienen una base común de donde ellas emergen á veces en forma de coliflor, formando entonces verdaderos tumores polipoideos (Schmiegelow). Indolentes al tacto, esas vegetaciones no sangran fácilmente. Por lo demás se puede hacer constar con el estilete que los tejidos subyacentes, y en particular el tabique cartilaginoso, están atacados por el proceso, como también que muy á menudo está destruído este último. Dicha lesión no ocupa solamente el tabique anterior, sino que se extiende todavía al suelo de la nariz, sobre la parte anterior de los cornetes inferior y medio, y sobre todo en la cara interna de las ventanas de la nariz. Hállanse éstas siempre abotagadas, salientes, á menudo infiltradas hacia la periferia, comunicando al exterior de la nariz un aspecto particular, *sui generis* y á menudo como roída á medias en sus orificios.

Con frecuencia, en el ámbito de las excrecencias, existen partes

ulceradas, de color pardusco, con bordes franjeados irregulares, confundiendo poco a poco con los tejidos sanos. Como en la tuberculosis aguda, la infiltración de los bordes de la úlcera hácese cada vez menos pronunciada, pasándose de este modo gradualmente, sin transición brusca, desde los tejidos sanos á los tejidos patológicos. En los casos en que existen lesiones ulcerosas, está destruido el tabique de la nariz, mas la perforación está siempre oculta por una capa más ó menos espesa de fungosidades, demostrando sólo el estilete la existencia de una comunicación anormal entre ambas fosas nasales. En fin, hecho importante, el tejido óseo se encuentra siempre conservado, y contra el parecer de los Dres. Moinel y Cozzolino, no creemos que los huesos de la nariz estén aumentados de volumen.

Añadamos, al terminar, que las lesiones ocupan generalmente entrambas fosas nasales y que muy á menudo la enfermedad es más pronunciada en la una que en la otra. El examen directo, con el rinoscopio y el estilete, permitirá reconocer la extensión exacta de la ulceración, que no va más allá del tercio anterior de las fosas nasales. Más raramente (Cozzolino, Luc) se ha visto al lupus de la nariz invadir, por propagación directa, la faringe y la laringe.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Lo que hemos dicho al principio de este capítulo, sobre la naturaleza íntima del lupus, nos dispensa de insistir sobre esta parte de nuestro estudio, limitándonos á decir que, desde Friedländer, numerosos histólogos han hecho ver en los tejidos células gigantes que ofrecen los mismos caracteres que las del tubérculo clásico, como también se ha demostrado la existencia del bacilo de Koch. Es preciso saber, sin embargo, que estos últimos son á veces bastante raros, para que sea difícil ponerlos en evidencia, y que son necesarios numerosos cortes para descubrir su presencia.

MARCHA. — DURACIÓN. — TERMINACIÓN. — Muchas veces el lupus principia por la piel del lóbulo de la nariz, para ganar desde aquí, poco á poco, el orificio de las ventanas de la nariz y extenderse en seguida á la pituitaria. Sabemos también que puede principiar de repente por esta última y acantonarse allí durante largo tiempo.

Sea el que quiera su modo de principiar, el lupus tiene una marcha esencialmente lenta, siendo generalmente su crecimiento por brotes sucesivos, separados éstos por etapas de amortiguamiento más ó menos largas. Ciertas condiciones favorecen su marcha progresiva. Así, el embarazo, los desórdenes menstruales y algunos agentes irritantes, son otras tantas causas susceptibles de precipitar la marcha de las lesiones y hacerlas extender rápidamente.

De suerte que es muy difícil, por no decir imposible, establecer

estrictamente la duración de la manifestación nasal. Es preciso generalmente contar por años, para ver en algunos enfermos generalizarse el bacilo, invadir los órganos respiratorios profundos y terminar por una tuberculosis vulgar. En otras ocasiones, los tejidos enfermos sufren la transformación fibrosa, se esclerosan, resultando una deformación de las ventanas de la nariz (estenosis ú obstrucción) contra la que debe obrarse por los medios quirúrgicos. Finalmente, otro modo de terminación más raro del lupus, observado por lo demás en la piel, es su transformación en epiteloma (V. Raulin).

La muerte ha podido resultar de una erisipela de la cara, que, como se sabe, es bastante frecuente en estos casos.

La curación podrá obtenerse también por un tratamiento apropiado.

COMPLICACIONES. — Entre las complicaciones posibles del lupus de las fosas nasales, citaremos las erisipelas, la epífora unilateral ó doble, á consecuencia de la obstrucción ó de la inflamación del orificio inferior del canal nasal.

En cuanto á los desórdenes auditivos señalados por Cozzolino, los consideramos como raros, pues ya hemos dicho que el lupus no se extiende más que excepcionalmente hacia las partes posteriores de la nariz.

DIAGNÓSTICO. — Tal como acabamos de describirlo, el lupus de las fosas nasales no puede ser confundido con otras afecciones de esta mucosa. La existencia de placas luposas sobre la piel, y la infiltración característica del lóbulo de la nariz no permitirían dudar, si la afección fuera secundaria. Únicamente el lupus primitivo podría confundirse con los tumores verrugosos del tabique; pero, además de que los tumores papilares son ordinariamente muy pediculados, la integridad de la mucosa periférica y la ausencia de concreciones costrosas no permitirán una duda de larga duración.

Las otras neoplasias de las fosas nasales tienen caracteres físicos y modos de presentarse demasiado especiales para que puedan confundirse con la afección que nos ocupa.

Las erupciones de los orificios de las ventanas de la nariz son lesiones superficiales, con tendencia á propagarse hacia el labio superior y muy poco más allá de la capa cutánea del ámbito de las ventanas de la nariz. Los víbrices son, por punto general, el límite interior que aquéllas no traspasan nunca.

La única diátesis capaz de oponer dificultades de importancia para el diagnóstico es la sífilis en su período terciario. Efectivamente: encuéntrase á veces en la sífilis masas brotantes que, fijas en el tabique,

no tardan en invadir el orificio anterior de las fosas nasales, perforando hasta el tabique cartilaginoso.

En estos casos, además de que los brotes son más rojos, sangran más fácilmente que en el lupus, no siendo raro encontrar dolores espontáneos ó provocados por la acción de sonarse. Aquí la manifestación no se limita á invadir el tercio anterior de la nariz, ataca los huesos que necrosa, y la secreción es abundante y, á menudo, fétida.

Por último, la marcha de ambas afecciones es esencialmente distinta, pues mientras la del lupus es perezosa (Fournier), quedando limitado á un punto, la de la sífilis es, por el contrario, invasora, y el esqueleto de la nariz sufre por entero los ataques del mal, si un tratamiento conveniente no viene á limitar sus progresos. La sífilis, una vez instalada, marcha sin cesar y á menudo muy rápidamente, lo que ya sabemos que no sucede en el lupus.

En fin, en los casos dudosos ó difíciles, el interrogatorio del enfermo por una parte, el tratamiento específico por otra, y, si hay necesidad, el examen histológico y bacteriológico de los tejidos enfermos ayudarán á establecer definitivamente el diagnóstico.

PRONÓSTICO. — Considerado como una afección puramente local, el lupus de la pituitaria no sería, en suma, una afección grave, sino una enfermedad tenaz que recidiva fácilmente. Lo que oscurece más el pronóstico es la posible diseminación de los gérmenes morbosos y la invasión del organismo por los bacilos tuberculosos. La existencia de una manifestación luposa es siempre el indicio de un terreno favorable á la evolución de esos micro-organismos, y, por consecuencia, un peligro permanente en tanto no se haya suprimido el foco de infección y modificado la constitución del sujeto.

TRATAMIENTO. — No hablamos del tratamiento general, que será el de la diátesis de que depende la alteración que nos ocupa.

No insistiremos ahora más que en el tratamiento local, destinado á destruir los tejidos enfermos para evitar la difusión del mal.

Tampoco pasaremos revista de toda la serie de medicamentos empleados para llegar á este resultado, porque esto nos obligaría á salir de nuestro programa; limitaremos á indicar el tratamiento que nos ha parecido más racional y que nos ha dado los mejores resultados. Consiste en suprimir los tejidos patológicos, y, bajo este título, el raspado nos ha parecido siempre ser el procedimiento que debe elegirse. Gracias á la cucharilla cortante, pueden quitarse todos los puntos enfermos en una sola sesión, siendo abundante el derrame de sangre, porque, para que sea eficaz el raspado, debe ser enérgico, profundo y llegar hasta las partes sanas.

Los tejidos luposos se distinguen fácilmente bajo el corte de la cucharilla, de los que no están atacados todavía; pues mientras que los primeros son muy friables y se dejan penetrar bien, los otros, al contrario, ofrecen una resistencia seria que detiene al instrumento. Este último será de forma y dimensiones variadas, según la extensión de la lesión que habrá de rasparse, su profundidad y su naturaleza más ó menos exuberante. Muy á menudo, durante el raspado, las alas de la nariz, el subtabique, el lóbulo de la nariz, completamente reducidos á papilla, ceden bajo la acción de la cucharilla, y se dejan levantar, hasta el punto que parece que el enfermo no tiene ya ventanas de la nariz, por lo que es maravilloso ver cómo la reparación se efectúa bien y cómo, en suma, la cicatriz consecutiva es poco disforme. El punto capital es levantar bien todo el tejido enfermo; un lavado consecutivo con agua boricada, seguido de cauterizaciones con el ácido láctico, terminará la operación.

Inútil es añadir que si el raspado debe ser profundo y extenso en superficie, será preferible anestesiar al enfermo con el cloroformo, puesto que los embadurnamientos con la cocaína no producen más que una insensibilidad superficial muy relativa.

Una cura con iodoformo, con ó sin tapón, según los casos, se aplicará sobre la parte operada y cada día haránse lavados antisépticos de la herida, seguida de la cura con iodoformo.

Se vigilará la cicatrización con cuidado, y si se hubiere escapado algún tubérculo en la primera intervención, se deberá destruirlo, según su volumen y sitio, ora con la cucharilla, ora con el cuchillo galvánico. Deberá verse al enfermo durante muchos meses y aun muchos años si es posible, con objeto de atender á la menor recidiva, si tendiese el lupus á reproducirse.

Si, á consecuencia de la retracción cicatricial, el orificio de las ventanas de la nariz tuviese tendencias á estrecharse, se le mantendrá dilatado, ya con bujías de goma, ya con tallos de laminaria sostenidos, cada día, durante muchas horas en los conductos de la nariz.

[Lepra.

Según Lermoyez, la lepra afecta la mucosa nasal, preferentemente en su forma tuberculosa, cuya localización es casi constante por su frecuencia.

La pituitaria se cubre de nudosidades redondas, lisas, rojo-oscuras, que estenosan las fosas nasales, hasta tanto que, más adelante, se ulceran en grado tal, que muchas veces el proceso destructor alcanza hasta las partes óseas. Sin embargo, esta evolución se efectúa con extremada lentitud.

El diagnóstico se apoya ó fundamenta en la concomitancia de lesiones semejantes en la cara, ó bien en la presencia del bacilo de Hansen en los tejidos enfermos.

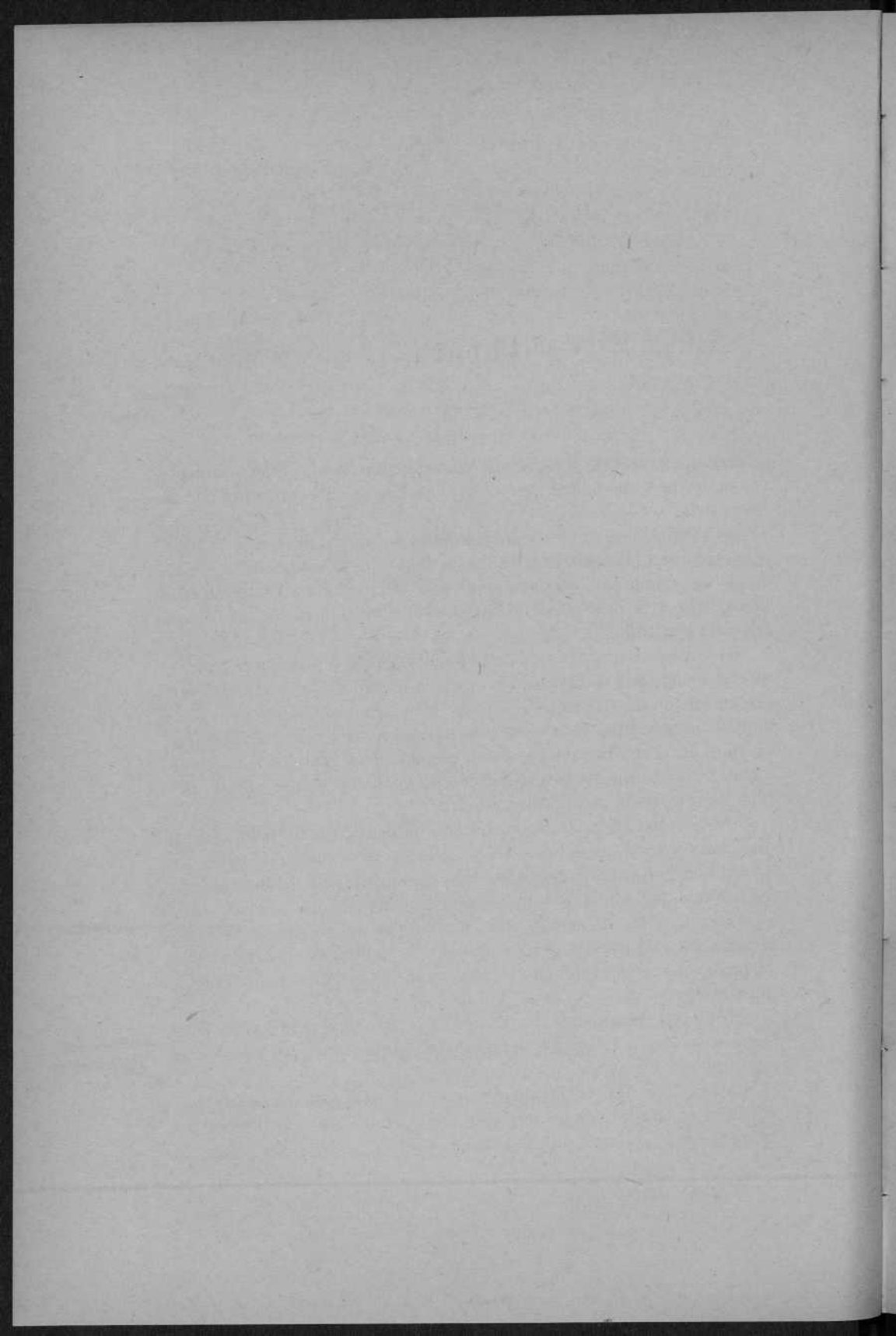
La incurabilidad de la lepra no autoriza emplear ningún *tratamiento* enérgico en el interior de las fosas nasales, contentándonos con mantener, en lo posible, la permeabilidad de las fosas nasales á fin de efectuar la respiración con relativa libertad.

Á este objeto, ó la *dilatación* indefinidamente continuada (véanse mis notas sobre *Terapéutica general*), ó la galvanocaustia, métodos que no originan ningún dolor á causa de la insensibilidad de los tubérculos leproso, será de lo que podremos echar mano.

Tocaremos las ulceraciones nasales, ó con la vaselina ictiolada ó resorcinada al 1 por 10, pero cuidando de examinar frecuentemente las orinas para suspender su empleo apenas se manifiesten indicios de intoxicación.

Al interior recomienda Lermoyez el *aceite de chaulmugra*, en dosis progresivas desde 150 á 200 gotas al día, durante un período de tres meses por lo menos.

En fin, dado el predominio que en tales casos suele existir de lesiones cutáneas, convendrá someter al enfermo á los cuidados de los dermatólogos.] — DR. C. COMPAIRED.



Sífilis de la nariz y de las fosas nasales.

DEFINICIÓN.—Designanse bajo este nombre las diversas manifestaciones de la diátesis sífilítica en la nariz ó en las fosas nasales.

Accidente primitivo. — Las manifestaciones primarias de la sífilis son unas lesiones bastante raras en las fosas nasales anteriores. Conócense, sin embargo, algunos ejemplos citados por Mac-Carthy, Nettleslip, Rollet, Fournier y Nodet; pero estos autores insisten poco ó nada sobre la situación y el aspecto de tales manifestaciones primarias.

El primer caso, muy auténtico, ha sido presentado por Spencer Watson, en 1881; el siguiente por Rasori (1885) y por mí mismo (tesis del Dr. Dupond, Burdeos, 1887). Desde esta época, hanse presentado por Cozzolino, Hicguet, etc., muchos casos nuevos, y yo mismo he tenido ocasión de observar otros dos ejemplos. En vista de lo cual debo decir que es bastante frecuente el chancro de las fosas nasales, para merecer una descripción particular.

Más comunes son, sin embargo, las manifestaciones primitivas de las fosas nasales posteriores, y se conocen, por desgracia, muchos más ejemplos de esta naturaleza para que no recordemos desde este sitio las numerosas víctimas inmoladas por cirujanos poco cuidadosos de la limpieza de los instrumentos de su uso. Los enfermos contaminados, durante el cateterismo de las trompas, por prácticos sucios, han disminuido afortunadamente por modo considerable, desde que la antisepsia y la asepsia han transformado la moderna cirugía.

ETIOLOGÍA. — El modo de contaminación de las fosas nasales anteriores puede ser bastante variable, habiéndolo sido por su hermano de leche el enfermo de Spencer Watson. Los demás transportan con los dedos, probablemente con sus uñas, el virus á la entrada de la nariz, y, en otros casos, vese desarrollar el chancro á consecuencia de obscenas maniobras.

Los accidentes secundarios son bastante frecuentes en las fosas nasales anteriores y en las posteriores al nivel de las trompas, ó sobre la cara posterior del velo del paladar. Los del período terciario parecen ser los más comunes, ó en todos los casos, los que se han estudiado mejor y los que ha habido ocasión de observar con más frecuencia.

La diátesis estrumosa, el mal estado general de los enfermos, los corizas frecuentes, la falta de cuidado, la negligencia, son otras tantas causas que predisponen á la aparición de los accidentes sífilíticos en la nariz, como lo mismo en otros órganos. Los árabes, y algunos otros pueblos, que muy probablemente llenan mejor todas las condiciones desfavorables que acabamos de señalar, parecen ser los más expuestos á los ataques del mal.

SINTOMAS. — Varian con el período de la enfermedad y los desórdenes que ésta ha producido, y los estudiaremos cronológicamente por el orden de su aparición.

A. *Accidente primitivo.* — El chancro indurado de las fosas nasales tradúcese, al principio, por un romadizo unilateral siempre bastante pronunciado, acompañado de dolores más ó menos vivos, que se irradian hacia la cabeza y la región suborbitaria. En algunos casos se observan síntomas generales como fiebre, postración, exceso de fatiga (Spencer Watson). La nariz se pone roja, aumenta de volumen y la hinchazón puede extenderse hasta el carrillo. Existe, por punto general, y por la ventana enferma de la nariz, un derrame icoroso, á veces sanioso, cuyo olor es insípido, pero no fétido. Los ganglios submaxilares y preauriculares están tumefactos é indurados, sobre todo en el lado atacado.

Al examen directo puede hacerse constar una marcada hinchazón de la mucosa pituitaria, y según que la lesión ocupe el ala de la nariz ó el tabique, la hinchazón periférica está más ó menos pronunciada. El mismo chancro adopta á menudo el aspecto de una masa fungosa, de color bermejo en ciertos puntos, pardusco en otros, recubierto de moco ó de una capa pultácea, habiendo yo mismo visto en un caso que era claramente pséudo-membranoso. Este es el *ulcus elevatum*, tan bien descrito por el Dr. Fournier. Si se introduce el dedo en la nariz, percíbese una superficie indurada que da casi la sensación del cartilago.

El accidente primitivo de las ventanas posteriores de la nariz produce, sobre todo, la obstrucción de la fosa nasal correspondiente; la trompa de Eustaquio toma también parte en el proceso inflamatorio, de suerte que los desórdenes funcionales preséntanse, tanto por parte del oído como por parte de la nariz propiamente dicha.

El chanero mismo es difícil de ver á causa de la inflamación de vecindad, estando todavía por hacer su descripción particular. Es probable que se asemeje á los accidentes primitivos de la parte posterior de la garganta, de la amígdala, por ejemplo.

B. *Accidentes secundarios.* — Encuéntranse en este período, ya erosiones limitadas, pequeñas fisuras lineales de fondo rojo, grietas con costras amarillentas, ya placas mucosas

Las lesiones del orificio, que son las más frecuentes por lo demás, forman á menudo en el ámbito de las ventanas de la nariz un rodete costroso que, al caer, deja al descubierto una superficie roja ó amarillenta, que se recubre de costras hasta el momento de la curación.

En ciertos enfermos, provocan vivas comezones, y por consecuencia, están excoriadas á menudo, lo que las hace persistir.

Á consecuencia de estas excoriaciones, á las que Fournier ha visto hacerse el punto de partida de más graves complicaciones, el ala de la nariz se endurece, se hincha, y toma un color de reflejo rojo de metal bruñido. En otros, la lesión no duele y no provoca más que una simple molestia; pero la acción de sonarse, cuya necesidad se hace frecuente, provoca la caída de las costras, produciendo también su persistencia. Sobre la mucosa de las ventanas de la nariz y sobre el tabique, son, sobre todo, erosivas y ulcerosas, de un rojo moreno bastante vivo, poco extendidas en general, raramente hendidas, y que provocan á veces dolores bastante vivos.

En algunos casos, más raros sin embargo, se encuentran pequeñas ulceraciones superficiales bastante extensas, opalinas, rodeadas de un cordoncillo inflamatorio de color carmín. Al principio son las mismas placas mucosas las que se encuentran sobre el velo del paladar, la cara interna de los carrillos ó de los labios, con su mismo ligero relieve encima de la mucosa circundante, su superficie ligeramente impresa.

Estos accidentes ocupan generalmente la entrada de las ventanas de la nariz, la parte anterior del tabique ó del cornete inferior hacia adelante, mientras que por atrás se localizan preferentemente sobre la cara posterior de la úvula y del velo del paladar, ó al nivel del orificio de las trompas de Eustaquio, siendo así fácil verlo con el espejo rinoscópico.

Según el sitio y la naturaleza de estas lesiones, los síntomas funcionales experimentados por el enfermo pueden ser muy variables. En efecto: si están sólo atacadas las fosas nasales anteriores, el romadizo, algunas sensaciones de quemadura, con un poco de dolor, las secreciones moco-purulentas ó también con estrias de sangre, dominarán la escena. Mientras que, si los accidentes ocupan las ventanas

posteriores de la nariz, los trastornos de la deglución, una sensación de pesadez, el ganguero de la voz y los síntomas auriculares sobre todo (zumbidos, autofonía, sordera, etc.), serán los que llamen la atención del sujeto y los que les harán consultar al médico.

Debo igualmente señalar, entre los accidentes posibles de este período, los tumores condilomatosos, verdaderas crestas de gallo, de las que he observado un caso típico que fué publicado por el Dr. Lacoarret (1892).

C. *Accidentes terciarios.* — Las manifestaciones terciarias de la sífilis pueden sobrevenir, ora en el exterior de la nariz, atacando desde luego la piel, ora por parte de los huesos y cartilagos, ó simplemente por la mucosa. La ulceración de los tegumentos se produce



FIG. 150. — Pérdida de los huesos propios de la nariz (según una fotografía del Dr. Labit).

pues, ya de fuera adentro, ó de dentro afuera, destruyendo todos los tejidos y formando una solución de continuidad pardusca, cuyos bordes irregulares están casi siempre cortados á pico é indurados. Estas ulceraciones, poco más ó menos indolentes, no tardan en ganar en profundidad y en determinar la caída de la nariz, si un tratamiento apropiado no viene á contener sus progresos. El aplanamiento de la nariz hacia su raíz, y la desaparición parcial ó total de este órgano, tales son las posibles consecuencias de estas manifestaciones que podríamos llamar exteriores, en oposición á las que comienzan por las fosas nasales propiamente dichas.

Estas últimas son mucho más comunes y ocupan generalmente el tabique de la nariz, y, sobre todo, su porción huesosa; así es que el

vómer y la lámina perpendicular del etmoides serán las primeras partes atacadas (Casabianca). Sabemos, sin embargo, que el septum cartilaginoso es también muy á menudo el sitio del mal, al mismo tiempo que la parte anterior del cornete inferior.

Las alteraciones terciarias de la sífilis de las fosas nasales pueden ser extremadamente extendidas y atacar los huesos maxilares, el etmoides (Trousseau) y el esfenoides mismo, que ha podido ser eliminado por entero (Baratoux, E. J. Moure).

Estas ulceraciones más ó menos vastas, superficiales ó profundas, son generalmente la consecuencia de infiltraciones gomosas, circunscritas ó difusas, que se ha tenido rara vez ocasión de observarlas en su principio. Los gomas no son ordinariamente visibles sino cuando ocupan la parte anterior de las fosas nasales, el tabique, cornetes, ala de la nariz, atrayendo la atención de los enfermos por el sufrimiento precoz que determinan.

SÍNTOMAS. — Compréndese muy bien, después de lo que se acaba de decir, que podrán variar los síntomas funcionales según la naturaleza, la localización y la intensidad de la manifestación diatésica. Si se asiste al principio del mal, y si la infiltración es muy pronunciada, el síntoma que dominará la situación será el romadizo con todas sus consecuencias (dolores, ganguero, etc.). Si existen una ó muchas ulceraciones, las secreciones purulentas, amarillentas, saniosas al principio, no tardarán en concretarse en la superficie de la úlcera bajo la forma de costras morenas, bermejas, que al caer ocasionan casi siempre el derrame de algunas gotas de sangre. Si hay caries ó necrosis del armazón huesoso de la nariz, el enfermo difundirá alrededor de sí un olor nauseabundo, con parecido bastante lejano al del ozena verdadero, del que se distingue todavía bastante bien, en el sentido de que no desaparece enteramente sino por una limpieza completa de las fosas nasales. Puede existir dolor y síntomas generales (cefalalgia, delirio, etcétera), cuando la lámina cribosa del etmoides es el sitio de alteraciones graves.

Si se practica el examen del enfermo con el rinoscopio, en los casos de ulceraciones que ocupan las fosas nasales, se verá sobre el tabique el cornete inferior, ó todavía más lejos, según los casos, una ulceración de aspecto pardusco, cuyos bordes rojos echados hacia fuera son muy á menudo mamelonados, con brotes y que sangran fácilmente al menor contacto, aun por la simple separación de las alas de la nariz. El estilete colocado en el fondo de la herida hará conocer el estado del cartilago y del hueso subyacente.

Lo más á menudo, el tabique está perforado al nivel del cartilago ó del tejido huesoso, y los bordes de la perforación, negros, fungosos,

que sangran con facilidad, están recubiertos de costras morenas. No es raro, en los casos más avanzados, encontrar el tabique destruido por completo, abiertas las paredes del seno maxilar hasta el punto de que la cavidad nasal parece una vasta cloaca. En estos casos, la nariz está hundida y los huesos propios de manifiesto. (Véase fig. 151). No es raro encontrar entonces en la nariz un secuestro óseo, más ó menos voluminoso, que debe extraerse fragmento por fragmento por medio del litotritor. Trousseau cita también un enfermo en el que una parte del etmoides, desprendida y caída en la garganta, había podido determinar la asfixia.

Otras veces el proceso específico se localiza en el suelo de las fosas nasales, donde determina la necrosis, manifestándose entonces por



FIG. 151.

Hundimiento de la nariz, resultado de la destrucción del tabique por la sífilis.

una marcada hinchazón al nivel de la bóveda palatina que, por este hecho, se encuentra perforada. Hay que notar que esta clase de lesiones ocupan generalmente el punto de unión del velo y de la bóveda huesosa sobre la línea media.

MARCA. — **DURACIÓN.** — **TERMINACIÓN.** — La aparición de los accidentes es absolutamente variable. Sobrevienen, sin embargo, al mismo tiempo, ó poco más ó menos, las manifestaciones que se observan sobre la piel ó las otras mucosas, para seguir la marcha habitual de estas lesiones, es decir, que desaparecen con bastante rapidez, sobre todo cuando el tratamiento específico viene á refrenar los progresos del mal. Las

lesiones de la cavidad posterior de la nariz son quizá un poco más tardías en desaparecer, sobre todo en las personas que fuman, y particularmente en los fumadores de cigarros, que tienen la mala costumbre de hacer pasar por la nariz el humo del tabaco.

Los accidentes terciarios pueden ser precoces y seguir de cerca á los del periodo secundario, pero es preciso decir que, en general, no sobrevienen sino muchos años después de la infección. Su marcha depende, ante todo, de la extensión de los estragos ocasionados por la ulceración. La cicatrización es rápida á veces, no dejando tras sí ningún vestigio; en otros casos, por el contrario, es bastante larga en obrar y las cicatrices viciosas que resultan constituyen á menudo para el paciente una verdadera enfermedad.

Sobre todo cuando el armazón huesoso está afectado, obsérvanse esas deformaciones características que marcan á los enfermos con estigmas indelebles. La marcha de la sífilis terciaria es habitualmente lenta é insidiosa, y más en las formas profundas. Casi siempre, el sujeto atacado piensa en la existencia de un simple coriza rebelde; pero la expulsión de materias saniosas, y aun secuestros óseos, llaman particularmente su atención y le hacen reclamar los cuidados del médico. Se comprende, pues, la importancia del examen directo, en los casos de corizas apellidados rebeldes, en particular en los enfermos infectos de sífilis.

DIAGNÓSTICO.— El diagnóstico del accidente primitivo ofrecerá siempre dificultades considerables y, á menos de no tratarse de una adenopatía muy clara y muy característica, ó de nociones precisas sobre el contagio posible del sujeto, no podrá afirmarse la naturaleza del mal hasta que aparecen los accidentes secundarios.

En los tres casos que he encontrado en mi práctica, el chancro tenía siempre un aspecto mamelonado que hacía pensar en un tumor maligno, si la edad de los enfermos y la rápida aparición de los neoplasmas no hubiesen hecho excluir de repente tal diagnóstico. Es bueno no olvidar que la sífilis inoculada por la cara es generalmente maligna y debe ser tratada con un cuidado enteramente particular.

Las placas mucosas, por el contrario, son accidentes muy fáciles de distinguir de otras lesiones similares, sobre todo, dados los conmemorativos y la presencia más ó menos cierta de otros accidentes de la sífilis, por parte de la piel, de la parte posterior de la gargante, del ano ó de otras partes del cuerpo.

Los accidentes terciarios de la piel podrían hacer pensar en el lupus, pero la localización de la lesión, las alteraciones profundas por parte de los cartílagos y los huesos, la marcha rápidamente progresiva del mal, los antecedentes del enfermo en algunos casos, y en último

recurso, la eficacia del tratamiento específico, permitirán formarse una idea de la afección observada.

En cuanto á las manifestaciones interiores por parte de las fosas nasales, la sola presencia de una ulceración extensa y profunda en un enfermo al que su profesión no expone, por otra parte, á lesiones de tal naturaleza, será ya una presunción á favor del origen específico de la dolencia.

Con Michel (de Colonia), considero, efectivamente, que la mayor parte de las ulceraciones extensas de las fosas nasales son de carácter sífilítico, a menos, sin embargo, que exista una causa muy clara á la que pueda atribuirse la lesión. Por lo demás, es seguramente la única diátesis, la sífilis, en la que se encuentran los grandes estragos de la armadura ósea de toda la nariz, alteraciones de los cartílagos y de los huesos, un verdadero hundimiento de todo el órgano.

Ciertas úlceras luposas podrían, al primer golpe de vista, tomarse por una afección sífilítica, pero nosotros hemos visto, al describir esta clase de lesiones, que con el auxilio de ciertos síntomas es posible establecer el diagnóstico diferencial de estos estados morbosos.

Observemos todavía, con Morell-Mackenzie, que si las perforaciones del tabique resultan por punto general de una sífilis anterior, importa, sin embargo, no generalizar esta proposición, porque aquél puede ser perforado á causa de las úlceras llamadas perforantes, por traumatismos, por abscesos y también á consecuencia de un vicio congénito.

COMPLICACIONES. — Aparecen principalmente en el período secundario, cuando las ventanas de la nariz son atacadas, presentándose entonces catarros de la trompa y hasta otitis medias secundarias, y en el período secundario, caries y necrosis con eliminación de las superficies atacadas y á veces accidentes cerebrales (Brodier y Graves, H. Weber, etc.), que complican más raramente la enfermedad.

PRONÓSTICO. — Benigno en el período secundario, hácese un poco más grave cuando aparecen los accidentes terciarios, variando entonces con la naturaleza y la extensión de la lesión. Grave en algunos casos, por los destrozos y cicatrices viciosas que resultan de las ulceraciones, toma otras veces un carácter más serio todavía, cuando llegan á ser atacadas las partes que sustentan la parte anterior del cerebro. En estos casos, muy poco comunes por lo demás, puede ser la muerte la consecuencia ulterior de la infección, produciéndose aquélla por meningitis, flebitis ó por trombosis de los senos. En otros casos, el enfermo sucumbe en el marasmo, á causa de la extensión considerable del mal.

TRATAMIENTO. — No hablaremos aquí del tratamiento general, que será el del estado general constitucional y variará según la edad de la sífilis. Recordemos sólo que para los accidentes terciarios, á ejemplo de los grandes maestros, aconsejamos prescribir, desde luego, un tratamiento mixto con el jarabe de Gibert, para pasar inmediatamente al empleo exclusivo del ioduro de potasio, cuya acción es más patente y más rápida.

Reemplazamos bastante gustosos el jarabe, llamado de Gibert, á menudo mal soportado, por la siguiente preparación que es, por lo demás, su análoga más fuertemente iodurada.

Solución con:

Biioduro de mercurio.	0,15 gramos.
Ioduro de potasio.	} añ 8 á 10 —
— de sodio.	
Aguardiente.	} añ 50 —
Jarabe de cortezas de naranjas amargas.	
Agua.	200 —

Una cucharada de las de comer, por la mañana y por la tarde, en una infusión ó en la comida.

Según la teoría emitida por el Dr. Darzens, asociamos voluntariamente los dos ó tres ioduros (ioduro de amonio) en los casos rebeldes, porque esta preparación tiene evidentemente una acción curativa más enérgica.

LOCALMENTE.— Para el accidente primitivo recomendamos los cuidados de una limpieza exquisita, después las insuflaciones de iodoformo desprovisto de olor, de iodol ó de polvos de calomelanos. La fórmula siguiente nos parece llenar este objeto.

Polvo con:

Polvos de calomelanos.	} añ 5 gramos.
— de iodoformo ó iodol.	
— de mentol.	

Durante el período secundario, si las lesiones han quedado accesibles para el enfermo, algunos lavados con el licor de Van Swieten desdoblado, con ligeras soluciones iodadas, algunos toques en las placas con nitrato ácido de mercurio al 1 por 5 ó al 1 por 10, ó bien con la tintura de iodo pura ó el lápiz de nitrato de plata (sólo una ó dos veces por semana) son medios susceptibles de facilitar la regresión de estas manifestaciones.

Cuando aparezcan los accidentes terciarios, la tintura de iodo pura empleada localmente, las cauterizaciones galvánicas si hay necesidad, para reprimir los botones carnosos muy exuberantes y, por fin, los lavados, dos veces al día, de las fosas nasales con soluciones antisépti-

cas; tales son los mejores agentes terapéuticos que convendrá emplear en estos casos.

Si en el momento en que se ve al enfermo por primera vez, y, por consiguiente, cuando empieza el tratamiento de la lesión, está ya la armadura huesosa atacada, existe una necrosis que comienza, es preciso atenerse á no ver ceder el mal por completo hasta que no sea arrancado y eliminado el secuestro. En estos casos, el tratamiento más activo, mejor dirigido y mejor aplicado, queda impotente durante meses, hasta el punto de hacer dudar sobre la naturaleza sífilítica de la lesión. Precisa, pues, cuando se está seguro del diagnóstico, no dudar en continuar la medicación general y local, según la tolerancia del sujeto y el curso de la afección.

Cuando estamos en presencia de secuestrados bastante voluminosos para no poder ser expulsados por las ventanas anteriores ó posteriores de la nariz, es decir, delante de individuos que esparcen á su alrededor un olor repugnante de hueso necrosado, es preciso movilizar el secuestro desde luego, si está adherido todavía, llegándose á este resultado, ora con las pinzas obrando á manera de palanca, ora con cucharillas cortantes para desprenderlo de los tumores carnosos que á menudo les rodean. Terminada esta primera maniobra, pulverízase el secuestro con fin litotritor apropiado. Generalmente, separadas algunas esquirlas del núcleo principal, el fragmento óseo se rompe fácilmente y se le quita así poco á poco, en una ó dos sesiones, *por las vías naturales*. Este procedimiento, inútil es decirlo, aplicable en casi todos los casos, excepto en los niños jóvenes, es con mucho preferible á la operación de Rouge, que consiste en abrir la nariz por decolación, levantándola hacia su raíz.

Por último, si curado ya el enfermo de su sífilis, á pesar de todos los esfuerzos, queda la nariz deformada, se tendrá un recurso, según los casos, en las operaciones autoplásticas ó protésicas, es decir, en la aplicación de narices artificiales de plata, cautchuc y celuloide, amoldadas á las partes sobre las que están destinadas á aplicarse.

Coriza sífilítico infantil.

El coriza infantil es uno de los síntomas casi obligados en las manifestaciones de la sífilis en los recién nacidos. Como esta última, principia después de las primeras semanas ó los primeros meses de la vida, al tiempo mismo que aparecen otros signos de la infección sífilítica,

SÍNTOMAS. — Al principio, se asemejan á los del coriza simple y se traducen por la fatiga respiratoria, el romadizo debido á la hinchazón

de la mucosa pituitaria y á la presencia de placas mucosas sobre esta parte del organismo. Poco después, aparece un derrame moco-purulento, que más tarde se hace francamente purulento, sanioso, más ó menos fétido, según la gravedad de las lesiones. Esta secreción, esencialmente acre é irritante, produce erosiones rápidamente y forma costras en el orificio de las ventanas de la nariz y sobre el labio superior.

Lejos de seguir la acostumbrada marcha del coriza simple, la enfermedad no tiene tendencia alguna á retrogradar por sí misma, sino que, por el contrario, si no se la refrena por medio de un tratamiento rápido y enérgico, las lesiones progresan y determinan en poco tiempo la caries y necrosis de los cartilagos y de los huesos de la nariz.

Al mismo tiempo, aparecen en la boca de los niños, en las partes genitales y aun sobre todo el cuerpo, indicios reveladores de la sífilis general, de la que el coriza no es, en suma, más que un epifenómeno.

Sería caer en inútiles repeticiones acordarse de todos los inconvenientes como de todos los peligros que pueden resultar, para el recién nacido, del obstáculo aportado á la respiración por la nariz, á consecuencia de la hinchazón de la membrana pituitaria. Apenas sería útil recordar de que la diátesis general, de la que en suma el coriza no es más que una expresión mínima, vendrá á dificultar el pronóstico, el cual dependerá, sobre todo, del estado general del niño y de la intensidad de las manifestaciones específicas.

H. Weber ha señalado dos hechos en los cuales la suspensión de la secreción nasal fué seguida de convulsión, de coma y de síntomas graves que no desaparecieron hasta que se presentaron las secreciones. Tratábase evidentemente, en este caso, de la reabsorción purulenta, como se observa en la otorrea y otras afecciones supuratorias.

La marcha de la afección es habitualmente lenta, aunque es algunas veces muy rápida, y Bosworth cita en su tratado de las enfermedades de la nariz, el caso referido por Hawkins, en el que una sífilis nasal, desarrollada seis semanas después del nacimiento, destruyó el vómer y una gran parte de la nariz en menos de cuatro meses.

TRATAMIENTO.— Desde el punto de vista del estado general, no difiere en nada del que se emplea habitualmente en los casos de sífilis infantil y que se encuentra descrito en los tratados de paidopatía.

En cuanto al tratamiento local, consistirá, sobre todo, en cuidados de limpieza, en lavados regulares, hechos con soluciones boricadas ó alcalinas. Algunas fumigaciones permitirán á veces al aire pasar más fácilmente á través de las fosas nasales, cuya mucosa estará un poco menos tumefacta, á causa de esta medicación.

Las pulverizaciones hechas en la nariz con líquidos más ó menos emolientes ó antisépticos, según los casos, serán todavía los mejores

medios para combatir la inflamación local y para permitir al tratamiento general obrar modificando el terreno y deteniendo la evolución de la enfermedad general.

Otras veces se podrá hacer seguir el lavado de insufaciones pulverulentas practicadas con iodoformo, ó calomelanos y azúcar mezclados, con ó sin cocaína, según los casos.

Coriza profesional.

DEFINICIÓN. — Se designa con este nombre una inflamación especial de la mucosa pituitaria, debida á la penetración en las fosas nasales de vapores ó polvos deletéreos ó cáusticos.

ETIOLOGÍA. — Como lo indica la definición que precede, encuéntranse, en algunas profesiones, alteraciones particulares del esqueleto de la nariz que caracterizan esta enfermedad.

Particularmente en los obreros que trabajan en los talleres donde se fabrica el bicromato de potasa (Chevallier y Bécourt, Clouet, Delpech), ó en los que están expuestos á los polvos de cromato amarillo (Hillairet y Delpech), son en los que se observa con más frecuencia esta afección.

Sin embargo, se encuentra también la enfermedad en los obreros que aspiran los polvos arsenicales (Rollet, citado por Layet) y, en especial, en los que manipulan el verde de Schweinfurth. Los caleros, expuestos á la acción de la cal; los que trabajan el zinc, por respirar los vapores de cloruro de zinc que se escapan de las placas sobre las que se ha proyectado sal amoníaco; los fabricantes y encargados de soldar botes de conservas (Stump y Forwoord), que respiran vapores clorhídricos; los tipógrafos (Pollyak), y, en una palabra, todos los obreros que manipulan sustancias cuyos vapores ó polvos desprendidos son cáusticos (fósforo, mercurio, etc.), se hallan en condiciones de verse atacados por este coriza especial.

Sin embargo, los Dres. Clouet y Delpech han observado que los únicos que estaban casi al abrigo de contraer el mal eran aquellos que, antes de entrar en el taller, tenían la costumbre de fumar tabaco.

A. SÍNTOMAS GENERALES. — Los síntomas generales están en relación con la profesión del obrero y, por consiguiente, pueden ser extremadamente variables, según la naturaleza de los productos manipu-

lados. Así, creemos inútil ocuparnos de ello aquí, visto el cuadro restringido en que nos hemos colocado. También, y por el mismo motivo, omitiremos otros accidentes (úlceras de las manos, de los pies, de la garganta, bronquitis, pulmonías, etc., etc.), que no entran en nuestro estudio.

B. SÍNTOMAS LOCALES. — Al principio de la enfermedad, los síntomas son, poco más ó menos, los del coriza agudo, con la diferencia de que, en lugar de ser pasajeros como en esta última afección, persisten durante un tiempo variable, según la rapidez con que evoluciona el proceso inflamatorio. Experimentáanse, con efecto, en el primer período sensaciones de picor en las fosas nasales, cosquilleo desagradable que produce una imperiosa necesidad de estornudar. Desde este momento hay un derrame abundante por las ventanas de la nariz, seroso al principio, que poco á poco se espesa y se vuelve amarillento, para terminar por hacerse verdoso.

Agrégase á estos primeros síntomas un romadizo casi continuo y una cefalalgia siempre intensa, que reviste á veces la forma lancinante.

Tórnase después costrosa la secreción y bastante dura, siendo expulsada con cierta dificultad. Tan es así, que en el momento en que esta costra se desprende, no es raro ver correr algo de sangre por una de las ventanas de la nariz.

Un poco más avanzada la afección, arroja al sonarse el enfermo materias pútridas que contienen á veces trozos de tejido esfacelado y partículas de cartílagos ó huesos necrosados. Sin embargo, aun en este período no se suele notar hedor del aliento, hasta el punto que han sido muchos los obreros atacados de perforación del tabique, cuya lesión ignoraban su existencia.

El olfato está muy raramente alterado (Clouet, Delpéch, Hillairet), y se observa que presentan estos trabajadores una especie de inmunidad contra el coriza agudo. En este período, la respiración por la nariz es fácil por regla general.

EXAMEN. — Si al principio se practica el examen de las fosas nasales anteriores, obsérvase una simple rubicundez de la mucosa pituitaria, acompañada de un infarto inflamatorio más ó menos pronunciado.

Un poco más tarde existen ulceraciones que ocupan la parte antero-inferior del cornete inferior, y, sobre todo, el tabique de las fosas nasales, cerca de un centímetro ó dos más arriba del suelo nasal. Desde luego, muy pequeña y recubierta por una capa morenuzca, la pérdida de sustancia se agranda, gana en profundidad y no tarda en producir la necrosis del cartilago subyacente, y hasta la perforación del tabique, la cual continúa extendiéndose por punto general, avanzando la des-

trucción en una forma ovalada de abajo arriba y de atrás adelante, llegando á veces hasta alcanzar la unión del cartilago con el vómer y la lámina perpendicular del etmoides. Sin embargo, respetan siempre la porción anterior y la espina del tabique. Este hecho es importante, porque la persistencia de esta parte de la armadura de la nariz impide la deformación y el hundimiento de la misma, lo que no sucedería si estuviese perfectamente necrosada.

Resumiendo, toda la lesión cae sobre el tabique de las fosas nasales, que es el primero que sufre los ataques del mal.

En cuanto á explicar el sitio de predilección de la enfermedad, estamos dispuestos á admitir que es á una irritación local, resultado del depósito sobre la pituitaria de sustancias cáusticas, á la que se debe la lesión de esta parte de las fosas nasales.

Después, para explicar el sitio casi exclusivo de la alteración sobre el septum, opinamos, con el Dr. Casabianca, que precisa por de pronto tener cuenta de la dirección de la abertura de las ventanas de la nariz, gracias á la cual, la doble columna de aire que penetra en las fosas nasales durante la inspiración, llega directamente á herir la pared media, sobre cuyas dos caras, en cierto modo, se refleja. Siendo el tabique la primera parte de las fosas nasales que el aire encuentra, sobre ella se depositan las partículas irritantes de que está cargado, comprendiéndose por esta razón que sea dicho sitio el preferido por la ulceración. Además, siendo esta parte de la nariz menos rica en glándulas, encuéntrase lubricada de una manera incompleta, lo que favorece la acumulación de los polvos que en ella se depositan. El canal de Jacobson, cuya presencia en esta parte del tabique hemos señalado (véase *Anatomía*, tomo III, pág. 9), podría del mismo modo servir de receptáculo á los agentes deletéreos. Semejante interpretación, invocada por Potiquet á propósito de las úlceras llamadas perforantes, cabría perfectamente en este lugar.

Podría explicarse la inmunidad que gozan los fumadores, bien por la sobreactividad de la secreción nasal y por la frecuente necesidad de sonarse, que no permite á las materias dañosas permanecer mucho tiempo en contacto con la mucosa, ya por una especie de engrosamiento de la pituitaria, que la hace menos sensible á las causas irritantes que proceden del exterior.

MARCHA. — DURACIÓN. — TERMINACIÓN. — La marcha de la dolencia es insidiosa en absoluto, dependiendo de la naturaleza del agente que la produce. Según el grado de concentración y la composición de este agente, marcharán las lesiones con variable rapidez; sucediendo lo mismo si los obreros, expuestos á esta clase de intoxicaciones, observan más ó menos bien las reglas higiénicas. Hay que advertir,

sin embargo, que rara vez se extienden las lesiones más allá de la perforación del tabique, y alguna vez al mismo cornete inferior.

DIAGNÓSTICO. — Se establecerá el diagnóstico, preferentemente, con ayuda de los conmemorativos. La marcha de la enfermedad, la profesión del enfermo, el examen del órgano, serán elementos bastantes que no permitirán dudar por mucho tiempo.

PRONÓSTICO. — Depende en gran manera del grado de infección á que el enfermo haya llegado. Localmente, el único inconveniente serio que puede resultar de la afección de la nariz es la presencia de un ozena más ó menos marcado, que, generalmente, será fácil hacer desaparecer á beneficio de un tratamiento apropiado. Si ha sido perforado el tabique, es evidente que no podrá pensarse en remediar el estrago, pero debe saberse también que los enfermos no se resienten de ningún sufrimiento de esta lesión, de la que no tienen conciencia la mayor parte de las veces, después de terminado el proceso inflamatorio.

TRATAMIENTO. — Será, desde luego, profiláctico, y consistirá en cuidados higiénicos diarios, con objeto de evitar la acción de los vapores ó de polvos deletéreos que respire el obrero. Algunos lavados de las fosas nasales con agua alcalinizada (bicarbonato de sosa, bórax) ó salada tibia, y si hay necesidad, pequeños tapones de algodón en rama colocados en la entrada de las ventanas de la nariz, serán medios suficientes para impedir la explosión del mal. Este último medio deberá, sobre todo, emplearse para los obreros que manipulan sustancias muy irritantes (cromatos, fósforo, etc.). Puesto que está admitido que los fumadores no padecen esta afección, podría recomendarse á los enfermos tomar de cuando en cuando durante el día, no tabaco, que tiene el inconveniente de ser muy irritante, sino polvos de alumbre ó de tanino, adicionados con talco ó con bismuto. Así, podrá emplearse la siguiente fórmula, que facilita la secreción nasal y vuelve la mucosa un poco menos sensible á las influencias exteriores:

Polvo con:

Alumbre ó tanino pulverizado.....	0,10 á 0,25 gramos.
Talco pulverizado.....	} 5 —
Bismuto pulverizado.....	

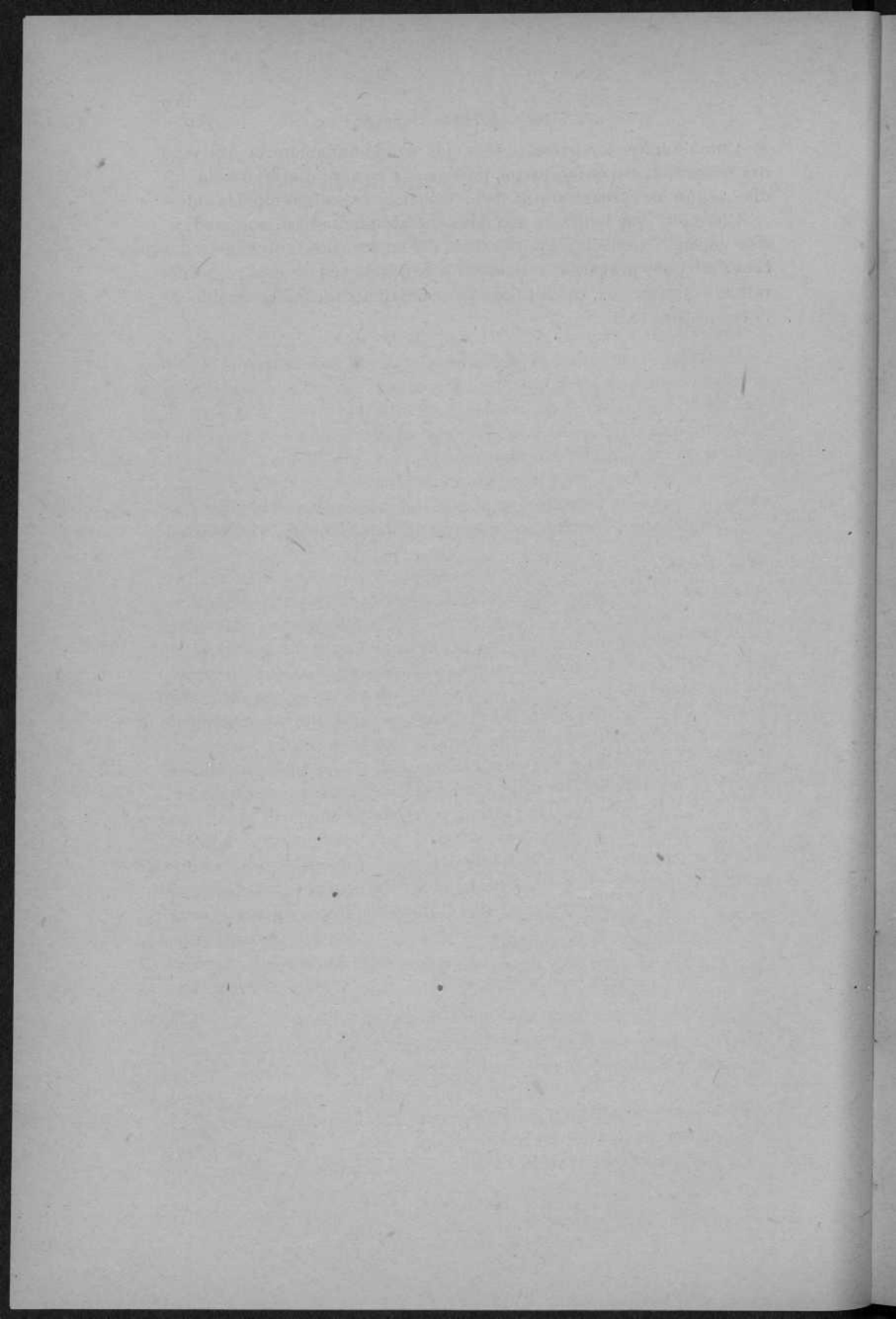
Para hacer aspirar por la nariz dos ó tres veces al día.

Si la enfermedad está ya declarada y no se puede usar el tratamiento profiláctico, será preciso recurrir á una medicación local de tersiva, y antiséptica si hay necesidad.

Según el grado del mal, se emplearán soluciones de clorato de potasa ó aquellas de las que ya hemos dado las fórmulas á propósito del tratamiento del coriza atrofico. (Véanse págs. 269 y siguientes.)

Cuando haya desaparecido el estado agudo inflamatorio, conviene recomendar al enfermo que prosiga sus lavados diarios ó cada dos días, según los casos, con una de las soluciones alcalinas citadas antes.

Claro está que habrá de asociarse al tratamiento local una medicación general en relación con el estado del sujeto. Los tónicos de todas clases, algunos purgantes salinos y los baños de agua simple ó mineralizada (sulfurosas), constituirán la compañía casi indispensable de la terapéutica local.



Muermo.

DEFINICIÓN. — Designase bajo este nombre una enfermedad contagiosa bastante frecuente en el caballo, y que se transmite desde éste al hombre, en el que ofrece sus caracteres habituales.

ETIOLOGÍA. — Conocido desde hace largo tiempo (1783), el muermo del hombre es relativamente raro en nuestro país, observándolo habitualmente en las personas que tienen la costumbre de estar en relación más ó menos directa con los caballos. Así, los palafreneros, los cocheros, los carniceros (carne de caballo), etc., son los más particularmente expuestos. Según Morell-Mackenzie, de 120 casos no ha encontrado Bollinger esta afección más que seis veces en la mujer.

La causa directa de la enfermedad es el contagio producido por los dedos ó los objetos que hayan tocado un animal contaminado. El muermo es transmisible de hombre á hombre.

SÍNTOMAS. — La afección puede revestir la forma aguda ó la forma crónica. *En el primer caso*, la explosión del mal se anuncia por un calofrío con elevación de temperatura y fenómenos generales que acompañan á la fiebre. Presto aparece en la cara un brote erisipelatoso que empieza por la nariz, llenándose de vesículas la superficie inflamada, las cuales dejan escapar luego un líquido seroso, y algunas veces ofrece al principio la piel en muchos puntos signos de gangrena. Después aparecen las pústulas características del muermo, que se abren pronto, dejando escurrir el líquido que contienen y formándose una superficie ulcerada cuyo fagedenismo es rápido.

En este período se desenvuelve sobre la mucosa de la garganta y de las fosas nasales una erupción análoga que determina una sensación de quemadura y de obstrucción al nivel de la faringe, al mismo

tiempo que se produce un derrame por la nariz y por la boca, de una secreción espesa y glerosa muy abundante, la cual se espesa rápidamente y se hace saniosa y fétida. Poco á poco, la afección invade la laringe, obstruye las vías aéreas, no tardando el enfermo en caer en el coma y en sucumbir por los progresos del mal. Hay que advertir que la secreción no tiene siempre la abundancia que acabamos de señalar, pues suele verse en muy pequeña cantidad y hasta faltar por completo.

El muermo agudo de brote, ó sucediendo á la forma crónica, evoluciona rápidamente y, en ocho ó diez días, recorre todos sus periodos.

En la forma crónica, el derrame es muy moderado, pero la mucosa nasal, recubierta al principio de pequeños nódulos bermejos, se ulcera pronto por algunos puntos y á menudo se recubre de costras espesas y morenas. La parte posterior de la garganta y la boca son con frecuencia atacadas al mismo tiempo. La afección puede durar algunos meses (Morell-Mackenzie); y Bollinger, que se ha ocupado particularmente en esta cuestión, dice haber visto un caso en el cual habia durado once años. Aquí el pronóstico es menos grave y menos fatal que en la forma aguda, siendo ésta á menudo consecutiva á la forma crónica.

DIAGNÓSTICO. — Las pústulas y úlceras del muermo no tienen ningún carácter especial que permitan reconocerlas, pero los fenómenos generales coexistentes (calofrío, fiebre, dolores articulares), la generalización de las lesiones (garganta y fosas nasales), la existencia de nódulos que toman rápidamente la forma pustulosa, y la profesión del enfermo, serán otros tantos elementos que permitirán establecer un diagnóstico sobre bases sólidas.

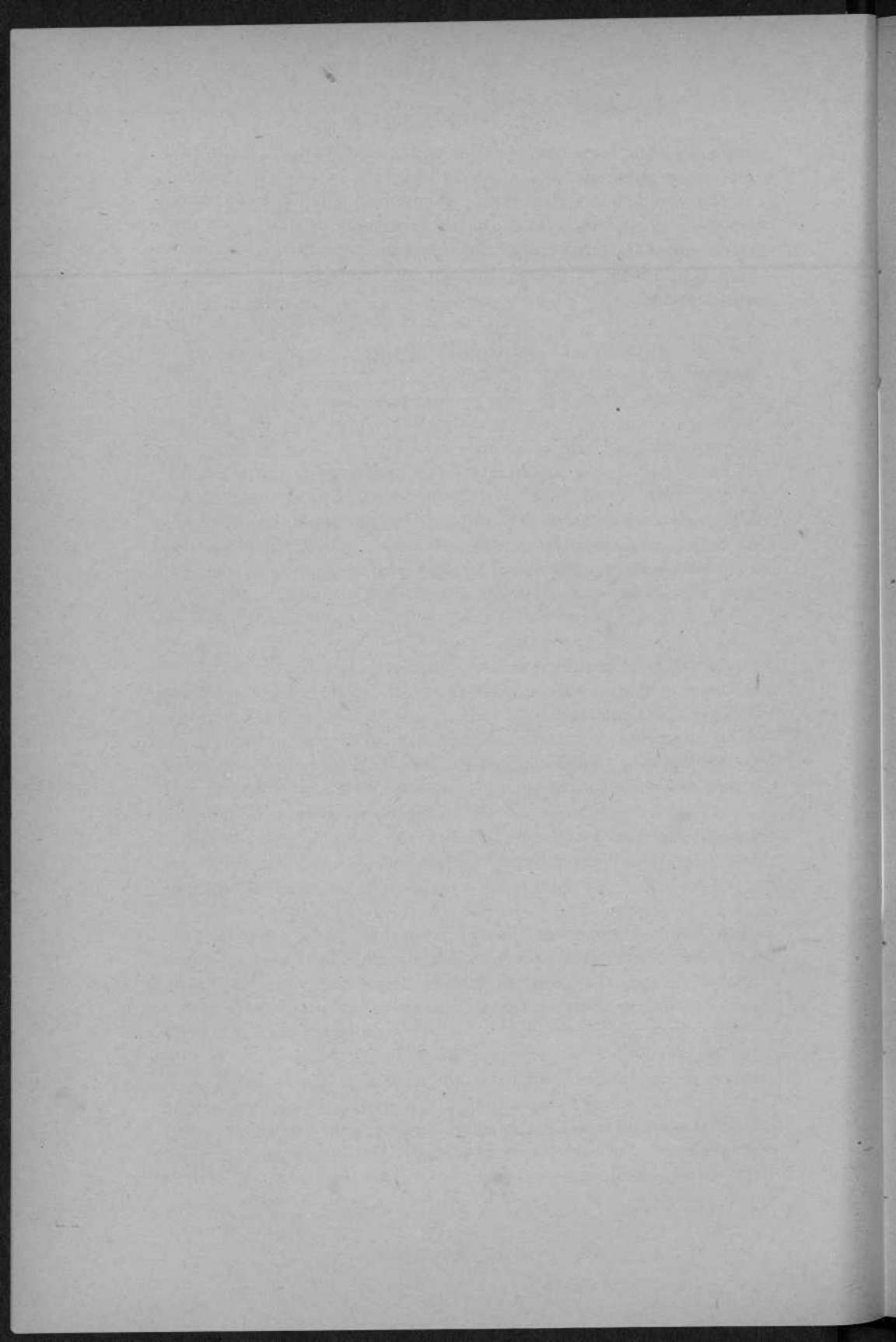
En los casos dudosos, el examen bacteriológico, haciendo reconocer los bacilos en forma de bastoncitos descritos por Löffler, Bouchard, Capitan, Weichselbaum, ayudará á evitar el error.

PRONÓSTICO. — Gravísimo en general en la forma aguda, que es casi siempre mortal, sigue siéndolo grave en la forma crónica, á causa de la dificultad que hay para alcanzar la curación definitiva. Diremos con Brouardel: «Se puede conservar alguna esperanza en tanto que la nariz no se vea atacada.»

TRATAMIENTO. — Hasta el día, no existe tratamiento verdaderamente curativo del muermo, y las indicaciones se derivan de la forma que se presenta á nuestra vista. Remontarse al estado general del enfermo, favorecer la eliminación del virus, tal debe ser la preocupación del médico encargado del enfermo. Localmente, cuidados excesivos de

limpieza, dando la preferencia á los lavados antisépticos (ácido fénico, creosota, creotina, etc.).

Es probable que el descubrimiento del bacilo del muermo, su cultivo y el conocimiento más íntimo de su manera de vivir y de proliferarse, auxiliarán más tarde á los elementos terapéuticos, permitiéndoles suprimir ó, al menos, impedir su desarrollo, con todas sus consecuencias.



Rinoscleroma.

DEFINICIÓN. — Se da este nombre (rino-faringo-escleroma de Këbner) algún tanto vago, á una afección del tabique y de las paredes externas de la nariz, caracterizada por la aparición, en dichos puntos, de tumores sesiles que tienen el aspecto de verdaderas nudosidades.

Descrita la primera vez por Hebra y Kaposi, en 1870, esta enfermedad háse observado en Austria, en Viena, en Praga, en Italia (Pellizzari, Massei y Melle), en Alemania y más recientemente en América (Alvarez). Por el contrario, constituye una afección mucho más rara en Francia, donde es menos conocida. Seré bastante breve en la descripción de esta rinopatía que, según Billroth y otros autores, es de naturaleza inflamatoria.

ETIOLOGÍA. — Según las investigaciones de Cornil y Alvarez (*Archivos de Fisiología*, Junio 1885), la edad de los enfermos atacados varía de seis á veintiocho años, pero habitualmente de diecinueve á veinticinco años es cuando aparecen los primeros síntomas de la afección. Parece que el sexo masculino está más predispuesto á sufrir los ataques del mal.

El papel que juegan la herencia y el contagio parece todavía mal definido y peor conocido. En cuanto á la causa real de la enfermedad, no podemos extendernos más que á simples suposiciones en este punto.

La raza blanca sería, según parece, más atacada que la raza negra; pero esta diferencia sería real si no fuera debida á que dicha afección se halla mal conocida todavía y, por consiguiente, poco investigada por los prácticos, que interpretan de distinta manera los casos observados por los mismos.

SÍNTOMAS. — De ordinario, la rinopatía principia por una tumefacción y una induración de una parte del tabique y de la pared externa de la nariz. Desde allí, la hinchazón, ó más bien los tumores, se ex-

tienden á la piel, á las mucosas próximas (labios, encías, bóveda palatina, fosas nasales posteriores, paladar péndulo, faringe, laringe, etc.).

Tales neoplasias se presentan bajo la forma de nudosidades ó placas salientes, duras ó más bien resistentes, perfectamente limitadas y, al nivel de la piel, formando cuerpo con el dermis.

Estas nudosidades, generalmente confluentes, forman un solo tumor de superficie irregular, mamelonada, si bien lisa y lúcente, que tiene una coloración amarillenta más ó menos oscura en la piel, y roja en la mucosa.

En algunos casos antiguos, la producción morbosa presenta ulceraciones superficiales granulosas, que dejan correr un líquido viscoso, fácilmente concretable en su superficie bajo la forma de costras amarillas ú oscuras.

Sucede que, con ocasión de una enfermedad intercurrente, se observan brotes á continuación de los cuales las nudosidades se vuelven más rojas, más voluminosas y más sensibles á la presión.

La nariz aparece hipertrofiada, amarillenta, desigual y de aspecto variable cuando el órgano es totalmente invadido. Las alas de la nariz se levantan y la hacen parecerse, según Massei, á una nariz de buey.

Uno de los enfermos que recientemente he tenido ocasión de ver (1893) con el profesor Störck, en Viena, presentaba entre otras manifestaciones: al nivel de los huesos propios de la nariz (lado izquierdo), un verdadero relieve globuloso del volumen y de la consistencia de una avellana pequeña; otro, visto en Budapest, con el profesor Navratil, tenía la nariz absolutamente deforme y obstruida por tumores voluminosos, lisos y no ulcerados, que se encontraron también en la laringe de esta mujer.

Si aparece atacada la bóveda palatina, se observa, hacia la unión de la porción ósea y membranosa, una mancha redondeada, roja, livida, si bien poco saliente al principio. Más tarde, el velo del paladar y á su vez invadidos los pilares, se engrosan y ofrecen una infiltración bastante considerable, cuyo aspecto lívido, granuloso en algunas partes, liso y lúcente en otras, es fácil de reconocer. Más adelante todavía, el istmo de las fauces se estrecha de una manera notable, hasta el punto de que la respiración se encuentra entonces comprometida y el enfermo sucumbe á los progresos del mal.

Algunas veces se ve, como lo ha hecho notar Kaposi, adherirse el velo del paladar con la faringe, y rellenarse lentamente la cavidad naso-faríngea.

La trompa de Eustaquio puede también estar afectada, lo cual ocasiona desórdenes auriculares.

Muy á menudo está atacada la laringe y se estrecha poco á poco hasta el punto de necesitar una cánula regular para evitar la obstruc-

ción que tiende á producirse. Los ganglios no se encuentran generalmente ingurgitados, y la enfermedad no tiene tendencia alguna á generalizarse al resto de los tegumentos, ó hacia otros órganos.

La tumefacción de la mucosa pituitaria no determina sino un simple romadizo, más ó menos marcado, según la extensión de la lesión. Las alteraciones buco-faríngeas y aun las laríngeas, tradúcese por el desorden de las funciones, á las que presiden estos diferentes órganos.

DIAGNÓSTICO. — El rinoscleroma difiere bastante notablemente, por su aspecto, de las diversas induraciones de la piel y de las mucosas, y por su marcha, de otras producciones patológicas que pueden atacar las partes del árbol respiratorio sobre las cuales aquél se manifiesta.

El lupus se distingue por su tendencia á elevarse y ganar en profundidad, á destruir en lugar de hipertrofiar. La sífilis de las fosas nasales y del velo del paladar se manifiesta por síntomas que hoy no permiten la menor duda.

Por último, según el Dr. Cornil, los tumores formados por el rinoscleroma difieren en absoluto de todo otro cualquier neoplasma.

Puedo hacer constar, por mi parte, que el diagnóstico de esta afección es fácil de hacer por quien haya tenido ocasión de ver una sola vez las lesiones tan características del rinoscleroma (1).

La *marcha* de la afección es siempre extremadamente larga, y su *pronóstico* bastante grave, porque la propagación del mal hacia las fosas nasales posteriores, la faringe, y, sobre todo, la laringe, puede determinar la muerte á causa de la oclusión casi completa del conducto aéreo.

TRATAMIENTO. — Según los autores que se han ocupado en la cuestión, la muerte no sería siempre la consecuencia del rinoscleroma, puesto que hay muchos enfermos que han podido curarse, gracias á

(1) Para el estudio anatómico-patológico de esta singular enfermedad, no podemos hacer nada mejor que remitir al lector al trabajo de los Dres. Alvarez y Cornil, "Archives de Physiologie," 30 de Junio de 1885, ó al más reciente del Dr. Quignard, tesis, París, 1892, ó Castex, "Revue de Laryngologie," 1892.

Desde el punto de vista bacteriológico, se encuentra, en las grandes células esferoidales descritas por Cornil, un microorganismo estudiado y cultivado por Frisch, y designado con el nombre de este autor. Pero así como lo hacen distinguir los Dres. Castex y Quignard en su estudio sobre el rinoscleroma, el bacilo de Frisch se asemeja de todo punto al de Friedländer, lo que da, en el estado actual de nuestros conocimientos, mucho valor á este microorganismo que los Dres. Netter, de Thost, y Pellizzari han encontrado en las secreciones del ozena.

El Dr. M. Melle (citado por Massei) ha descrito un procedimiento de coloración rápida (en 10 ó 15 minutos) de los bacilos del rinoscleroma, y ha afirmado nuevamente en 1887 la naturaleza parasitaria de esta afección.

la operación de los diferentes tumores que padecían. En estos casos no queda, después de la operación, sino una cicatriz más ó menos deforme, según la naturaleza y la extensión de los tejidos extirpados.

La operación puede practicarse, ora con el bisturí, ó mejor con el galvanocauterio. La administración del ioduro potásico y de los tónicos al interior, parece igualmente haber favorecido la regresión de los neoplasmas, ó, por lo menos, haber evitado la recidiva después de la operación.

Recomendamos del mismo modo la aplicación de puntos galvánicos de fuego, hecha tatuando la mucosa enferma. Esto no quiere decir que las estenosis nasales ó laringeas dejen de tratarse por la dilatación lenta y progresiva, y las ulceraciones por el raspado y la cauterización con el ácido láctico, al 1 por 2, y hasta puro, después de la cocainización de la mucosa que vayamos á tratar.

Epistaxis.

DEFINICIÓN. — Se da el nombre de epistaxis á la hemorragia por las vías nasales.

ETIOLOGÍA. — Comprenderáse con facilidad la frecuencia de las hemorragias de las fosas nasales si se recuerda que los cornetes están rodeados por un tejido esponjoso que contiene grandes cavidades llenas de vasos. Además, el tabique nasal es muy rico en ramos arteriales y venosos que surcan su superficie y que se hacen fácilmente varicosos.

Según las diferentes causas susceptibles de producir el derrame de sangre por la nariz, pueden dividirse las epistaxis en traumáticas, espontáneas ó idiopáticas, sintomáticas y suplementarias.

A. TRAUMÁTICAS. — Como indica este nombre, las epistaxis son consecuencia de golpes ó caídas sobre la nariz, y en estos casos puede producirse de diversas maneras la hemorragia: ya es un simple despegamiento de la mucosa con rotura de algunos vasos, ora es una fractura y una laminilla ósea que rompe la membrana pituitaria. Otras veces, la sangre se filtra también á través de una rasgadura de la pared huesosa, como acontece en ciertas fracturas del cráneo.

Aun pueden ser las epistaxis resultado de un traumatismo más ligero; debidas, por ejemplo, á una excoriación hecha con la uña, por la simple acción de sonarse, ó resultado de operaciones hechas en la cavidad de la nariz (extirpación de pólipos, resección del tabique, cauterizaciones galvánicas, etc., etc.).

B. ESPONTÁNEAS Ó IDIOPÁTICAS. — La más rara es la epistaxis espontánea (1) que no se encuentra más que en la pubertad, y parti-

(1) Es preciso no olvidar, en efecto, que ciertas epistaxis, á menudo consideradas como de origen espontáneo, son la consecuencia de tumores diversos y ulceraciones de la mucosa pituitaria que han pasado inadvertidos.

cularmente en los muchachos jóvenes; á veces, después de un ejercicio violento ó una simple fatiga intelectual; otras veces, bajo la influencia del calor (insolación, acción del fuego, etc.), y, por último, en algunos casos raros, sin causas muy apreciables.

Algunos autores creen que la herencia es susceptible de jugar cierto papel en la producción de las epistaxis, y Babington cita la observación de una mujer, de la que toda la generación, en particular las hembras, fué atacada de hemorragias nasales. La epistaxis se observa igualmente á consecuencia de la disminución de la presión atmosférica en la ascensión á las montañas elevadas y, sobre todo, en las altas ascensiones hechas en globo. En estos casos, la epistaxis no es más que un fenómeno accesorio que se manifiesta al mismo tiempo que las hemorragias de otras mucosas.

C. SINTOMÁTICAS. — La epistaxis puede ser el síntoma casi obligado de una afección general, ó el indicio de una enfermedad local de la mucosa pituitaria.

1.º *Causas generales.* — En el primer grupo encontramos ciertas fiebres, como el sarampión, la erisipela, la escarlatina, la viruela, la fiebre intermitente, la fiebre tifoidea, la triquinosis, y algunas afecciones susceptibles de producir una alteración del líquido sanguíneo, como la hemofilia, el escorbuto, la leucemia, la uremia, ciertas enfermedades del hígado, etc. Al lado de estas afecciones podríamos colocar los diversos procesos patológicos, en los que se encuentra aumentada la presión de la sangre en los vasos de una manera activa; tales son las congestiones ó inflamaciones de la mucosa pituitaria, el coriza agudo, el *hay-fever*, la hemicránea, algunas afecciones del corazón, por ejemplo, la hipertrofia. Citemos también las epistaxis por éxtasis venoso, como en los casos de compresión vascular por tumores, los esfuerzos de la tos convulsiva (coqueluche, etc.), ó las alteraciones del ritmo de la respiración (dispnea, apnea, etc.).

2.º *Causas locales.* — Se comprenderá que no nos extenderemos mucho sobre las diferentes afecciones de la mucosa nasal susceptibles de ocasionar la epistaxis, porque ya hemos señalado la existencia de ese síntoma al describir cada una de las enfermedades en las cuales es susceptible de mostrarse. Nos bastará con recordar que las hemorragias se observan en la mayor parte de los tumores de las fosas nasales, excepto, sin embargo, los pólipos mucosos y los papilomas, que son, sobre todo, frecuentes en los casos de dilatación de los vasos varicosos, angiomas, pólipos naso faríngeos, carcinomas, sarcomas y epitelomas, y que suceden muy á menudo á la introducción de cuerpos extraños ó á la ulceración de la pituitaria.

D. SUPLEMENTARIAS. — Por último, la epistaxis puede ser suplementaria de un flujo normal ó habitual, como la menstruación ó las hemorroides, bien porque los derrames de sangre hayan sido suprimidos ó simplemente disminuídos. Según Puech, las fosas nasales serían el órgano por el que se establecería más raramente el suplemento de las funciones uterinas.

Así se han observado hemorragias estomacales 32 veces, por la vejiga 25, por los pulmones 24, y sólo 18 por las fosas nasales. De cualquier modo que sea, es preciso recordar la posibilidad del hecho y, llegado el caso, en presencia de epistaxis regulares, saber interrogar á los enfermos para fijar bien el diagnóstico.

Á estas diversas causas de hemorragia nasal debemos agregar las epistaxis genitales señaladas por el Dr. Joal, las cuales se producen después del cumplimiento del acto genésico (coito, masturbación). Este sintoma se observa en la adolescencia.

SÍNTOMAS. — Las *epistaxis traumáticas*, que son generalmente las menos abundantes, se verifican, ora por una, ora por ambas fosas nasales, y hasta por la faringe en algunos casos. Raras veces están rotos los vasos; la sangre trasuda simplemente á través de una rasgadura de la mucosa, á menos que no se trate de un traumatismo grave.

Por lo demás, el diagnóstico es fácil en estos casos, porque siempre, ó al menos la mayor parte de las veces, el médico conoce la causa de la hemorragia.

Las *epistaxis espontáneas* anuncianse á veces por prodromos bastante pronunciados para que los médicos, acostumbrados á ver en sus enfermos esta especie de derrame de la sangre, puedan predecir su aparición. Los síntomas son de congestión cefálica, tales como pesadez de cabeza, zumbidos, vértigos, color encendido de la cara, etc., los cuales constituyen los signos precursores de la hemorragia.

Por punto general, sea cualquiera la causa determinante, verificase la epistaxis por una sola ventana de la nariz, y lentamente, casi gota á gota; por el contrario, muy raramente es el derrame pulsátil, isócrono con los latidos del corazón. La cantidad de sangre perdida puede ser extremadamente variable, y así es que la hemorragia nasal se limita á veces á algunas gotas, en tanto que, en otras, los enfermos pierden una cantidad de sangre bastante considerable (6 litros, Johan Peter; 4 kilogramos y medio, Martineau), para quedar profundamente anémicos, y hasta sucumbir por hemorragias abundantes y frecuentemente repetidas, cuyo último síntoma se observa, sobre todo, en las epistaxis sintomáticas de tumores malignos de las fosas nasales ó de pequeñas dilataciones de los vasos.

EXAMEN. — Como lo ha hecho notar, con justa razón, Michel, y con él la mayor parte de los autores, es muy difícil reconocer por medio del examen rinoscópico, el punto de la mucosa que suministra la sangre; y si el examen directo no revela la existencia de un neoplasma susceptible de ocasionar semejante síntoma, convendrá recordar que, con mucha frecuencia, las epistaxis que uno estaría tentado á llamar espontáneas, son el resultado de pequeñas ectasias venosas de la mucosa pituitaria.

Dichas dilataciones varicosas, verdaderas varices nasales, asiéntanse en el tercio anterior del cornete inferior, ó más frecuentemente en el tercio antero-inferior del tabique, muy á menudo en el ángulo dicho formado por el cartilago cuadrilátero y el suelo de la nariz. Casi siempre á un centímetro ó dos más arriba del orificio, se comprueba la existencia de un pequeño relieve venoso, á menudo poco aparente, en el que desembocan capilares más ó menos rojos y dilatados, que se ven con mucha claridad, cuando se está advertido de su presencia y se lleva la atención hacia este lado. Así, en los enfermos atacados de epistaxis, es importante colocar el espéculum enteramente en la entrada de la nariz antes de abrirlo, ora para no ocultar la parte enferma con la valva del instrumento, por ser aquélla el origen de la hemorragia, ora para no erosionar esta región y provocar un derrame sanguíneo que sería un obstáculo para el examen. Si el hecho se realiza, un poco de compresión con el algodón en rama impregnado en zumo de limón ó en una solución de cocaína (Ruault), bastará para detener muy pronto la epistaxis.

En otros casos, el derrame sanguíneo será resultado de pequeñas erosiones del tabique, hechas por los enfermos que tienen la mala costumbre de rascarse el interior de la nariz con las uñas, cuya lesión, causa de la hemorragia, revélase entonces por el examen directo.

CURSO. — DURACIÓN. — TERMINACIÓN. — Excepto en algunos casos muy graves, se contiene el derrame por sí mismo, ora por la formación de un coágulo obturador que llena la fosa nasal y oblitera el vaso que da la sangre, bien por la contracción vascular.

Sin embargo, si la epistaxis es abundante y repetida, la anemia en primer término, y hasta la muerte, pueden ser la consecuencia.

La duración de la epistaxis es bastante variable; alguna vez la sangre cesa de correr después de algunos minutos, mientras que, en otros casos, la hemorragia dura bastantes horas, si no se interviene de un modo activo para detenerla. Puede suceder entonces que el enfermo, muy debilitado, sufra un síncope que pone fin á la epistaxis, ó se ve producirse este mismo accidente en el momento en que el cirujano detiene el derrame de sangre por uno de los medios que hemos indi-

cado más arriba. Otras veces también, si á pesar del síncope continúa la hemorragia, la sangre puede deslizarse á lo largo de la faringe ó hasta la laringe y las vías aéreas, y hacerse así la causa de graves accidentes.

DIAGNÓSTICO. — El primer punto es establecer el origen de la hemorragia, puesto que puede venir la sangre de las vías digestivas ó respiratorias, así como de la mucosa pituitaria.

Si se asiste al principio del derrame, hácese fácil el diagnóstico, lo mismo que si se ve al enfermo durante la hemorragia. La ausencia de vómitos y la salida regular de la sangre por una ó por ambas ventanas de la nariz son suficientes para eliminar las hemorragias de origen gástrico. Sin embargo, es preciso tener presente que, si la epistaxis se ha verificado durante el sueño y el enfermo ha tragado la sangre que vomitó en seguida al despertarse, el diagnóstico será un poco más dificultoso. Aquí la inspección de la nariz prestará algunos servicios, porque se verá alguna vez una de las fosas nasales llena todavía de sangre coagulada y á menudo desecada, y á veces en las dos ventanas de la nariz. Del mismo modo, la falta de tos, de estertores en el pecho y los caracteres de la sangre, permitirán alejar la idea de una hemorragia bronquial ó pulmonar.

Las epistaxis traumáticas graves son fáciles de reconocer por los conmemorativos y otros síntomas que indican el origen del derrame sanguíneo, que va generalmente acompañado de otorragias.

Se reconocerán las epistaxis sintomáticas por los síntomas que acompañan ó preceden á la aparición de este fenómeno.

En fin, el diagnóstico de la causa primera de la hemorragia podrá ser bastante difícil en algunos casos. Si la epistaxis es sintomática de un tumor, el examen directo del órgano bastará para revelar su existencia. Si, al contrario, una primera inspección de la nariz no indica la presencia de ningún neoplasma, será preciso pensar en esas especies de dilataciones varicosas de los vasos, situados muy á menudo en la entrada de una de las ventanas de la nariz y sobre el tabique medio.

Por último, no convendrá olvidar que esas pequeñas ectasias, ó también esos pequeños tumores vasculares, pueden estar situados bastante altos sobre los cornetes medios ó superiores, por ejemplo, ó hacia la parte posterior, para escapar á un examen rinoscópico rigurosamente practicado.

Si el derrame de sangre se para comprimiendo las alas de la nariz, será casi cierto que la hemorragia tiene su punto de partida al nivel del tercio anterior de las fosas nasales.

Las epistaxis suplementarias se conocerán en la regularidad con

que se renuevan por la ausencia, la disminución ó la desaparición de las pérdidas catameniales.

PRONÓSTICO. — Es, como puede suponerse, extremadamente variable: absolutamente benigno en la mayor parte de los casos, adquiere alguna vez una gravedad bastante considerable, porque la muerte puede ser la consecuencia directa de la hemorragia ó de la anemia que produce esta última.

Algunos autores han supuesto también que la frecuencia de las epistaxis durante la adolescencia era un indicio de tuberculización pulmonar que habría de manifestarse más tarde; pero es preciso añadir que ningún hecho ha venido en apoyo de esta hipótesis.

Resumiendo, es raro que las epistaxis ocasionen la muerte, si se interviene en momento oportuno, y antes que hayan producido una depleción notable en el sistema vascular.

TRATAMIENTO. — Si el derrame de sangre es poco abundante, lo mejor es no hacer nada, porque en este caso la epistaxis para por sí misma al cabo de algunos instantes. Asimismo no se instituirá tampoco ningún tratamiento si la hemorragia es sintomática de una fiebre eruptiva ó de otra afección congestiva, ó si fuese suplementaria; debiéndose intervenir cuando sea tan abundante que amenace la vida del enfermo. En estos últimos casos, si tiende á producirse, ora la anemia aguda por la pérdida abundante de sangre, ó la anemia crónica por la repetición frecuente de las hemorragias, deberá recurrirse á uno de los medios que vamos á indicar.

El primer modo formal de hemostasia consiste en comprimir bastante fuertemente, entre el pulgar y el índice, las alas de la nariz contra el tabique medio, teniendo la precaución de hacer inclinar la cabeza del enfermo muy ligeramente hacia adelante, de manera que se evite el derrame de sangre en la faringe, por las fosas nasales posteriores. Obtiénese así la formación de un coágulo obturador que, formando tapón, basta, en general, para detener la epistaxis después de diez minutos ó un cuarto de hora de compresión regular. Durante este tiempo, se aconseja al enfermo que no hable y respire despacio para impedir todo movimiento del velo del paladar, y con mayor razón que se suene.

El Dr. Moldenhauer aconseja hacer echar al enfermo sobre un lado, con la cabeza inclinada hacia adelante. Esta posición, que Bosworth encuentra igualmente buena, me parece más defectuosa que la situación vertical, que favorece menos la llegada de la sangre á la parte superior de la cabeza. La refrigeración de la nariz durante la compresión de las ventanas del mismo órgano, igualmente recomendada por Moldenhauer, es, al contrario, un buen coadyuvante en este caso.

Algunos autores (Morgagni, Valsalva, etc.), prescriben reemplazar la compresión externa por la compresión directa hecha con los dedos introducidos en cada ventana de la nariz á la mayor altura posible, de manera que formen tapón en el orificio y opriman directamente sobre el punto por donde sale la sangre, si ésta sale de la parte anterior de las ventanas de la nariz, que es lo más frecuente.

En lugar de los dedos, que se aplican siempre bastante mal sobre las partes que se quieren comprimir, servirá con más ventaja un poco de algodón en rama seco ó empapado en una solución bastante ligera de percloruro de hierro ó de zumo de limón. Si un solo tapón no basta, se pondrá un segundo destinado á fijar el primero y mantenerlo en la posición que debe ocupar. Á fin de poder retirar fácilmente estos tapones, convendrá atarlos con un poco de hilo, ya reliados los unos con los otros, en forma de rosario como se hace para el útero, sea atados separadamente. Las pinzas de disecar bastan para introducir este algodón en rama en las ventanas anteriores de la nariz.

Cuando este método nos haya frustrado, ya porque haya sido mal aplicado, ya porque los tapones no descansan sobre el punto que suministra la sangre, antes de llegar al taponamiento completo de que hemos de hablar más adelante, y que convendrá reservar para los casos graves, podrá recurrirse á las inyecciones ó pulverizaciones hechas con soluciones astringentes, en cuyo primer lugar colocamos el jugo de limón (Geneuil), después las soluciones de alumbre, de sulfato de zinc, nitrato argéntico, vinagre, tanino, percloruro de hierro, antipirina, etc. Sin embargo, las inyecciones y los mocos tienen el inconveniente de disolver los coágulos y de separarlos luego que han sido formados, impidiendo así la suspensión del derrame sanguíneo.

Si se percibe el punto que da la sangre, se obtendrá buen resultado con la cauterización local hecha con el hierro al rojo (galvanocauterio) ó, á falta de este último, con el nitrato de plata ó el ácido crómico cristalizado en forma de lápiz, ó mejor todavía, fundido sobre un estilete.

El público, en general, y algunos prácticos en particular, emplean aún la vía refleja, tal como el frío (llaves, hielo, etc.) aplicado sobre puntos distantes, como la nuca, los pechos en la mujer, el escroto en el hombre. Otros recomiendan los sinapismos en la nuca, en las pantorrillas, en los muslos, ó bien hacen elevar los brazos por encima de la cabeza. Estos medios pueden dar resultados satisfactorios en las epistaxis ligeras que se detienen con facilidad por todos los medios que acabamos de enunciar y quizá también por sí mismas; pero son insuficientes en las hemorragias graves, y no deberá tardarse en recurrir á ellos, si no dan pronto un resultado rápido. Entonces conviene recurrir al taponamiento completo.

En algunos casos, se puede practicar el taponamiento completo por el orificio anterior, limitándose á introducir con una pinza de pólipos, ó una simple pinza de diseccionar un poco larga, tapones de algodón en rama que se empujan de adelante atrás hasta el orificio posterior de las ventanas de la nariz, llenando así toda la cavidad de esta última con tapones atados los unos á los otros con un hilo en forma de rosario. Algunos autores recomiendan sencillamente el empleo de vendoteles de lienzo (Tompson, Smyly, etc.) secos ó impregnados de soluciones astringentes, como tanino (Curtius), percloruro de hierro (Gilrath) ó sulfato de hierro (Richardson). Este tapón

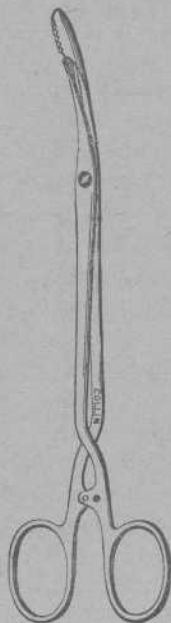


FIG. 152. — Pinza ordinaria.

es no sólo difícil de introducir, sino que puede producir erosiones de la mucosa, además de que es muy molesto para el enfermo. Por el contrario, el algodón en rama, sea seco y previamente desinfectado (boricado), ó húmedo, empapado en una solución astringente ligera (tanino ó percloruro de hierro), tiene la ventaja de amoldarse más fácil y más exactamente á todas las anfractuosidades de la cavidad nasal y, por consiguiente, de formar un tapón más completo y más fácil de aplicar.

Si obliga practicar el taponamiento por las fosas nasales posteriores, se podrá proceder de dos maneras: ora directamente pasando por

detrás del velo del paladar, con una pinza encorvada *ad hoc*, en cuya extremidad se colocará el tapón obturador; ora por las ventanas nasales anteriores con el auxilio de un hilo llevado hasta la faringe, y á la extremidad del cual se fija un pedazo de algodón en rama ó de gasa iodoformada destinada á obturar uno de los orificios posteriores de la nariz.

El primer procedimiento, difícil de emplear, exige cierta práctica por parte del médico y una disposición un poco particular del velo del paladar, por detrás del que no se pasa siempre con facilidad, sobre todo suponiendo que se operara en el curso de una hemorragia. Este medio es más practicable para el taponamiento preventivo, en los

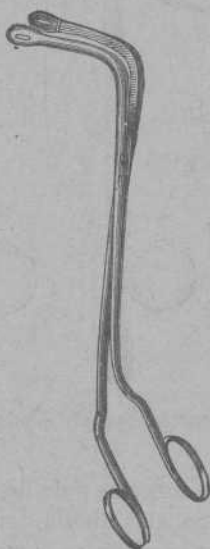


FIG. 153. — Pinza de doble corvadura para pasar por detrás del velo del paladar y taponar las fosas nasales posteriores.

casos de operaciones, debiendo practicarse en las cavidades de la nariz, cuando las ventanas están impermeables á consecuencia de haber tumores malignos en su interior.

El segundo método consiste en hacer penetrar, por la nariz, hasta la faringe, un hilo que se retira por la boca y á cuya extremidad se ata el tapón de algodón en rama ó de otra cualquiera materia; tirando en seguida del hilo por la ventana de la nariz, se conduce de este modo el tapón con el dedo ó con la pinza, por detrás del velo del paladar, hasta el orificio conal de las fosas nasales. Es el antiguo procedimiento que se practica todavía con la sonda de Belloc; pero es preciso

añadir que esta última, á menudo difícil y dolorosa en su introducción, á causa de su volumen y exagerada curvatura, se reemplaza con ventaja, como ha ya largo tiempo lo ha aconsejado el profesor Demons, por una pequeña sonda de goma ó de cautchuc endurecido, reblandecida en agua caliente. Estas tienen la ventaja, efectivamente, de seguir todas las sinuosidades de la nariz, de conformarse á todas las desvia-

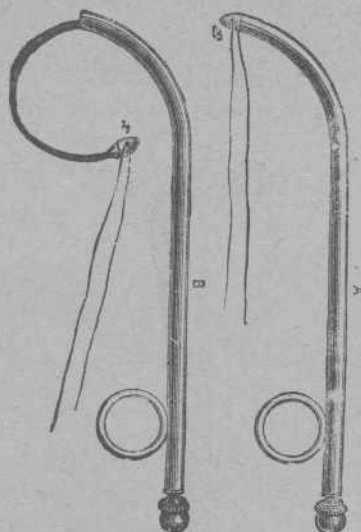


FIG. 154. — Sonda de Belloc abierta y cerrada, provista de un hilo.

ciones del tabique ó de los cornetes, y de llegar fácilmente á la faringe, hasta detrás del velo del paladar, desde donde se la saca hacia fuera con una pinza ordinaria. El manejo es el mismo que el de la sonda de Belloc, es decir, que consiste en atar en la extremidad de la sonda uno ó muchos hilos, según las necesidades, y en retirarlos, llevando el tapón en su extremidad libre, por la ventana de la nariz en que se ha introducido la sonda. Es bueno dejar en el tapón de la parte posterior de la nariz un hilo conductor que salga por la boca, el cual permitirá retirarlo fácilmente, cuando llegue el momento de rehacer el taponamiento, ó de suprimirlo por el contrario (1).

Estando las fosas nasales posteriores convenientemente obstruidas, queda todavía por obturar las cavidades anteriores de la nariz por los medios de que ya hemos hablado.

(1) Véase mi artículo-nota adicional sobre "Terapéutica general de las fosas nasales", páginas 97 y 102. — Dr. C. C.

Después de veinticuatro, treinta y seis ó cuarenta y ocho horas, es necesario quitar los tapones porque si no se pudren con facilidad y esparcen un olor desagradable.

Haberston ha observado también un caso de pioemia, consecutivo á la permanencia muy prolongada de hilas que se habían dejado olvidado en las fosas nasales (*The Lancet*, 27 de Febrero de 1875). Pueden sobrevenir asimismo inflamaciones agudas supuradas en los oídos (Gellé), á consecuencia de la aplicación de estos medios de tratamiento.

Una vez cohibida la hemorragia, será útil practicar el examen de



FIG. 155. — Tapón de aire, que se hincha una vez introducido en las fosas nasales.

la faringe, para asegurarse bien de que la sangre no continúa corriendo por este lado y de que no ha sido tragada. Para evitar tal inconveniente, se hará que el enfermo incline la cabeza un poco hacia adelante.

Si la epistaxis ha sido bastante abundante para producir la anemia, se tratará esta complicación por los medios habituales (hierro, quinina, tónicos, etc., etc.). Se ensayará evitar la repetición de las hemorragias, cuidando desde luego la causa que produce su aparición y ordenando el empleo de astringentes locales. Del mismo modo será

útil administrar algunos hemostásicos al interior, pudiéndose citar, entre los últimos, el cornezuelo de centeno, la ergotina, el percloruro de hierro, el tanino, el subacetato de plomo, etc., etc., siendo evidente que estos medios no obrarán si las hemorragias son producidas por dilataciones varicosas. En estos casos, las cauterizaciones locales con el ácido crómico ó el nitrato de plata ó, mejor todavía, con el galvano-cauterio, producirán la desaparición de las ectasias y harán desaparecer la hemorragia, que es la consecuencia.

[Xantosis.

La xantosis de la pituitaria (Zuckerkindl) está caracterizada, á juicio de Lermoyez, por una pigmentación amarillo-oscura, consecutiva á hemorragias capilares intersticiales de la mucosa.

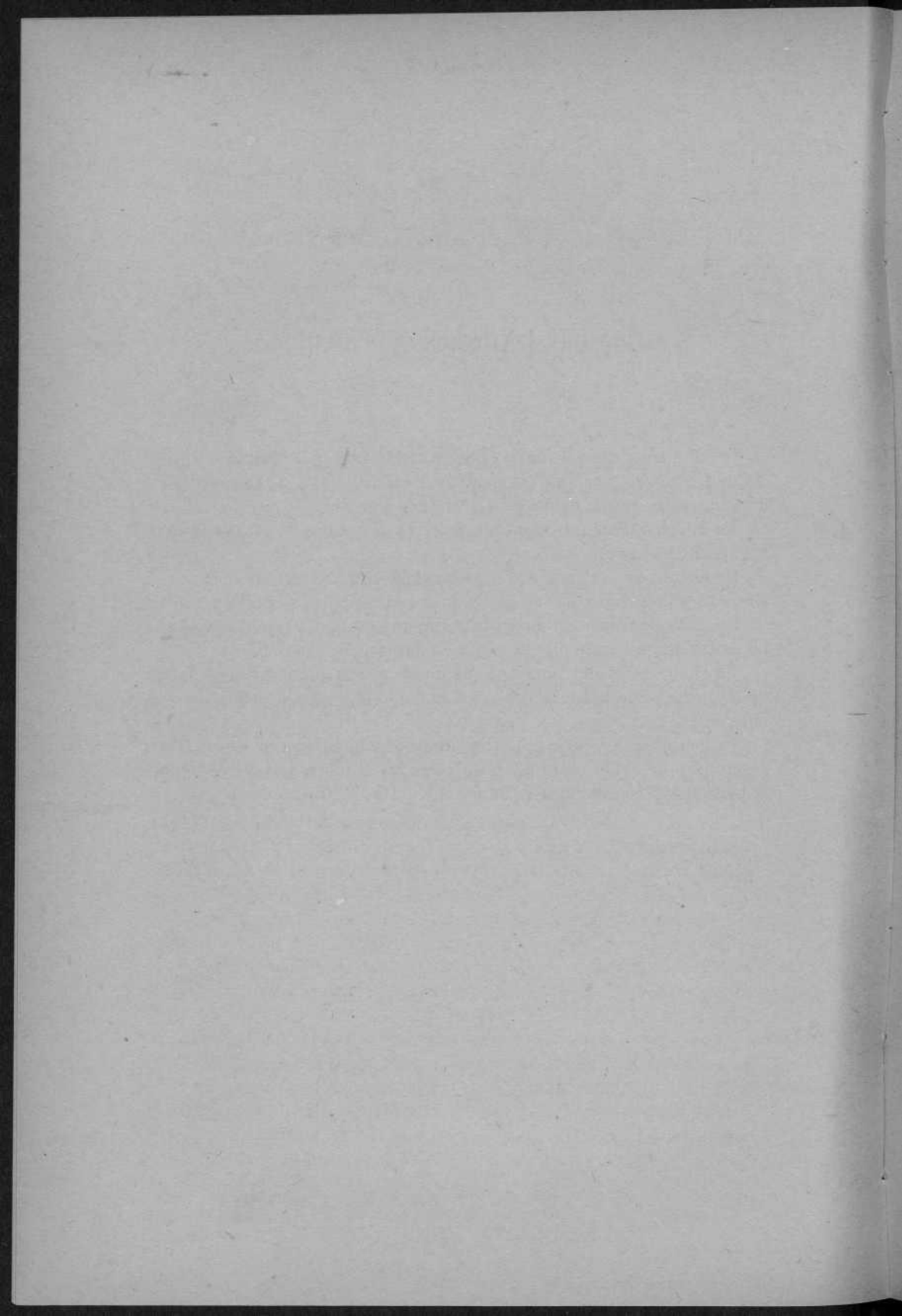
Es difusa ó circunscrita en placas, y su asiento predilecto es el tabique cartilaginoso.

No es raro que se atrofie la mucosa al nivel de los puntos atacados. El cartilago cuadrangular se adelgaza, y á veces hasta se perfora.

La xantosis difusa no da lugar á ningún síntoma, y por otra parte, no existe ningún tratamiento capaz de curarla.

La circunscrita del tabique, que no sería más que la primera fase de la úlcera perforante (Hajek), es á menudo el origen de epistaxis recidivantes.

La cauterización de los puntos enfermos con una perla de nitrato argéntico ó de ácido crómico, hace cesar las hemorragias y previene la perforación consecutiva del tabique.] — DR. C. COMPAIRED.



Cuerpos extraños y cálculos.

Imitando á la mayor parte de los autores, reunimos en un mismo capítulo los cuerpos extraños venidos del exterior y accidentalmente introducidos en las fosas nasales, y los cálculos ó rinolitos que se desarrollan en sus cavidades. En efecto: si es diferente el origen de las dos afecciones, son los mismos sus síntomas, su curso y su tratamiento.

ETIOLOGÍA.—A. *Cuerpos extraños.* — Los cuerpos extraños pueden introducirse en las fosas nasales de muchas maneras.

Ya son los niños que, por descuido, ó divirtiéndose, introducen en su nariz un objeto cualquiera, que después tratan de extraer con los dedos, empujándolo entonces más hacia adentro. El aire inspirado mismo facilita la penetración del cuerpo del delito, que pronto desaparece en la cavidad de la nariz. Otras veces, tragando un adulto oblicuamente, es acometido por un golpe de tos que proyecta el bolo alimenticio en las fosas nasales posteriores, pudiendo fijarse una parte de este último en algunos puntos de dichas cavidades, no manifestando su presencia sino mucho tiempo después de su introducción. El vómito obra del mismo modo, produciendo la vuelta de los alimentos no digeridos ó los granos de frutas en la faringe nasal.

Hay todavía otra clase de cuerpos extraños que penetran, ora á consecuencia de un traumatismo (bala, pedazo de obús, etc.), ora á consecuencia de una operación (cánula, algodón en rama, hilas, gasa, etcétera), ó por olvido del operador.

Sea como quiera el modo de penetración de los cuerpos extraños en la nariz, sucede frecuentemente que permanecen largo tiempo en semejante cavidad: en los niños, porque teniendo miedo de ser reñidos, no se atreven á confesar su imprudencia y olvidan en seguida el accidente; en los adultos, porque ignoran la penetración del cuerpo extraño por la vía retronasal ó cualquier otro trayecto.

B. *Cálculos, rinolitos.* — Los rinolitos difieren de los cuerpos extraños en que aquéllos se desarrollan espontáneamente en el interior de la nariz, en lugar de venir de fuera. Los verdaderos cálculos son, por lo demás, muy raros y apenas si Demarquay, Charazac y Monnier han podido reunir algunos ejemplos en sus trabajos sobre esta materia; sin embargo, conviene añadir que, desde que la rinoscopia se ha vulgarizado, los hechos de este género hanse multiplicado un poco más, sin haberse hecho muy comunes (Jacquemart, Th. Bartholin, Czarda, Schmiegelow, Ruault, Störek, J. Moure, etc.).

La influencia bajo la cual se producen estas concreciones espontáneas está aún mal definida; la estrechez de las fosas nasales, la existencia de un coriza crónico, parecen ser las causas predisponentes de esta afección, y según lo que pasa en los casos de cuerpos extraños de las fosas nasales, parece, en efecto, que toda causa irritante susceptible, por una parte, de estimular la secreción de la nariz, y, por otra, de impedir el derrame hacia fuera de esta secreción, debe favorecer el desarrollo de los cálculos.

ANATOMÍA PATOLÓGICA, SITIO. — A. *Cuerpos extraños.* — Pueden encontrarse en la nariz, como en los oídos, los cuerpos más variados y más inverosímiles. Entre los más frecuentes, citaremos los guijarros, guisantes, judías, hojas diversas, perlas, cuesco, frutas, trozos de boj, de lápiz ó de juguetes. Entre los objetos más raros encontrados en esta región, señalaremos las bolillas de marfil, cabezas de muñeca, anillos de hierro (Lowudes y Kickman, citados por el Dr. Poulet), fragmentos de plumas, tomillos, etc.

Hanse también encontrado en las cavidades de la nariz osteomas libres.

El sitio de los cuerpos extraños varía según su modo de introducirse. Si han penetrado por las ventanas anteriores de la nariz, ocupan generalmente el suelo de las fosas nasales al nivel de la parte anterior, á menos que el cornete inferior, voluminoso y muy descendido, no lo fuerce á entrar en el meato medio, donde queda como suspendido. Al contrario, si el cuerpo del delito penetra por detrás, se fija, por punto general, al nivel de la parte postero-superior del meato medio, si bien puede encontrársele también sobre el suelo, en el meato inferior. Es evidente de todo punto que el sitio será diferente, no tan sólo según su modo de penetración, la forma y el volumen de los cuerpos extraños, sino también según la conformación de las fosas nasales en las que haya penetrado.

Un hecho más importante es la serie de transformaciones sufridas por el objeto que permanece largo tiempo en el interior de la nariz. Si es susceptible de dejarse empapar por el moco nasal, concluye por

umentar notablemente de volumen, y hanse citado casos en los que ciertos granos habian podido germinar en estas cavidades (Bayer y Jacquemin); pero, con el Dr Poulet, nosotros miramos estos hechos como absolutamente excepcionales.

Si el cuerpo es sólido, no tarda en incrustarse de materia calcárea y en sufrir modificaciones análogas á las que se observan en casos de cuerpos extraños en la vagina ó en la vejiga. Los hechos de este género están, por lo demás, lejos de ser raros y, como veremos más adelante, es muy importante conocer su existencia, para evitar errores de diagnóstico, muy perjudiciales para los enfermos.

B. *Rinolitos*. — Son ordinariamente únicos, pero pueden ser múltiples (Kern y Axmann); su volumen, variable en absoluto, depende de su permanencia más ó menos larga en las fosas nasales, á las cuales pueden hasta llegar á obstruir completamente, y lo mismo á deformarlas después de haber destruido el tabique. Su aspecto es pardusco, sucio; su superficie irregular, abolsada, amoldándose á veces sobre las cavidades y anfractuosidades de la mucosa en el espesor de la cual están muy á menudo incrustadas. Su consistencia es generalmente bastante grande. Duros y compactos hasta el punto de dejarse serrar como una piedra, son otras veces más friables y pueden pulverizarse con facilidad.

Su composición química es poco más ó menos la de otras concreciones calculosas; están formados de fosfatos y carbonatos de cal, de magnesia y cloruros alcalinos (Axmann, Bouchardat, Geiger y Berlioz).

La materia primera que rodea los cuerpos extraños es exactamente de la misma naturaleza que la de los rinolitos.

En los dos casos (cuerpos extraños y cálculos), la mucosa pituitaria presenta casi siempre lesiones más ó menos profundas, que exponemos minuciosamente en la sintomatología.

SINTOMAS. — A. *Funcionales*. — Cuando un cuerpo extraño penetra en la ventana de la nariz, el enfermo experimenta una sensación de angustia, de cosquilleo con obstrucción de la fosa nasal, que determina algunos movimientos exagerados, de inspiración y de espiración, y hasta estornudos. Durante este periodo, ó bien se expulsa el cuerpo extraño y el orden de cosas se restablece, ó se aloja en las anfractuosidades de la fosa nasal, y los síntomas desagradables del principio se apaciguan y desaparecen también momentáneamente, hasta el punto de que el enfermo puede muy bien olvidar la presencia del objeto introducido en su nariz. Esto sucede, sobre todo, cuando la penetración se ha hecho por detrás, á continuación de un vómito por ejemplo,

ignorándose la introducción de un objeto cualquiera en la cavidad naso-faríngea.

Después de cierto espacio de tiempo, absolutamente variable, muy corto por punto general, si el cuerpo extraño es susceptible de hincharse bajo la influencia de la humedad, el enfermo comienza á resentirse de algunos trastornos funcionales un poco más marcados.

Existe dificultad en la respiración nasal por el lado atacado, disminuyendo el olfato por el mismo; el sufrimiento se hace continuo, la voz gangosa y la secreción se aumenta: serosa al principio, hácese pronto moco-purulenta, saniosa, presentándose también epistaxis poco abundantes, no siendo raro que á continuación de esfuerzos considerables, expulse el enfermo al sonarse grumos caseosos, análogos por completo al queso blanco, granado, si bien de un gris más sucio y con un olor fuerte, nauseabundo, muy diferente, sin embargo, del olor de las costras de los sujetos atacados de coriza atrófico.

Luego, si no se interviene de una manera eficaz, combatiendo la causa del mal, á estos fenómenos locales se unen sensaciones dolorosas, sordas y profundas desde luego, más tarde de forma neurálgica, que se presentan por accesiones y se irradian á toda una mitad de la cabeza, en particular hacia la región orbitaria. En este momento se observa habitualmente lagrimeo, rubicundéz y congestión de la conjuntiva, ó también una verdadera inflamación del saco lagrimal.

En algunos casos, los síntomas, en lugar de ser constantes, son, por el contrario, intermitentes, á la manera de verdaderas crisis de coriza agudo, siempre bastante frecuentes, como se manifiesta la dolencia. Una vez también, he visto los síntomas del coriza crónico presentarse en la fosa opuesta á la ocupada por el cuerpo extraño, el cual, colocado al nivel de la parte posterior del meato inferior, impedía que la secreción se derramase por la fosa en gran parte obstruida.

B. *Objetivos.* — Aunque todos estos síntomas, con frecuencia muy marcados, llaman vivamente la atención del enfermo, y le preocupan bastante, no bastarían para reconocer la existencia del afecto sin el examen objetivo.

Al examen exterior, verése alguna vez una deformación de una de las alas de la nariz y un aumento parcial de la misma; pero muy á menudo este signo, poco importante por lo demás, no se encontrará.

Si la introducción del cuerpo del delito es de fecha reciente, será generalmente muy fácil reconocer su presencia, variando su aspecto, según su naturaleza, por cuya razón no podemos insistir sobre ninguna de las particularidades objetivas que pueden sufrir los diversos cuerpos extraños susceptibles de alojarse en las fosas nasales.

Con frecuencia los hemos visto, en los niños jóvenes, recubiertos de

moco blanquecino y un exudado pseudo-membranoso que los ocultaba á la vista.

Si el objeto ha permanecido en estas cavidades durante un tiempo bastante largo, se presentará desde luego al examen rinoscópico anterior, la mucosa de la entrada de la nariz, roja, abotagada, lisa é igual en algunos casos; pero más frecuentemente desigual, abolsada, como con botones y recubierta de una secreción moco-purulenta pardusca, sucia y fétida. Limpia la mucosa por medio de una inyección ó con algodón en rama, se verá en el espacio habitualmente libre, formado por los meatos, una materia en cuyo espesor penetrará con facilidad el estilete. Después de este primer examen, no será raro ver al enfermo expulsar por la ventana de la nariz dicha especie de magma caseoso mezclado con un poco de sangre procedente de la mucosa pituitaria, que en semejante estado sangra fácilmente al menor contacto. Si se lleva más adelante el examen hecho con el estilete, no tardaremos en llegar á chocar con un cuerpo duro y rugoso, que produce bastante bien la sensación de un secuestro óseo. Tal signo es evidentemente el más positivo y el que enseña mejor al observador la naturaleza de la enfermedad que tiene ante sus ojos.

Si el cuerpo extraño ocupa las fosas nasales posteriores, hecho excepcional, los síntomas que dominarán la situación se dejarán sentir, sobre todo, por parte del oído, por la inflamación de la trompa correspondiente, y, en estos casos, el examen rinoscópico posterior y el paso del catéter, después de cocainizar la mucosa, permitirán reconocer la causa generadora de la enfermedad.

MARCHA. — DURACIÓN. — TERMINACIÓN. — Los síntomas que ocasiona un cuerpo extraño en las fosas nasales no tienen tendencia á desaparecer por sí mismos, mientras no se expulse aquél.

Al contrario, obsérvase casi constantemente que la enfermedad progresa, á menos que el cuerpo introducido sea bastante pequeño para que se aloje en una anfractuosidad, donde podrá permanecer durante un tiempo más ó menos largo. Así que, como ya lo dejamos consignado, á los síntomas de obstrucción sucede pronto un aparato sintomático más alarmante, crisis dolorosas que no ceden á ninguno de los remedios habitualmente empleados en los casos de este género. La marcha de los síntomas es bastante rápida y, en el espacio de algunos meses, se les ve llegar á su *máximum* para quedar estacionarios hasta el día en que el cuerpo extraño es extraído ó expulsado. Razón por la que la duración de los cuerpos extraños puede ser muy larga, y varía entre algunos meses y algunos años.

DIAGNÓSTICO. — El diagnóstico de los cuerpos extraños de las fosas

nasales será generalmente bastante fácil de hacer, si queremos tomar-nos la molestia de examinarlas de una manera conveniente y completa. Pero, ¡cuántas veces sucede que, al quejarse un enfermo de romadizo, de sensación de obstrucción de la nariz, así como de dolores, se limita el médico á prescribir algunas inyecciones y algunos medicamentos llamados antineurálgicos (quinina, antipirina, aconitina, etc.), sin tomarse el trabajo de examinar el órgano afectado!

Si los conmemorativos bastan en algunos hechos recientes para llamar la atención del cirujano y forzarle á intervenir, no sucede lo mismo en los casos antiguos, cuando el mismo enfermo ignora la presencia de un cálculo ó de un objeto cualquiera en las fosas nasales. Así es que un examen superficial podrá convertirse en manantial de groseros errores, muy perjudiciales para el enfermo. No es raro, en efecto, que en el momento del examen rinoscópico, la mucosa abotagada, granosa, sangrando fácilmente, recubierta de secreción fétida, pardusca, icorosa, recuerde en todos sus puntos el aspecto de un tumor maligno. La existencia de dolores lancinantes, espontáneos, vendrá todavía á dar alguna certidumbre á esta aserción, si no se tiene cuidado de examinar con el estilete los puntos de implantación del pseudoplasma. El estilete vendrá á disipar las dudas; por de pronto, haciendo expulsar al enfermo la materia caseosa, y después permitiendo al observador reconocer la presencia de un cuerpo duro, resistente, que se podría confundir con un secuestro.

En cuanto á las desviaciones del tabique, las hipertrofias de la mucosa de la nariz, los pólipos y diversos tumores, no tienen más que una relación muy lejana con la enfermedad que nos ocupa para que haya necesidad de que hablemos de ellas aquí. Los empiemas de las cavidades accesorias ofrecen igualmente signos bastante característicos para no dejar subsistir la duda por largo tiempo en el espíritu del observador. El tacto con el estilete completará útilmente el diagnóstico.

PRONÓSTICO. — Los cuerpos extraños y los cálculos de las cavidades de la nariz no ofrecen gravedad ninguna, porque basta quitarlos para ver desaparecer los síntomas que habían ocasionado, y, por consiguiente, curar al enfermo de un modo definitivo.

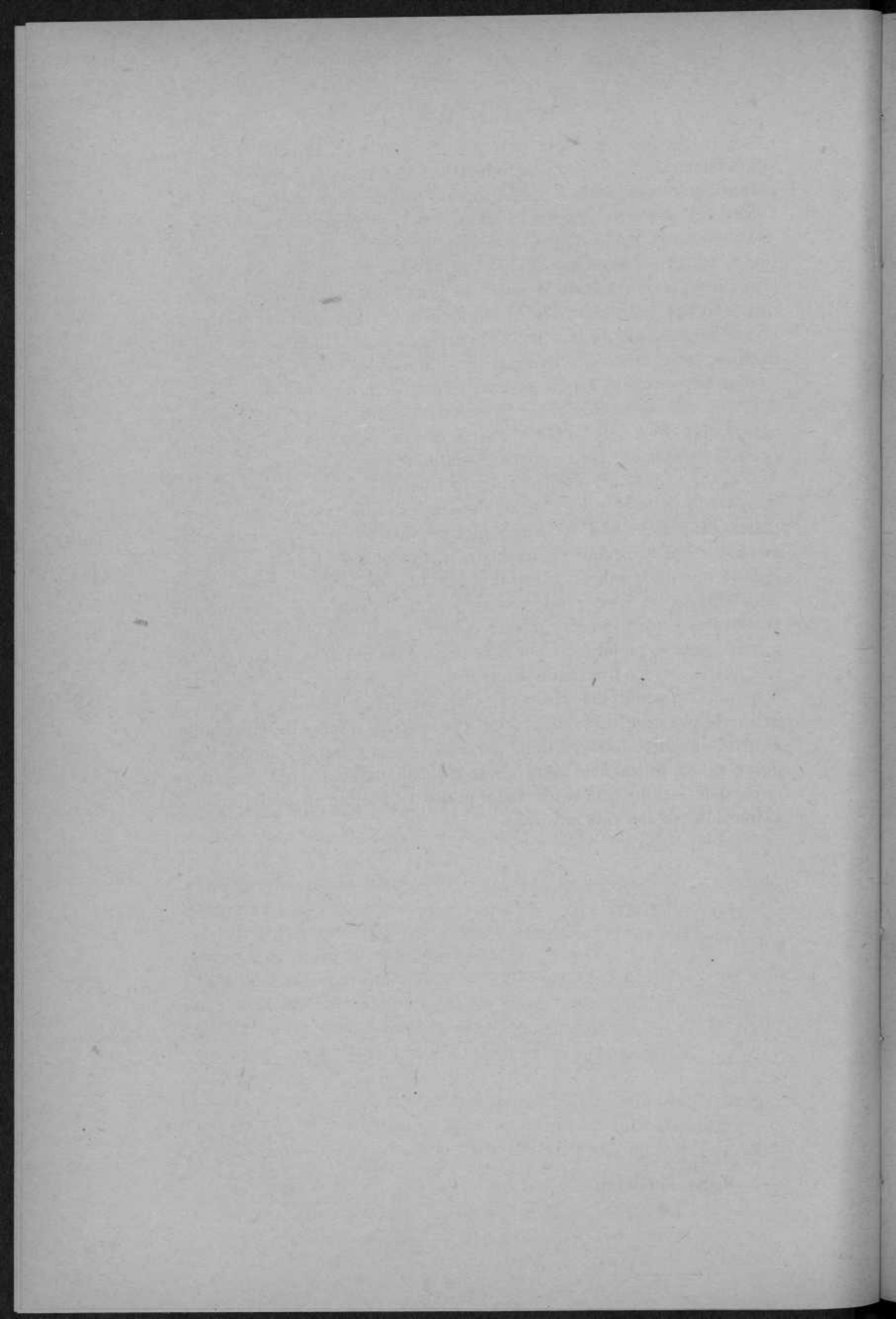
El único accidente que hay que temer mucho es la necrosis de los huesos de la nariz y las deformidades que pueden ser la consecuencia, cuando los cuerpos extraños han permanecido durante largo tiempo en las fosas nasales, y producido la ulceración de la mucosa.

TRATAMIENTO. — El tratamiento está claramente indicado: el primer cuidado del cirujano será quitar el objeto introducido en las fosas nasales. Al principio, que no existe ninguna incrustación cal-

cárea, ni ninguna inflamación, podrá hacerse la ablación con una simple cucharilla. Bastará introducirla por detrás del cuerpo extraño, pasando por encima de él, por el meato medio; llegado al nivel de las fosas nasales posteriores, se imprimirá un movimiento inverso, ensayando rasar el suelo de las fosas nasales con la cucharilla, de modo que se traiga así el cuerpo del delito al exterior. Otras veces, si está situado en la entrada de la nariz, se limitará á hacer sonarse fuertemente al enfermo, cerrando la ventana opuesta y oprimiendo ligeramente sobre el ala de la misma, de arriba abajo. Las diversas pinzas de cuerpos extraños encontrarán aquí un empleo muy natural.

En fin, en otros casos, se empujará el cuerpo hacia atrás, acordándose, sin embargo, de que se expone á hacerlo penetrar en las vías aéreas. La ducha de Weber, con la cánula colocada en la ventana opuesta de la nariz, podrá prestar igualmente algunos servicios.

Si, por el contrario, se trata de un rinolito ó de un cuerpo extraño incrustado de materia calcárea, deberáse desde luego limpiar completamente la cavidad de la nariz por medio de inyecciones reiteradas y por el raspado hecho con un instrumento obtuso. De este modo, se le hará móvil alguna vez, desembarazándolo de todas las secreciones purulentas ó caseosas que lo rodeen y lo enclavan más en el espesor de la mucosa. Cumplido este primer cuidado, si el cálculo es muy voluminoso para no poder salir por la ventana de la nariz, se tratará de desmenuzarlo con los diferentes litotritores ó las pinzas cortantes de que dispone el arsenal del cirujano. Por excepción, se verá obligado á extraerlo por una incisión exterior que se hará, si fuese indispensable, al nivel del surco naso-geniano para evitar una cicatriz deforme. Pero no se estará autorizado para obrar de esta manera, sino cuando se haya demostrado que es de todo punto imposible la extirpación ó extracción por las vías naturales.



Parásitos de las fosas nasales.

DEFINICIÓN. — Se designa así una afección caracterizada, ó mejor, ocasionada por la presencia de insectos que viven y se desarrollan en la cavidad de la nariz.

ETIOLOGÍA. — Esta enfermedad, casi desconocida en nuestros climas, ha sido, sin embargo, señalada en Francia (Marichal, de Metz). Pero es muy común en los países cálidos bajo los trópicos, en Cayena, en las Indias y en el Perú. Hanse encontrado pequeñas sanguijuelas en las fosas nasales, escarba-oidos vivos, mil-patas, vermes (1); pero el insecto que se encuentra mas á menudo es, sin contradicción, la mosca azul de la carne, que tiene la costumbre de poner sus huevos sobre las carnes putrefactas. Especialmente la *Lucilia hominivora* (Coquerel) es la que se introduce de preferencia en las cavidades de la nariz, donde continúa desarrollándose y multiplicándose.

Hacia la época de aovar, es decir, durante los meses calurosos de Julio á Septiembre, se encuentra el mayor número de casos de este género.

La suciedad de los indígenas, la existencia de un catarro purulento de las fosas nasales, ó también una afección crónica cualquiera de estas partes, una mala higiene, etc., son otras tantas condiciones favorables para la introducción del insecto en la nariz. Es, generalmente, durante el sueño, y sobre todo en el negro (Odrozola, citado por Duplay), cuyas narices, dilatadamente abiertas y levantadas, parecen ser una causa predisponente natural á la invasión del mal, cuando se observa más particularmente esta enfermedad. Además, estos últimos son más atacados que los blancos. Según toda verosimi-

(1) Cloquet en su "Ospresiología," pone una serie muy interesante de insectos y demás animales que viven en las fosas nasales. Nosotros no podemos hacer más que enviar al lector á esta interesante obra (pág. 613 y siguientes).

litud, las moscas deben depositar sus huevos en la entrada de las ventanas de la nariz y los movimientos de inspiración pueden muy bien ser suficientes para hacerlos penetrar más profundamente en los meatos medios ó superiores, donde las larvas se desarrollan después.

SÍNTOMAS. — Lo que constituye la gravedad de los accidentes ocasionados por la presencia de parásitos en la nariz, es que el principio del mal es absolutamente insidioso, excepto en los casos en que se trata de insectos relativamente voluminosos, cuyos movimientos y sensaciones de cosquilleo y picotazos que producen, llaman la atención del enfermo y le hacen solicitar los recursos del arte. Asimismo, cuando aparecen los accidentes, son graves desde el principio, y apenas si queda tiempo para poner remedio.

Desde luego, el enfermo se resiente en la nariz de un cosquilleo desagradable, bastante pronunciado á veces para ocasionar accidentes nerviosos; este síntoma, según toda verosimilitud, debido al movimiento de las larvas, que bullen y pululan en las fosas nasales, se acompaña pronto de cefalalgia gravativa, lancinante, que ocupa generalmente las regiones frontal y suborbitaria. En semejante período sobrevienen epistaxis más ó menos abundantes, pero frecuentes, seguidas pronto de tumefacción de los párpados y de hinchazón de la cara, cual sucede en la erisipela.

La secreción de la nariz, aumentada desde el principio, y casi serosa, no tarda en hacerse purulenta, saniosa, y en ocasiones contiene también restos de larvas ó montones de estos insectos que llaman la atención del enfermo y del médico.

En algunos casos felices, los accidentes se detienen allí, habiendo expulsado el enfermo, por medio de esfuerzos ó gracias á un tratamiento apropiado, los pequeños gusanos que habían producido los fenómenos observados. Otras veces, al contrario, la enfermedad avanza y entonces aparecen síntomas generales, como la fiebre, la tumefacción más pronunciada de toda la cara, un dolor muy intenso, terebrante, gravativo, que abarca no sólo la región frontal, sino la cabeza entera, sobreviniendo después vómitos, delirio y todos los signos de una meningitis mortal.

O bien la raíz de la nariz principia á ulcerarse poco á poco dando salida al pus y á grandes acúmulos de larvas, con lo que vienen por modo tal á establecer el diagnóstico, si no se había conocido la enfermedad.

En algunos enfermos, la ulceración ha podido ganar en profundidad y extenderse á las partes próximas, atacar al tejido celular de la órbita hasta el punto de que la nariz y el ojo pueden desaparecer, corroidos ambos por los insectos. En este período, los dolores, la fiebre y

la agitación vuélvense extremos; los mismos huesos del cráneo se perforan, y pronto la muerte viene á poner fin á los días del pobre enfermo.

EXAMEN. — Practicando el examen de las fosas nasales, se podrá, en los casos de insectos ordinarios, percibir éstos sobre el tabique ó en los meatos. Si, al contrario, se trata de larvas de moscas, el examen revelará, desde luego, la presencia de secreción purulenta, y aun saniosa, que una vez quitada, dejará ver debajo de sí una masa globulosa, de aspecto pardusco, animada alguna vez de movimientos en su superficie. La introducción de una pinza ó también de un estilete ó de un porta-algodones, bastará para disgregar este acúmulo y desprender un pequeño globo de larvas, aglutinadas las unas con las otras, fáciles entonces de reconocer por sus variados movimientos.

MARCHA. — **DURACIÓN.** — **TERMINACIÓN.** — Sabiendo con qué rapidez crecen y se multiplican los gusanos de la mosca en que nos ocupamos aquí, y que, desde el día siguiente al de su nacimiento, han engrosado el doble, no nos asombraremos de la marcha velozmente invasora de la afección y de su gravedad.

Si se interviene desde el principio, la duración de la enfermedad podrá ser extremadamente corta y su terminación será siempre favorable. Si, por el contrario, no se instituye el tratamiento hasta después de pasados algunos días, entonces las larvas, ya numerosas, han comenzado á invadir los senos y á esparcirse por las anfractuosidades de las fosas nasales, siendo, por lo tanto, la duración de la enfermedad larga, y la terminación no se verificará hasta pasado cierto número de días, dejando detrás de ella lesiones incurables á veces, como la necrosis y la pérdida de los huesos de la nariz, una perforación de los senos ó algunos accidentes de este género.

Si la muerte es la consecuencia de la enfermedad, sobreviene por los progresos del mal cuando ataca los huesos del cráneo y se han inflamado las meninges y el cerebro; esto es, después de un período de sufrimientos bastante largo.

DIAGNÓSTICO. — Los parásitos de las fosas nasales presentan caracteres tan claros y tan decididos, que es muy difícil confundirlos con otra dolencia de las cavidades de la nariz. El curso de la enfermedad, los diversos síntomas que la caracterizan y, finalmente, el examen directo, bastan casi siempre para que el médico pueda establecer el diagnóstico; sobre todo, cuando se encuentre en los países en que la afección es relativamente frecuente y, por consiguiente, se dirija fácilmente la atención hacia este punto de la patología especial en ciertas comarcas.

PRONÓSTICO. — Lo que acabamos de enunciar en el precedente párrafo nos dispensa de insistir largamente sobre el pronóstico de esta dolencia, pronóstico variable en absoluto, según la causa del mal, su duración y la época en que seamos llamados á intervenir. Muy benigno en algunos casos, es otras veces muy grave, puesto que la muerte puede ser la consecuencia.

A. TRATAMIENTO PROFILÁCTICO. — Consistirá principalmente en precaver las causas que pueden predisponer la aparición de larvas de moscas en las ventanas de la nariz, y, por consiguiente, las personas que habitan en los países en que la enfermedad es común, deben cuidar con esmero toda afección de las fosas nasales que determine una secreción más ó menos puriforme y nauseabunda, porque los huevos se depositan raramente en las fosas nasales de las personas cuidadosas de sí mismas. Un tapón de algodón en rama en la entrada de las ventanas de la nariz, cuando haya de dormirse al aire libre, es un excelente medio, muy seguro por lo demás, para impedir que la mosca aove en la nariz.

B. TRATAMIENTO CURATIVO. — Siendo llamado á intervenir cerca de un enfermo que tenga larvas en las fosas nasales, deberá obrarse con la mayor rapidez y tratar de destruirlas. Con este objeto, haránse grandes lavados con el irrigador ó una jeringa fuerte, cuyo chorro se habrá moderado según las exigencias de la causa. Se emplearán, al efecto, ora líquidos clorurados, ya soluciones de sublimado al 1 por 500 ó al 1 por 1.000. Los médicos ingleses preconizan, al contrario, las inyecciones de tabaco, asociadas á un tratamiento tónico.

Si todos estos medios fallan y las larvas han invadido los senos frontales, lo que hará temer mucho la presentación de fenómenos cerebrales, entonces se está autorizado á trepanar los senos atacados para practicar lavados directos en las cavidades y detener la invasión del mal.

Trastornos de la sensibilidad. — Anosmia.

DEFINICIÓN. — Bajo el nombre de anosmia, designase la pérdida más ó menos completa del sentido del olfato.

ETIOLOGÍA. — La anosmia puede ser congénita ó adquirida.

A. *Congénita*. — Lo es en los casos de falta completa de los lóbulos olfatorios, hechos de que se han citado algunos ejemplos.

B. *Adquirida*. — La anosmia adquirida, la única que nos interesa directamente, puede suceder, ora á la inspiración reiterada y persistente de olores fuertes; pero en estos casos, la anosmia prodúcese, del mismo modo que la amaurosis, á continuación de una impresión luminosa muy viva y muy largo tiempo experimentada.

He tenido con bastante frecuencia ocasión de observar esta pérdida del olfato en las personas que catan grandes cantidades de alcohol ó de vinos (corredores de coñac ó de vinos).

El tabaco, curtiendo en cierto modo la mucosa y destruyendo poco á poco los filetes del nervio olfatorio, puede producir también la pérdida del olfato. Lo mismo se observa en los casos de coriza atrófico que destruye, con las capas de la mucosa, las células olfatorias.

Las duchas nasales frías ó mal dirigidas, y, sobre todo, *las aspiraciones de agua fría y pura, á menudo repetidas*, pueden también alterar más ó menos el sentido del olfato. Toda causa susceptible de ocasionar una obstrucción nasal, como la parálisis facial (caída del ala de la nariz), la inflamación aguda ó crónica de la membrana pituitaria; pólipos, tumores, etc., puede provocar asimismo la anosmia en un grado variable, según la intensidad de la causa que produce esta lesión.

Sin contar con que los traumatismos que separan los filetes nerviosos, como las fracturas de la base del cráneo y las alteraciones del mismo nervio olfatorio, son otras tantas causas capaces, en primer término, de producir la pérdida del olfato.

Según algunos prácticos, el pigmento será necesario para que la

olfación pueda tener lugar, pues está admitido que los animales más oscuros de color son aquellos en que dicho sentido está más desarrollado. Además, todo el mundo conoce el ejemplo del negro de Hutchin-son, citado por todos los autores. Este negro, habiéndose hecho blanco poco á poco, vió disminuir su olfato progresivamente, hasta el punto de que desapareció aquél por completo con el pigmento de la piel.

Désormais establece que, al igual que otros sentidos, el olfato se debilita con la edad

Por último, ciertos observadores opinan que la afección puede ser hereditaria; otros, que puede sobrevenir sin causa apreciable, ó que está, en algunos casos, bajo la dependencia de la diátesis reumática (?). Son evidentemente simples hipótesis que nos debemos limitar á recordar, sin concederles demasiada importancia.

SÍNTOMAS.—El principal síntoma es, evidentemente, ó la disminu- ción notable, ó la pérdida completa del olfato, sea de una manera defi- nitiva, sea, al contrario, por cierto tiempo. Las anosmias momentáneas se observan principalmente en casos de inflamación de la mucosa pi- tuitaria, cuando existe un neoplasma ó una causa de obstrucción de una ó de ambas fosas nasales. Se encuentran á consecuencia de impre- siones olfativas un poco fuertes y prolongadas. Por lo demás, precisa reconocer también que el olfato es uno de los sentidos que más fácil- mente y más pronto se embota por la costumbre. Así es que un per- fume intenso, agradable ó desagradable, que impresiona con viveza la mucosa olfatoria desde el primer momento, no tarda sino algunos ins- tantes en dejar de ser percibido de una manera casi nula, ó bien aten- uada.

Cuando el olfato está disminuído y, con más razón, enteramente abolido, no sólo no percibe más el enfermo los olores, sino que el gusto mismo se encuentra profundamente alterado. Al efecto, la persona atacada no percibe el sabor de los alimentos, ni gusta más que lo amargo ó lo dulce, lo ácido ó lo azucarado. Todo el mundo, por lo demás, ha experimentado más ó menos esta sensación de un modo momentáneo, durante el período de agudeza de un coriza, cuando la hinchazón de la pituitaria hace la respiración por la nariz casi im- posible. No insistiremos con latitud en la exposición de los síntomas de una afección, en suma, de las más fáciles de reconocer.

Observemos que las personas atacadas de anosmia se suenan poco, la secreción de la mucosa nasal está suprimida ó al menos disminuída y no son atacadas de coriza tanto como otros individuos. Si estaban antes sujetos á contraer esta afección, este hecho se hace entonces muy evidente. Igualmente la membrana de Schneider ha perdido, en parte, su sensibilidad táctil, y el toque directo con el estilete provoca menos

el estornudo ó el lagrimeo, fenómenos tan fáciles de producir en el estado normal.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — La patología de la anosmia es muy oscura y á veces muy difícil de establecer, porque la enfermedad no produce la muerte, y, por consiguiente, es muy raro que se haya presentado la ocasión de hacer la autopsia de individuos atacados por esta afección.

Salvo algunos casos en que se ha podido comprobar la falta congénita de lóbulos olfatorios, las alteraciones más frecuentemente observadas han sido lesiones cerebrales en el lóbulo derecho (Ball, Krishaber), abscesos al nivel de los lóbulos olfatorios, erosiones en la lámina cribosa del etmoides, degeneraciones de los filetes nerviosos, ó, en fin, alteraciones de la mucosa que han producido la atrofia y á menudo la desaparición de las células de Schultze. Tales son, evidentemente, estas modificaciones del tejido mucoso, y, por consiguiente, de las células nerviosas que contiene, las cuales determinan la mayor parte de las anosmias adquiridas que se ha tenido ocasión de observar.

DIAGNÓSTICO. — El diagnóstico de la afección es generalmente fácil, puesto que el enfermo viene á consultar al médico por la pérdida del olfato. En cuanto á su causa íntima, podrá ser más difícil de encontrar, y á este respecto, los anamnésticos y el examen directo podrán suministrarnos indicaciones preciosas. El examen, sobre todo, permitirá reconocer el estado de la membrana pituitaria y la falta ó presencia de lesiones por esta parte. Igualmente, el examen con el estilete manifestará el grado de sensibilidad de esta última, y, por fin, la aspiración de olores más ó menos suaves ó fuertes indicará el grado de anosmia.

PRONÓSTICO. — Si la pérdida del olfato es la consecuencia de una lesión cerebral, es evidente que el pronóstico será grave por el hecho mismo de la existencia de dicha alteración, de la que la anosmia será un síntoma accesorio. Si, por el contrario, esta última es la única afección de que el enfermo se queja, el pronóstico carecerá de gravedad, porque se tratará, en suma, de una simple enfermedad (alguna vez poco molesta), que no puede, en manera alguna, comprometer la existencia.

Si la anosmia es consecutiva á una lesión apreciable de la mucosa, desaparecerá probablemente con esta última; pero si dicho síntoma no puede atribuirse á ninguna alteración visible por el examen directo, es muy de temer que la pérdida del olfato sea definitiva y produzca un sufrimiento para el enfermo, á causa de los desórdenes de la gustación

que son la consecuencia. Ciertas profesiones, como las de corredores ó tratantes en vinos en nuestro país, se encuentran á menudo gravemente comprometidas por la imposibilidad en que se encuentran sus individuos de gustar, tanto mediante el olfato, como con el paladar, los vinos sometidos á su apreciación.

TRATAMIENTO — Consistirá, como siempre, en tratar la causa de la enfermedad, si ésta puede reconocerse de una manera muy clara. Si la anosmia es la consecuencia de una inflamación aguda de la mucosa pituitaria, no reclamará tratamiento alguno especial, volviendo el olfato por sí mismo cuando la afección haya desaparecido. Si existe alguna lesión crónica, se la tratará según su naturaleza.

En fin, cuando no haya ninguna causa local de anosmia, se ensayará entonces la electrización directa sobre la mucosa pituitaria al nivel de los meatos medios en los puntos en que se extiende el nervio olfatorio.

Las corrientes inducidas muy débiles, sobre todo al principio, son evidentemente preferibles á las corrientes continuas, que tienen el inconveniente de producir escaras.

Algunos aconsejan el empleo del sulfato de quinina al interior, ó un polvo compuesto de sulfato de estriquina y de talco.

Sulfato de estriquina neutro	0,05 á 0,10 gramos.
Azúcar pulverizado	} añ 5,00 —
Subnitrato de bismuto	
Lirio de Florencia pulverizado	0,25 á 0,50 —

Se aconsejará al enfermo que aspire por la nariz el precedente polvo, tres ó cuatro veces por día.

Por desgracia, es preciso añadir que todos los medios empleados fallan la mayor parte de las veces, y, por mi parte, nunca he obtenido sino mejoras pasajeras, jamás definitivas, y menos todavía la curación de la enfermedad.

Parosmia.

DEFINICIÓN.— Con el nombre de parosmia, designase la perversión del sentido del olfato, y sobre todo, la percepción de olores desagradables y fétidos.

ETIOLOGÍA.— Las causas de esta afección pueden ser múltiples y bastante fáciles de reconocer, ó, por el contrario, oscuras y hasta imposibles de descubrir.

La parosmia se manifiesta como síntoma del catarro purulento de la nariz, de las cavidades accesorias y de las fosas nasales posteriores, en las caries de los huesos, especialmente en las que tienen su asiento al nivel del etmoides. Algunos autores han hecho de la perversión momentánea del olfato una aura epiléptica. La percepción de malos olores es bastante frecuente en los neuropáticos, en los cuales está atacada, en algunos casos, en proporciones muy marcadas.

Lo mismo podríamos invocar las diferentes causas susceptibles de producir la abolición completa del olfato, porque no es raro observar en los individuos atacados de anosmia una marcada perversión de este sentido, ya que los enfermos atacados de semejante afección no tienen olfato ó, si perciben alguna sensación olfatoria, es para resentirse de un olor repugnante y fétido, siempre desagradable y designado todavía con el nombre de *cacosmia*.

SÍNTOMAS.— El síntoma de esta enfermedad es, como acabamos de decirlo, la percepción de malos olores, ya de una manera espontánea, ya bajo la influencia del ejercicio del sentido afectado. Así es que, deseando aspirar el perfume de una flor conocida ó de aceites esenciales aromáticos, el enfermo percibe un olor desagradable y fétido del que se resiente también el gusto, hasta en las fosas nasales posteriores, tales como, frecuentemente, de un olor de cuerno ó de cuero quemados. Las personas atacadas de esta neurosis conocen perfecta-

mente su error y acusan claramente tal perversión de su olfato. En algunos casos experimentan un mal gusto y su saliva les parece infecta. Todo el mundo conoce la diversidad de gustos y apreciaciones sobre los olores, que los más encuentran buenos y los otros malos; pero hay, sin embargo, aromas que la generalidad reconoce desprenden un olor agradable, y allí sólo aparece la perversión del olfato, cuando el mejor perfume excita desagradablemente el sentido del olfato.

La parosmia es generalmente pasajera, pero existen casos en que es permanente. Entonces los sujetos atacados tienen constantemente en su garganta gusto á huevos podridos, de excrementos fétidos ó de sustancias todavía más nauseabundas.

Es muy importante notar que la cacòsmia es el síntoma del empiema de las cavidades accesorias y particularmente del seno maxilar.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Como en la anosmia, fuera de los casos en que existen lesiones materiales de la pituitaria, de los senos ó del esqueleto de la nariz, es difícil explicar la aparición de este síntoma, que entra entonces en el dominio de las neurosis.

DIAGNÓSTICO. — Es fácil de establecer por la manifestación de los síntomas que el enfermo experimenta, y por los que pide los auxilios del arte. En cuanto á la naturaleza y la causa de la parosmia, habrá que solicitar los recursos al examen directo del órgano, para adquirir alguna luz.

PRONÓSTICO. — Fuera del desagrado que produce la natural molestia de sentir constantemente, ó también de cuando en cuando, malos olores, y la pérdida más ó menos completa del olfato, la parosmia no es una afección grave.

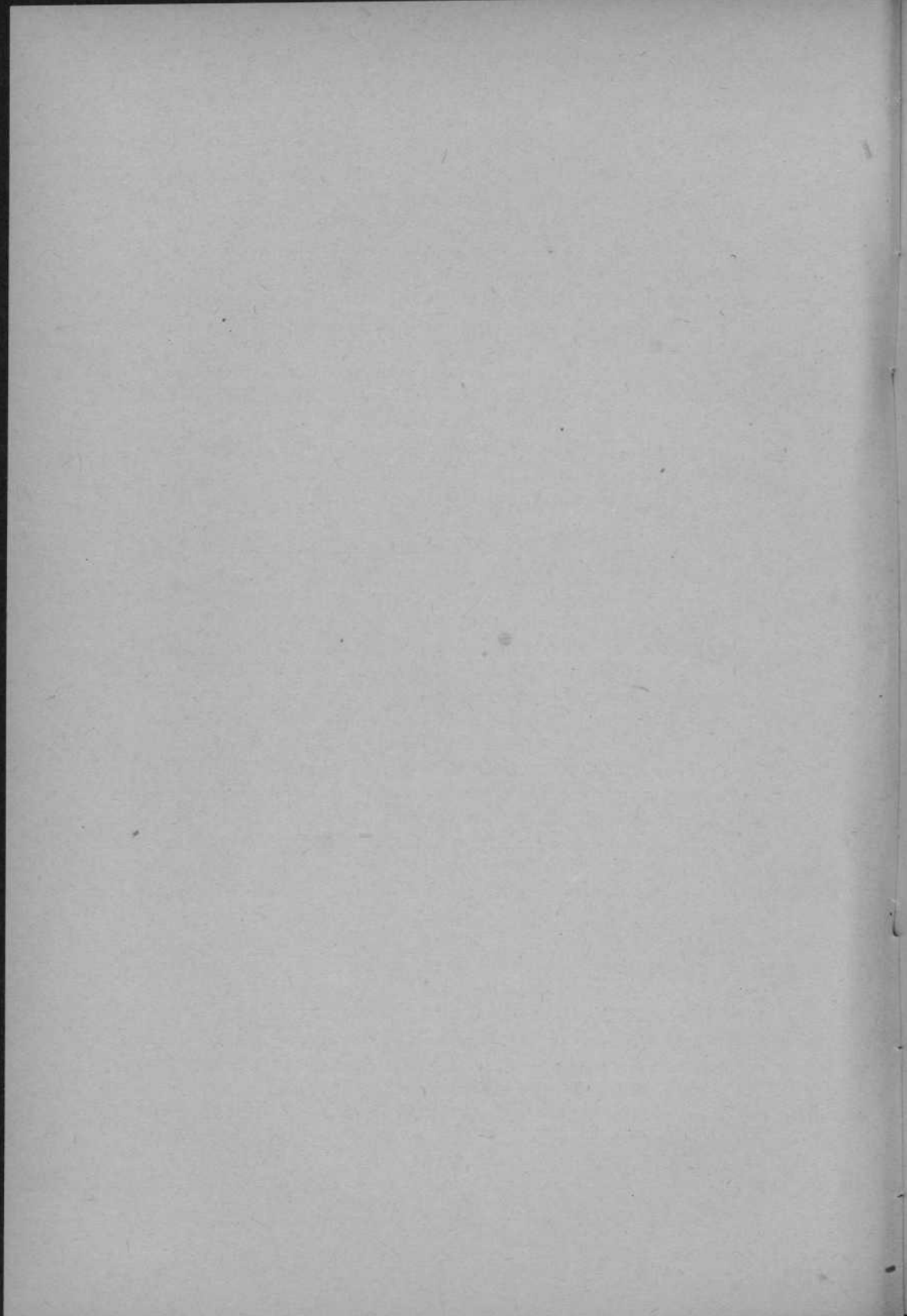
TRATAMIENTO. — Es siempre de los más difíciles de instituir, y muy á menudo es también impotente, sobre todo cuando el mal es ya antiguo é inveterado. Esto sin decir que, si existe una lesión cualquiera de las fosas nasales ó de las cavidades accesorias, el primer cuidado del médico deberá consistir en tratar esta última y llegar á curarla. Si, por el contrario, la parosmia es de origen esencial, el tratamiento deberá consistir en enmascarar los malos olores practicando lavados de la cavidad de la nariz con soluciones aromatizadas. Así, por ejemplo, los diferentes vinagres aromáticos, la tintura de benjuí, lo mismo que el ácido fénico y el cloral en solución, podrán emplearse con algunas ventajas.

Igualmente se podrá obrar localmente sobre las fosas nasales ante

riores ó posteriores, con las corrientes inducidas, á fin de modificar la secreción de la mucosa y rectificar la percepción olfatoria.

El masaje vibratorio de la pituitaria (Laker, Felici, etc.), podrá ofrecer algunas ventajas en algunos casos.

Todos los medios que hemos preconizado ya, á propósito de la anosmia, encontrarán aquí también una muy natural aplicación. Si se sospecha que la afección es de origen neuropático, el bromuro de potasio, la valeriana, las duchas frías y los demás medios consuetudinariamente recomendados contra esta afección, deberán emplearse alternativamente. El ioduro de potasio á pequeñas dosis, ya que se elimina en gran parte por las glándulas de la mucosa pituitaria, podrá también utilizarse y rendir algunos servicios. En el mismo caso se encuentra el sulfato de estriocina, administrado al interior.



Neurosis reflejas de origen nasal.

DEFINICIÓN. — Se conoce bajo este nombre toda una serie de afecciones generales, muy diferentes las unas de las otras, que se encuentran bajo la dependencia de una alteración de la mucosa de las fosas nasales.

El conocimiento de la relación que existe entre las enfermedades de las fosas nasales y el asma, es ciertamente muy antiguo; pero, con todo, puede decirse que los hechos publicados por Voltolini y B. Fränkel han dado un nuevo impulso al estudio de tales trastornos, que no tuvieron verdadera importancia hasta después de la publicación de los trabajos de Herzog y de Hack en 1882 y, sobre todo, en 1884. Este último autor hizo aparecer una larga Memoria sobre esta materia, que después ha servido muchas veces de base á trabajos sobre las diversas neurosis reflejas de origen nasal. En Francia, desde la aplicación de la rinoscopia al estudio de las enfermedades de la nariz, ha sido el doctor Joal uno de los primeros (1882) que hizo resaltar la influencia de los pólipos mucosos en la existencia del asma. Durante estos últimos años, la cuestión ha vuelto á emprenderse y estudiarse desde todos sus aspectos por los rinólogos y fisiólogos (Laborde, François-Franck, etc.). Cada uno ha aportado su contingente de observaciones para demostrar que ciertas lesiones de la mucosa de la nariz, aun ligeras en la apariencia, pueden tener un influjo serio sobre el estado general y ocasionar la aparición de otras afecciones absolutamente distintas y que parecen, á primera vista, no tener relación alguna con la enfermedad nasal, de la cual en realidad dependen.

ETIOLOGÍA. — Algunos enfermos parecen estar más predispuestos que otros á presentar estos desórdenes nerviosos, que varían, por lo demás, en cada individuo. Así es que ciertas diátesis (artritis) parecen particularmente preparar el terreno sobre el cual ha de manifestarse la afección.

Todas las causas susceptibles de producir la turgencia momentánea del tejido eréctil de la pituitaria, podrán convertirse en agentes de variables trastornos reflejos. Seránlo desde luego las alteraciones patológicas de la misma membrana pituitaria, los pólipos flotantes y ciertos espolones del tabique que se introducen en el tejido cavernoso de los cornetes (tercio anterior del cornete medio en particular).

Admitimos también que una inflamación de la cavidad naso faríngea (Hering, Moldenhauer, etc.) ó de las amígdalas (Ruault), pueda ser el punto de partida de las neurosis reflejas.

Los trastornos de las funciones digestivas ó genésicas (menstruos en la mujer, coito en el hombre) son igualmente la causa frecuente de la turgescencia de los cuerpos cavernosos de la nariz.

Las irritaciones causadas por los agentes exteriores (polvos, olores fuertes, humedad), deben igualmente entrar en cuenta en esta etiología.

En resumen: no son únicamente los pólipos mucosos, sino toda causa susceptible de producir un trastorno de la respiración por la nariz ó una simple irritación de la mucosa, los que pueden hacer aparecer, ora los accesos de opresión (asma), bien las hemicráneas, las neuralgias ú otros trastornos nerviosos más graves todavía. También entre esta serie de causas podemos colocar las hipertrofias aun localizadas á la mucosa nasal, los cuerpos extraños ó un simple catarro crónico de la membrana de Schneider.

El Dr Moldenhauer dice, además, haber frecuentemente observado la funesta acción de las bebidas alcohólicas en estos casos.

PATOGENIA. — Si, basado en hechos bastante numerosos y bien observados, ha podido establecerse una correlación muy clara entre las diversas enfermedades de la mucosa de la nariz, de que acabamos de hablar, y cierto número de diversas neurosis, la interpretación patogénica de estos accidentes es demasiado fácil.

Es preciso, con algunos autores, atribuir á la sola obstrucción de las fosas nasales la producción de los desórdenes nerviosos dispneicos ó de otra clase; pero nosotros no lo creemos. Hechos muy claros (Fränkel) han servido ya para establecer que los tumores ó infartos aun muy limitados, podían hacerse el punto de partida de estos accidentes. No es que queramos desconocer la importante acción de la respiración nasal sobre el aire inspirado, pues ya hemos insistido bastante sobre esta función de las cavidades nasales para que no pueda atribuirse una manera tal de ver las cosas. Aunque sea evidente que la obstrucción de tales conductos influya de una manera más ó menos grave sobre la respiración en general, y que la obstrucción de las ventanas de la nariz facilita, como se ha dicho, la acumulación del ácido carbónico en el cerebro, no sabríamos ver en este hecho una ex-

plicación suficiente de todos los fenómenos observados. Lo mismo eliminamos la hipótesis de un proceso inflamatorio que se extienda por las fosas nasales posteriores hasta la faringe, y desde allí á la mucosa de las primeras vías aéreas.

La respiración bucal, en los casos de obstrucción nasal, es ciertamente una causa de irritación de las terminaciones nerviosas de la mucosa bronquial, pero no es más que una simple causa ocasional del sufrimiento respiratorio consecutivo.

Hack hace jugar á la turgencia del tejido eréctil de la nariz el principal papel en la producción de los trastornos reflejos, y en realidad, en buen número de casos de este género se ve una tumefacción más ó menos marcada, pasajera ó durable, de la mucosa nasal (cornetes inferiores en particular). Sin embargo, como lo ha hecho observar, con razón, el Dr. Moldenhauer, encuéntrase en la práctica toda una serie de estados patológicos en los que los reflejos aparecen sin el intermedio del tejido cavernoso, como los desórdenes debidos á la existencia de espolones en el tabique, ó pequeños pólipos flotantes. Los reflejos vistos en el curso del coriza atrófico (Ruault, B. Fränkel, Emaltz) no pueden igualmente explicarse por la teoría de Hack.

Nada prueba, por lo demás, que el infarto del tejido eréctil no sea por sí mismo un fenómeno reflejo con el mismo título que la turgencia y el espasmo bronquial que producen la sofocación del asma. La congestión principiaría por las fosas nasales y parte superior del árbol aéreo, para ganar poco á poco las partes respiratorias profundas. La experiencia parece asimismo dar la razón á esta hipótesis, porque la destrucción del tejido eréctil tumefacto no basta siempre para mejorar y, con más razón, para curar el asma. Lo que sí es cierto, si tomamos la crisis del asma como tipo de la neurosis refleja, que el trastorno de la respiración debido á la hinchazón ó infarto de los cornetes, contribuye en mucha parte á agravar la opresión. Y es asimismo cierto también que la destrucción completa del tejido cavernoso pituitario, haciendo la respiración nasal fácil y mejorando la sofocación asmática, no cura ordinariamente esta neurosis, cuya causa nos parece más general.

Se ha hecho notar efectivamente, y es un hecho averiguado, que los enfermos de neurosis reflejas eran todos nerviosos, hiperestésicos, en los que la más pequeña causa bastaba para producir una crisis. Pero la destrucción de su mucosa nasal tumefacta (en los casos en que esta última estaba atacada), haciendo posible la respiración por la nariz, los pone en mejores condiciones respiratorias y calma notablemente sus preocupaciones morales.

No es que nosotros queramos negar la influencia de la pituitaria en la producción de algunos desórdenes dispneicos; pero creemos que

ha sido exagerada un poco y debe reducirse á sus verdaderas proporciones.

Opinamos con el Dr. Moldenhauer que ciertas jaquecas frontales, ó neuralgias faciales, no tienen necesidad de acción refleja para explicarse, porque el hecho mismo de la hinchazón ó infarto de la pituitaria, atacando los senos frontales ú otras cavidades accesorias, hace evidente la aparición de dichos síntomas.

El problema es más complejo para los reflejos que atacan las regiones lejanas de las fosas nasales (corea, bocio exoftálmico, neurosis cardíacas, tos espasmódica, dolores reumáticos, etc., etc.).

Aunque averiguada la influencia nerviosa del individuo y de que debe entrar en cuenta, es preciso buscar en un acto reflejo la explicación de los fenómenos. Nosotros, basándonos en las investigaciones de los Dres. Schiff y Bert, que han demostrado la influencia que puede tener sobre la respiración, la irritación mecánica, térmica ó química de la mucosa de la nariz, admitimos la existencia de un acto reflejo en el sentido absoluto de la palabra. Basta, por lo demás, referirse á las experiencias muy concluyentes y muy notables, por su precisión, del Dr. François-Franck (*Archives de Physiol.*, Julio, 1889) para convenirse de la existencia de trastornos respiratorios, cardíacos ó vasomotores, sobrevenidos á consecuencia de excitaciones de la mucosa pituitaria sana y, sobre todo, inflamada.

Es preciso ahora, como decíamos en la primera edición de este Manual, ir más lejos, y, con el Dr. Mackenzie (de Baltimore), admitir la existencia de una zona bien circunscrita, cuya irritación artificial ó patológica tendría por consecuencia la producción de una serie de fenómenos reflejos. Añadamos que, desde esta época, la cuestión no ha hecho muchos progresos, y repetimos todavía que, sin establecer una localización exacta, como aquel autor, al nivel de la porción de la mucosa que recubre la parte posterior del cornete inferior ó al nivel del tabique (Hering, Baratoux), estaríamos más dispuestos á pensar que la zona refleja varía con las diferentes afecciones que son susceptibles de observarse.

Así que una lesión de la mucosa pituitaria, recubriendo la parte anterior del cornete medio, producirá, sobre todo, crisis de estornudos espasmódicos, mientras que una irritación de otro punto de la membrana de Schneider determinará la aparición de otros trastornos nerviosos. Evidentemente, hay allí toda una serie de estudios interesantes que están por hacer todavía, y no es permitido hasta el día referirse exclusivamente á ninguna de estas diversas hipótesis. Se comprenderá, por este motivo, que no podamos entrar en largas discusiones sobre esta materia.

SINTOMATOLOGÍA. — Lo que acabamos de decir nos dispensa de extendernos ampliamente sobre los diversos síntomas que pueden observarse, porque pueden variar en cada enfermo.

Ya se encontrarán verdaderos accesos de asma, con ansiedad respiratoria, inspiración penosa y la espiración sibilante prolongada que caracterizan esta neurosis; ya, por el contrario, son accesos de tos espasmódica ó espasmos de la glotis que llegan hasta la sofocación (Ruault, E. J. Moure, etc.), ya, en fin, crisis de estornudos en las que el enfermo estornuda hasta 150 ó 200 veces en el espacio de algunos minutos, afonía, etc.

En otros casos, obsérvanse jaquecas, cefalalgias frontales gravativas, cefáleas posteriores, dolores en la nuca como los que se presentan en el curso de ciertas faringitis (Vergely, Hack, Elsberg, Bayer).

En algunos enfermos, son crisis de epilepsia (Löwe, Schneider, Salinger, etc.), tics dolorosos de la cara (Peterson), bocios exoftálmicos, corea, en una palabra, toda una serie de neurosis que desaparecen ó mejoran por el tratamiento nasal. Ziem ha citado hechos en los cuales el campo visual estaba disminuido, y no duda en atribuir estos desórdenes oculares á la existencia de lesiones de la nariz ó de las cavidades accesorias (1). Pero no sabemos cuán frecuente es esta alteración de la vista en la histeria (Charcot, Pitres, etc.), y es preciso ver en estos casos una neurosis nasal ó una manifestación histérica que se cura mediante el tratamiento nasal, como hubiera podido desaparecer tratando la garganta ó la lengua.

No podemos insistir en las diversas neurosis observadas ó sobre sus caracteres particulares.

Sin embargo, es útil hacer notar que en algunos enfermos los accesos se limitan á una crisis aguda de coriza, con hipersecreción mucosa muy abundante, casi análoga á la del *hay fever* (véase *Hidrorrea*). Durante algunas horas, no sólo la nariz destila con abundancia, sino que los ojos, inyectados, se llenan de lágrimas. Tales accidentes se renuevan sin causa apreciable, volviendo por accesos, sea todos los días, sea lo mismo muchas veces por día, durante un espacio de tiempo variable. Según Trousseau, esta especie de coriza nervioso sobrevendría más particularmente durante el día y especialmente por la mañana.

MARCHA. — **DURACIÓN.** — **TERMINACIÓN.** — La marcha de todas estas afecciones es absolutamente variable, ora aparezcan bajo la forma intermitente, volviendo los accesos de un modo bastante regular, bien,

(1) Véanse, al objeto, los diferentes artículos publicados en los periódicos especiales durante los diez años últimos. ("Rev. de Laryng. Otologie, etc.)."

por el contrario, queden los enfermos muchos meses sin sentir los trastornos nerviosos de que se quejaban al principio.

En cuanto á la duración de la enfermedad, puede ser indefinida, si el médico no sospecha la causa primera, ó el punto de partida de los accidentes que tiene ante su vista. Si, por el contrario, en presencia de una neurosis de marcha generalmente inusitada, mal reglada, le ocurre examinar las fosas nasales, y descubre en tales cavidades una lesión que pueda tratar, verá, si no en todos los casos, al menos en algunos, desaparecer los desórdenes nerviosos que habian resistido á veces á variadas medicaciones y perfectamente instituidas. Es evidente que, sobre todo en este punto, no conviene exagerar y pensar que toda afección espasmódica del árbol aéreo es de origen nasal; mas, esto no obstante, precisa conocer esta manera de producirse ciertas neurosis para oponer á las que provienen de esta causa un tratamiento apropiado.

DIAGNÓSTICO. — No es siempre fácil, en el sentido de que en presencia de un enfermo atacado de crisis de dispnea (asma, espasmo de la glotis, etc.), de neuralgias ó de otras neurosis, no se piensa siempre en examinar la nariz. Por el contrario, si, prevenido de la posibilidad del hecho, se practica el examen de este órgano, es raro que no se descubra la lesión que provoca los accidentes, en los casos en que estos últimos resulten de una irritación patológica ó mecánica de las fosas nasales. Trátase de un pólipo, de hinchazón ó de otras lesiones de la mucosa, nos permitirá verlo el examen rinoscópico anterior ó posterior.

PRONÓSTICO. — Sin embargo, aun en los casos en que se pueda hacer constar la existencia de una lesión de la nariz, convendrá ser muy reservado en el pronóstico, y buscar las posibles relaciones entre la neurosis y la afección nasal. Juzgar sin haber ensayado el tratamiento local, sin haber tenido al sujeto en observación durante cierto tiempo, expone á cometer errores y á hacer concebir esperanzas al enfermo que nunca las verá realizarse. Sabemos todos (Schech, Moldenhauer, Hack, Schöffler, etcétera, etc.) que el tratamiento nasal no basta siempre para curar los asmáticos que tienen lesiones evidentes en esta parte de las vías aéreas, porque algunos han mejorado durante un tiempo más ó menos largo, mientras otros no han experimentado cambio alguno en su situación. De una manera general, puede decirse que los casos antiguos son los que experimentan menos la influencia bienhechora del tratamiento local.

Por el contrario, es más seguro el resultado para predecir la desaparición de las hemicráneas, neuralgias faciales ú otras neurosis periféricas.

Un criterio bastante importante para presagiar el resultado que

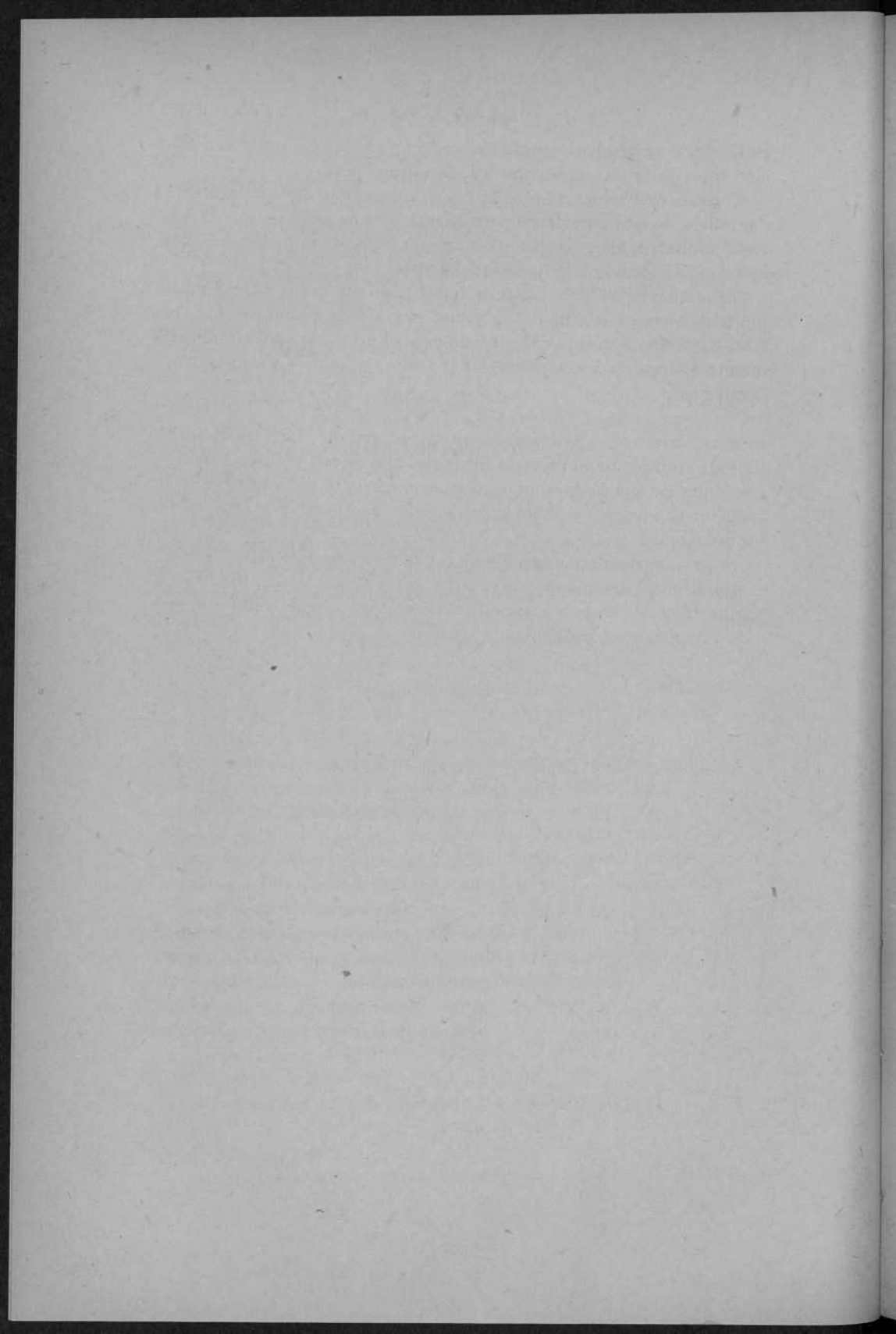
podrá dar el tratamiento quirúrgico, es la aplicación de cocaína en solución sobre la pituitaria hiperestesiada y tumefacta.

Cuando este tóxico, al producir la anestesia, impide la presentación del reflejo, se está autorizado para afirmar que la intervención dará un resultado favorable y, en los casos en que la cocaína quede sin acción, será problemático el resultado satisfactorio.

Resumiendo, el pronóstico es habitualmente poco grave desde el punto de vista de la vida del enfermo; pero no es menos verdad que estas diversas afecciones constituyen para él un manantial de aburrimiento é inquietudes, en especial cuando los accesos son intensos y frecuentes.

TRATAMIENTO. — El tratamiento es, en general, fácil de aplicar y consiste en destruir la primera causa del mal. Si son pólipos, hipertrofias ó una simple congestión ó inflamación de la mucosa, se emplearán los diversos medios que hemos preconizado ya al tratar de estas diversas afecciones.

Si se trata de alguna especie de coriza nervioso ó de crisis de estornudos, se empleará entonces la cocaína (véase *Coriza agudo, tratamiento*, página 183), sea en polvo, sea en solución, conviniendo pedir recursos á las fumigaciones emolientes.



Tumores de las fosas nasales.

A. — Tumores benignos.

En las cavidades de la nariz pueden encontrarse todos los tumores que se desarrollan en otros órganos ó en otras partes del cuerpo; pero algunos de ellos son tan raros, que apenas merecen una detallada descripción. Además, siguiendo la clasificación adoptada por la mayor parte de los autores, estudiaremos sucesivamente los pólipos mucosos, los osteomas, los encondromas, los quistes óseos, los papilomas y los tumores eréctiles.

PÓLIPOS MUCOSOS

DEFINICIÓN. — Designanse con el nombre de pólipos mucosos unos tumores benignos, blandos, de aspecto gelatinoso, transparentes y pediculados, que tienen una gran semejanza, por su coloración y consistencia, con los pólipos que se encuentran en las orillas del mar.

FRECUENCIA. — ETIOLOGÍA. — Todos los autores están conformes en reconocer que los pólipos mucosos son, con mucho, los tumores que más á menudo se ha tenido ocasión de encontrar en las fosas nasales. En cuanto á las causas susceptibles de ocasionar la aparición de estos neoplasmas, son de las más oscuras. Todo lo que puede decirse acerca de esta materia es que los pólipos mucosos parecen ser más frecuentes en el hombre que en la mujer, y que, al contrario de lo que sucede con los pólipos fibrosos, se desarrollan preferentemente en la edad adulta (1).

No creemos que sea preciso, con Gerdy, atribuir influencia al traumatismo en la aparición de estos tumores. Quizás se podrá, con más

(1) Resulta, en efecto, de un trabajo bastante reciente del Dr. Natier, que los pólipos mucosos son relativamente raros en el niño menor de quince años.

razón, hacer jugar aquí cierto papel á las diversas causas susceptibles de entretener ó desarrollar una inflamación crónica de la mucosa pituitaria. Con este título, nos bastará remitir al lector á los capítulos *Coriza crónica* y *Rinitis hipertrófica* (págs. 240 y 247). Quizá pudiera invocarse la herencia, por lo menos como causa predisponente de la afección.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — PATOGENIA. — Antes de pasar al estudio de los síntomas que caracterizan los pólipos mucosos de las fosas nasales, creemos útil recordar en algunas palabras la estructura anatómica de dichos neoplasmas y la manera cómo nacen en las cavidades de la nariz.

Los pólipos mucosos se presentan bajo la forma de tumores globulosos, ovoideos, lisos, unidos á su superficie, de aspecto un poco alargado, pardusco ó gris rosado y, en general, bastante transparentes ó más bien opalinos. Otras veces están dispuestos bajo la forma de racimos ó botones sembrados sobre la mucosa. De consistencia habitualmente gelatinosa, se dejan fácilmente romper á la presión, haciéndose á veces más fuertes, sobre todo cuando han permanecido largo tiempo en las fosas nasales. Su superficie está muy á menudo surcada por una red vascular muy delicada, que envía prolongaciones en todos sentidos. En fin, están adheridos á la mucosa por un pedículo más ó menos largo, de apariencia un poco más nacarada, fibroso y más á menudo achatado. Este pedículo contiene algunos vasos un poco más voluminosos por los cuales se nutre el tumor, si bien son poco numerosos.

En algunos casos, los pólipos mucosos son sesiles y se implantan en la mucosa por una larga superficie. Este hecho no se observa sino al principio, cuando el neoplasma es todavía muy pequeño y empieza á desarrollarse. Su volumen puede variar desde la dimensión de un cañamón hasta la de un huevo de gallina; habitualmente tienen el volumen de una almendra ó de una cereza.

Rara vez únicos, están á veces en número muy considerable, habiéndose citado observaciones en las que los enfermos tenían 50, 60 y hasta 80 (Noquet) pólipos en sus fosas nasales. En estos casos, los tumores situados en los orificios (coanas, ó ventanas anteriores) de la nariz son más voluminosos.

Se creía antiguamente que los pólipos de esta región ocupaban la parte superior de las fosas nasales; pero, desde las interesantes investigaciones de Zuckerkandl, queda perfectamente establecido que tales neoplasmas ocupan de preferencia las partes laterales, y particularmente los cornetes medios y superiores alrededor del orificio semilunar (*hiatus semilunaris*), y los orificios etmoidales, frontales y maxilares. Á veces, nacen en el tabique ó en el cornete inferior; pero estos hechos son muy excepcionales. (Véanse las figs. 156 y 157.)

Este sitio frecuente de los pólipos mucosos al nivel de la región del hiatus semilunar permite comprender la dificultad que existirá á veces para practicar una operación radical y, por consiguiente, para evitar las recidivas.

En algunos casos más raros, hanse encontrado pólipos en las cavidades accesorias de la nariz (Péan, Heymann). Zuckerkandl ha citado el hecho de un neoplasma de esta naturaleza colocado á caballo en la pared que separa las cavidades del seno maxilar de las de la fosa nasal. Más raramente, semejantes tumores nacen en los senos frontales, esfenoidales y etmoidales.

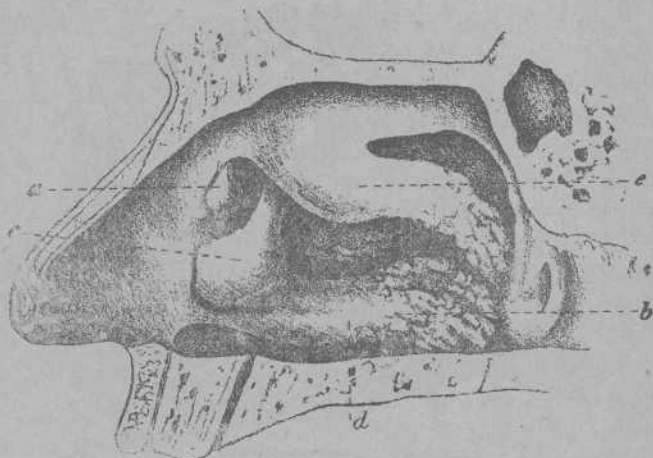


Fig. 156. — Corte antero-posterior, mostrando la fosa nasal derecha.

A. y B. Pequeños pólipos que toman su origen ó nacimiento en el meato medio. — D. Cornete inferior ligeramente hipertrofiado en su parte media, y presentando en B una hipertrofia uniforme de su superficie posterior. — E. Cornete medio ofreciendo, si bien á un grado menor, las mismas lesiones que el anterior. — (Dr. E. J. Moure.)

ESTRUCTURA. — Los trabajos de los histólogos han demostrado que los pólipos mucosos se hallan constituidos por un tejido que Virchow designa con el nombre de tejido mucoso, el cual presenta una gran analogía con el que forma el cordón umbilical.

Según los Dres. Cornil y Ranvier, las células de que se componen los pólipos, se manifiestan al principio bajo el aspecto redondeado, para volverse más tarde fusiformes y estrelladas. El tejido intercelular está formado por fibras muy cortas y muy finas, sembradas de granulaciones (Billroth) ó de fibras areolares llenas de células redondeadas (Hopmann).

Según Forster, encuéntrase en estos neoplasmas toda la serie de

tejido laminoso, desde el más blando hasta el más duro, y de tejido fibroso, existiendo este último, sobre todo, al nivel del pedículo. Los pólipos mucosos contienen por punto general glándulas mucosas en número variable. Muy numerosas á veces, pueden otras faltar completamente. Por último, no es muy raro encontrar en el interior de los pólipos mucosos, quistes más ó menos voluminosos, que constituyen á veces todo el tumor; pero son cavidades accidentales, porque no se ha encontrado jamás pared quística propiamente dicha. El contenido de estos quistes, habitualmente seroso, puede hacerse grasiento, coloide ó mucoso (Chiari).

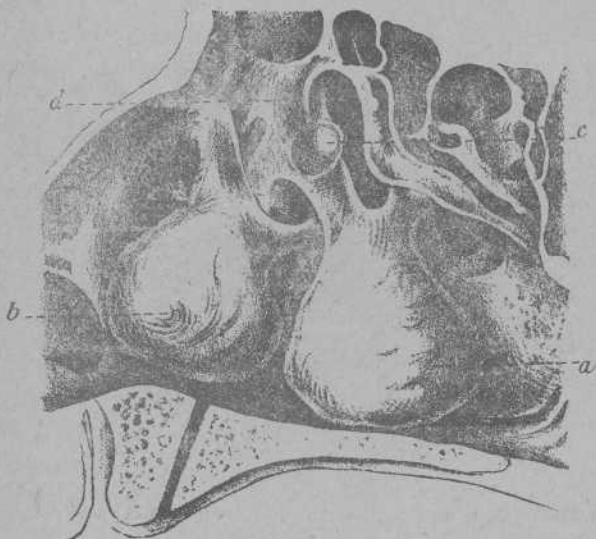


FIG. 157. — Fosa nasal derecha (según Zuckerkandl).

A. y B. Representan dos pólipos mucosos voluminosos, insertados por un doble pedículo. — C. Tumor quístico implantado sobre la mucosa, por una ancha base (quiste de la mucosa). — D. Infundibulum.

Los neoplasmas en cuestión, poco vasculares, según acabamos de consignar, no contienen filetes nerviosos (1).

Los pólipos mucosos están revestidos en su superficie de epitelio cilíndrico de pestañas vibrátiles en todos los puntos que no están expuestos á traumatismos ó á repetidos contactos, porque á este nivel el epitelio se hace pavimentoso (Coyne).

Aunque al examinar el pedículo de los pólipos sea fácil convencer-

(1) Una sola vez encontró Billroth nervios, cuyas fibras se distribuían en la superficie del tumor.

se de que proceden del tejido celular de la mucosa pituitaria, es preciso no olvidar que pueden dichos neoplasmas contraer adherencias muy sólidas con el tejido óseo subyacente, hasta el punto de que muy á menudo, en el momento de la operación, la lámina ósea en la cual está insertado el pólipo, se desprende con el tumor

En cuanto á la patogenia de los pólipos mucosos de las fosas nasales, hoy está generalmente admitido, y las investigaciones de Zuckerkandl han venido á confirmar este hecho, que dichos pseudoplasmas son el resultado de una hipertrofia exagerada de la mucosa de la nariz, de lo que Hopmann llama fibromas edematosos blandos, tumores que representan los diversos grados de hipertrofia de la mucosa, desde la simple hinchazón hasta el pólipo mismo.

A. SÍNTOMAS FUNCIONALES. — Los síntomas de los pólipos mucosos, muy poco marcados al principio, no se hacen realmente apreciables, por lo general, hasta el momento en que aparecen los trastornos de la respiración.

Durante largo tiempo, el enfermo no siente más que los síntomas de un coriza crónico poco acentuado, es decir, que está romadizado; experimenta una necesidad casi constante de sonarse, de desobstruir sus fosas nasales por una especie de espiración ruidosa que, después de todo, no le proporciona ninguna mejoría. La secreción acuosa, raramente algo más espesa, no es muy abundante al principio.

Á medida que los neoplasmas se desarrollan, se acentúan á su vez estos diversos síntomas; la fatiga respiratoria se hace mayor, hasta el punto de que el enfermo se siente obligado á respirar por la boca. En especial, cuando el tiempo está húmedo, y ambas fosas nasales son asiento de los tumores, el romadizo es más pronunciado, el enfermo, sintiendo un verdadero obstáculo á la entrada del aire por la nariz, hace constantes esfuerzos para desembarazar dichas cavidades. El sueño es un poco agitado, la respiración ruidosa, la masticación y la deglución difíciles, á causa de la necesidad de respirar exclusivamente por la boca. Por la misma razón, la garganta está seca y frecuentemente irritada.

El olfato se halla casi totalmente abolido, y por este mismo hecho, el gusto se encuentra más ó menos alterado.

Si el pólipo no ocupa sino una fosa nasal, ó por lo menos ambas ventanas de la nariz no están completamente obliteradas, estos diversos fenómenos podrán ser menos acentuados, y hacer que el enfermo se preocupe poco de su situación.

Á tales síntomas vienen á agregarse todavía, según el sitio y volumen de los pólipos, desórdenes por parte de las vías lagrimales ó del oído, consecuencia de la obstrucción de los conductos (canal nasal,

trompa de Eustaquio), que hacen comunicar la nariz con estos dos importantes órganos.

Un poco más raramente, aparecen desórdenes nerviosos: asma, hemicránea, neuralgias diversas, etc., que ya hemos estudiado.

Según Michel, cuando los pólipos son numerosos y antiguos, se observarán dolores de cabeza, alucinaciones, pérdida de la memoria, dificultad para los trabajos intelectuales, fenómenos que parecen producidos, sobre todo, por la fatiga ocasionada á la respiración por la nariz.

Si el tumor fuese muy pediculado y muy pequeño, el enfermo podría sentirlo flotar en su nariz. Entonces es cuando el cirujano podrá oír el famoso ruido de bandera, de que hablan con demasiada facilidad ciertos escritores, como si se tratase de un síntoma frecuentemente

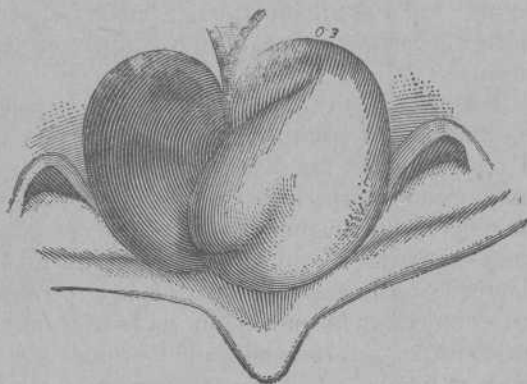


FIG. 153. — Pólipos quísticos que hacen salida en las fosas nasales posteriores y atacan el velo del paladar. (Imagen rinoscópica.)

observado. Este ruido puede considerarse aquí como absolutamente excepcional, y no deberá contarse con él para establecer el diagnóstico, porque una simple mucosidad desecada y medio arrancada es susceptible, mucho mejor que un pólipo, de producir tal ruido.

B. SÍNTOMAS OBJETIVOS. — El examen exterior puede, en algunos casos, hacer pensar en la existencia de pólipos de las fosas nasales, por el desenvolvimiento de las alas de la nariz y también del esqueleto, empujado hacia fuera por neoplasmas muy numerosos y, sobre todo, muy antiguos. Es preciso consignar que, generalmente, los pólipos mucosos no inducen deformación en el esqueleto; la existencia de estos últimos se confirmará, preferentemente, por el examen directo con el espéculum.

En efecto: separadas las ventanas de la nariz y proyectado el haz luminoso en la cavidad nasal, veránse uno ó muchos tumores de un gris sucio, un poco rosado, de aspecto globuloso, lisos y unidos á su superficie, que ocupan las diversas anfractuosidades de la cavidad de las fosas nasales. Si uno de los pólipos es bastante voluminoso para hacer salida al exterior, su superficie podrá ofrecer una coloración bermeja un poco sombría; encontrándose igualmente este aspecto cuando los neoplasmas hayan sido cauterizados, ó cuando sean el resultado de una recidiva.

Si se hace aspirar fuertemente al enfermo por la nariz, se verá alguna vez que el tumor cambia de lugar, y en todos los casos, el estilete permitirá reconocer su indolencia, su movilidad y su forma alargada con un punto de implantación pediculado sobre la pituitaria.

Si los pólipos están en su principio, se percibirá solamente, hacia el meato medio, una serie de pequeñas excrecencias rosáceas, semi-transparentes, sesiles, sobre la mucosa donde parecen implantada; pero indoloras en absoluto al tacto con la sonda, y no retrayéndose por la acción de la cocaína.

En fin, podrá suceder que el examen rinoscópico anterior no dé explicación de los fenómenos observados, y en este caso deberá practicarse el examen de la garganta desde luego, y á continuación el de la cavidad naso-faríngea, con el espejo rinoscópico.

En el primer caso, deprimiendo simplemente la lengua del enfermo, se podrá percibir detrás del velo del paladar uno de esos tumores parduscos blandos de que ya hemos hablado. Otras veces, no se llegará más que con el espejo á este resultado.

De cualquier modo que sea, precisará no olvidar que cuando se haya percibido un pólipo mucoso á este nivel, se podrá estar cierto de antemano de que se trata de un tumor bastante voluminoso y casi siempre de un pólipo quístico (1); alguna vez, de una simple bolsa, llena de líquido, fija por medio de un pedículo más ó menos aplastado, á un punto de implantación.

MARCHA. — DURACIÓN. — TERMINACIÓN. — La marcha de los pólipos mucosos de las fosas nasales es lenta, pero continua y progresiva. Llegan á llenar poco á poco todas las cavidades de la nariz, hasta que las obstruyen por completo. Si un tratamiento apropiado no viene á desembarazar al enfermo de su afección, los tumores pueden llegar

(1) Esta aserción se basa en mi práctica personal; hasta el día, casi todos los pólipos mucosos que tenían su asiento por detrás de las fosas nasales, eran extremadamente voluminosos (un huevo de pichón al menos) y contenían una gran cantidad de líquido. En fin, me parece que los últimos tienen bastante menos tendencia á recidivar.

á empujar el tabique de la nariz al lado opuesto de aquel en el que son más numerosos; el esqueleto huesoso mismo puede ser rechazado hasta fuera, observándose también, aunque en menor grado, desórdenes semejantes á los ocasionados por los pólipos fibrosos. Llegados á semejante periodo de su desarrollo, los neoplasmas hacen á menudo hernia por los orificios anteriores de las ventanas de la nariz y en la faringe bucal por detrás del velo del paladar.

En cuanto á dar una indicación precisa sobre la rapidez con que estos tumores se desarrollan, el hecho es imposible casi, no viniendo los enfermos á consultar á su médico sino cuando se hallan molesta dos por la presencia de un pólipo y la fatiga respiratoria que experimentan.

La duración de los pólipos es poco más ó menos indefinida, ya que no tienen tendencia alguna á desaparecer por sí mismos.

El pedículo de un pólipo ha podido romperse, en algunos casos, en el momento de un esfuerzo (acción de sonarse, estornudos), pero no es preciso tener en cuenta estas excepciones para establecer una regla general. Habitualmente, si un enfermo ha llegado á expulsar un pólipo en el acto de sonarse, no siendo único el tumor, la afección vuelve pronto al estado primitivo.

En ciertos casos, los pólipos mucosos, cuando son antiguos, forman cavidades quísticas, cuyas paredes se rompen de cuando en cuando para llenarse de nuevo, librando momentáneamente al enfermo de las fatigas que le acarrea su afección.

Por último, contra la opinión expresada en la primera edición de este Manual, he visto, á ejemplo de algunos otros prácticos (Bayer, Schiffer, E. J. Moure), simples pólipos mucosos transformarse en tumores malignos, á consecuencia de operaciones frecuentes é incompletas ó de cauterizaciones repetidas, que pueden producir dicha transformación. Tratábase, en casi todos los casos, de tumores sarcomatosos.

DIAGNÓSTICO. — Si los pólipos son bastante voluminosos para hacer salida al exterior, ó lo mismo para llenar una ó ambas fosas nasales, el diagnóstico es, por punto general, muy fácil y bastará percibir uno ó más tumores de un blanco pardusco, semitransparentes, blandos, de aspecto gelatinoso y móvil, para reconocer al punto la naturaleza del mal. Si, al contrario, los neoplasmas están todavía poco desenvueltos, será precisa una poca más de atención, para no confundirlos, sea con una hipertrofia de la pituitaria, sea con las desviaciones del tabique, los cuerpos extraños de las fosas nasales, ó los tumores malignos.

Hemos insistido suficientemente en el diagnóstico diferencial de las hipertrofias de la mucosa nasal y los pólipos mucosos, para que conceptuemos inútil extendernos más ampliamente sobre los caracteres diferenciales de ambas afecciones.

Nos basta recordar que las hipertrofias ocupan la parte externa y lateral de la nariz, no existiendo, generalmente, más que uno ó dos relieves formados por los cornetes inferiores y medios; que el estilete permite reconocer la falta de movilidad del tumor, su ancha base y su exacto punto de implantación. Por lo demás, el error no sería muy grave, pues el coriza hipertrófico es muy á menudo el primer estadio de la degeneración polipoidea verdadera.

En cuanto á las desviaciones del tabique, la situación, la forma del relieve, su dureza, su disposición, en fin, no permitirán una duda larga.

Los cuerpos extraños y los tumores malignos ofrecen caracteres tan francos y tan decididos, que nos bastará señalar esta causa de error para permitir evitarla.

El punto difícil á veces de dilucidar es afirmar la presencia de pólipos mucosos, sobre todo si se trata de un enfermo cuyos cornetes inferiores estén un poco tumefactos é impidan la exploración de las cavidades de la nariz. Deberá desde luego hacerse desaparecer esta causa de error, y no pronunciarse definitivamente sino cuando se hayan podido inspeccionar de manera conveniente las fosas nasales anteriores y posteriores.

Si los pólipos ocupan la parte posterior y son poco voluminosos, lo que es por lo demás muy raro, se podrá, en algunos casos, dudar entré una hipertrofia de la parte posterior de los cornetes y verdaderos pólipos mucosos; pero, en estos últimos casos, existe ordinariamente alguna producción morbosa visible al examen rinoscópico anterior, y la presencia de estas últimas bastará entonces para quitar todas las dudas.

Señalemos todavía una última causa de error, muy rara por lo demás: los meningoceles. La compresión del tumor, reducible en general, determinaría la aparición de síntomas especiales que despertarían la atención del cirujano, haciéndole prudente en su intervención.

PRONÓSTICO. — En suma, los pólipos mucosos de las fosas nasales constituyen una afección benigna, que molesta simplemente á los enfermos. El único inconveniente serio es la facilidad con que recidivan después de su operación, bien porque se hayan dejado algunos que más tarde se desarrollan, ora porque no se les haya podido atacar hasta el nivel de su punto de implantación.

COMPLICACIONES. — Á pesar de su aparente benignidad, los pólipos mucosos son susceptibles de producir accidentes desagradables, debidos á la molestia en la respiración que ocasionan ó á los síntomas de orden reflejo, á veces muy pronunciados, en ciertos individuos un poco sensibles y nerviosos. Entonces se observa toda una serie de neu-

rosis, entre las cuales el asma ocupa el primer lugar. (Véase pág. 351.)

Otras veces, los pólipos obstruyen los orificios de los senos frontales y maxilares, pudiendo producir una retención de las secreciones y, como consecuencia, una irritación y una verdadera dilatación de dichas cavidades.

En fin, ciertas afecciones del oído, del ojo y de la garganta pueden todavía ser debidas á la presencia de estos tumores, según el punto que ocupen y la molestia que causen.

A. TRATAMIENTO PROFILÁCTICO — Consiste simplemente en combatir las inflamaciones crónicas de la mucosa nasal, que favorezcan el desarrollo de los pólipos mucosos, y en tratar las hipertrofias de la pituitaria por los medios ordinarios.

B. TRATAMIENTO CURATIVO. — Los medios curativos son de dos órdenes: médicos ó quirúrgicos. Los primeros, poco eficaces, comprenden las diversas cauterizaciones hechas para destruir el tumor ú obtener su constricción y su desecación (exsecación).

Con este objeto hanse empleado sucesivamente los toques, insuflaciones, sorbitorios nasales ó inyecciones intersticiales hechas en el espesor del neoplasma: el tanino, el bicromato de potasa, el ácido crómico, el polvo de sabina, el nitrato de plata, el ácido acético, el cloruro de zinc delicuescente (este último medio es muy doloroso), etc.; en suma, toda la serie de astringentes ó de cáusticos de que la terapéutica dispone.

El mismo número de remedios empleados prueba suficientemente su ineficacia.

La limpieza de las cavidades nasales con una esponja, recomendada por Hipócrates desde luego, y por Voltolini hace ya algunos años, es un medio que nos limitamos á señalar.

El arrancamiento de los pólipos con la pinza ordinaria, tal como ha sido empleado hasta el presente, y que se encuentra recomendado en los libros clásicos, es todavía un medio de tratamiento al que debemos renunciar.

Que se use la pinza recta ó curva, las ramas rígidas de este instrumento son tan voluminosas, que su sola introducción ocasiona ya al enfermo un dolor bastante violento, que obliga á rechazar semejante modo bárbaro de ablación de los pólipos de las fosas nasales.

No se reducen á esto los inconvenientes de la pretendida pinza de pólipos, tan admitida en la práctica corriente de la Medicina, porque una vez cumplido este primer tiempo, el cirujano está obligado á ir enteramente á la casualidad en busca del tumor, que trata de agarrar entre los bocados del instrumento, punzando la mucosa á derecha é

izquierda, ocasionando rasgaduras y quitando á veces, para terminar, no el pólipo, sino un pedazo de cornete. Otras veces el operador, más feliz, arranca un pedazo de pólipo y sinceramente va á buscar el neoplasma, cuya situación exacta ignora á menudo, y, con más razón, su punto de implantación.

Las rasgaduras de la mucosa son en ocasiones la causa de verdaderas hemorragias, enojosas siempre en una operación que podría ser

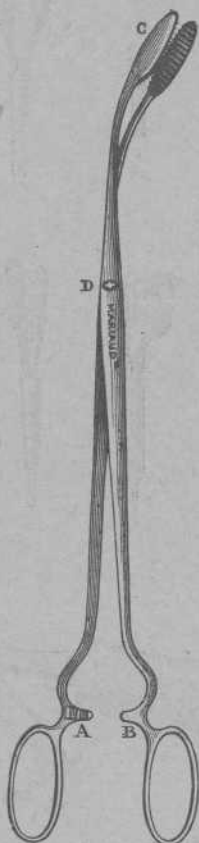


FIG. 159. — Pinzas llamadas de pólipos de las fosas nasales.

tan sencilla. Hanse visto también producir fracturas y luxaciones del tabique. En fin, la operación practicada de este modo permite quitar porciones de pólipos, pero no hacer una extirpación radical, una limpieza completa de las cavidades de la nariz, accesibles al examen directo. Hubiéramos concluido con los numerosos inconvenientes de este método, sobre los que no sabríamos insistir demasiado, cuando hubié-

ramos dicho que, al arrancar los cornetes para evitar las recidivas, equivócase singularmente, porque estos neoplasmas no se insertan siempre en la mucosa que tapiza las partes óseas del esqueleto de la nariz.

Un método más sabio, aconsejado por el Dr. Simón Duplay, consiste en operar siempre con la pinza, pero esta vez iluminando el campo

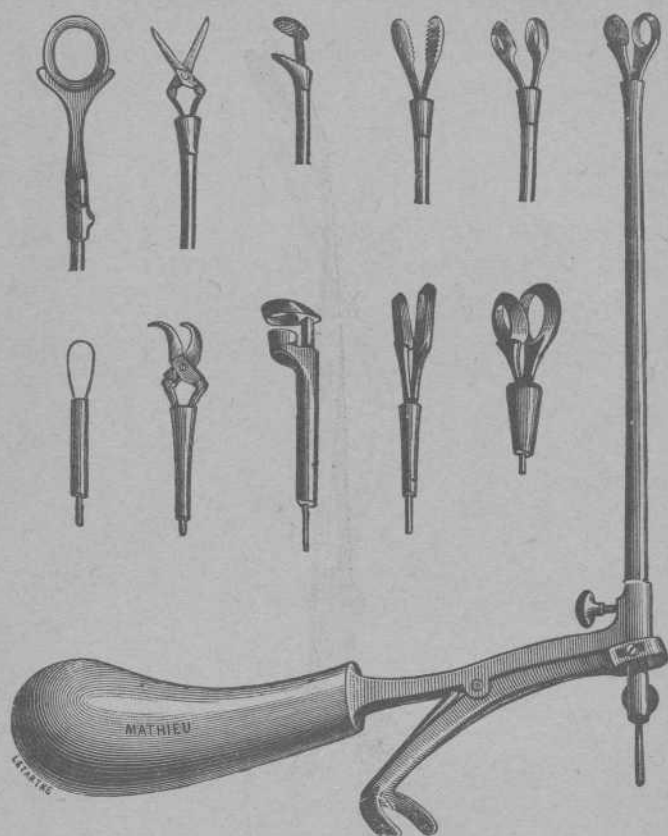


FIG. 190. — Pinzas nasales cortantes, tijeras, etc., que se montan en el mismo mango.

operatorio con el espéculum y el espejo. De esta manera, al menos, no se está expuesto á producir destrozos inútiles y muy dolorosos para el paciente; además, se puede, en cierta medida, seguir con su instrumento las cavidades de las fosas nasales.

Sin embargo, como lo reconoce el sabio profesor, las pinzas son poco cómodas, y es mejor preferir la operación por la ligadura llamada extemporánea.

Se reservarán las pinzas para los casos muy raros en que los pólipos, situados muy detrás, hacia el orificio posterior de las fosas nasales, no se podrán coger con los aprieta-nudos; pero, en tales casos, deberáse siempre guiar con el espejo para no andar á tientas, y, muy á menudo también, será preferible operar por la boca con la pinza retronasal si es imposible aplicar un asa.

Aprieta-nudos. — Desde estos últimos años, es decir, desde que se practica el examen metódico y racional de las fosas nasales, todos los precedentes medios han sido ventajosamente reemplazados por la liga-

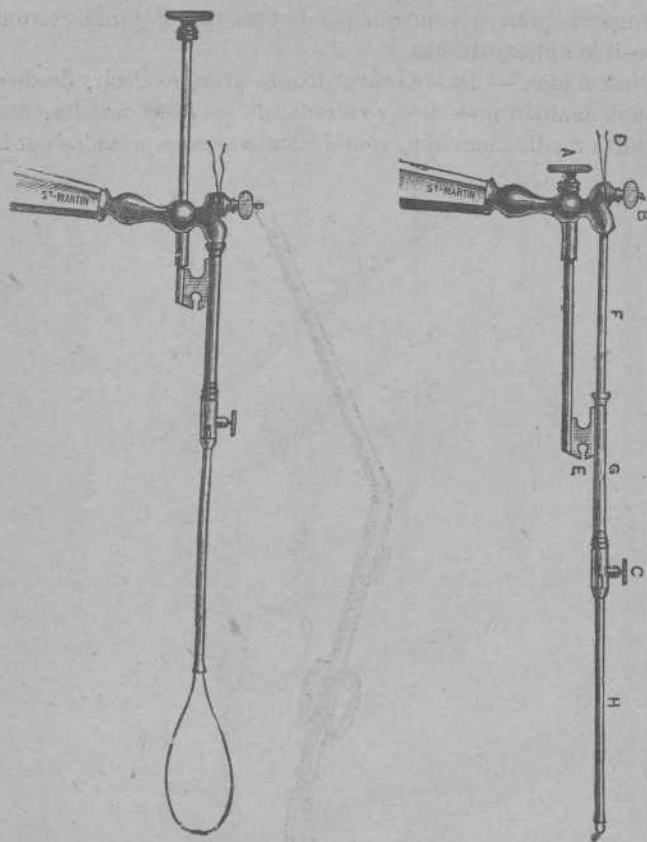


FIG. 161. — Polipotomo de Wilde.

dura extemporánea de los pólipos con el asa fría, ó bien la excisión con el asa galvánica.

El primer método (asa fría) conviene en la gran generalidad de los casos, cuando no hay que temer una hemorragia grave y siempre molesta para el enfermo por el taponamiento de las fosas nasales que necesita (véase *Epistaxis*). Es, con mucho, la más sencilla, la más cómoda y la más fácil de practicar para el cirujano que no siempre tiene á mano una batería galvanocáustica, con todo el instrumental necesario.

Hasta estos últimos años se empleaba el polipotomo de Wilde que no es, en suma, sino una modificación feliz del aprieta-nudos de Maisonneuve, del que difiere por su curvatura y por la posibilidad de



Figs. 162 y 163. — Polipotomo de Ruault (modificado por el Dr. Beausoleil). La figura primera lo presenta dispuesto á funcionar, la figura segunda después que se ha quitado el asa.

- A. Punto de apoyo para apretar el asa. — B. Tornillo al que se adapta un hilo que pasa por el instrumento. — G, H, G. en F, otra parte del instrumento en que se desliza el hilo. — C. Punto en que se recoge el instrumento H. — E. Escotadura destinada á recibir un anillo de cautehuc que viene á rodear el mango para ayudar la vuelta del hilo hacia el interior.

poder manejarse con una mano, condición esencial para un instrumento de esta naturaleza.

Bastantes autores, entre los cuales me cuento, prefieren, ya el aprieta-nudos de Blacke (de Boston), ya el de Knight ó de Ruault,

que es una buena modificación de este último. Son, efectivamente, de muy fácil manejo por su extrema sencillez.

Además, la longitud del tallo encorvado permite ir á coger los pólipos hasta la cavidad naso-faríngea.

Otro aprieta-nudos, cómodo para los tumores que ocupan el tercio anterior de las fosas nasales, es el del Dr. Baratoux. Este último tiene sobre los precedentes la ventaja de permitir, con un asa relativamente muy pequeña, encerrar tumores voluminosos, gracias á la sepa-

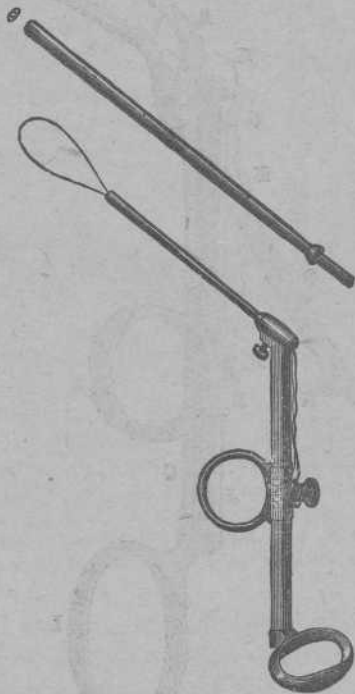


Fig. 164. — Polipotomo de Blacke (de Boston). Separado el tallo, más largo que el colocado en el instrumento, puede, á voluntad, reemplazar á este último.

ración de sus ramas, cuando el instrumento está introducido en la cavidad nasal. Por desgracia, se hace menos práctico cuando es preciso ir un poco adelante en la cavidad de la nariz, porque las largas ramas que se está obligado á emplear en estos casos, montan fácilmente la una sobre la otra y quitan precisión y seguridad al instrumento, siendo éste el motivo que nos impide recomendarlo para los tumores de la cavidad posterior de la nariz.

Sea cualquiera el polipotomo elegido, he aquí cómo convendrá proceder para operar:

Hallándose suficientemente dilatadas las ventanas de la nariz por medio del espéculum, y el enfermo con la cabeza echada hacia atrás,

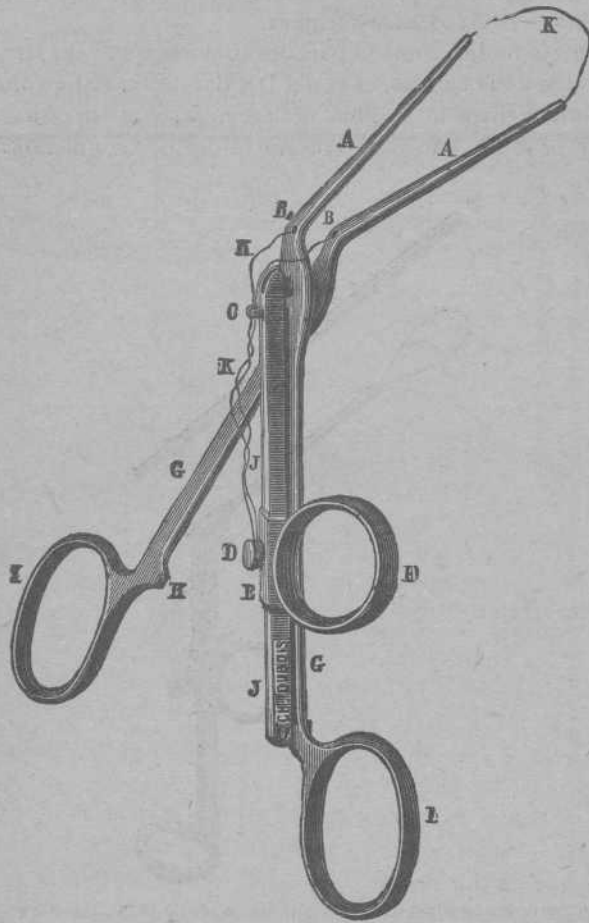


Fig. 165. — Polipotomo del Dr. Baratoux.

A. A. Cilindros huecos acodados en ángulo obtuso sobre las ramas: — G. G. I. Anillos para pasar el pulgar, el anular y el medio — H. Bocado destinado á mantener la pinza cerrada. — K. Hilo del asa. — F. Tallo montado sobre la rama derecha de la pinza, á la que no se une más que por sus extremidades solamente. — C. Pequeño anillo por el que pasan los dos hilos después de salir por los agujeros. — B. B. E. Corredera guarnecida de un anillo F para el dedo índice y un botón D para atar los hilos. — Esta corredera puede moverse sobre la longitud del tallo. — El instrumento está representado con las ramas separadas.

como para el acostumbrado examen rinoscópico, el cirujano dirige, con su espejo frontal, un haz luminoso á la cavidad nasal.

Habiendo sido determinados con antelación la situación y el volumen del pólipo, el operador, que tiene el espéculum con la mano izquierda, introduce con la derecha el asa del polipotomo, que dirige desde luego á lo largo del tabique y paralelamente á este último. Cerrando á continuación con un dedo de la mano izquierda la ventana de la nariz opuesta á la en que aquél opera, recomienda al enfermo que haga algunos esfuerzos de espiración, de modo que proyecte el pólipo hacia adelante y facilite su introducción en el asa metálica. Cuando el tumor está enganchado y perfectamente cogido, se trata de hacerlo retroceder, tanto como sea posible, hacia su punto de implantación, hacia su pedículo. Una vez cogido el pólipo, se cierra el asa con cierta lentitud, y se trata de seccionarlo; pero, en general, si el neoplasma está bien encerrado por su pedículo, es más presto el arrancamiento que una verdadera sección lo que se opera. Sin embargo, se

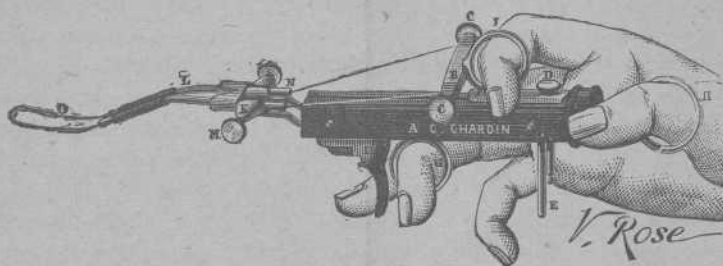


FIG. 166. — Asa galvanocáustica (de Chardin).

A. Tallo del instrumento. — B. Corredera móvil sobre la longitud del tallo y guarnecido en c c de un tornillo destinado á retener el hilo o — L. Tubo acodado, en el que pasa el hilo y se puede cambiar á voluntad, y se mantiene fijo con el tornillo. M. La mano que tiene el instrumento indica cómo habrá que servirse de él.

trae fuera el tumor todo entero, y no restos, como en la operación con la pinza. La ablación de algunos pólipos es, generalmente, seguida de un derrame sanguíneo que enmascara el campo operatorio y obliga al cirujano á interrumpir la sesión, para emprenderla algunos días más tarde, cuando la cavidad nasal se encuentra perfectamente limpia. De tal modo, que si los pólipos son numerosos, se hacen necesarias muchas sesiones para conseguir la limpieza completa de una ó de las dos fosas nasales.

Señalemos todavía de paso que si se trata de pólipos voluminosos que ocupen la cavidad posterior de la nariz, neoplasmas que son casi siempre de naturaleza quística, la operación se acompaña de un simple derrame de líquido seroso, pero se hace casi siempre sin efusión de sangre, de modo que una ó dos sesiones lo más, bastan ampliamente para desembarazar al enfermo. Si éste es un poco nervioso ó tímido, si

los pólipos son tan voluminosos que llenan la cavidad nasal, ó bien si la mucosa del cornete inferior hipertrofiada impide la vista del operador, convendrá no olvidar que el clorhidrato de cocaína (solución al 1 por 10) es un agente precioso que no sólo anestesia la mucosa, sino que retrae de tal manera esta última, que llega pronto á pegarse exactamente sobre el esqueleto huesoso, del que se amolda á todos sus contornos, ensanchando así el campo operatorio.

Si por uno de los motivos enunciados más arriba se desea emplear el asa galvánica (Voltolini, Bruns, Michel, etc.), deberá operarse de la manera que acabamos de indicar, consistiendo la única diferencia en



FIG. 167. — Cauterío galvánico.

que, una vez introducido el pólipo en el asa, se hará pasar la corriente eléctrica de modo que corte lentamente el tumor con el hilo A llevado al rojo sombra para evitar hemorragias.

No es necesario entonces emplear un hilo de platino, siempre costoso y más difícil de procurarse, porque un simple hilo de hierro, convenientemente dispuesto en el aprieta-nudos, llena muy bien las condiciones necesarias para practicar la excisión con la pila galvánica.

El único inconveniente del galvanocauterío es la quemadura de vecindad que produce á veces si no se tiene cuidado de encerrar bien el pólipo antes de hacer pasar la corriente, de la cual es preciso disminuir la intensidad á medida que el asa se estrecha.

En cuanto á las operaciones sangrientas (incisión del ala de la nariz, del velo del paladar, resección del maxilar), no creemos que

simples pólipos mucosos justifiquen nunca el empleo de semejantes procedimientos.

Una vez terminada la operación, si hay derrame de sangre, se le cohibirá por los medios ya indicados. (Véase *Epistaxis*.) Si, por el contrario, la operación se ha hecho sin dificultad, sin complicación alguna, se aconsejará al enfermo sorber los mocos, ó mejor, hacer algunas irrigaciones nasales con un poco de agua tibia adicionada, ya con clorato de potasa, ora también con medicamentos antisépticos, si la supuración es demasiado abundante.

Un punto importante consiste en evitar, en el límite de lo posible, las recidivas, que, según es sabido, se producen tan fácilmente en tales casos, sobre todo cuando los pólipos ocupan la parte anterior de las fosas nasales. Para llegar á semejante resultado las regiones atacadas perfectamente limpias de todo tumor aparente, lo mejor es, á mi juicio, cauterizar los pedículos con el galvanocauterio durante muchas sesiones alejadas algunos días las unas de las otras. Además, es necesario recomendar al enfermo se haga examinar las fosas nasales cada seis meses, durante dos ó tres años. De esta manera, si tiende á producirse una recidiva, se practicarán algunas ablaciones ó cauterizaciones galvánicas, según las necesidades.

Así, con un poco de paciencia por una y otra parte, se llegará á hacerse dueño de la afección y á evitar otra serie de operaciones.

Es perfectamente inútil añadir que estas cauterizaciones, todas ellas locales, no son de ninguna manera dolorosas, y obran bastante mejor que las cauterizaciones hechas con líquidos químicos (nitrato de plata, ácido crómico, etc.). Sin embargo, á falta del galvanocauterio, recomendaríamos de preferencia el empleo del último agente, del ácido crómico utilizado según el procedimiento de Hering (véase *Terapéutica general*, pág. 54); pero es preciso agregar que la cauterización galvánica es, en tales casos, el medio más cómodo y más seguro.

[Respecto á los diferentes procedimientos operatorios, oportunidad, *modus faciendi*, etc., véanse mis notas sobre terapéutica general, página 104 y siguientes.

En las clínicas vienesas no se cocainiza, por regla general, para operar los pólipos nasales.

Schrötter la cree útil únicamente como efecto moral.

Todos se sirven del aprieta-nudos galvánico, ó del estrangulador en frío. El uso de la pinza está proscrito en absoluto, salvo en los casos en que el pólipo sobresale á la naso-faringe; entonces se sirve Störk de su pinza coanal.

Lo único original respecto á este asunto son las ideas del doctor Hajek, quien se subleva enérgicamente contra la rutina de los libros

clásicos, al establecer como dogma que «cuando se extirpan pólipos mucosos, hay que cauterizar cuidadosamente su punto de implantación, á fin de impedir su reproducción.»

A su juicio, se está en un error gravísimo al consignar semejante aserto, y sobre todo al creerlo, puesto que de él parecen desprenderse las dos afirmaciones siguientes:

1.^a Un pólipo mucoso puede reproducirse después de su extirpación, y

2.^a Es posible cauterizar su punto de implantación.

A lo que contesta Hajek:

1.^o Jamás un pólipo mucoso, aun extirpado incompletamente, se reproduce ni *repulula*, y

2.^o Es casi siempre imposible ver el punto de implantación del pólipo, y por consiguiente cauterizarlo.

Opina el autor, que ha dado origen á la leyenda de la recidiva de los pólipos mucosos de las fosas nasales, el haber sido hasta ahora operados éstos siempre por los cirujanos, con las pinzas, á oscuras, y sin saber lo que se hacía muchas veces, por cuya razón sólo se extraían los que aparecían por el vestibulo nasal ó que más á la vista se hallaban.

Ninguna demostración concluyente de la recidiva de los pólipos mucosos existe. Lo que hay, según Hajek, es que la pretendida recidiva se reduce al crecimiento de un segundo ó tercer pólipo que viene detrás del arrancado ó extirpado. Así, si nos detuviéramos en los reconocimientos rinoscópicos exploratorios antes y después de una operación de pólipos dice, encontraríamos ó advertiríamos con el estilete la presencia, por ejemplo, de un verdadero nido de pequeñísimos pólipos en el hiatus semilunar.

El pedículo del pólipo seccionado ó arrancado, en vez de reproducirse, crecer y repulular, lo que hace es retraerse, atrofiarse y terminar por eliminarse, sin necesidad de causticarlo con la galvanocaustia ni otro agente cauterizante.

Quien opine en sentido contrario, añade, desconoce las leyes más elementales de la anatomía patológica general. ¿Cómo, si no, admitir que de un pedículo formado tan sólo de vasos y de tejido conjuntivo, nazca un pólipo mucoso, de estructura normal, con fondos de saco glandulares dilatados? ¿Quién, aun en los tumores más malignos, ha visto jamás semejante heteroplasia, ó sea, nacer de un tejido conjuntivo glándulas mucosas?

Pero, aunque así fuese, ¿cómo cauterizar su base de implantación si casi siempre aparecen por el meato medio, y toman su origen, la mayoría, en los labios del hiatus semilunar, ó todavía más á menudo, en el fondo de éste, principalmente alrededor de los orificios de los senos

frontales y maxilares? Más raramente se los ve implantar sobre el borde inferior del cornete medio.

Y como quiera que el hiatus semilunar es, en condiciones normales, completamente inaccesible á la vista, de ahí que sea imposible ver el punto de implantación de la mayor parte de los pólipos para cauterizarlos.

Y los médicos que, inocentemente, se figuren llevar su galvano-cauterio á dichos puntos, lo que hacen es penetrar en el meato medio y quemar su mucosa, dando con ello lugar á la formación de sinequias entre los labios del hiatus, sinequias que pueden ser el punto de partida de la supuración de los senos adyacentes.

Por lo tanto, lo que conviene hacer, á juicio de Hajek, es operar los pólipos que se vean; después de algunos días, se cocainea bien la fosa nasal, con lo cual se retrae la mucosa y se anestesia, y de este modo se ve si aparecen por el meato medio nuevos pólipos, los cuales se destruirán con las pinzas, cucharillas, cauterización, etc.

Si á los dos ó tres meses de este tratamiento incesante continúan apareciendo pólipos, hay que intervenir enérgica y definitivamente, extirpando el cornete medio, de forma que podamos ver bien el hiatus semilunar, y raspar, cauterizar, etc., etc., todo su fondo y labios que se hallen ocupados por los pequeños pólipos, con cuyo medio tan sólo se conseguirá la verdadera curación.] — DR. C. COMPAIRD.

177

T. DE LA MONTAÑA

El primer punto que el lector debe tener presente es el de la
importancia de la obra.

Y como primer punto el lector debe tener presente el de la
importancia de la obra.

El segundo punto que el lector debe tener presente es el de la
importancia de la obra.

El tercer punto que el lector debe tener presente es el de la
importancia de la obra.

El cuarto punto que el lector debe tener presente es el de la
importancia de la obra.

El quinto punto que el lector debe tener presente es el de la
importancia de la obra.

El sexto punto que el lector debe tener presente es el de la
importancia de la obra.

El séptimo punto que el lector debe tener presente es el de la
importancia de la obra.

El octavo punto que el lector debe tener presente es el de la
importancia de la obra.

El noveno punto que el lector debe tener presente es el de la
importancia de la obra.

El décimo punto que el lector debe tener presente es el de la
importancia de la obra.

El undécimo punto que el lector debe tener presente es el de la
importancia de la obra.

El duodécimo punto que el lector debe tener presente es el de la
importancia de la obra.

Osteomas.

DEFINICIÓN. — Bajo el nombre de osteomas designanse unos tumores óseos, cuyo carácter esencial es hallarse libres de toda adherencia con el esqueleto, ó, al menos, no estar insertos en este último sino por un pedículo estrecho.

ETIOLOGÍA. — El osteoma de las fosas nasales es una afección rara, observada más á menudo en la juventud ó en la adolescencia. La sífilis, la escrófula, el reumatismo y el traumatismo, han sido acusados sucesivamente de producir la afección, pero nada ha podido probarse desde este punto de vista; y particularmente la sífilis puede evidentemente excluirse de semejante etiología, ya que el tratamiento específico no ha ejercido influencia alguna sobre dichos neoplasmas. Quizá los traumatismos, y en especial las caídas sobre la nariz, tan frecuentes en los niños, explicarían, en algunos casos, la aparición del mal.

SÍNTOMAS. — Como quiera que sea, y casi siempre al principio, la enfermedad pasa casi inadvertida, y sólo cuando el tumor ha adquirido cierto volumen se hace molesto para el enfermo, decidiéndolo á consultar al médico.

Desde luego son simples comezones, algunas epistaxis ó los síntomas de un ligero coriza crónico los que caracterizan el principio de la afección; después, aumentando el tumor de volumen, prodúcese una alteración más ó menos marcada en la respiración por la nariz, el olfato disminuye y á veces el enfermo siente dolores neurálgicos que se presentan por accesos, á medida que crece el neoplasma, y que son, con toda evidencia, resultado de la compresión ejercida por el osteoma sobre los filetes nerviosos vecinos.

En semejante momento, si se examinan las fosas nasales, se percibe muy á menudo en la entrada de una de las ventanas de la nariz un

tumor de aspecto ligeramente rosado, recubierto por una mucosa palida, á veces hasta ulcerada, casi exangüe mientras está tierna. Su superficie es generalmente desigual, formando una especie de espina en ciertos puntos; su consistencia es dura, resistente, como la de todos los tumores huesosos.

Á menudo también, el tabique nasal está inclinado sobre la ventana opuesta á la que obstruye en algunos casos. Según el volumen del neoplasma, el surco naso-geniano puede llegar á borrarse y la deformidad atacará hasta á la mejilla misma.

Si el osteoma se desarrolla por el ojo, se podrá ver claramente una exoftalmía más ó menos pronunciada, estrabismo, diplopia y hasta alteraciones más graves del globo ocular.

Los dolores del principio aumentan de intensidad, al mismo tiempo que se observa cierta anestesia de la piel, en los puntos animados por los filetes nerviosos fuertemente comprimidos.

En este periodo de la enfermedad puede sobrevenir una ulceración de la mucosa pituitaria muy fuertemente distendida y, como consecuencia, una caries ó necrosis del tejido huesoso. Entonces se establece una supuración abundante y fétida, con formación de costras morenas, análogas á las de la sífilis.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Los osteomas de la nariz, como los diferentes exóstosis que se encuentran en el resto del esqueleto, se hallan compuestos de tejido óseo propiamente dicho, y pueden ser ebúrneos ó celulosos (Ollivier). Los primeros son bastante frecuentes, extremada su dureza, hasta el punto de que, muchas veces, las pinzas de Liston y los instrumentos más sólidos se rompen sobre estos tumores ebúrneos, sin haberlos atacado seriamente.

Los osteomas celulosos no presentan, como los primeros, una superficie mamelonada, irregular, dejándose romper fácilmente, produciendo una especie de crepitación muy clara (Richet).

El volumen de los mencionados tumores es variable en absoluto, habiéndose operado osteomas que tenían el grosor de una nuez, y otros el de una naranja pequeña.

Su forma es igualmente distinta según su volumen y su antigüedad, y á menudo estos neoplasmas, destruyendo los puntos más resistentes del esqueleto de la cara, vienen á amoldarse á su superficie, ofreciendo prolongaciones y espolones múltiples en todos los senos.

Envueltos, ó mejor, revestidos por todas partes por la mucosa nasal, están como enclavados en las anfractuosidades del esqueleto, *con las cuales no contraen ninguna adherencia*. Así, luego que la vía por la que se debe practicar la extracción la tenemos bastante ampliamente abierta, estos tumores se desprenden con una facilidad verdaderamente

notable, conocida su forma y, sobre todo, su consistencia. Si existe un pedículo, tiene siempre una superficie de implantación relativamente exigua.

La patogenia de los osteomas es todavía muy oscura, y las hipótesis emitidas promueven muchas objeciones para que las discutamos aquí.

MARCHA. — DURACIÓN. — TERMINACIÓN. — La marcha de los tumores huesosos de la nariz es extremadamente lenta. De todas las observaciones publicadas hasta hoy, se ve que los primeros síntomas experimentados por los enfermos se remontan á menudo á muchos años. Por punto general, dicho neoplasma aumenta poco á poco de volumen, para invadir gradualmente los órganos próximos, la faringe (Legouest), el ojo (Maisonneuve) ú otras cavidades, y determinar entonces síntomas más ó menos inquietantes, y á veces también bastante graves para hacer necesaria una rápida intervención.

La enfermedad no tiene tendencia alguna á curarse por sí misma; sin embargo, en un caso referido por Helten (citado por Spillmann), habiéndose necrosado los huesos que encerraba el tumor, permitieron al neoplasma salir al exterior y ser de este modo eliminado; pero este hecho puede, con justo título, ser considerado como absolutamente excepcional.

DIAGNÓSTICO. — Al principio, el diagnóstico se hará bastante difícil, pues en este período el enfermo no aqueja ningún síntoma. En todos los casos, si se resintiera de dolores neurálgicos intensos y algunos de coriza crónica, el primer cuidado será evidentemente buscar en las fosas nasales la explicación de los fenómenos observados, y entonces intervenir del todo por una operación sin gravedad.

Cuando el neoplasma ha tomado mayor desarrollo no puede confundirse con un exóstosis sífilítico; pero, además que esta complicación es muy rara, el tratamiento bastaría para disipar todas las dudas.

Confundirlo con un pólipos mucoso ó fibroso no es tampoco posible; en el primer caso, la resistencia y la blandura del tumor bastarían para establecer su naturaleza, y en el segundo, las hemorragias, la situación del neoplasma en la cavidad naso-faríngea, su consistencia y hasta su aspecto permitirían muy pronto evitar la confusión.

Los cuerpos extraños se anuncian por unos síntomas que no tienen semejanza con los de los osteomas. Por lo demás, las tentativas de extracción y las lesiones concomitantes unilaterales en los casos de cuerpos extraños, ó de rinolitos, fijarían muy pronto la atención del operador.

Con el Dr. Spillmann, reconoceremos que un punto más importante será distinguir un osteoma ebúrneo de un osteoma celuloso,

porque este último podrá extraerse por medio de una incisión menor que la que reclamaría el primero. La crepitación (Richet) podrá suministrar algunas indicaciones, pero asemeja entonces á la crepitación sanguínea, pudiendo extraviar la atención del cirujano. La ausencia de mamelones y de surcos en la superficie del neoplasma, harán pensar preferentemente en la naturaleza celulosa del tumor.

PRONÓSTICO. — Abandonados á sí mismos, los osteomas toman un desarrollo cada vez más considerable y, saliendo de las fosas nasales, llegan á invadir la faringe, los senos maxilares, las cavidades orbitarias y la base del cráneo, ocasionando entonces accidentes cerebrales de los más serios. En otras ocasiones, hácese causa de ulceraciones, caries, necrosis y supuraciones siempre muy molestas para las personas atacadas de semejante enfermedad. Felizmente, es raro que el enfermo deje llegar su tumor hasta un grado tan avanzado, y no se ha tenido á menudo la ocasión de observar los últimos fenómenos que acabamos de señalar. Es bueno notar también que, una vez operados, estos neoplasmas no tienen tendencia ninguna á recidivar.

TRATAMIENTO. — En presencia de un osteoma, es inútil por completo apresurarse á instituir una medicación interna, á menos que no se trate de accidentes terciarios de naturaleza sifilítica. Nada más que por prudencia, será bueno ensayar un tratamiento mixto, mercurio y ioduro de potasio, para alejar toda idea de especificidad.

Terminada esta prueba, precisa no dudar en intervenir quirúrgicamente, y, en tal caso, abrir una vía bastante ancha que permita la extracción del osteoma. Si es difícil, por no decir imposible, trazar una línea de conducta para todos los casos, se puede siempre recordar que el deber del cirujano es hacer los menos destrozos posibles y escoger siempre para la incisión las partes de la cara donde la cicatriz sea menos visible, cuando la cicatrización se haya verificado.

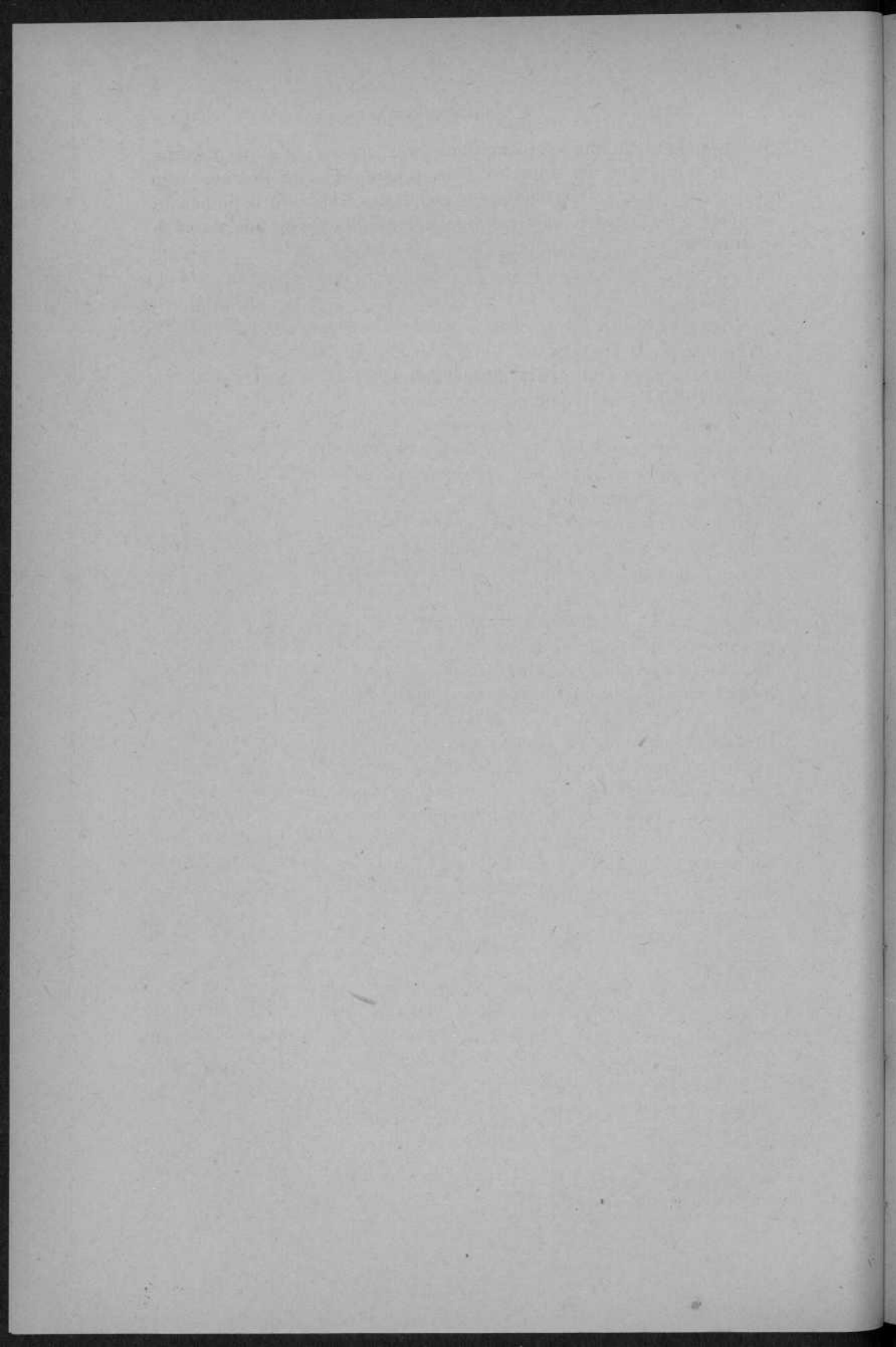
Si se está obligado á practicar resecciones de huesos, se deberá, tanto cuanto sea posible, hacerlas temporales, conservando con cuidado el periostio.

Cuando se ha llegado al tumor, y siguiendo el consejo de Michel, se podrá diseccionar la mucosa para facilitar la extracción del osteoma, acordándose de que el pedículo, generalmente nulo ó débil, puede, en algunos casos, tener adherencias sólidas con las partes subyacentes, hasta el punto de exigir su excisión con la tijera, la gubia ó la sierra.

Las hemorragias son habitualmente raras, ó en todos los casos, muy poco abundantes y menos formidables que cuando se trata de pólipos naso-faríngeos.

Terminada la operación, se aproximarán las partes duras ó las

blandas, de modo que se obtenga una cicatrización rápida y sin grandes deformidades del esqueleto ó de la cara. Si algún órgano, el ojo por ejemplo, fuera rechazado por el neoplasma, sería inútil probar un enderezamiento que se hará por sí mismo por los solos esfuerzos de la naturaleza.



Encondromas.

Los encondromas de las fosas nasales son tumores muy raros, según parece, por lo cual, hasta el día hanse reunido pocas observaciones (Durham, Bryant, Muller, Ure, Richet, Devalz, Casabianca, Verneuil, Heurtaut, etc).

Estos neoplasmas parece que se desarrollan más particularmente en la infancia, y ocupan de preferencia el cartilago del tabique ó el punto de unión de este último con el suelo de las fosas nasales, el cartilago llamado del subtabique. Son tumores lisos, redondeados, recubiertos por la mucosa, que, tensa en su superficie, ofrece un aspecto ligeramente rosado, algún tanto pardusco.

Su volumen puede variar desde la dimensión de un guisante hasta la de una nuez ó de una guinda. Como los osteomas, estos neoplasmas pueden ulcerarse en su superficie y hacerse el origen de secreciones purulentas, fétidas y abundantes.

Los síntomas que determinan los encondromas no difieren de los de los osteomas al principio, y los signos de obstrucción nasal son los únicos fenómenos que, durante bastante tiempo, dominan la escena toda.

El modo de implantación de los encondromas, su consistencia, su insensibilidad y su sitio, no permiten confundirlos más que con las desviaciones del tabique de la nariz; pero, en estos casos, al relieve del tabique corresponde una depresión en la fosa nasal opuesta que quitará todas las dudas.

El *pronóstico* es favorable, porque los encondromas no recidivan; por consiguiente, son tumores benignos.

El *tratamiento* médico no ejerce acción alguna, por lo que sera conveniente recurrir á la operación radical. No sabríamos establecer reglas absolutas para la extirpación del neoplasma, pudiendo cada caso particular reclamar un modo de intervención diferente, debiendo el cirujano elegir el procedimiento más cómodo para él y para el enfermo,

evitando, tanto cuanto posible sea, la producción de cicatrices molestas, viciosas, así como desagradables.

Al igual que para las desviaciones del tabique, recomendamos la electrolisis, graduando la intensidad de la corriente según el volumen y la consistencia del tumor.

La electrolisis tendrá la ventaja de obrar sin derrame de sangre, por sesiones sucesivas y sin dolor, haciendo uso del método bipolar, como lo hemos descrito al tratar de las deformidades y espolones del septum de la nariz.

Quistes óseos.

Designase con este nombre unas producciones quísticas ó mixomatosas, encerradas en una verdadera cáscara huesosa.

Tal especie de tumores son relativamente bastante raros, siendo fácil contar algunos casos publicados en la literatura médica (H. Bayer, Michel (de Nancy), Glosmacher, Knight, Mac-Donald, Z. Wilinger, Beausoleil). No obstante, la descripción de dichos neoplasmas está bastante bien trazada hoy, para que podamos establecer la sintomatología.

Formados, ora á expensas del mismo tejido huesoso, ora por el hueso y el periostio, estos neoplasmas son uni ó multilobulares. En el primer caso, la cáscara huesosa es lisa y unida por el interior (E. J. Moure) ó, por el contrario, un poco rugosa y atravesada por relieves incompletos; en el segundo, existen verdaderas localidades absolutamente claras y bien separadas las unas de las otras (L. Bayer) por tabiques óseos completos. Que semejantes quistes sean uni ó multilobulares, preséntanse de ordinario al exterior bajo la forma de un relieve rugoso, más ó menos blanquecino ú opalino, el cual ofrece al tacto, con el estilete ó el dedo, la sensación de un cuerpo extraño incrustado de materia calcárea.

Los quistes óseos nacen generalmente en el tabique (Michel (de Nancy), Rousseaux), en los cornetes inferiores, y más á menudo se forman á expensas del cornete medio (Glosmacher, Boyer, E. J. Moure, Knight, etc.). Su volumen varía, pero generalmente, en el momento en que el enfermo viene á reclamar los cuidados, el tumor se halla bastante desarrollado para obstruir una de las fosas nasales.

Á menudo visible al exterior, separando simplemente las alas de la nariz, está en ciertos casos (Beausoleil) recubierto y oculto á la vista por pólipos mucosos, rechazados por delante del tumor huesoso.

Los síntomas funcionales no difieren sensiblemente de los de los osteomas ó de los de los encondromas, pudiendo variar desde el simple

romadizo hasta la deformación del esqueleto, según el volumen de la producción morbosa.

Su marcha es lenta, pero progresiva, el diagnóstico es habitualmente fácil, bastando pensar en la existencia de esta lesión para reconocerla. El estilete, penetrando fácilmente á través de la cáscara huesosa, siempre muy delgada, permitirá apartar la idea de un secuestro ó de un cuerpo extraño, en el que se pensará al punto, viendo la rugosidad exterior de esta suerte de neoplasmas.

El único tratamiento aplicable es, ó la extirpación radical por medio del asa galvánica, como yo he tenido ocasión de practicarla, ó la incisión mediante el galvanocauterio. Si el quiste es unilocular, la ablación de la cáscara con el asa será el procedimiento más sencillo, el más rápido y el más radical, mientras que, si se trata de un tumor de muchas cavidades, será preciso abrir cada una de ellas, una después de otra. Á consecuencia de este tratamiento, veránse desaparecer por completo los síntomas ocasionados por el neoplasma, ó por lo menos, disminuir de una manera notable.

Precisa no olvidar que, destruida la pared huesosa, quedan incluidas en la cáscara en algunos casos, verdaderos mixomas, pólipos mucosos que habrán de tratarse por los medios ordinarios.

Papilomas.

Los trabajos recientes sobre esta interesante cuestión (Noquet, Lacoarret, etc.) han demostrado hasta la evidencia que, en contraposición á la opinión de Hopman, eran raros los verdaderos papilomas de las fosas nasales; refiriéndolos, entiéndase bien, á los tumores que tienen por característica á la papila misma.

En casi todos los casos de tumores de aspecto papilomatoso (verdaderas coliflores), el examen histológico ha puesto de manifiesto que se trataba, no de verdaderos papilomas, sino de simples mixomas desarrollados con frecuencia á expensas de la mucosa de los cornetes inferiores. Habitualmente, hase hecho el diagnóstico fijándose en el aspecto exterior del tumor, emanando de ahí la lastimosa confusión creada por algunos autores entre los papilomas y las neoplasias papilares, tan frecuentes en verdad.

Las causas de esta clase de producciones son bastante oscuras; pero es probable que las irritaciones repetidas y duraderas de la mucosa pituitaria no dejen de tener influencia en su desarrollo.

La semejanza de estas nuevas formaciones con los brotes inflamatorios probaría, según los Dres. Cornil y Ranvier, la analogía de su manera de desarrollarse con las otras neoplasias de la mucosa nasal.

No insistiremos sobre los caracteres histológicos de estos tumores, cuya característica anatomo-patológica se halla perfectamente establecida. Son verdaderas asas vasculares, cubiertas de tejido adulto ó embrionario, y de un revestimiento epitelial, pavimentoso en los puntos en que el papiloma se halla expuesto á repetidos frotamientos, y con pestañas vibrátiles como el de la pituitaria en las demás partes.

SÍNTOMAS. — Los síntomas funcionales son los de los pólipos mucosos, variando con el volumen de cada tumor; poco marcados en algunos casos, pueden, en otros, tomar una considerable intensidad.

Los síntomas objetivos se adquieren por la iluminación directa de

la cavidad nasal, que demuestra la existencia de tumores parduscos, ó rojo sombra (Noquet), bastante parecidos á los pólipos mucosos, pero de aspecto mamelonado, muriforme ó enteramente en coliflores. Insertas muy á menudo por un pedículo muy delgado, implántanse ordinariamente en el suelo de las fosas nasales, sobre el tabique ó sobre el cornete inferior y algunas veces sobre los tres puntos al mismo tiempo (Aysaguer).

Su volumen varía desde el de un guisante al de una almendra y hasta de un huevo de gallina (Verneuil); pero su forma es habitualmente irregular, alargada en el sentido antero-posterior, y amoldada á la cavidad que llena más ó menos completamente.

La consistencia de los papilomas es un poco más grande que la de los pólipos mucosos, sangran con facilidad cuando se erosiona su superficie y ocupan generalmente una sola fosa nasal.

El diagnóstico de semejantes producciones no puede establecerse sino por el examen microscópico, porque se parecen clínicamente á las degeneraciones mixomatosas de los cornetes inferiores, siendo esta semejanza la que ha producido la confusión existente entre las dos suertes de neoplasmas.

Los papilomas son generalmente tumores benignos, que pueden, en algunos casos, desprenderse por sí solos durante la acción de sonarse (E. J. Moure) y no recidivando, cuando han sido operados. Una vez, sin embargo, repululó el tumor con una violencia tal, que fué preciso abandonar la enfermedad á sí misma, estando á su vez invadida la lámina cribosa, después de operaciones sucesivas, en las que se practicaron importantes resecciones (caso de Verneuil). He aquí, en nuestro sentir, un hecho excepcional que entenebrece algún tanto el pronóstico de los tumores papilares, si no fuese casi el único en la ciencia.

El tratamiento consiste en extirpar los papilomas con el aprietanudos en frío ó el asa galvánica. Se puede también cauterizar el pedículo ó cortarlo con el cuchillo gálvano-cáustico.

Tumores eréctiles. — Angiomas.

Los tumores eréctiles de las fosas nasales, bien estudiados por Roé, Luc, etc., aunque poco comunes, son, sin embargo, un poco menos raros que lo que se había supuesto hasta el día en que el examen directo ha puesto las bases de un diagnóstico más preciso ó mejor establecido.

Muy á menudo estos neoplasmas, difíciles de percibir, son causa de hemorragias rebeldes á todo tratamiento y susceptibles, á veces, de comprometer la existencia del enfermo por la anemia que determinan (Verneuil, Chiari, Voltolini, Moure, etc.).

La hemorragia es, en efecto, el sintoma que domina la situación, llamando así la atención del enfermo y del médico hacia las fosas nasales.

Al examen se ve, lo más habitualmente en el tabique y en el tercio anterior, un pequeño tumor redondeado, liso, sesil, sobre la mucosa en que está implantado, animado por pulsaciones isócronas con las del pulso, ó también no presentando este fenómeno de un modo manifiesto. El simple toque con el estilete ó con el espéculum, en el momento del examen, basta para ocasionar una epixtasis siempre abundante. El relieve del neoplasma es, en algunos casos, bastante poco pronunciado para que el espéculum aplicado sobre el tabique venga á ocultarlo al ojo del observador, pero revela pronto su presencia por el derrame de sangre que se produce á cada examen.

La hemorragia se hace á veces por chorro isócrono á los latidos cardíacos, y nosotros hemos visto una vez proyectarse la sangre, con bastante fuerza, fuera de la fosa nasal. En tales casos, la pérdida de sangre es siempre muy abundante, y á menudo difícil de cohibir, cuando se ignora su verdadero origen.

El examen directo, por una parte, y la aparición de la sangre durante el examen ó el toque con el estilete, revelan habitualmente el punto de partida del derrame de sangre y su causa acostumbrada.

En otros casos, la existencia de placas eréctiles en el resto del cuerpo (Verneuil) podrá dar una idea de la naturaleza de las lesiones nasales.

Bosworth recomienda la incisión de las paredes que, en los casos de angiomas voluminosos, podría encontrar su aplicación; pero la mejor forma de tratamiento, según nosotros, es la destrucción del tumor con el cuchillo galvánico, calentado al rojo sombra. Si el primer toque es seguido de una hemorragia, no se deberá por eso abandonar la partida, sino, al contrario, continuar las cauterizaciones hasta la completa desaparición del neoplasma. En los casos de tumores voluminosos, la electrolisis podrá también encontrar su indicación.

Adenomas.

Los adenomas, caracterizados por la hipertrofia de las glándulas de la mucosa, constituyen una afección benigna por sí misma. Lo que constituye su gravedad, es su tendencia manifiesta á degenerar en tumor epitelial.

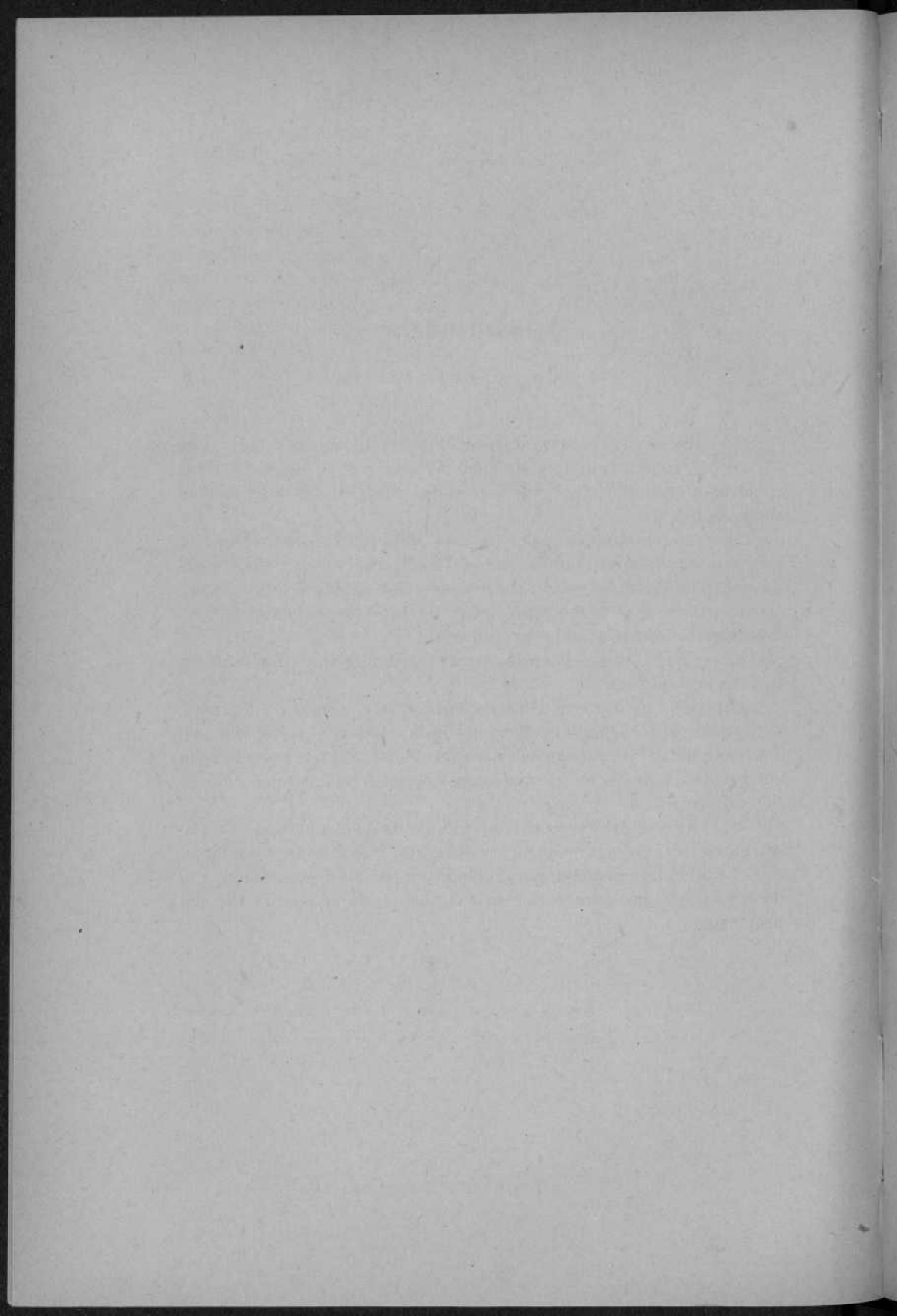
Descritos desde luego por el profesor Robin (1852), estos tumores han sido estudiados de nuevo por el Dr. Pagliari en su trabajo inaugural (1862), quien ha referido una observación debida al Dr. Verneuil.

Al principio, el tumor, liso, igual, de aspecto pardusco, asemeja bastante fácilmente á un pólipó mucoso.

Sin embargo, su consistencia es más fuerte y se aproxima bastante á la del encondroma.

Su marcha es bastante lenta en tanto que el tumor no degenera; pero desde este momento evoluciona con la rapidez del epitelioma, del que tiene todas las consecuencias y los síntomas. En este período de la enfermedad, únicamente el microscopio permite establecer el diagnóstico diferencial.

Por lo demás, éste es poco importante de hacer, porque el tratamiento quirúrgico se impone en los dos casos, y lo más pronto posible. Si se trata de un adenoma, para impedir su posible degeneración, y si de un epitelioma, para evitar su extensión y la generalización del neoplasma.



B. — Tumores malignos.

Sarcomas. — Carcinomas. — Epiteliomas.

De una manera general, puede decirse que los tumores malignos primitivos de las fosas nasales son bastante raros, y su etiología casi tan oscura, al menos, como la de los demás tumores de la misma naturaleza que se desarrollan en otros órganos. Como de costumbre, obsérvanse preferentemente estos neoplasmas en los adultos que pasan de los cuarenta á cuarenta y cinco años, excepto, sin embargo, los sarcomas, que se encuentran muy á menudo en la infancia, y aun en la niñez.

SARCOMAS. — Las sarcomas nacen generalmente en el tabique de la nariz, pudiendo al principio confundirse con los encondromas; pero los síntomas que determinan son aquí un elemento precioso de diagnóstico.

Como lo ha hecho observar Duplay, los sarcomas poseen el triste privilegio de invadir rápidamente las cavidades superiores de las fosas nasales, que no tardan en llenar por entero, y aun á exceder en muchos casos, produciendo entonces deformidades de la cara más ó menos horrorosas.

En este periodo de su desarrollo es difícil, por no decir imposible, reconocer cuál ha sido su punto de partida.

SÍNTOMAS. — Á los síntomas de obstrucción nasal, sobrevenidos casi desde el principio de la enfermedad, se agregan epistaxis abundantes, en el intervalo de las que se derrama, por la ventana correspondiente á la fosa atacada, una secreción moco-purulenta, á menudo saniosa ó caseosa, muy fétida, insípida y repulsiva.

Como siempre que existe un impedimento á la respiración por la nariz, la voz se hace gangosa, el olfato está abolido ó notablemente disminuído.

En fin, el enfermo se queja de violentos dolores de forma neurálgica, que ocupan toda una mitad de la cara ó también la cabeza entera. Estos dolores se presentan generalmente bajo la forma de accesos, que atormentan mucho á los sujetos atacados por tan terrible afección.

Al examen de las fosas nasales, se comprueba la existencia de un tumor al principio simplemente rojo, un poco abolsado, y más tarde ulcerado, pardusco, recubierto de secreción icorosa, pútrida, y sangrando al menor toque con el algodón en rama ó el estilete.



FIG. 168.— Representa un niño de dos años y medio atacado de sarcoma de las fosas nasales, operado por la traqueotomía, y que sucumbió por los progresos del mal. (Observado en el servicio del Dr. Baudrimont, en el Hospital de Niños de Burdeos.)

CARCINOMAS. — Lo que acabamos de decir de los sarcomas, nos dispensa de extendernos largamente sobre los carcinomas, muy á menudo difíciles de distinguir por el examen exterior, de los neoplasmas precedentes. Por lo demás, no pudiendo ser perjudicial en nada para el enfermo un diagnóstico de este género, nos parece ocioso insistir más ampliamente sobre los diversos caracteres microscópicos de estas dos clases de neoplasmas, limitándonos en este respecto á remitir al lector á los tratados de histología. Sin embargo, convendrá recordar que los carcinomas no se encuentran sino en los adultos, y que son mucho más raros que los precedentes, siendo aquí la edad del enfermo un precioso elemento de diagnóstico.

EPITELIOMAS. — Los epitelomas se insertan igualmente en el tabique de la nariz, pero su aspecto no difiere, por decirlo así, del de los pólipos mucosos. Sin embargo, son más rosados, más vasculares en su superficie, y sangran al menor contacto. Además, el neoplasma es habitualmente único, rápida su marcha, así como su extensión a las partes próximas. Las deformaciones que produce, los dolores precoces que determina, la ulceración espontánea del tumor más tarde, con las consecuencias resultantes de esta complicación (epistaxis, secreciones, fetidez, etc., etc.), y la aparición de gangliones submaxilares, vienen pronto a quitar las dudas que se tuvieran en el principio.

Como hemos dicho un poco más arriba, la marcha de estos tumores es rápida, invasora, hasta el punto de que se extienden pronto, no sólo a las fosas nasales, sino también a las cavidades accesorias, a las que deforman en mayor ó menor grado.

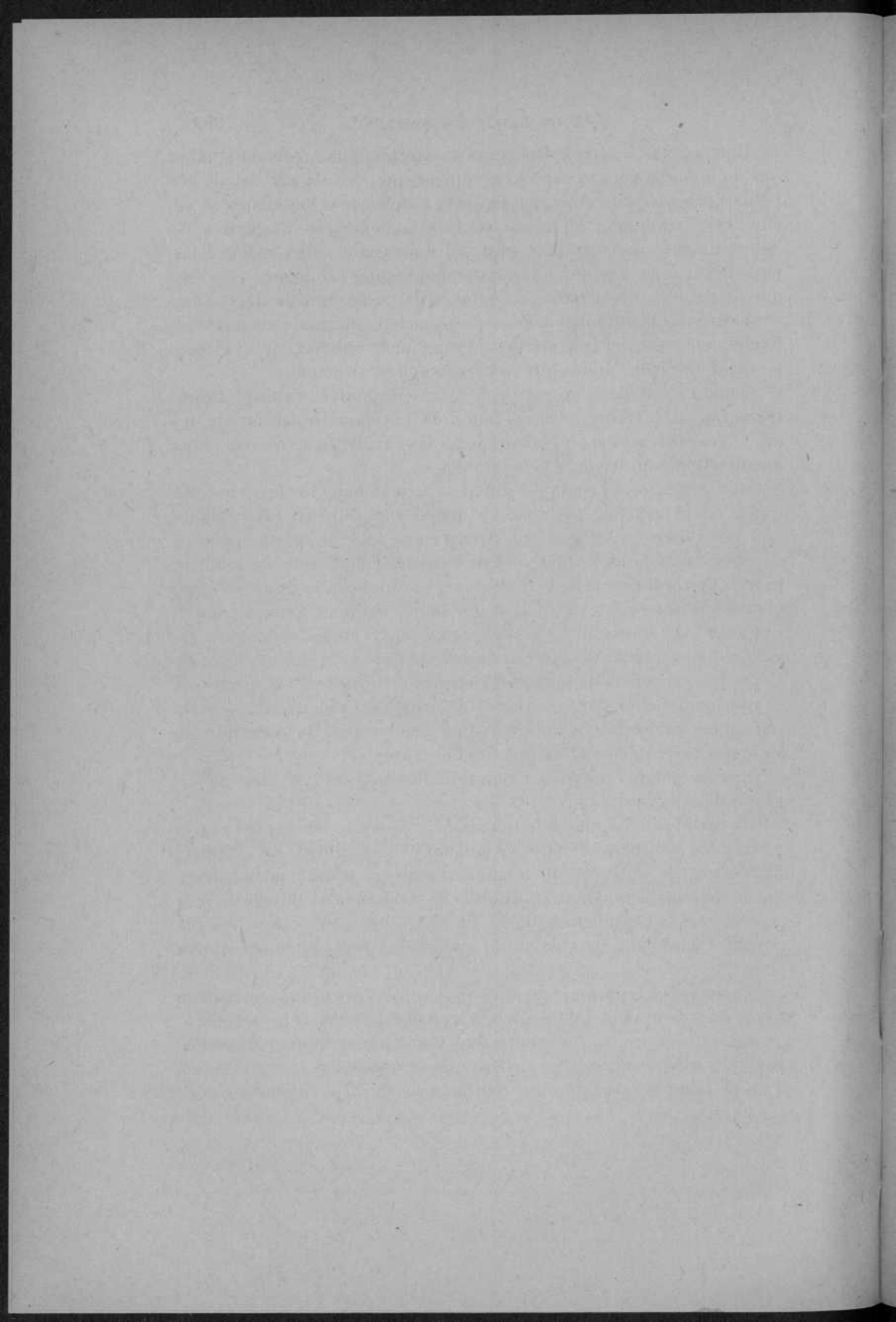
El diagnóstico es siempre difícil. Sin embargo, puede decirse, de una manera general, que siempre que se encuentre en presencia de una producción patológica que nazca en el tabique, parte media ó superior de las fosas nasales, que su consistencia permita desechar la idea de un encondroma ó de un osteoma, y su marcha la de un absceso, podráse pensar en la existencia de un tumor maligno. Pero, cuando el tumor se haya hecho fungoso, se ulcere y tenga brotes, entonces convendrá pensar, antes de hacer el diagnóstico de un tumor maligno, en la posible existencia de un cuerpo extraño, porque, en buen número de ocasiones, las lesiones ocasionadas por la presencia de dichos cuerpos en las cavidades de la nariz, han determinado la aparición de síntomas parecidos en absoluto á los del cáncer.

Los gangliones maxilares ingurgitados apoyarán la idea de un neoplasma maligno.

Es necesario recordar que la presencia de un tejido benigno en la producción morbosa, disminuye mucho su malignidad; así es que el fibro-sarcoma primitivo de las fosas nasales es mucho menos grave que el sarcoma verdadero, y, como lo ha hecho notar Bosworth, más grande será la cantidad de tejido fibroso ú otra producción benigna cuanto menos considerable sea la malignidad del neoplasma que se observa.

El *tratamiento*, puramente quirúrgico, consistirá en una extirpación completa y temprana del neoplasma, con el fin de evitar las recidivas.

En tales casos, no convendrá dudar en hacer amplias aberturas, para poner al desnudo el esqueleto, que se resecará si hay necesidad, á fin de hacer la operación tan completa y definitiva cuanto sea posible hacerla.



Fosas nasales posteriores.

(Cavidad naso-faríngea.)

ANATOMÍA

La cavidad posterior de las fosas nasales es, como lo ha dicho Sappey, una especie de vasta encrucijada que establece ancha comunicación entre las fosas nasales, por una parte, y las vías digestivas y respiratorias, por otra.

Mucho más extensa en el sentido transversal que cada fosa nasal, puesto que se halla dividida por un tabique medio, esta cavidad nos presenta seis caras; una anterior, otra posterior, una superior, otra inferior y dos laterales (derecha é izquierda), simétricas estas últimas.

La anterior está formada, en medio y por arriba, por la parte posterior del tabique; á los lados, por el orificio posterior de las fosas nasales (coanas), y más abajo, por la cara posterior de la parte blanda del velo del paladar.

La parte posterior ó vertical corresponde al eje anterior del atlas y al cuerpo del axis.

La cara superior, ó bóveda, corresponde á la apófisis basilar del occipital; es muy oblicua de arriba abajo y de delante atrás, reuniéndose con la pared posterior con un ángulo de cerca de 130°. Cuando se echa fuertemente la cabeza hacia atrás, esta pared se hace casi vertical, y se continúa por la cara posterior.

La pared inferior se forma con la cara superior del velo del paladar por delante, y atrás se encuentra el orificio que hace comunicar las fosas nasales con la parte posterior de la garganta.

Las caras laterales están igualmente verticales y separadas de la pared posterior por un verdadero surco, más ó menos pronunciado, según los sujetos, llamado foseta de Rosenmüller.

Un poco más adelante, y en el mismo plano, se encuentra el orificio

faringeo de la trompa de Eustaquio, cuya abertura, que tiene habitualmente un diámetro de cerca de medio centímetro, mira un poco más abajo y hacia dentro; se encuentra en la prolongación del cornete inferior á la misma altura y á una distancia de cerca de 10 á 15 milímetros de la parte posterior de este último.

El orificio tubariò está separado de la foseta de Rosenmüller por la porción fibro-cartilaginosa de la trompa (pared postero-superior), que, rudimentaria en el niño, forma, al contrario, en el adulto y en el anciano un relieve bastante considerable. El labio anterior, menos saliente, se confunde casi con la pared lateral de la faringe.

Esta última ofrece importantes relaciones con la arteria carótida, la vena yugular, los nervios grande hipogloso, glosio-faringeo y el simpático, situados todos en el triángulo formado por el pterigoideo interno hacia fuera, la faringe por dentro y la columna vertebral por detrás.

MUCOSA.—La mucosa que tapiza la faringe nasal se continúa por la parte posterior con la de la faringe y por delante con la del velo del paladar y la pituitaria, difiriendo de ésta, sin embargo, por su espesor más igual y por la existencia de folículos cerrados, aglomerados principalmente en la proximidad de la trompa de Eustaquio, de la foseta de Rosenmüller y, sobre todo, de la pared superior de la bóveda. Á este nivel, los folículos son de tal modo numerosos, que se les ha designado, con razón, con el nombre de amígdala faríngea (Robin, Kölliker), ó glándula de Luschka, nombre del autor que ha dado una excelente descripción.

Con el Dr. Mégevand consideramos la tonsila faríngea como un órgano particular, que tiene su patología independiente. En el estado normal, esta glándula aparece bajo la forma de mamelones separados por los surcos antero-posteriores, simétricamente dispuestos en cada lado de la línea media y que divide dicha amígdala en muchos lóbulos, tres según Trautmann, cuatro según Robin, ó en número variable, según nosotros. Estos surcos, más ó menos profundos, dan bastante bien la idea del cerebelo (Mégevand) donde se ven láminas que se abren bajo la forma de lonjas finas, según la profundidad del surco que las separa.

La tonsila faríngea tiene un tinte rosado claro, á veces amarillento, y se halla nutrida por los vasos, cuya existencia en esta región acabamos de señalar.

Veremos, en el transcurso de nuestro trabajo, que la hipertrofia de este tejido puede producir accidentes bastante graves, que no han sido bien descritos hasta estos últimos años.

El epiteio de la mucosa, vibrátil en la proximidad de las trompas, hácese pavimentoso en todo el resto de la cavidad.

En la parte posterior de la amígdala faríngea se encuentra una depresión descrita al principio por F. J. C. Mayer, después por Luschka, Ganghofner, Tortual, etc., bajo el nombre de bolsa faríngea. Su orificio, alguna vez redondo, más á menudo un poco alargado en el sentido transversal, tiene de 2 á 5 milímetros de diámetro; su cuerpo se hincha, su fondo se termina en punta en el periostio de la apófisis basilar, que presenta á menudo á este nivel una ligera depresión. Su profundidad es de 8 á 10 milímetros en el adulto, y de 4 á 5 en el niño. Su pared está constituida por una membrana celulosa con fibras elásticas subepiteliales; por fuera de esta capa existe el tejido reticulado con algunos folículos raros y de muy pequeña dimensión en el niño (1).

El Dr. Mégevand que ha consagrado, según Tornwaldt, un excelente trabajo al estudio de esta cavidad, añade que, cuando se oprimen sus paredes, se hace salir un líquido moco-purulento, amarillo, diferente de la secreción viscosa más clara que tapiza el orificio de las trompas ó las fosetas.

VASOS Y NERVIOS. — Las *arterias*, poco considerables, vienen de la faríngea ascendente, de la pterigo-palatina y de la maxilar interna.

Los *nervios*, raros y delgados, vienen, los de la parte superior, del quinto par, los de las paredes laterales, de los glosio-faríngeos y de los pneumo-gástricos.

Los *vasos linfáticos*, más desarrollados y más numerosos que los de la mucosa de las fosas nasales, se reúnen en dos ó tres troncos principales para desembocar en un ganglio bastante voluminoso situado en los lados, algo más atrás del músculo constrictor de la faringe (Sappey).

(1) La formación de la bolsa faríngea se comprende fácilmente si se recuerda el desarrollo de la faringe y de la base del cráneo. En los embriones de mamíferos y en el instante en que va á comenzar la flexión craneana, se ve el fondo superior de la faringe en divertículo hueco, á través de la base del cráneo, hacia el cerebro. Esta prolongación pasa entre la parte esfeno-etmoidal y la parte esfeno-occipital, que, poco desenvueltas todavía, y sin conexión entre sí, apenas se marcan por un ligero espesamiento del tejido fibroso que limita la cavidad craneana. La mencionada cuerda es en este punto tangente á la pared posterior del divertículo-faríngeo, que, un poco más abajo de su extremidad, tiene un botón hueco destinado á formar, según Seeseele, la tonsila faríngea. Se ha notado esta disposición en algunos embriones de conejos entre el octavo y décimo día, y por Kölliker, en un embrión humano de cuatro semanas. Un poco más tarde, el esfeno-etmoidal y el esfeno-occipital se desarrollan el uno hacia el otro y se unen. Entonces, la parte superior del divertículo faríngeo está incluida en la cavidad craneana, donde forma la hipófisis (porción linfóidea del cuerpo pituitario); la parte inferior constituye la bolsa faríngea. ¿Qué hace la parte de la prolongación comprendida entre la bolsa hipofisaria y la bolsa faríngea? ¿Desaparece por completo? ¿Quedan vestigios de ella en el espesor de la apófisis basilar? Á tal conclusión tienden los trabajos de Landzert, que ha encontrado en el esfenoides del recién nacido un canal estrecho, resto probable de la porción intermedia del divertículo faríngeo-hipofisario (Tomado del trabajo del Dr. E. Tódenat sobre las vegetaciones adenoideas, París, 1885)

FISIOLOGÍA. — No nos extenderemos con amplitud en la fisiología de las fosas nasales, porque es inútil volver sobre semejante materia; limitémonos sencillamente á decir que la parte anterior de la pared inferior, el velo del paladar, juega un papel importante en el acto de la deglución, impidiendo por su contracción que los alimentos sólidos, y los líquidos principalmente, refluyan á la cavidad naso-faríngea. Durante la fonación, el velo del paladar ejecuta igualmente variados movimientos, según las letras y las sílabas que se pronuncian.

Por último, esta pared de la cavidad naso-faríngea juega un papel importante en la emisión de la voz cantada, cuyo timbre modifica, según la manera como aquélla se contrae.

Enfermedades de la cavidad naso-faríngea.

Catarro agudo.

(Adenoiditis aguda.)

DEFINICIÓN. — Llámanse así la inflamación aguda de la mucosa naso-faríngea y particularmente del acúmulo de folículos cerrados que constituyen la amígdala faríngea.

ETIOLOGÍA. — Las diferentes causas susceptibles de producir la inflamación aguda de la pituitaria, podrían citarse aquí. Así es que se observa á menudo el catarro agudo de la faringe nasal, á consecuencia de variaciones bruscas de temperatura, de enfriamientos. Del mismo modo se ve sobrevenir esta afección en el curso y al principio de ciertas fiebres eruptivas (escarlatina, sarampión, fiebre tifoidea). El doctor Mégevand lo ha observado en la neumonía, la pielonefritis y en la tuberculosis aguda.

SÍNTOMAS. — Cuando la amígdala faríngea está poco desarrollada, en general, en los adultos, los síntomas del catarro agudo naso-faríngeo se confunden muy á menudo con los del coriza ó de la faringitis bucal que le acompañan; sin embargo, también en estos casos el enfermo se da muy fácilmente cuenta de que los fenómenos de escozor ó de molestia proceden de las fosas nasales posteriores, de donde se derrama la secreción glerosa, á menudo abundante al principio, no siendo raro observar entonces, entre los síntomas funcionales, cefaleas posteriores, dolores en la nuca, más ó menos violentos según la inflamación, pesadez de cabeza, una sensación de plenitud, con ó sin zumbidos de

oídos (ruido de mar, de mariscos), si los labios de la trompa están hinchados ó éstas obstruidas.

En el niño, que tiene amígdalas faríngeas, los fenómenos generales pueden ser mucho más marcados. No es tampoco muy raro ver anunciarse el principio de la enfermedad por un violento escalofrío, cansancio, anorexia, en una palabra, todos los signos que caracterizan la amígdalitis aguda, con la diferencia de que el examen directo revela, ó la integridad ó una simple coloración roja difusa de la parte posterior de la garganta, no explicando la reacción general.

En estos casos, los fenómenos locales tienen habitualmente una importancia capital que es bueno conocer para llegar á establecer un diagnóstico preciso. Son, por lo pronto, desórdenes respiratorios por parte de las fosas nasales; el niño, que habitualmente dormía con la boca cerrada y sin sufrimiento alguno, experimenta *rápidamente* un romadizo más ó menos marcado, según la intensidad de la flegmasia y el volumen de la amígdala inflamada. Resulta de este estado un sueño agitado, á menudo también verdaderos accesos de tos, pudiendo llegar hasta la laringitis estridula (Ragoneau). Por el hecho de la inflamación de la mucosa naso-faríngea, la voz se hace gangosa, pastosa; y la mayor parte del tiempo tales desórdenes funcionales están acompañados de dolores de oídos siempre vivos, con zumbidos y sordera, uní ó bilateral, según los casos. Dichos fenómenos son tanto más marcados, cuanto la amígdala faríngea está más atacada, ó los labios de la ó de las trompas de Eustaquio participan más de la hiperhemia de la región.

El examen del oído en este periodo revela la existencia de una congestión bastante intensa de la caja, con ó sin exudación, según la intensidad del movimiento fluxionario.

Los síntomas suministrados por el examen directo consisten en una rubicundez y una hinchazón siempre muy pronunciadas de la región inflamada, no siendo raro ver la cara posterior del velo del paladar con la inflamación general de la mucosa de la faringe nasal.

El Dr. Mégevand, en su excelente trabajo sobre las enfermedades de la bóveda de la faringe (1887), afirma también haber observado sobre la mucosa de la naso-faringe ulceraciones catarrales que ocupan habitualmente la bolsa faríngea ó sus paredes. Este autor ha encontrado constantemente dicha región hiperhemiada y más ó menos tumefacta; así que dice se trataba entonces de erosiones superficiales, limitadas á la mucosa, más bien que de verdaderas ulceraciones. Por lo demás, semejante hecho no tiene nada de sorprendente, sabiendo que hemos encontrado estas mismas ulceraciones catarrales en la faringe y en la laringe.

En el niño, sucede muy á menudo que el diagnóstico del catarro

agudo, verdadera adenoiditis, no se hace y que la atención se dirija principalmente á los oídos, tratando de calmar los dolores por varios medios.

MARCA. — DURACIÓN. — TERMINACIÓN. — La marcha del catarro agudo naso-faríngeo es la de las inflamaciones agudas en general; la fiebre, efímera, no existe habitualmente sino al principio y en el período de estado. Salvo una complicación, no dura más allá de dos ó tres días. Después de este espacio de tiempo, todo entra paulatinamente en orden, la fatiga respiratoria por la nariz desaparece la última, y no es raro tampoco verla persistir cuando los niños han tenido numerosas series de adenoiditis agudas. No es dudoso que se trate entonces de una verdadera hipertrofia patológica, análoga á la de las amígdalas bucales, después de muchos brotes inflamatorios. Muy á menudo se ve el catarro agudo de repetición terminarse en los niños por una otitis media aguda supurada con perforación transitoria, ó permanente (otorrea), de la membrana del tímpano. He aquí una complicación bastante importante para merecer la atención del médico encargado. Otras veces, la afección da lugar al catarro crónico de esta región.

DIAGNÓSTICO. — Es ordinariamente fácil si se piensa en la presencia de la amígdala faríngea y en su importancia patológica. La existencia de un romadizo, sin los signos de un coriza agudo ordinario, de cefalea posterior, de zumbidos con dolores de oídos, todo acompañado de fenómenos generales, debe hacer pensar en una inflamación aguda de la faringe nasal, toda vez que, sobre todo, el examen de la parte posterior de la garganta y de las fosas nasales anteriores no permite explicar los fenómenos que se observan.

PRONÓSTICO. — Es habitualmente benigno, terminando la dolencia por resolución ó por su paso al estado crónico. Sin embargo, no deben pasar inadvertidos los casos en que el tímpano se perfora y ocasiona una otorrea. Pues, en tales casos, deben traerse á la memoria las sabias palabras del Dr. Trösch, que dice: «El pronóstico de la otorrea es grave, porque no se sabe nunca cuándo ni cómo concluirá.»

TRATAMIENTO. — El tratamiento del catarro agudo naso-faríngeo será, ante todo, local y antiflogístico; sin embargo, podrá ser útil, en ciertos casos, administrar al principio una dosis de sulfato ó de bromhidrato de quinina, apropiada á la edad de cada enfermo.

Localmente, el mejor medio para combatir la flegmasia es, sin contradicción, la fumigación, que se hará dos ó tres veces por día du-

rante cuatro ó cinco minutos cada una. Á nosotros nos da buenos resultados, en semejantes casos, la fórmula:

Plantas aromáticas	80 gramos.
Cabeza de adormideras	Núm. 1.

para un litro de agua hirviendo, á la que se agrega cada vez, en el momento de hacer la fumigación, una cucharada de las de café de la siguiente solución:

Eucaliptol	2 gramos.
Mentol	5 —
Alcohol puro	150 —
Esencia de gaulteria	v gotas.

En el adulto, algunas vaporizaciones retronasales hechas con agua boricada ó boratada calientes, podrán igualmente ser muy útiles. Si hubiese dolores de oídos, se les tratará con revulsivos en las regiones mastoideas (tintura de iodo, vejigatorios volantes) y las instilaciones calmantes, entre las cuales puede colocarse, en primer lugar, la glicerina fenicada, con ó sin atropina, según la naturaleza y la intensidad de la congestión ó de la inflamación de la caja.

Si la afección pasa al estado crónico, ó tiende á reproducirse muy á menudo, convendrá no dudar en practicar, en el intervalo de la crisis, el raspado de la cavidad naso-faríngea, el cual tendrá por objeto suprimir el tejido que tenga tendencias á inflamarse.

Catarro naso-faríngeo crónico.

(Catarro de la bolsa faríngea.)

DEFINICIÓN. — Describimos, bajo la denominación de catarro naso-faríngeo crónico, la inflamación generalizada ó localizada de la mucosa retronasal.

La definición precedente basta para establecer que nosotros describiremos en este capítulo la afección sobre la cual Tornwaldt ha llamado la atención en 1885, y que ciertos autores llaman, desde esta época, enfermedad de Tornwaldt. Las investigaciones anatómicas han permitido, en efecto, establecer la identidad del tejido que constituye el recessus medio de la faringe y el resto de la mucosa de dicha región.

ETIOLOGÍA. — Las causas susceptibles de producir el catarro naso-faríngeo son las mismas que las que determinan las inflamaciones catarrales en general. Podemos dividir las en *predisponentes* y *ocasionales*.

Debemos, por lo pronto, mencionar entre las primeras la diátesis estrumosa; el artrismo y el alcoholismo serán también, según ciertos autores, causas predisponentes del catarro naso-faríngeo. Del mismo modo, algunas fiebres eruptivas, y particularmente el sarampión y la escarlatina, podrán ocasionar la aparición de la inflamación crónica de la parte posterior de las fosas nasales. Si el sexo no parece jugar un papel muy importante en esta etiología á veces compleja, merece, por el contrario, tenerse en cuenta la edad de los enfermos. Preferentemente en los niños, es, en efecto, muy común el catarro naso-faríngeo; un poco menos frecuente en la adolescencia, se encuentra todavía muy á menudo en el adulto.

Entre todas las causas, la que parece tener una influencia real sobre la aparición de la dolencia es la humedad. En Inglaterra y en América, y en este país especialmente, el catarro naso-faríngeo sería muy frecuente, en opinión de la mayor parte de los autores; pero hoy que

la enfermedad se halla mucho mejor conocida, puede afirmarse que es muy común en Francia, y probablemente en todos los países algún tanto húmedos.

Las causas ocasionales del catarro naso-faríngeo son de muchos órdenes; á menudo se desarrolla por la propagación de la inflamación crónica de la mucosa de la faringe bucal ó de la que tapiza las fosas nasales, como se observa en el coriza crónico simple, en el coriza atrófico, etc., etc. Otras veces, es la aspiración de polvos ó vapores irritantes suspendidos en el aire la que producirá el catarro. Y evidentemente, á esta última causa deberá atribuir tal estado morbozo, en los torneros en cobre, los albañiles, y, en general, en todos los obreros que trabajan en medio de vapores pulverulentos irritantes. Se puede asimismo recriminar, al parecer con razón, al tabaco, el cual ejercería sus perniciosos efectos, sobre todo en los fumadores de cigarrillos que tienen la costumbre de arrojar el humo á través de la nariz.

El estado del aire atmosférico influye igualmente en la producción de la enfermedad, y se observa una recrudescencia del catarro retro-nasal cuando existen nieblas espesas y persistentes.

SÍNTOMAS. — Distingúense dos formas perfectamente definidas: una húmeda, en la que la secreción es abundante y constituye la forma infantil, y la otra seca, con secreciones espesas y costrosas, que se encuentra especialmente en el adulto. El primer síntoma del catarro naso-faríngeo lo representa una sensación desagradable en la cavidad posterior de las fosas nasales, limitada á un punto que no pueden determinar bien los enfermos, pero que lo localizan á veces detrás del velo del paladar. Ora es una especie de sequedad, un cosquilleo desagradable, ya la sensación de mucosidades líquidas que caen desde las fosas nasales posteriores á la faringe bucal.

La acumulación de secreciones en la faringe ó en la cavidad naso-faríngea provoca una incesante necesidad, en el sujeto atacado, de desembarazar la parte posterior de la garganta de un estorbo que le atormenta, lo que hace, por lo demás, con gran trabajo. En los casos ligeros, es un simple «hem» análogo al de la faringitis granulosa; otras veces, al contrario, son esfuerzos violentos, seguidos, en algunos casos, de vómitos, á continuación de los cuales el enfermo expulsa un poco de moco blanquecino, opalino, siempre viscoso, algo desecado y que tiene á veces la forma de las partes á las que ha estado moldeado (fosetas de Rosenmüller, orificio de las trompas, bolsa faríngea, etc.). No es raro, preferentemente en los niños, encontrar una secreción más líquida, de aspecto amarillento, moco-purulenta, que cae hasta la entrada del esófago, y que tragan la mayor parte de las veces.

Todos estos síntomas, y, sobre todo, la necesidad de desembarazar

la parte posterior de la garganta, se marcan mucho por la mañana al despertar, habiendo facilitado la posición horizontal el acúmulo y la desecación de los productos durante el sueño. Entonces se presentan las náuseas y los vómitos de que acabamos de hablar; la secreción expulsada aparece á veces estriada de sangre ó ligeramente oscurecida, como las de los pulmoniacos.

Si el catarro naso-faríngeo es algún tanto intenso, no es raro observar cefalalgia ó dolores en la nuca que preocupan vivamente á ciertos enfermos. Cuando la inflamación ataca la cara posterior del velo palatino, se comprueba cierta especie de gangrena. En fin, es bastante habitual ver á los enfermos quejarse de sordera y de zumbidos (ruido de mariscos, del mar ó del viento en las hojas), debidos á la inflamación del orificio de las trompas de Eustaquio ó de estos mismos conductos.

Puede asimismo suceder que despidan cierto olor parecido al del ozena, del que no tiene ni la intensidad, ni la fuerza de penetración; es más bien una exhalación un poco fuerte, insípida, que no realmente fétida.

EXAMEN. — Si se practica el examen del enfermo deprimiendo la lengua, se encontrará, en general, tapizada la faringe de mucosidades, de las que ya hemos hablado. Ora lisa, unida, como barnizada, encontraremos esta pared en otros casos recubierta de mucosidades viscosas bastante abundantes. Á menudo también se verán granulaciones y venas varicosas que surcan la mucosa más ó menos turgente é hiperhemiada. El examen con el espejo rinoscópico permitirá reconocer que las secreciones mencionadas llegan hasta la bóveda basilar, y que el orificio de las trompas y las fosetas de Rosenmüller están particularmente llenas de concreciones mucosas ó purulentas. Si el catarro se limita á este recessus medio (bolsa faríngea), se encontrarán entonces, con bastante claridad, los caracteres descritos por Tornwaldt, es decir, limitada la secreción alrededor del orificio, dispuesto en corona, ó saliendo de dicho fondo de saco. En algunos casos será útil, para juzgar mejor acerca del sitio y de la extensión de tales lesiones, emplear el elevador del velo. (Véase *Rinoscopia posterior*, pág. 33.) Los dos labios de la bolsa más ó menos tumefactos estarán, según la intensidad del proceso inflamatorio, rojos y granulados ó, por el contrario, pálidos y bastante lisos. Si se limpia la superficie de la faringe, sea con el porta algodones, bien por medio de una inyección, la mucosa aparece congestionada en algunos puntos y sangrando fácilmente al menor contacto.

Otras veces, aunque la secreción sea muy abundante y francamente purulenta, el examen rinoscópico anterior ó posterior no revela

la existencia de ninguna lesión apreciable; entonces el tratamiento mejor dirigido y más regular no llega á curar á los enfermos. Se trata probablemente entonces de una inflamación de la mucosa que tapiza los senos esfenoidales, como lo he podido ver muy á menudo y ha demostrado el Dr. Mégevand en sus investigaciones anatómo-patológicas. En otros casos, las lesiones se originan en las células etmoidales posteriores ó en las otras cavidades accesorias.

En fin, no es raro encontrar hipertrofias glandulares que ocupan la cara superior del velo del paladar ó la extremidad superior de los cornetes inferiores.

DIAGNÓSTICO. — El diagnóstico del catarro naso-faríngeo es fácil, pero el médico debe dedicarse á establecer si la inflamación es primitiva ó no es sino consecuencia de otra afección. Las vegetaciones adenoides, en efecto, pueden dar lugar á los mismos síntomas que el catarro naso faríngeo simple. El examen rinoscópico posterior, ó por lo menos el tacto digital, permitirán establecer un diagnóstico exacto. La sífilis puede también determinar el catarro naso-faríngeo, pero existen entonces, al mismo tiempo, placas mucosas ulceradas ó no, y un conjunto de otros síntomas (adenopatía submaxilar, rubicundez de la faringe, placas bucales, erupciones cutáneas, etc.), que no permitirán la menor duda.

Igualmente, el examen rinoscópico anterior hará eliminar las afecciones de las cavidades nasales, de las que el catarro naso-faríngeo suele no ser más que una complicación completamente accidental.

En cuanto á saber si el catarro está generalizado ó, por el contrario, limitado al recessus faríngeo, el examen directo permitirá únicamente establecer el hecho con certidumbre. Bastante á menudo podremos ver salir por este orificio algunas mucosidades espesas (Luc, Moure, etc.) y aun adherentes.

Los catarros crónicos del seno esfenoidal ofrecen alguna semejanza con el catarro naso-faríngeo simple; ya veremos más adelante por medio de qué signos se podrán diferenciar ambas afecciones

COMPLICACIONES. — La inflamación de la mucosa retranasal puede extenderse por propagación, no sólo á las trompas de Eustaquio, sino también por estos conductos al oído medio, y determinar una sordera más ó menos considerable. Sobre todo en los niños, se ve sobrevenir tal complicación, cuya consecuencia es la aparición en la caja de brotes congestivos que producen dolores de oídos, siempre intensos, y á menudo también la formación de abscesos y la perforación de la membrana del tímpano. En el adulto, se ve aparecer á veces una serie de reflejos, sobre los cuales habremos de volver en otro capítulo.

MARCHA. — PRONÓSTICO. — La dolencia que acabamos de estudiar es esencialmente crónica y de una tenacidad notable para desanimar al médico y al enfermo. Depende principalmente su gravedad de los desórdenes funcionales que determina por parte del oído ó de la laringe, y, por tales títulos, no merece descuidarse. Si la afección no ataca sino los orificios de las trompas, quedará un sencillo inconveniente para el individuo atacado, quien no tendrá entonces más que la molestia de necesitar limpiar siempre la parte posterior de su garganta y de expulsar las mucosidades que allí se encuentran acumuladas.

Si necesita hacer uso de la voz (cantantes, oradores, profesores, etcétera, etc.), podrá, por este hecho, experimentar una fatiga bastante considerable, motivada por la frecuente extensión de la flegmasia retro-nasal á la mucosa vocal.

TRATAMIENTO. — El tratamiento debe ser general y local: el primero se dirige á la constitución del enfermo (escrófula, artrismo), y se emplearán los medios apropiados.

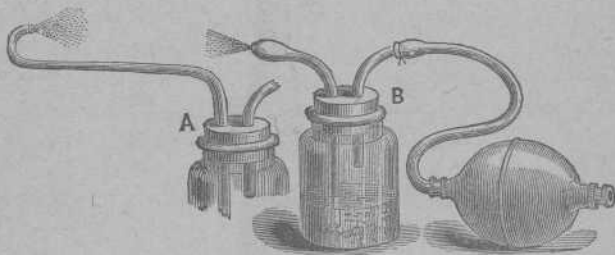


Fig. 169. — Pulverizador con embudo retronasal adaptado al frasco A.

El tratamiento hidro-mineral (sulfuroso ó arsenical), el humaje nasal y la permanencia en las orillas del mar, constituyen unos recursos terapéuticos que podrán usarse con algunas ventajas.

En los casos de inflamación crónica, especialmente en las formas secas y generalizadas, si no existe más que una hinchazón de la mucosa, sin ningún relieve granuloso y sin recessus medio aparente, el tratamiento local deberá consistir en irrigaciones detersivas alcalinas. En este orden de ideas, el bicarbonato ó el borato de sosa, el clorato de potasa, el cloruro de sodio ó el ácido bórico, á la dosis de una cucharada de las de café para medio litro de agua tibia, llenan perfectamente el objeto que se busca. Si las secreciones son moco-purulentas y espesas, deberá hacerse uso de líquidos antisépticos (ácido fénico, resorcina, etc.).

Mas no debe limitarse todo á esto, porque el tratamiento, para ser

eficaz, debe llegar directamente á la cavidad naso-faríngea. De modo tal, que las duchas, gargarismos ó pulverizaciones retronasales constituirán un excelente método de tratamiento en las formas secas y en los casos en que puedan los enfermos usarlas con facilidad (adultos). En las formas exudativas, el tratamiento seco por los polvos: aristol,

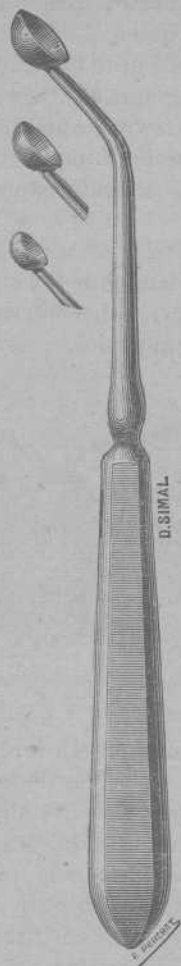


FIG. 170. — Cucharillas naso-faríngeas.

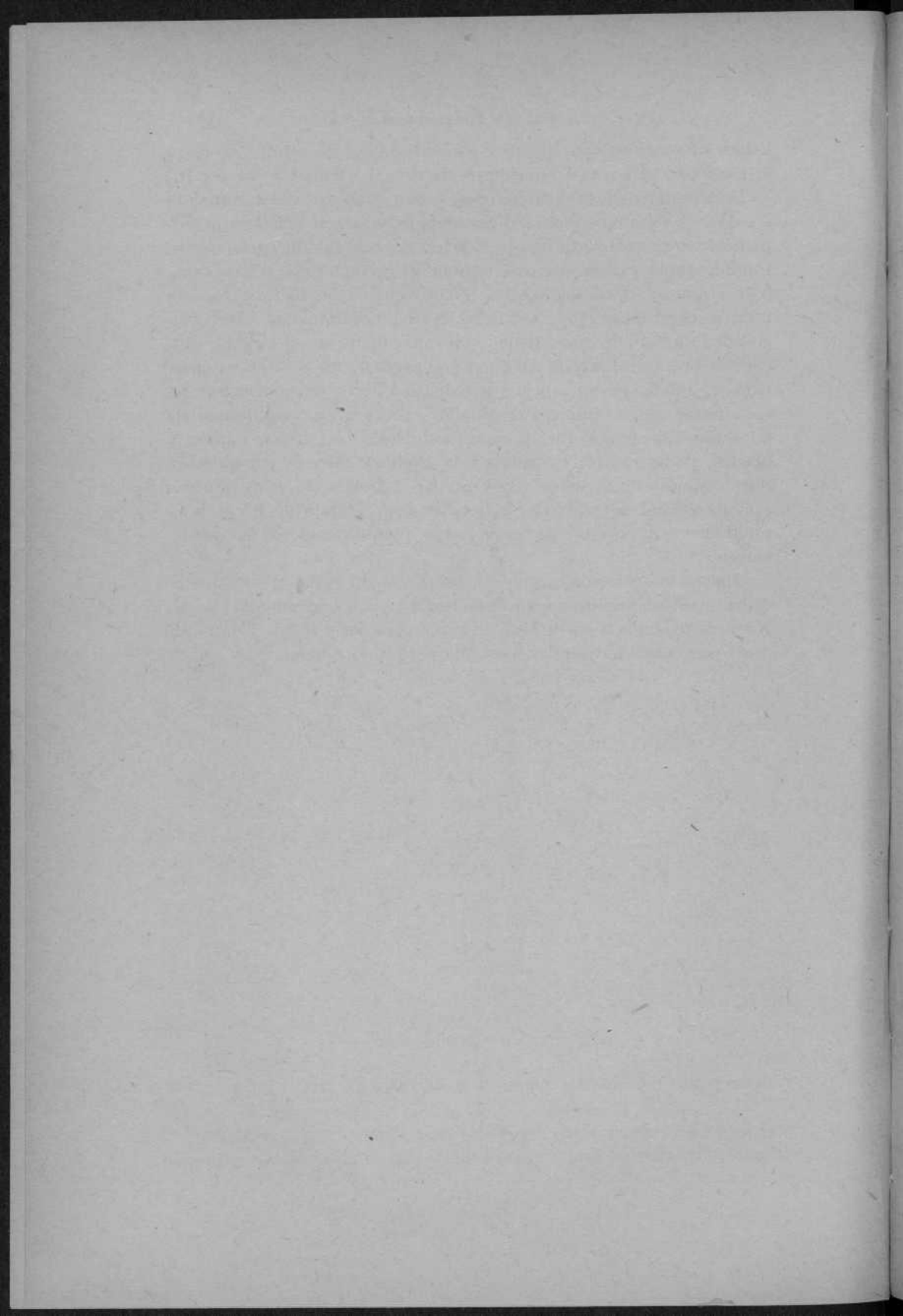
ácido bórico, bórax, etc., etc., ha dado igualmente muy buenos resultados.

También es conveniente, cada seis ú ocho días, hacer un embadurnamiento directo con el porta-algodones, impregnado de soluciones

iodadas fuertes al 1 por 5 ó al 1 por 3 (Ruault); de nitrato de plata al 1 por 10 ó al 1 por 5, ó de cloruro de zinc al 1 por 20 ó al 1 por 10.

En los catarros de la bolsa faríngea, se han aconsejado sucesivamente los lavados y cauterizaciones directas de la bolsa con cáusticos más ó menos enérgicos, nitrato de plata, ácido crómico, ácido tricloracético fundido en la extremidad del estilete. El galvanocauterio hace también preconizado, contando cada uno de estos medios éxitos bastante numerosos en su activo. Pero todos estos procedimientos, excelentes en buen número de casos, tienen el inconveniente de ser largos y difíciles en su empleo; exigen, por parte del operador, una práctica extensa, para ir, guiado por el espejo rinoscópico, á llevar hasta el fondo de saco retronasal los tópicos destinados á cauterizarlo, resultando de tales consideraciones que, á ejemplo de los Dres. Lubet-Barbon y Martin, preferimos el raspado de la cavidad enferma y la ablación pura y simple de la bolsa secretora. La operación es relativamente sencilla y fácil de practicar, y tiene la gran ventaja de librar muy rápidamente al enfermo de las molestias producidas por el catarro faríngeo

Hácese la operación, según los casos, con el instrumento que se utiliza para las vegetaciones adenoideas ó con un instrumento lateral. Nosotros tenemos la costumbre de hacer preceder y seguir la cura, de una ducha nasal antiséptica, boricada por punto general.



Sífilis naso-faríngea.

La sífilis puede atacar las fosas nasales posteriores, en sus diferentes períodos.

CHANCRO. — La inoculación de la sífilis es generalmente la consecuencia de maniobras practicadas en la faringe nasal con instrumentos contaminados; de suerte que la existencia del chancro en esta región puede considerarse producida por un práctico sucio, poco cuidadoso de su persona y de sus instrumentos. En efecto: se comprende que un dedo, una sonda de cateterismo de la trompa de Eustaquio, atacados por el virus sífilítico, ó un estilete, puedan determinar el accidente primitivo. Así es como se realiza el contagio casi siempre, en los casos en que se practica el cateterismo de la trompa de Eustaquio, y sobreviene más tarde la inoculación venérea.

El chancro de la parte posterior de las fosas nasales, aunque acompañado de síntomas funcionales particulares (romadizo, gangueo, cefalalgia gravativa, ingurgitación ganglionar, á menudo intensa, etc.), no se reconoce ó se sospecha habitualmente hasta que se presentan los síntomas secundarios.

Si se dirige la atención hacia esta parte mientras la evolución del accidente, no es dudoso encontrar aquí los síntomas objetivos del chancro de la amígdala ó de las fosas nasales.

Una particularidad bastante interesante de semejante variedad de chancro cefálico es su averiguada malignidad y los fenómenos infecciosos que resultan. En uno de los casos observados en mi práctica, el enfermo, muy anciano, fué contaminado por su médico á consecuencia de un cateterismo sucio; la infección fué tal, que los ganglios submaxilares y occipitales se hicieron tan voluminosos que impedían la masticación, estallando, además, los accidentes con una violencia tan

grave, que produjo, en algunos meses, la muerte del enfermo por caquexia (1).

Es preciso agregar, sin embargo, que todos los casos de contagio naso-faríngeo no son tan graves como el que acabamos de referir.

ACCIDENTES SECUNDARIOS. — No es raro ver, en este período de la sífilis, atacar las manifestaciones á la amígdala faríngea y producir lesiones iguales á las observadas en las amígdalas bucales (Moure y V. Raulin, Seifert). Así, encuéntrase, ora la hipertrofia sífilítica simple, ora placas mucosas más ó menos erosivas. Tales accidentes no se distinguen más que por su sitio especial y los accidentes de vecindad (catarros tubarios, otitis medias, secundarias) que ocasionan.

ACCIDENTES TERCIARIOS. — Es bastante frecuente ver á la sífilis limitar sus accidentes á la faringe nasal y, principiando por el tejido linfoideo, producir vastas ulceraciones destructoras, que se extienden hasta la faringe bucal. Esta clase de lesiones tradúcense por los signos habituales del coriza diatésico, el romadizo muy rápido, acompañándose de gangueo, á menudo también de cefáleas posteriores, dolores de la nuca, desórdenes auriculares, de la deglucion, reflujo de los líquidos por la nariz, si está invadido el velo del paladar, etc.

Á estos síntomas del principio viene á unirse una secreción mucopurulenta, saniosa, que el enfermo arroja con dificultad de su faringe nasal, ó sonándose. El aliento se hace fétido, y si la afección no se refrena merced á un tratamiento apropiado, la ulceración se extiende en superficie, ganando las fosas nasales y la faringe, creciendo al mismo tiempo en profundidad, hasta el punto de que, en algunos casos, ha podido destruir el cuerpo de las vértebras y ocasionar graves accidentes. He visto morir un enfermo con mucha rapidez, á causa de una hemorragia resultante de la abertura de la carótida interna por ulceración sífilítica, desarrollada primitivamente en la faringe nasal.

Reconócense las manifestaciones terciarias en los signos habituales de las lesiones sífilíticas. Es decir, en el período gómico aparece la mucosa de un color rojo sombra, infiltrada, y el velo del paladar, que participa ordinariamente de las manifestaciones sífilíticas, está siempre tumefacto y en parte inmovilizado. No es raro tampoco ver este último perforado por la ulceración, en el momento de la destrucción gomosa. En dicho período se encuentran pérdidas crateriformes de sustancia, talladas en el espesor de los tejidos, con bordes salientes, cortados á pico. Por lo demás, se puede decir, sin temor á parecer exa-

(1) Es bueno añadir también que el tratamiento específico, muy mal tolerado, no se aceptó sino con una parsimonia lastimosa por el enfermo y por los asistentes.

gerados, que la mayor parte de las ulceraciones profundas de la pared faríngea son de naturaleza sífilítica, y deben tratarse como tales.

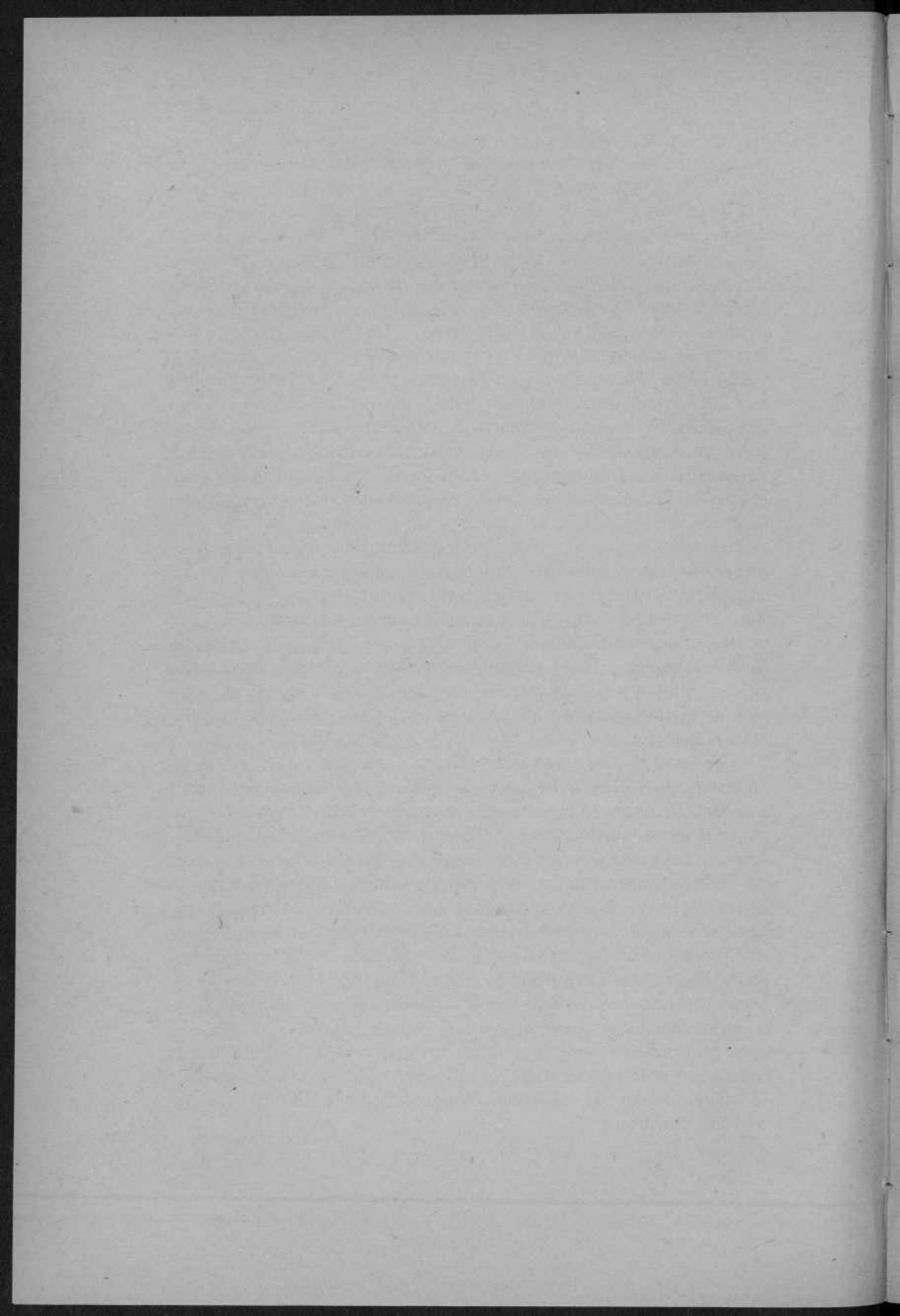
Un hecho interesante en la historia de las manifestaciones terciarias de la faringe nasal es la persistencia de los desórdenes funcionales, después de la curación de la lesión sífilítica. En efecto: no es raro ver producirse, en el momento de la cicatrización, una oclusión más ó menos completa de la faringe nasal, por unión del velo del paladar ó de sus pilares á la pared faríngea. Esta unión es á veces tal, que interrumpe toda comunicación entre la nariz y la faringe, mientras que, otras veces, existe todavía un conducto anular á través del cual puede circular aún el aire. En fin, en los casos más afortunados, la adherencia es parcial, unilateral y no molesta al sujeto que tiene dicha cicatriz viciosa. No tenemos necesidad de insistir más sobre los desórdenes funcionales resultantes de estas diversas alteraciones, y sobre el obstáculo aportado á la respiración y á la fonación por las bridas ó adherencias cicatriciales, especialmente cuando estas últimas son totales.

TRATAMIENTO. — No nos extenderemos mucho sobre el tratamiento de las diversas lesiones que acabamos de señalar, puesto que nos bastará con remitir al lector á los diversos capítulos en los cuales hemos hablado ya de las manifestaciones diatélicas de la pituitaria.

Recordemos, sin embargo, en este lugar que en las lesiones huesosas de naturaleza sífilítica es bastante común ver al tratamiento específico no dar resultados definitivos, sino después de la eliminación de la porción de hueso que estaba necrosada en el momento en que la medicación se instituyó.

Los lavados y las curas antisépticas deberán constituir la base del tratamiento local, en todos los casos de afecciones ulcerosas de la faringe nasal. En cuanto á las adherencias viciosas, cicatriciales, se las tratará, ora por la dilatación, ora por el desbridamiento, teniendo cuidado en estos últimos casos, para evitar la reproducción de una nueva soldadura, de interponer entre las dos paredes refrescadas (cara posterior del velo y pared faríngea anterior) una capa protectora de ebonita, de gutapercha ú otra composición análoga. Se sostendrá esta última por medio de hilos pasados por las fosas nasales, y retenidos sobre la mejilla ó la frente con el colodión líquido.

No debemos olvidar que tales resultados son largos, difíciles y penosos de obtener, y que á menudo, á pesar de reiteradas tentativas, no ha podido impedirse la reproducción de la soldadura. Sucede igualmente que el tejido cicatricial es tan espeso y tan denso, que llena casi la cavidad retronasal, haciendo entonces inútil é imposible toda intervención quirúrgica.



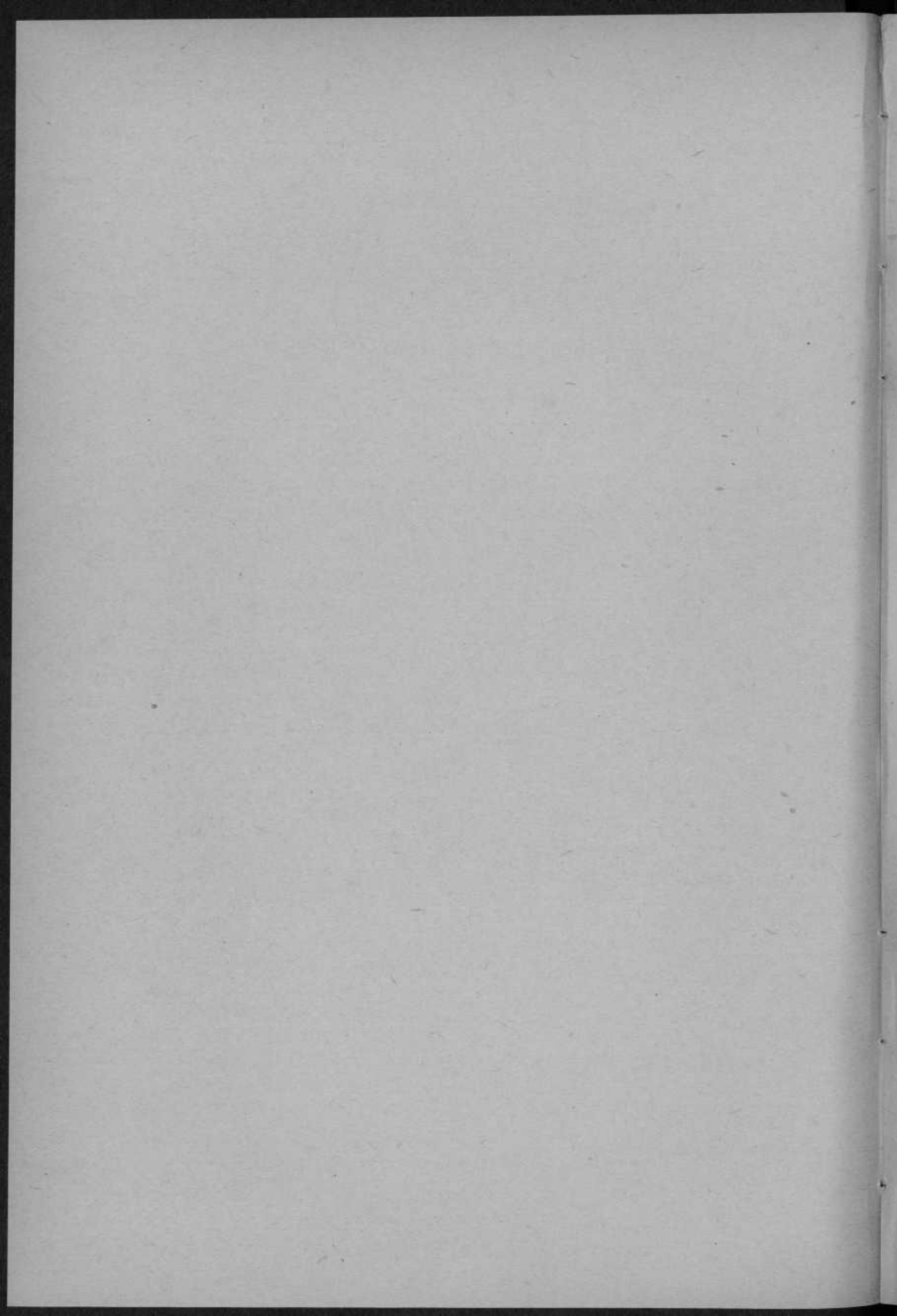
Tuberculosis.

Las *ulceraciones tuberculosas* ó lúpicas aisladas son bastante raras, no ofreciendo, por lo demás, ningún carácter especial. Ocupando habitualmente la tonsila faríngea (Wendt), principian, como en las fosas nasales, por pequeñas erosiones cupuliformes que se hacen confluentes poco á poco, y pueden llegar á formar una gran ulceración siempre bastante superficial, rodeada por una zona de tejido sembrado de vesículas como granos de sémola y como arado.

Entre todos los síntomas funcionales, el dolor es el que llama más vivamente la atención. Proyécese en el momento de la deglución, repercutiendo, según el sitio de la lesión, en los oídos. Hacia estos últimos es á los que los enfermos refieren todos sus sufrimientos.

El diagnóstico de la tuberculosis de semejante región se facilita por la existencia de lesiones análogas que ocupan la parte posterior de la garganta y la laringe. Es excepcional, en efecto, ver esta última limitada, cuando la infección es bastante profunda y se asiste á la evolución de iguales manifestaciones nasales. Además, el estado de los pulmones y la palidez extremada de la parte posterior de la garganta permitirán pronto pensar en la úlcera tuberculosa.

No insistiremos en el tratamiento más que para prescribir las cauterizaciones de toda especie y para recomendar los tópicos suaves y antisépticos (iodol, iodoformo, resorcina), ó las pulverizaciones líquidas, por ejemplo, de soluciones fenicadas al milésimo ú otras aplicaciones semejantes. (Véase *Tuberculosis nasal*, pág. 282.)



· Quistes de la faringe nasal.

Señalados la primera vez, en 1863, por Czermack, y más tarde por Henle, de Trölsch, y Luschka, los quistes de la faringe nasal no fueron realmente conocidos hasta el trabajo de Tornwaldt (1885), reproducido un poco más tarde (1887) por el Dr. Mégevand en su Memoria sobre las *Enfermedades de la bóveda de la faringe*. En Francia, algo descuidado este estudio, sólo se ha continuado brevemente por nosotros en la primera edición de nuestro *Manuel pratique des maladies des fosses nasales* y por el Dr. Raugé (1889), y más recientemente por mi antiguo discípulo el Dr. V. Raulin (1891).

FRECUENCIA. — ETIOLOGÍA. — Si se pudiera juzgar por los casos publicados hasta el día, podría decirse que estos neoplasmas son raros; pero si, por una parte, se tiene cuenta del número de hechos olvidados, y, por otra, de los que pasan inadvertidos por falta de investigaciones suficientes tendremos ciertamente que se podrán considerar á tales producciones, como menos excepcionales de lo que se había supuesto. Tornwaldt ha reunido 45 casos en su trabajo sobre esta materia, y cada uno de nosotros ha podido observar un cierto número. También los quistes de la bóveda de la faringe constituyen hoy día una afección clásica, que es útil conocer.

Las causas susceptibles de ocasionar la aparición de tales tumores son las que engendran ó entretienen al catarro naso-faríngeo crónico. La edad de veinte á cincuenta años parece ser el período de la vida durante el cual se observan. Los hombres parecen ser á menudo atacados, siendo en ellos, por lo demás, donde con más frecuencia se encuentran las inflamaciones crónicas de la faringe nasal. Estos quistes hanse igualmente encontrado á consecuencia de la viruela, del sarampión y de la escarlatina.

SÍNTOMAS. — Los *síntomas funcionales* son los del catarro ordinario,

acompañado de romadizo uni ó bilateral, según el sitio y volumen del neoplasma. Igualmente, se observan zumbidos de oídos y sordera, á consecuencia de la obstrucción ó del catarro de las trompas de Eustaquio.

Los desórdenes de la voz (gangueo, pérdida del registro elevado ó de la sonoridad en los cantantes) resultan cuando existe obliteración de las coanas, más ó menos completa, por el quiste. Como en el catarro naso-faríngeo ordinario, estos neoplasmas son susceptibles de ocasionar desórdenes reflejos (cefáleas, dolores en la nuca, tos espasmódica, opresión, neuralgias, etc.).

Los *stintomas objetivos* se revelan por el examen rinoscópico posterior, y se completan con utilidad por el tacto digital ó por la sonda. En efecto: cuando el tumor es de pequeño volumen (grano de arroz, pequeña judía), es bastante difícil darse cuenta de su existencia y, sobre todo, de su volumen, por medio del examen con el espejo, principalmente si es poco saliente ó muy sesil en la pared retronasal. De modo que, sin tocarlo con la sonda ó con el dedo, después de anestesiar la región, es con frecuencia muy difícil de sospechar la existencia de una bolsa llena de líquido. Por el contrario, cuando el quiste toma dimensiones más considerables (granos de uva, guinda, huevo de pichón), es suficiente el espejo para establecer con amplitud el diagnóstico.

El quiste de la faringe nasal es ordinariamente único, de forma redondeada ó hemisférica, anchamente insertado en la línea media por detrás del tabique, al nivel del *recessus faríngeo*; ó, en otros casos, en las partes laterales en plena abertura coanal, á la que estrecha y hasta ocluye por completo cuando es voluminoso. Habitualmente unilocular, puede ser bilobado (V. Raulin). Su superficie es lisa, de color amarillo, ligeramente rosada ó un poco más roja, cuando está inflamada. Vense finos ramos vasculares que surcan su parte exterior.

La sonda deprime con bastante facilidad el centro del neoplasma, el cual suministra muy bien, al tacto, la sensación de una bolsa llena de líquido.

El contenido varía en cantidad y calidad. Está formado, generalmente, de un líquido mucoso filamentosos y transparente ó, en los casos más raros, de aspecto gelatinoso. Puede también ser más espeso, grueso y purulento (1). La cantidad varía con el volumen del tumor.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — La bolsa, más ó menos espesa según el

(1) Para los detalles químicos del contenido, véase el trabajo del Dr. Raulin "Los quistes de la bóveda de la laringe," ("Revista de Laringología, etc.", 1881) ó el del Dr. Megevand.

estado de distensión en que se encuentre, se forma de una pared propia contenida entre dos revestimientos epiteliales (interno y externo). La pared propia es de tejido conjuntivo opaco y granuloso, y de tejido adenoideo, colocado por encima ó por debajo el uno del otro, según los casos.

No nos extenderemos aquí en la patogenia de estos quistes; pero debemos consignar que no siempre son debidos, como ha dicho Tornwaldt, á la obliteración del canal excretor de la bolsa faríngea, porque la existencia de estos neoplasmas al lado del orificio de esta cavidad (Zahn), es un argumento suficiente para hacer rechazar semejante hipótesis. En efecto: admitimos que un proceso inflamatorio determina la oclusión del recessus faríngeo ó de los surcos adenoideos; á la vez que consideramos, de igual manera, como probada la existencia de los quistes por retención glandular y dilatación de los conductos excretorios.

MARCA. — DURACIÓN. — TERMINACIÓN. — En general, la marcha de estas lesiones es muy lenta; pero no es dudoso que puedan sufrir, bajo la influencia de inflamaciones repetidas, verdaderos brotes agudos y desarrollarse entonces con bastante más rapidez. Á menos de rotura espontánea ó provocada de la bolsa, es de regla que el neoplasma se desarrolle cada vez más, hasta el punto de adquirir un volumen relativamente considerable.

PRONÓSTICO. — Es ordinariamente favorable, porque dichos tumores benignos, en primer lugar, no ponen la vida en peligro, ocasionando únicamente síntomas molestos que preocupan excesivamente á los enfermos que llevan esta producción. En los cantantes han podido determinarse trastornos bastantes serios (ronquera, pérdida del timbre) para poner á los artistas en la imposibilidad de continuar su carrera (V. Raulin).

DIAGNÓSTICO. — Habitualmente fácil, cuando el quiste tiene dimensiones ordinarias y se puede ver con claridad y tocar su punto de implantación, es, otras veces, más difícil, si el tumor ha adquirido un volumen más considerable, puesto que entonces es posible confundirlos con los pólipos fibro-mucosos de las ventanas posteriores de la nariz, los cuales nacen en las fosas nasales y se insertan, por un pedículo más ó menos largo, en el tercio posterior de dichas cavidades. La movilidad de la producción morbosa y la coexistencia habitual de pólipos mucosos de las fosas nasales, nos evitarán las dudas que pudieran abrigarse en la materia; pero es preciso no olvidar que se han visto coexistir los quistes de la faringe nasal con los mixomas de las fosas nasales.

TRATAMIENTO. — En presencia de pequeños neoplasmas, el medio más sencillo será extirparlos por el simple raspado hecho con el adenotomo clásico (véanse *Vegetaciones adenoideas*); al paso que se obrará de diferente manera, si son de un volumen más considerable. Así, ó bien abriremos simplemente la bolsa con el cuchillo galvánico, teniendo cuidado de iluminar el cavum retronasal al aplicar el elevador de Schmidt, ó, por el contrario, excindiremos el quiste entero.

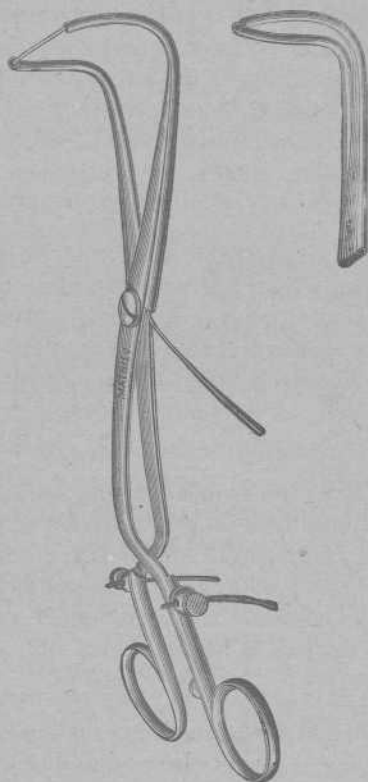


FIG. 171. — Asa galvánica del Dr. Chatellier. (Modificación del cuchillo del Dr. Rousseaux.)

En este último caso, recomendamos, con el Dr. V. Raulin, hacer uso del asa galvánica aplicada por detrás del velo del paladar. Los adenotomos galvánicos del Dr. Rousseaux encuentran igualmente una explicación muy natural permitiendo abrir la bolsa y extirparla casi entera. Es evidente que, en los casos en que se está privado de electricidad, la resección con la pinza cortante podrá también ponerse en uso, teniendo la precaución de no coger más que la bolsa quística y de

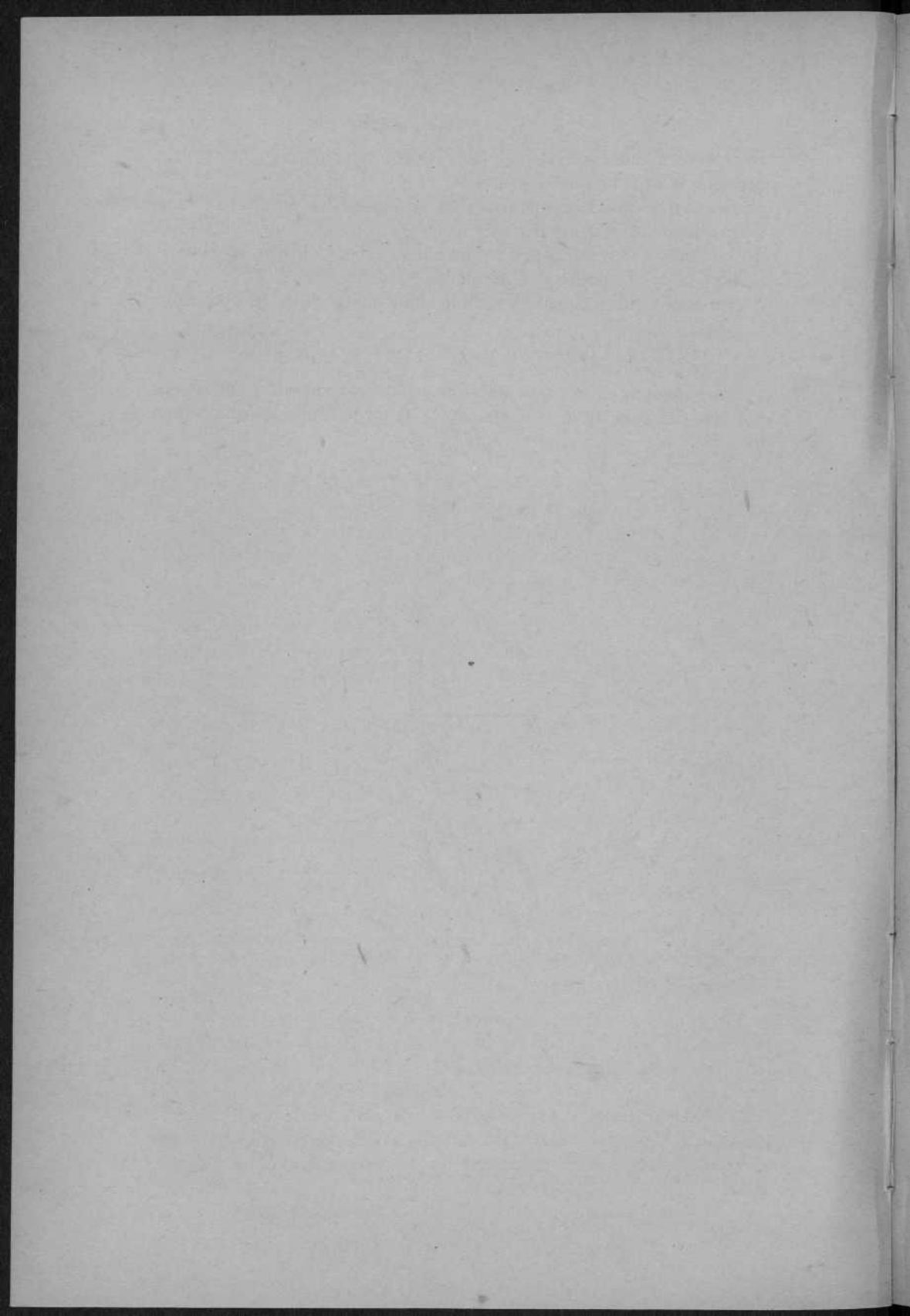
respetar la mucosa subyacente, para evitar una hemorragia que podría necesitar el taponamiento posterior.

Sea el que quiera el medio de destrucción que se emplee, se limpiará cuidadosamente la herida y se lavará con soluciones antisépticas (ácido bórico, resorcina, ó sublimado al 1 por 5.000), ó la recubriremos con polvos bórico-iodoformados ó iodados.

En estos casos, nos parece recomendable la siguiente composición:

Iodol ó iodoformo pulverizado.	5 gramos.
Aristol.	} aa 5 —
Azúcar cande pulverizado.	

Para insuflar en la parte posterior de las fosas nasales, por detrás del velo del paladar, á la mañana y á la tarde, durante ocho ó diez días.



Hipertrofia de la amígdala faríngea.

(Vegetaciones adenoideas.)

DEFINICIÓN. — Designase bajo este nombre la hipertrofia de los folículos cerrados diseminados en la mucosa que recubre la bóveda de la faringe, y, sobre todo, de los que componen la masa glandular llamada amígdala faríngea.

FRECUENCIA. — ETIOLOGÍA. — En la primera edición de mi *Manuel des maladies des fosses nasales* (1886), declamos que no era prudente en la época actual pronunciarse de una manera absoluta sobre la frecuencia de tales neoplasmas en determinadas comarcas, habiendo venido los hechos á darnos la razón. Efectivamente: algunos países de climas secos y templados, que parecían desde luego privilegiados, poseen, ellos también, numerosos casos de vegetaciones adenoideas que los modernos prácticos descubren, porque, conociendo su existencia, los investigan con cuidado. Así es que no tememos afirmar hoy que la hipertrofia de la amígdala faríngea es una enfermedad de todos los climas, tan frecuente como la de las amígdalas bucales.

ETIOLOGÍA. — Las causas generales son las mismas de que ya hemos hablado á propósito del catarro naso-faríngeo; principalmente el linfatisimo, constituye la causa predisponente más ostensible de la afección, encontrando las vegetaciones adenoideas con mayor frecuencia en el niño y en el adolescente. Algo menos comunes en el adulto y en los niños de menos de tres años, son más raras en el anciano. Hasta estos últimos años, habianse considerado como excepcionales las vegetaciones en el adulto, creyendo que esta amígdala sufría una regresión constante desde la época de la pubertad.

Semejante disminución espontánea de la amígdala faríngea, y en general de todo el sistema linfático de la infancia, es cierta y fácil de

comprobar en las amígdalas bucales; pero está lejos de ser constante, y en todos los casos, suficiente para hacer desaparecer los síntomas debidos á la hipertrofia adenoidea. Es verdad, como ya lo ha hecho constar el Dr. Moldenhauer, que después de la pubertad, los fenómenos de estenosis pasan al segundo lugar, á causa del desarrollo de la cara, y en particular de las cavidades nasales, que, más espaciosas, dejan pasar el aire entre la cara posterior del velo y la amígdala faríngea *siempre hipertrofiada*. Es, pues, muy á menudo, una curación aparente, más que real, que ha hecho decir y creer, durante largo tiempo, que las vegetaciones adenoideas eran muy raras en el adulto. He demostrado desde hace muchos años en el trabajo del Dr. V. Raulin, que esta versión no era exacta y después la experiencia ha venido á confirmar tal manera de ver. Los climas fríos y húmedos parecen ser igualmente favorables al desarrollo de dichos tumores ó, al menos, favorecen los brotes inflamatorios que determinan su hipertrofia.

Ciertos autores (Löwenberg, Meyer) hacen jugar un papel á la herencia, en la producción de estos tumores glandulares, que ellos han encontrado en muchos miembros de la misma familia.

Señalemos aún la influencia nociva ejercida por los polvos ó vapores irritantes sobre la mucosa naso-faríngea.

Igualmente, ciertas fiebres eruptivas, y en particular el sarampión, favorecen, á no dudarlo, la aparición del tejido adenoideo por la inflamación que determinan en las primeras vías aéreas. La coqueluche, incriminada por Morell-Mackenzie, nos ha parecido también una causa activa de tales hipertrofias.

Algunos autores (Meyer, Oakley Coles, Trélat, etc.) opinan que las divisiones palatinas son una causa de irritación directa suficiente para producir las vegetaciones adenoideas.

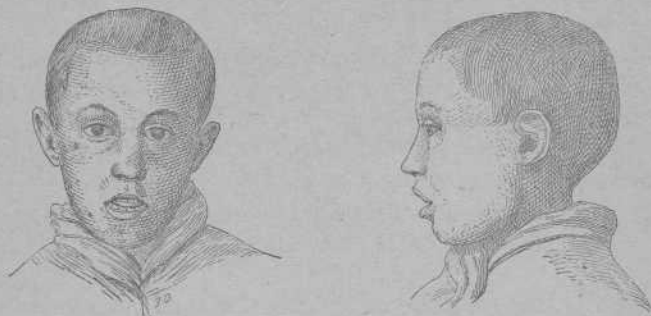
SÍNTOMAS. — Durante un primer período, á veces bastante largo, obsérvanse en el adolescente ó en el adulto todos los síntomas del catarro naso-faríngeo. El enfermo experimenta, especialmente al despertar, una sensación de sequedad en la parte posterior de la garganta, debida al obstáculo causado á la respiración por la nariz. En este momento, como en el catarro naso-faríngeo, que constituye uno de los síntomas más importantes de la afección que nos ocupa, los enfermos hacen inútiles esfuerzos para desembarazar la parte posterior de su garganta de las mucosidades más ó menos viscosas que están allí acumuladas. A menudo expectoran con gran dificultad algunas secreciones parduscas ó moco-purulentas, á veces estriadas de sangre. Durante la noche, la respiración es ruidosa y el sueño agitado.

En los niños se observan desórdenes respiratorios más graves que inquietan á los padres hasta el punto de obligar á despertarles para

permitirles tomar aliento con más facilidad. Bastante á menudo existen accesos de tos, semejantes á los de la coqueluche, debidos quizá á la adenopatía concomitante.

Hanse señalado también verdaderos accesos de laringitis estridulosa (Ragoneau).

Si las vegetaciones han adquirido cierto volumen, la respiración nasal se altera considerablemente y, á menudo también, hasta se suprime por completo, de donde resulta que los sujetos atacados tienen una facies especial, la cual permite sospechar en ellos, á la simple inspección exterior, la presencia de vegetaciones adenoideas. En efecto: en tales casos, la boca queda entreabierta, la mirada casi apagada y la imaginación obtusa y entorpecida. Los niños ó adolescentes toman un aire de embotamiento enteramente particular, sobre todo cuando la sordera viene á complicar semejante estado. Encuéntrase, además, en los niños atacados, trastornos psíquicos bastante interesantes, como pérdida de la memoria, inaptitud para el trabajo, etc. Tan particular estado se ha designado con los nombres de aprosexia nasal (Guye, de



FIGS. 172 y 173.—Aspecto de un muchacho de once años con vegetaciones adenoideas, visto de frente y de perfil. (Según una fotografía del Dr. Labit.)

Amsterdam), y de cretinismo nasal (V. Raulin), para demostrar hasta qué punto puede desarrollarse (1).

Los enfermos están, además, pálidos, raquíticos y presentan unas deformaciones del pecho (en forma de quilla), análogas á las que, largo tiempo ha, se han atribuido á la hipertrofia de las amígdalas (Lambros, Robert, etc.).

El profesor Grancher ha señalado en los enfermos de vegetación adenoidea un murmullo vesicular oscuro y velado, si se les ausculta

(1) Véase mi folleto titulado "Consecuencias que la hipertrofia tonsilar y las vegetaciones adenoideas determinan en la organización infantil.", 1892. — DR. C. COMPAIRED.

mientras tienen la boca cerrada. Esta particularidad se explica fácilmente por el obstáculo, en tal caso existente, á la entrada del aire en las vías aéreas.

La voz alterada en su timbre es poco vibrante y, como ya lo ha hecho observar Meyer, las letras nasales se pronuncian de una manera muy indistinta. Así, los enfermos transforman las M en B y las B en P, y, en lugar de decir Meyer, pronuncian Beyer.

El olfato se halla notablemente debilitado, si bien raras veces abolido en absoluto, á menos que existan lesiones concomitantes de la mucosa nasal. Las alteraciones de las funciones gustativas guardan relación con las del olfato, de las que son en parte tributarias.

Por el contrario, los trastornos del oído son muy frecuentes y constituyen el motivo por el cual la mayor parte de las veces consultan los enfermos al médico. Los desórdenes de la audición consisten, especialmente, en zumbidos (ruido de mariscos, de mar, de viento en las hojas), dolores intermitentes de oídos y sordera más ó menos pronunciada. Dependen, por lo demás, del volumen, del número y de la posición que ocupan los folículos hipertrofiados, y del grado de inflamación de la mucosa de la trompa de Eustaquio ó del oído medio.

Estos desórdenes del oído, como la mayor parte de los síntomas que acabamos de describir, varían de intensidad, según está el aire seco ó cargado de vapores de agua.

En efecto: mientras con un tiempo húmedo todos los síntomas adquieren su maximum de intensidad, disminuyen notablemente en el tiempo seco y cálido, hasta el punto de que, *en los casos ligeros*, los enfermos se juzgan casi curados de su afección.

EXAMEN. — En el examen de la faringe, lo que choca desde luego es el aspecto abombado del velo del paladar, el cual se encuentra lo más á menudo proyectado hacia adelante, haciendo de este modo más fácil el examen de las fosas nasales posteriores. Las amígdalas aparecen rojas y algún tanto inflamadas é hipertrofiadas; la mucosa que tapiza la faringe bucal se halla á menudo congestionada y recubierta de granulaciones ó de mucosidades viscosas, que proceden de la cavidad naso-faríngea.

No es dudoso que la existencia de vegetaciones voluminosas en el niño constituya una causa de mala formación de la bóveda palatina y de la arcada dentaria superior. Frecuentemente, en efecto, el paladar tiene esta forma ojival especial que se encuentra en algunos idiotas ó cretinos, y que han descrito perfectamente los prácticos mentalistas. Resulta de tal suspensión de desarrollo del suelo de la nariz, que los dientes incisivos, no encontrando lugar suficiente para su colocación normal, forman, al juntarse, un ángulo muy abierto que mira hacia

arriba. Por este hecho, los caninos, no pudiendo salir en el borde alveolar, vienen á colocarse fuera de la fila, encima de los otros. Resumiendo: prodúcese un verdadero acaballamiento de los unos sobre los otros (1). Resulta de esta disposición anormal una cortedad del labio superior, que no es muy apto para cerrar por completo el orificio bucal sin un esfuerzo de voluntad por parte del enfermo.

Si se examina directamente la cavidad retronasal con el espejo rinoscópico, percíbense pequeños relieves muriformes de un gris rosado, cubiertos con frecuencia de mucosidades parduscas. Están dichos tumores dispuestos en coliflores, formando verdaderas estalactitas que se desprenden de la pared superior de la faringe. Se presentan también bajo la forma de un tumor único, pero siempre mamelonado, rugoso, pocas veces liso, variando en volumen desde el de un guisante

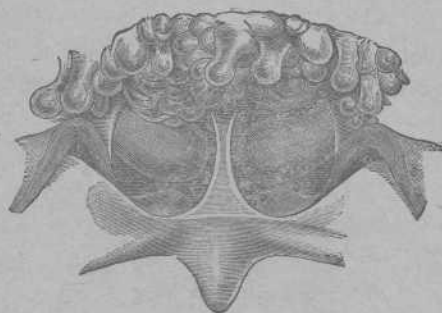


FIG. 174. — Vegetaciones adenoideas de la bóveda de la faringe.

hasta el de una castaña gorda. El orificio de las trompas está inflamado, granuloso, pudiendo hallarse completamente obstruido. Unas veces redondeados, son otras prolongados, oblongos é irregulares, como franjeados en su borde libre.

Las vegetaciones están implantadas, por orden de frecuencia, en la pared superior de la faringe, en la bóveda basilar ó en las fosetas de Rosenmüller, encontrándolas con mucha menos frecuencia en los pabellones de las trompas ó en la cara posterior del velo del paladar (Tédenat).

Terminado el examen rinoscópico, será conveniente, en la generalidad de los casos, introducir el dedo encorvado por detrás del velo del paladar, para de este modo reconocer el volumen de las vegetaciones,

(1) Véanse los artículos del Dr. David (Congreso de Rouen, 1883); el trabajo del Dr. Chatellier (Paris, 1890), y el más reciente del Dr. Norman W. Kingsley, ilustrado con figuras, á propósito todos ellos de estas deformidades (Filadelfia, 1892).

su consistencia y su modo de implantación, con lo que los síntomas subjetivos, previamente conocidos, permitirán aplicar un tratamiento racional.

En buen número de casos, la rinoscopia *anterior*, después de la cocainización de la mucosa que recubre los cornetes inferiores, permitirá percibir los relieves retronasales. Preciso es añadir que este procedimiento exige cierta práctica en el manejo de los instrumentos y de la iluminación.

Será siempre útil, antes de practicar el tacto digital, limpiar bien el dedo (índice en general) que haya de introducirse por detrás del velo. Nosotros tenemos la costumbre de mojarlo en una solución de sublimado al 1 por 1.000, á fin de impedir la reacción inflamatoria que sigue alguna vez á tales maniobras, hechas sin las precauciones asépticas.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — El examen histológico ha demostrado, desde largo tiempo ha, que las vegetaciones se componen únicamente

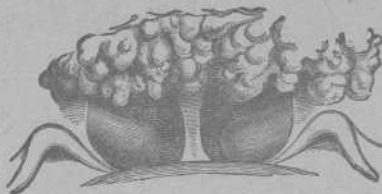


FIG. 175. — Tumores adenoideos.

de tejido adenoideo. Los cortes de dichos neoplasmas no difieren en nada de los de las amígdalas hipertróficas. La hiperplasia se apoya en todos los elementos de los folículos cerrados, en el tejido reticular que los rodea y une los unos con los otros.

DIAGNÓSTICO. — La existencia de los tumores adenoideos es todavía bastante poco conocida en nuestro país, para que se atribuyan todos los síntomas observados en la hipertrofia de las amígdalas bucales, cuando éstas glándulas están poco desenvueltas. Al contrario, si la atención del práctico se dirige hacia esta parte, el diagnóstico de tales neoplasmas vuélvese entonces fácil.

Podríaseles confundir con el catarro naso-faríngeo que los acompaña muy á menudo; pero el examen rinoscópico y el tacto no permitirán el error. Los pólipos se distinguen con facilidad por su superficie gris-rosada, lisa, unida, por su volumen, su número, su punto de implantación y la sensación que dan al tacto. La hipertrofia de la parte

posterior de los cornetes medios é inferiores podría confundirse con las vegetaciones adenoideas, porque esta mucosa presenta un aspecto muriforme análogo á aquéllas. Sin embargo, la rinoscopia posterior y, si hay necesidad, el tacto digital, permitirán hacer un diagnóstico exacto.

Los quistes de la bóveda de la faringe se distinguen por su superficie lisa, unida por su mayor consistencia y por su aspecto pardusco.

COMPLICACIONES. — Fuera del estado general que se encuentra á menudo bajo la dependencia de las vegetaciones, de la sordera y de las otorreas que mantienen (Wagnier), debemos señalar, entre las complicaciones de los tumores adenoideos, la facilidad con que contraen anginas y laringitis las personas atacadas de los mencionados tumores, porque es una consecuencia de la necesidad en que se encuentran de respirar constantemente por la boca.

MARCHA. — Las vegetaciones adenoideas no aumentan jamás indefinidamente; llegadas á cierto grado de desarrollo, quedan estacionarias, y á veces, hasta se las ve atrofiarse y desaparecer por sí mismas. De manera que si esta amígdala tiene poco desarrollo, el enfermo no siente más que un trastorno momentáneo. Más á menudo, los síntomas que determinan dichos tumores son bastante graves para llamar la atención del médico y necesitar un tratamiento serio y curativo.

PRONÓSTICO. — Si la hipertrofia de la glándula de Luschka no puede, por sí misma, determinar en ningún caso consecuencias muy graves y poner directamente en peligro la vida de los sujetos atacados, ofrece, sin embargo, numerosos inconvenientes, difíciles de desaparecer con los tumores que los han ocasionado. Así es que las complicaciones auriculares bastan por sí mismas para necesitar una intervención inmediata, por la aparición de una sordera progresiva y á veces irremediable más tarde. La detención del desarrollo en los niños, su mal estado general, los trastornos psíquicos, etc., son otros tantos síntomas que agravan algún tanto el pronóstico y obligan al cirujano á intervenir. Cuando los tumores adenoideos han desaparecido, sea naturalmente, sea lo más á menudo gracias á un tratamiento apropiado, todos los síntomas generales y locales que aquéllos habían ocasionado, mejoran rápidamente y el enfermo experimenta en poco tiempo una verdadera transformación general, y con frecuencia hasta local, si el tratamiento se instituye con toda facilidad.

TRATAMIENTO. — Como otras muchas manifestaciones del temperamento linfático, las vegetaciones adenoideas tienen marcadas ten-

dencias á desaparecer por sí mismas, ó por lo menos, á no molestar mucho á los sujetos que las padecen, por el mecanismo de que ya hemos hablado más arriba. De tal modo, que si son poco voluminosas y no producen ningún trastorno muy apreciable, podráse limitar á prescribir una medicación general. Al contrario, en los casos en que estén bastante desarrollados para inducir un obstáculo constante en la respiración, ó desórdenes por parte del oído, no deberá dudarse en plantear un tratamiento local enérgico.

Deberá sostenerse el estado general por medio de una alimentación sustancial, la administración del aceite de hígado de bacalao durante el invierno y el ioduro de potasio en la primavera; encontrarán alivio con el uso de los baños de mar ó en una estación termal salina ó pirenaica. Pero las referidas son simples indicaciones generales que no harán retrogradar los tejidos hipertrofiados. Podrán, sin embargo, impe-



Figs. 176 y 177. — Aspecto de una muchacha de catorce años enferma de vegetaciones adenoideas, vista antes (fig. 176) y después (fig. 177) de la operación. (Dibujada según una fotografía del Dr. Labit.)

dir el desarrollo de nuevos brotes inflamatorios (adenoiditis) frecuentes y tenaces. Si se trata de un adulto que ha contraído la mala costumbre de fumar, sobre todo cigarrillos, se suprimirá el uso del tabaco, que mantiene una irritación permanente de la parte posterior de la garganta.

Al lado de esta medicación general, será útil un tratamiento local, que consistirá en desembarazar al enfermo de sus folículos hipertrofiados, á cuyo resultado se llegará por medio de la cauterización ó de la ablación.

Algunos autores han creído que el empleo de la ducha nasofaríngea (ducha de Weber), bastaría para hacer atrofiar sobre la marcha las vegetaciones; mas, en tal caso, trataríase de tumores adenoideos poco voluminosos, para los que resulta casi enteramente inútil recurrir al tratamiento quirúrgico. En tales enfermos, disminuyendo la

ducha, la inflamación crónica de la mucosa y de los folículos cerrados que la recubren llega hasta á reducir aquéllos. Cuando las vegetaciones son algo voluminosas, hacen la irrigación nasal casi imposible, por el obstáculo que crean á la circulación del agua en las fosas nasales. Es, por lo tanto, necesario renunciar á semejante medio terapéutico, limitándose á prescribir insuflaciones pulverulentas que se toleran mejor y no hacen correr riesgo ninguno al enfermo (penetración de agua en el oído, en la garganta, cefáleas, etc.).

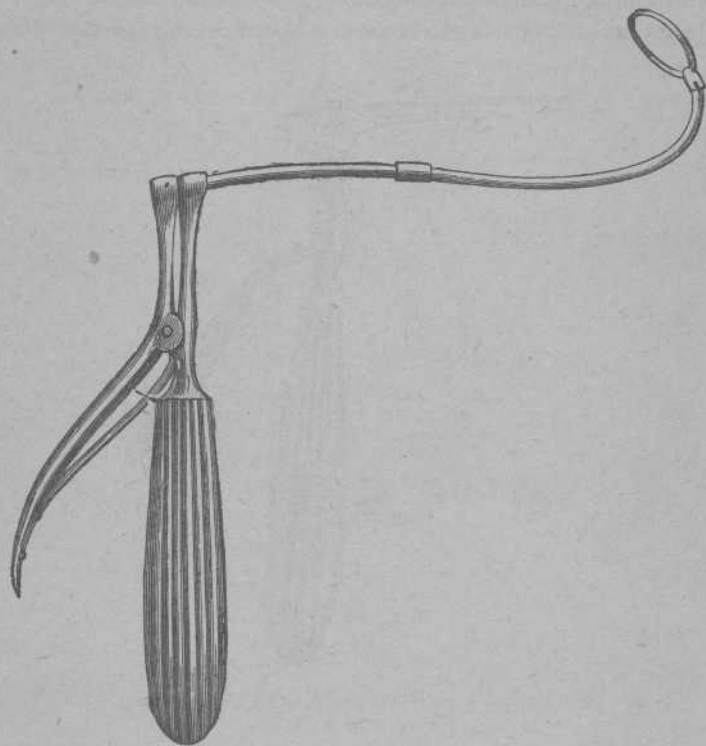


FIG. 178. — Sierra-nudos retronasal del Dr. Delstanche.

Los demás medios terapéuticos son los siguientes:

1.º *Cauterización.* — La cauterización puede hacerse con los cáusticos químicos ó con el galvanocauterio. Entre los primeros agentes, el nitrato de plata ó el ácido crómico fundido sobre el estilete, son los más fáciles de emplear. Se les puede aplicar bien por las ventanas anteriores de la nariz, mediante el espéculum de Zaufal, profundamente introducido en una de las fosas nasales, ora por detrás del velo del paladar con un tallo encorvado para este uso. Las soluciones cáus-

ticas son bastante más difíciles de utilizar, por el hecho de que el algodón en rama y el pincel impregnados en el líquido que toca la mucosa del conducto de la nariz, se secan al pasar por las fosas nasales.

Si se tiene á mano un galvanocauterio, será preferible hacer uso de los enchillitos, ó más bien de placas galvánicas, que se introducirán por detrás del velo del paladar, ó, en algunos niños indóciles, por las ventanas anteriores de la nariz. Esta cauterización tiene la ventaja de ser mucho más localizada que la que se practica con los cáusticos, y más profunda y mucho menos dolorosa. Precisa no olvidar que al efecto destructor de la placa galvánica se une el de la retracción cicatricial.

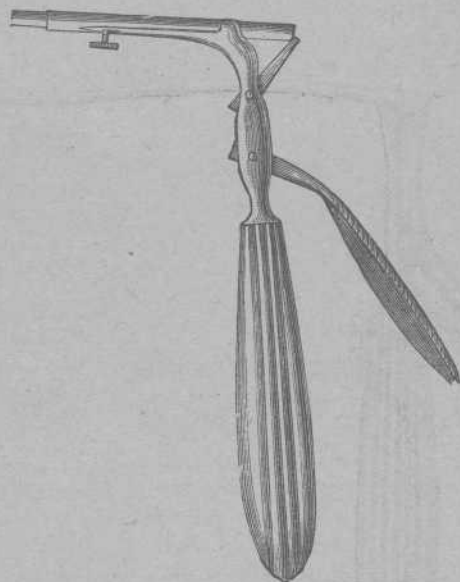


FIG. 179. — Adenotomo de canal del Dr. Delstanche.

Sin embargo, semejante tratamiento es sumamente largo, por lo cual preferimos el procedimiento que vamos á describir.

2.º *Ablación.* — De diversas maneras puede practicarse la ablación de los tumores adenoideos. La mayor parte de los autores (Meyer, Justi, Gottstein, etc., etc.), se limitan á practicar el raspado de la cavidad naso-faríngea, ó, hablando con mayor exactitud, de la bóveda basilar. Á este efecto, unos emplean la cucharilla de raspado, otros la cuchara cortante, y, finalmente, otros la uña quirúrgica de Mottais ó simplemente el índice de la mano derecha encorvado é introducido por detrás del velo del paladar.

El número de pinzas obtusas ó cortantes preconizadas y empleadas por diferentes autores, es extremadamente considerable. Varía casi con cada operador. Damos el grabado de las que se usan con más frecuencia, ó de las que han sido más usadas.

Sin embargo, confesamos haber renunciado, desde hace muchos años, al empleo de toda clase de pinzas, para usar exclusivamente las cucharillas. Entre estas últimas, las más conocidas y más prácticas son las de Trautmann, que tienen la forma de una cuchara cortante (véase fig. 170, pág. 414); la de Hartmann, con bordes cortantes laterales, y, por último, la de Gottstein, con sus derivados ó modificacio-

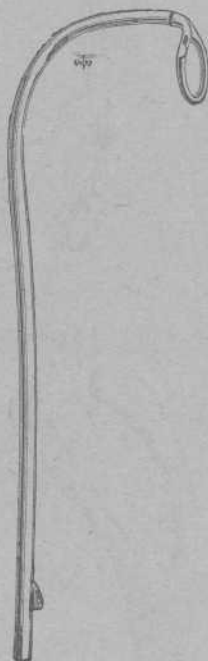


FIG. 180. — Cuchillo anular.

nes. La cucharilla de Trautmann nos parece, entre todas, la más aplicable á los raspados de las bolsas faringeadas crónicamente inflamadas y de poco desarrollo, al paso que la de Hartmann expone á herir los labios de las trompas de Eustaquio. Así que no vacilamos en preferir la de Gottstein, recta ó ligeramente acodada, según la disposición anatómica de la faringe y el sitio exacto de las vegetaciones, que á veces hacen relieve en la faringe bucal, hasta el punto de que es posible verlas, levantando ligeramente el velo y la úvula. En tales casos,

el instrumento primitivo (recto) de Gottstein es preferible, mientras

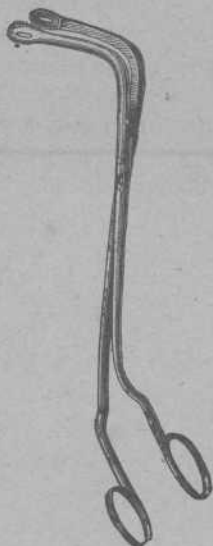


FIG. 181. — Pinza de vegetaciones adenoideas.

que el modificado (acodado), conviene más para las vegetaciones situa-



FIG. 182. — Extremidad de la pinza cortante del Dr. Löwenberg.

das por detrás del tabique, en la bóveda basilar propiamente dicha.

Cuando los relieve adenoideos penetran, en parte, en los orificios coanales y corren peligro de escaparse al cuchillo cortante del instrumento, será conveniente hacer uso de la cucharilla modificada por Hicguet, que permite encerrar el tabique en un nicho formado por el dorso del instrumento.

Si la vegetación es única, muy saliente y mediana, ó si se opera en niños jóvenes, se encontrará bien empleado el adenotomo de garfio de Delstanche ó el que yo he modificado.

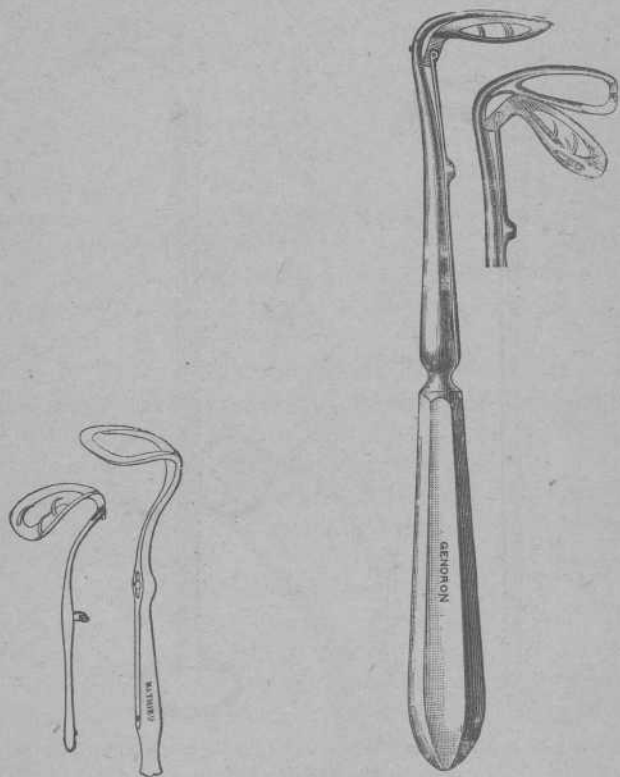
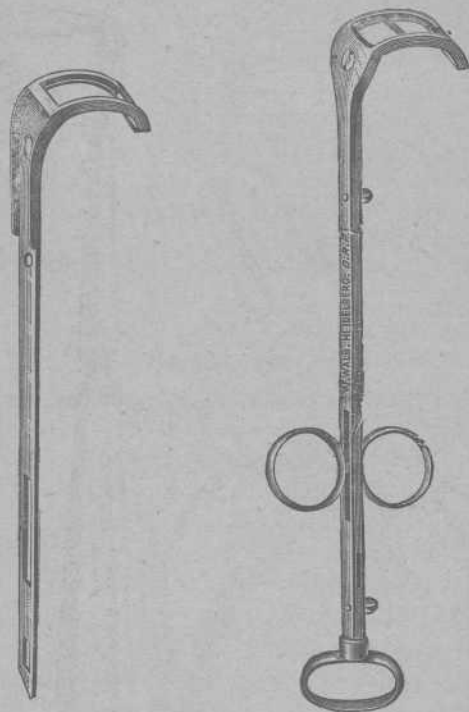


FIG. 183. — Adenotomo acodado de Gottstein.

FIG. 184. — Adenotomo de cesta del Dr. E. J. Moure (modificación del adenotomo de Delstanche).

Más recientemente hemos hecho uso del adenotomo de corredera de Schutz, que constituye un instrumento muy cómodo para las vegetaciones de la pared media de la faringe. Su empleo es sencillo y fácil, y su efecto rápido y seguro, cuando se tiene costumbre de manejarlo.

Sea cualquiera el adenotomo elegido, he aquí cómo convendrá proceder: el niño ó el sujeto que haya de operarse se colocará enfrente del operador, en un asiento un poco más elevado que el de este último, con la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás, sólidamente mantenida por un ayudante, quien tendrá una mano sobre la frente y la otra en la nuca del operando. Otro ayudante le sujeta las manos, mientras que el operador, que deprime la lengua con la mano izquierda, pasará, con la otra mano, el adenotomo por detrás del velo del paladar. Este



Figs. 185 y 186. — Adenotomo de Schutz: en la figura primera, el cuchillo está sacado hasta la mitad.

primer tiempo, rápidamente hecho, se dirigirá á coger bien en el ojal del instrumento el tumor naso-faríngeo, que seccionará pasando su instrumento por detrás y por debajo. Luego que la vegetación media se haya cortado, sin salir el adenotomo de la faringe nasal, raspará las partes laterales de dicha cavidad, la cual se encontrará de este modo desembarazada, de una sola vez, y en muy poco tiempo, de las masas adenoideas que la obstruían más ó menos completamente. Si se ha usado la cucharilla de garfio ó el adenotomo de Schutz, un solo corte

basta para echar fuera el único y saliente, del que se había reconocido con antelación la existencia, el volumen y el sitio.

Entiéndase bien que, para hacerla de un modo conveniente, exige semejante pequeña operación cierta práctica en el operador, quien no contará con la sagacidad del sujeto, sino que tendrá que obrar con presteza, haciendo todo lo que fuere necesario.

En los niños indóciles, no se vacilará en producir la anestesia general con el bromuro de etilo (Lubet-Barbon y Martín), el cual, bien administrado, produce en ciertos casos maravillosos servicios. En seguida será conveniente limpiar bien las fosas nasales de la sangre que pueda haberse acumulado en ellas, haciendo con la pera de Politzer una insuflación de aire en una de las ventanas de la nariz, estando abierta la otra; procedimiento que debe emplearse en todos los niños que no saben todavía sonarse.

Citemos asimismo los aprieta-nudos en frío y las asas galvánicas, que, según los casos, se introducirán por la cavidad bucal, ó, por el contrario, por las fosas nasales.

Lo que precede nos dispensa de añadir que rechazamos toda tentativa operatoria hecha con la uña ó con el índice, por inútil, y á veces peligroso.

Algunos cirujanos han recomendado igualmente las cucharillas galvánicas (Rousseaux), con objeto de evitar la hemorragia. Esta práctica, buena en algunos casos de tumores vasculares de las ventanas posteriores de la nariz, nos parece muy complicada para simples vegetaciones adenoideas. Manejada por una mano inexperta, expone á quemaduras de vecindad, circunstancia que no hay que temer con el instrumento cortante.

Las consecuencias de la operación son, en general, de las más sencillas: un lavado antiséptico con agua boricada apenas templada basta para detener el derrame sanguíneo que produce la sección de la glándula hipertrofiada, porque las verdaderas hemorragias son raras. Existen, sin embargo, algunos hechos referidos por Cartaz, y nosotros hemos tenido ocasión de observar un caso este año, en una niña de ocho años, operada de vegetaciones en plena coqueluche (1); no siendo dudoso que esta afección, cuya existencia ignorábamos, fuese la causa de la hemorragia post-operatoria.

Por lo demás, este es el único hecho encontrado en nuestra práctica de muchos centenares de vegetaciones operadas por nosotros. Conviene también hacer notar que si los tumores retronasales se han extirpado á medias ó despegado de su base de implantación, la efusión san-

(1) La niña mejoró notablemente y casi curó de su coqueluche, una vez operadas las vegetaciones.

guinea es más difícil de cohibir y más abundante, y, por el contrario, tan pronto como se expone al aire la superficie cruenta, los vasos se contraen y se detiene la hemorragia.

Otra complicación post-operatoria posible es la otitis media aguda supurada, consecuencia de la penetración muy rápida y muy brusca del aire frío en las cajas, ó de la inflamación séptica de la superficie operada. La asepsia previa de los instrumentos y del campo operatorio evita fácilmente semejante última complicación.

Habitualmente, es bueno que los operados estén en casa durante cuarenta y ocho horas al menos, según las estaciones, y recomendarles lleven algodón en rama en los oídos, durante algunos días.

Si las vegetaciones ocupan las paredes laterales (fosetas de Rosenmüller, orificios de las trompas), se hará uso de pequeñas cucharillas laterales dispuestas á este efecto, pero evitando herir los labios de la trompa, á fin de suprimir la inflamación ó la atresia de dichos conductos. Seguirá á cada operación un lavado antiséptico con agua boricada.

[El Dr. Marage (*Ann. des malad. de l'oreil.*, etc.) propuso el año pasado un tratamiento médico de las vegetaciones adenoides para aquellos enfermos pusilánimes, ó para los que debe diferirse ó proscribirse la operación, cual ocurre con los hemofílicos, enfermedades concomitantes, etc., etc.

Al efecto, dice, es bueno tocarlas con algodón hidrófilo empapado en disolución acuosa de resorcina al 100 por 100.

Las partes tocadas se recubren de una capa blanquecina.

No determinan estos toques ni dolor ni reacción inflamatoria.

Bastan de seis á dieciséis sesiones (una cada dos ó tres días) para obtener la curación.

Á veces determinan una faringitis catarral fugaz.

Ahora bien, por desgracia, nada de lo sustentado tan rotunda y categóricamente por el autor es exacto.

He empleado dicho tratamiento con verdadera profusión, y puedo á mi vez afirmar, asimismo de un modo categórico, que, fuera de aquellos casos en que las vegetaciones adenoides se hallan escasamente desarrolladas, son poco fibrosas y no originan ningún trastorno de índole general ni local, más bien resulta contraproducente el empleo de la resorcina al 100 por 100, porque, en virtud de la reacción inflamatoria local que determina, aumenta las alteraciones respiratorias nasales.

Y aun en los casos favorables, la terapéutica resulta larga, enfadosa para el enfermo y de resultados poco seguros.

En cambio, semejante desengaño por parte de las vegetaciones adenoides me hizo pensar en someter á este procedimiento las hipertrofias

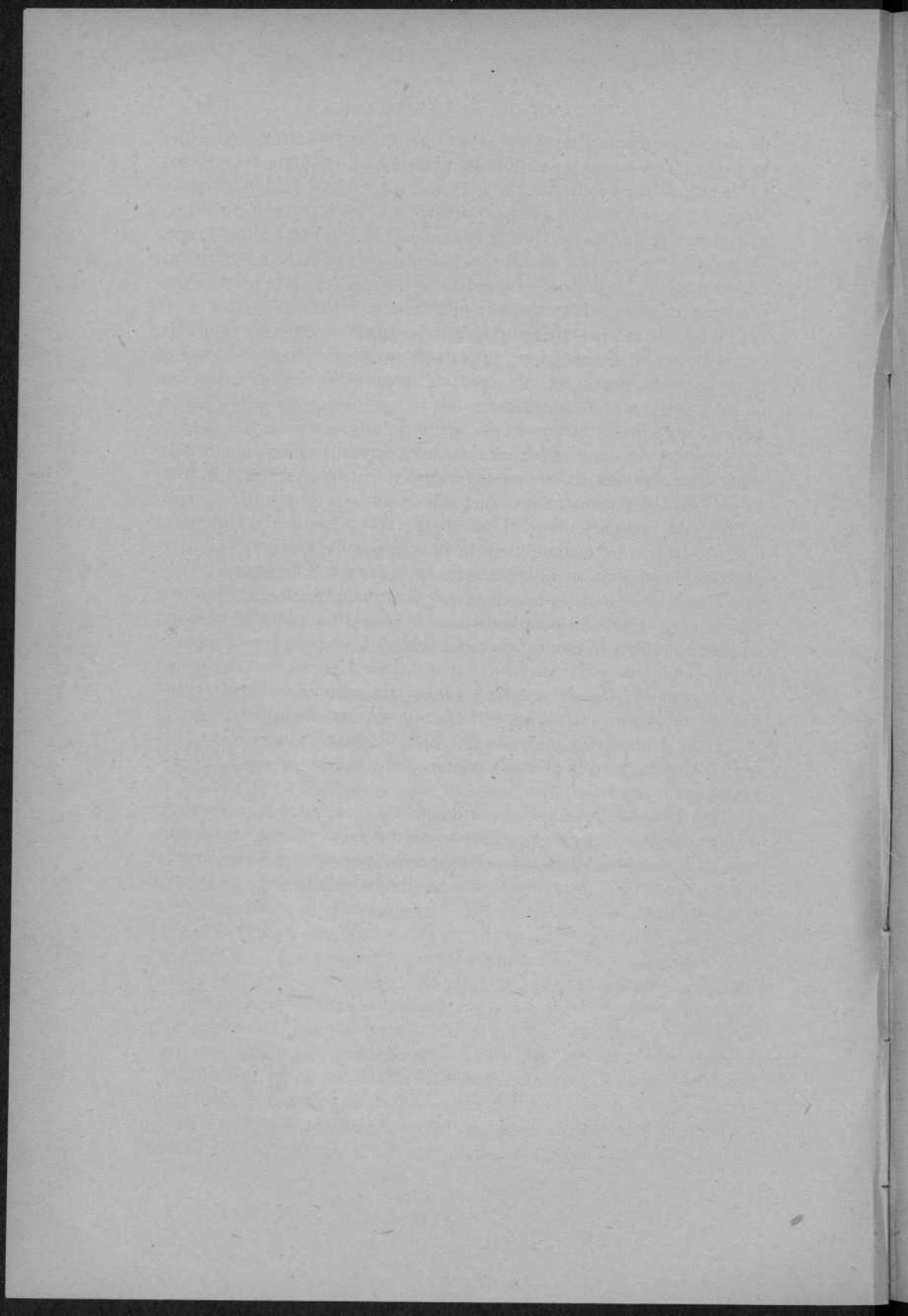
de la mucosa nasal, y no sólo no tengo por qué arrepentirme, sino que han sido y son tantos los éxitos obtenidos, que hice objeto del mencionado asunto mi comunicación para ingreso de la Real Academia de Medicina de esta corte, y posteriormente va a presentar al futuro primer Congreso de Oto-rino-laringología español una comunicación con el título de *Tratamiento de las rinitis hipertróficas por la resorcina* mi amigo y asistente en la *Policlínica Cervera* Dr. Campos, refiriéndose á muchísimos casos favorables de mi citada consulta.

En cuanto al procedimiento quirúrgico, único medio de combatir esta afección, debo consignar: 1.º, que no soy partidario de la narcosis, ni aun por el bromuro de etilo, por no encontrarla necesaria, á causa de ser una operación indolente; el escaso tiempo que necesita para su ejecución, y el resultar favorable el grito ó lloro del niño, ó los esfuerzos de la deglución en el adolescente, para cerrar la glotis al paso de la sangre que pueda escurrirse por la faringe; y 2.º, que no soy exclusivista en la elección del instrumental, toda vez que, en términos generales, utilizo las pinzas cortantes de Löwenberg y las cucharillas de Gottstein, ó las de Harman, ó cualquiera de ellas en particular, según el individuo y la disposición de la hipertrofia de la amígdala faríngea.

Además del empleo post-operatorio de medicamentos antisépticos en irrigaciones nasales y gargarismos, y de la permanencia del enfermo en la cama ó, por lo menos, en una habitación, doy de vez en cuando toques con la disolución de resorcina al 100 por 100, con lo que consigo mejor la más perfecta retracción de los restos adenoideos, y el verdadero curtido — digámoslo así — de la mucosa naso-faríngea.

Hasta el presente, siguiendo este procedimiento, son tan beneficiosos los resultados, que ni aun fenómenos auriculares se me han presentado.

Para más detalles sobre el particular, así como respecto á los desórdenes generales que en el organismo produce dicha afección, consúltese mi folleto titulado *Consecuencias que la hipertrofia tonsilar y las vegetaciones adenoideas determinan en la organización infantil.*] — DOCTOR C. COMPAIRD.



Pólipos fibro-mucosos.

DEFINICIÓN. — Designase así una variedad de tumores que nacen en las ventanas nasales posteriores, teniendo, por su estructura, algo del pólipo fibroso y del mixoma clásico.

Bien conocidos hoy (Richet y Legouest, Labbé, Trélat, Mathieu, Degail, etc.), los pólipos fibro-mucosos se desarrollan generalmente en el adulto desde los dieciséis hasta los cuarenta años, pero se les ha observado igualmente en sujetos más jóvenes (de seis á doce años, E. J. Moure) ó más ancianos, hacia los sesenta años (Panas). Las causas son las de los demás tumores benignos de las fosas nasales.

SÍNTOMAS. — Insistiremos poco sobre los desórdenes funcionales, caracterizados por un romadizo más ó menos marcado, que, principiando por ser unilateral, llega gradualmente á atacar ambos lados, á medida que aumenta el neoplasma. Siendo dichos tumores comúnmente pediculados, es habitual ver variar, con las posiciones de la cabeza del sujeto, los síntomas de obstrucción nasal; según el pólipo, llena más ó menos el orificio coanal. Cuando el tumor ha adquirido un volumen considerable, como, por ejemplo, el de un huevo de pichón, de gallina ó más todavía, la entrada del aire se hace imposible por completo, resultando de tal estado una serie de síntomas sobre los cuales no debemos volver á insistir (pérdida del olfato, gangueo, etc.).

Al examen directo, los pólipos fibro-mucosos tienen la apariencia lisa, pardusca, algún tanto roja en los puntos expuestos al roce, lo cual les hace semejar á los mixomas clásicos de las fosas nasales.

Sin embargo, su consistencia es más dura, su forma redondeada, en corazón de ave (Legouest) ú ovoidea, según su inserción y la capacidad naso-faríngea. Habitualmente insertos por un pedículo achatado ó acintado en el ámbito del orificio posterior de la fosa nasal, del tabique ó de los cornetes, y á menudo también por delante del esfenoideos, no son movibles sino cuando su volumen es bastante restrin-

gido para permitirles un cambio cualquiera en el espacio en que se desarrollan. Compréndese sin trabajo que, según las partes de la nariz posterior, en las que el pólipo se apoya, ofrecerá este último surcos ó anfractuosidades correspondientes á los relieves huesosos de la región.

No insistiremos en la naturaleza de tales neoplasmas, cuyo análisis microscópico, practicado cuidadosamente por los Dres. Cornil y Coyne, ha puesto de manifiesto (caso de Trélat y Labbé) hallarse compuestos de tejidos fibrosos y mixomatosos. Sabemos, por lo demás, que la estructura anatómica de esta región (Panas) explica muy bien semejante textura especial.

La marcha de la dolencia no ofrece nada de característica, y su tendencia á aumentar de volumen hasta el punto de rechazar el velo del paladar y de hacer relieve en la faringe bucal es muy manifiesta, si bien no se observan aquí deformaciones huesosas, ni invasión en las cavidades vecinas, ni hemorragias espontáneas; en una palabra, ninguno de los síntomas graves de los pólipos naso-faríngeos clásicos, con los que no tienen más relaciones que el sitio. No hablamos sino para recordarlos de los desórdenes auriculares (zumbidos, sordera), consecutivos á la oclusión de una ó de las dos trompas de Eustaquio.

Por lo que precede, es fácil convencerse de la poca gravedad de los pólipos fibro-mucosos que, después de operados, no tienen tendencia á recaer.

DIAGNÓSTICO. — Debemos insistir, desde luego, en la necesidad absoluta de establecer por medio del examen rinoscópico anterior y posterior, y por el tacto, un diagnóstico preciso del cual ha de derivarse el tratamiento. Creemos haber insistido suficientemente acerca del aspecto, la forma, la consistencia y la marcha de estos tumores, que se encuentran generalmente en ambos sexos y en una época en que los pólipos son raros, si no excepcionales, para no necesitar ahora un nuevo diagnóstico diferencial.

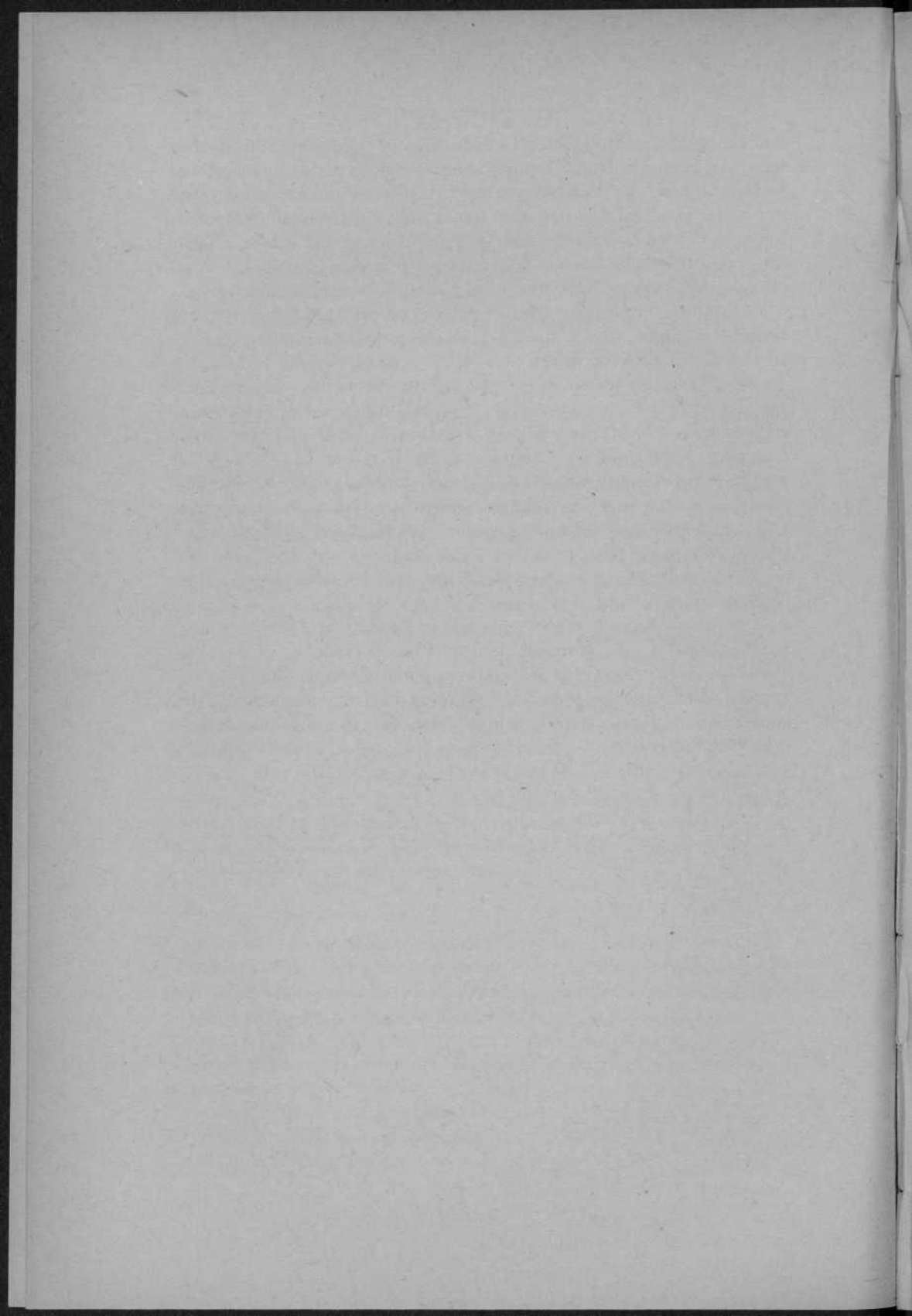
TRATAMIENTO. — Es preciso, en todos los casos, rechazar las operaciones grandes que necesitan destrozos, siempre considerables, de la cara ó de la cavidad bucal, porque se debe y se puede siempre obrar por las vías naturales. En efecto: gracias á la cocaína y á los medios de exploración de que disponemos actualmente, no estamos ya autorizados á abrir una vía artificial para extirpar los tumores benignos de las fosas nasales posteriores, cuando es posible extirparlos de otra manera. Si se conoce y, con más razón, si se ve el pedículo del pólipo, bastará seccionarlo por las ventanas nasales anteriores con el cuchillo galvánico (E. J. Moure), para hacerlo caer en la garganta posterior, y desde allí á la boca del enfermo, que lo arrojará desde luego. Si está

mal conocido el punto exacto de inserción, y resultara imposible de determinar, se harán algunas tentativas á través de la nariz con el aprieta-nudos ordinario en frío. Si hay necesidad, se pasará un asa por el interior de las fosas nasales, la que se traerá a la boca. Guiándola entonces con el índice, en la faringe nasal, se tratará de coger el tumor, mientras que con la mano izquierda se tirará de las dos asas del hilo que pasa por las fosas nasales anteriores. Según los casos, se usará el asa fría ó el aprieta-nudos galvánico si se teme un derrame de sangre muy abundante, hecho, por lo demás, bastante raro cuando se emplea el aprieta-nudos y no las pinzas.

En fin, otras veces se obrará por la boca, actuando por detrás del velo del paladar; en tales casos, y cogido el tumor, será bueno, para arrancarlo más fácilmente, colocar el dedo en el fondo de la garganta, de modo que pueda servir como una polea de reflexión, á fin de tirar verticalmente del pedículo del neoplasma que ha de extraerse. El derrame de sangre es ordinariamente muy pequeño, y si fuese muy abundante para inquietar al operador, sería fácil detenerlo por el taponamiento de las fosas nasales.

El tratamiento consecutivo es de los más sencillos, porque estos tumores no recidivan.

Después de hacer la operación, será conveniente prescribir algunos lavados antisépticos (boricados, fenicados, etc.) hasta la cicatrización completa. Si hay necesidad, se examinará nuevamente el enfermo algunos días al principio, y después, transcurridos algunos meses desde la ablación del tumor, para asegurarse bien de que el resultado obtenido es definitivo.



Pólipos fibrosos naso-faríngeos.

DEFINICIÓN. — Designanse con este nombre unos tumores fibrosos que, naciendo en las fosas nasales ó la faringe nasal, envían prolongaciones á las cavidades vecinas (senos frontales, maxilares, fosas pterigoideas, órbita, etc., etc.).

Según esos diferentes puntos de implantación, hanse descrito los pólipos nasales, naso-frontales, naso-maxilares ó naso-faríngeos, clasificaciones que resultan inútiles en realidad.

ETIOLOGÍA. — Las causas predisponentes más importantes son, fuera de duda, la edad y el sexo de los enfermos. Esta afección es, en efecto, casi exclusiva de la adolescencia, y casi nunca se la encuentra más allá de los treinta años, al paso que es muy común desde los quince á los veinte años. Igualmente se han observado pocas veces los pólipos naso-faríngeos en la mujer (1), y las estadísticas publicadas hasta el día conciernen casi todas á niños del sexo masculino.

Se han señalado también en la etiología de esta afección la escrófula y la mala higiene. En cuanto á las causas ocasionales, como caídas, golpes, etc., no tienen ninguna especie de valor.

SINTOMATOLOGÍA. — Durante largo tiempo, los pólipos naso-faríngeos han pasado inadvertidos. Apenas si algo de fatiga en la respiración, de romadizo, y algunas epistaxis raras, llaman la atención de los enfermos. Es más bien una cefalalgia sorda, tenaz, á veces localizada, lo que los hace reclamar los cuidados del médico.

Un poco más tarde, el tumor aumenta de volumen y, haciéndose

(1) El caso señalado por Richard en una mujer de cincuenta y cinco años (1860), no fué observado con bastante rigor para merecer excepción; pero el Dr. Flayette ("Revista de Cir.", 1887) ha podido reunir veintidós casos perfectamente auténticos.

el romadizo más marcado, prodúcese un derrame mucoso ó moco-purulento por las fosas nasales y se hace la voz gangosa, especialmente cuando el neoplasma toca el velo del paladar. El enfermo experimenta la sensación de un cuerpo extraño; después, á menudo, cierto grado de sordera, una disminución ó hasta la pérdida completa del olfato. La deglución tórnase dificultosa algunas veces, los líquidos ingeridos tienden á refluir por las fosas nasales, la emisión de ciertas consonantes (b, d, g, k, etc.) se hace difícil ó aun imposible, á consecuencia de la inmovilidad del velo del paladar. Desde este momento, es ya posible percibir el tumor, bien por el examen directo con el espejo, ora por el tacto digital. Tal es lo que Duplay llama el segundo período, ó sea el de los trastornos funcionales.

Pronto comienzan á aparecer las deformidades de los huesos. Los precedentes desórdenes llegan entonces á su máximun, haciéndose imposible la respiración por la nariz; las epistaxis, raras al principio, vuélvense frecuentes y muy abundantes, contribuyendo á debilitar al enfermo. El lado de la cara correspondiente al tumor, se deforma; proyéctase el ojo fuera de la órbita; las fosas temporales y zigomáticas se empastan; el semblante se abotarga; el hueso parotídeo se borra; el velo del paladar está fuertemente empujado hacia adelante, y la bóveda palatina descendida hacia la cavidad bucal. La cavidad craneana puede también ser invadida, y gradualmente comprimido el cerebro, reacciona á veces bastante poco, para que dicha complicación pueda pasar inadvertida ó no ser reconocida sino durante la autopsia, ó durante el curso de la operación. Empero hanse observado en ocasiones fenómenos nerviosos graves, como, por ejemplo, coma, neuralgias y trastornos de la sensibilidad. Cuando llega á este grado, no es raro ver que el tumor forma hernia al exterior, sea en la boca, por detrás del velo del paladar, sea por las ventanas anteriores de la nariz ó por la cavidad de las órbitas.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Es muy discutido todavía el punto exacto de implantación de los fibromas de las fosas nasales. Por lo general, nacen en la bóveda basilar, en la proximidad del agujero rasgado posterior y de las apófisis pterigoides. El origen de los pólipos nasofaríngeos, siempre profundo, hácese á expensas del periostio que tapiza los huesos de esta región.

Son casi siempre únicos, implantados en la mucosa por una ancha base, y tienen el aspecto de una masa carnosa, rojiza, resistente é inmóvil. Á menudo mamelonados y desiguales, envían en todos los sentidos ramificaciones que llenan al principio todas las anfractuosidades de la cavidad de la nariz. El volumen de tales tumores, considerable á veces, puede alcanzar el grosor del puño y deformar la cara, recha-

zando todos los huesos que la componen, pudiendo hasta corroer y destruir el mismo tejido óseo, penetrando en el cráneo.

La estructura de los pólipos naso-faríngeos les ha hecho clasificar en la categoría de los fibromas, que están constituidos por un tejido sucio, amarillento, poco elástico, que cruje bajo el escalpelo. Compuestos de un gran número de mamelones aislados, como los fibromas uterinos, distingúense de estos últimos porque no tienen fibras musculares lisas. Son susceptibles de pasar por todas las fases de la evolución regresiva, pero jamás se ablandan ni se ulceran, como ciertos neoplasmas malignos. Sin embargo, háseles visto, en algunos casos, sufrir la degeneración grasosa ó quística (Cloquet, Cruveilhier, Maisonneuve citados por Duplay). Cuanto á su transformación en cáncer, admitida por Boyer, no se ha probado todavía.

DIAGNÓSTICO. — Al principio, el diagnóstico podrá ofrecer algunas dificultades, pero raramente se consulta en este periodo de la enfermedad. En todos los casos, el examen rinoscópico permitira reconocer la existencia de un tumor único, más ó menos voluminoso, de color rojo bastante intenso, surcado en la superficie por una red vascular formada de vasos dilatados y á menudo expuestos á romperse. Dichos neoplasmas se implantan por una ancha base en la región basilar ó en la bóveda eseno-faríngea, síntomas que bastaran para hacer rechazar la idea de un pólipo mucoso.

Más dificultoso será el diagnóstico entre un tumor de mala naturaleza, por ejemplo un sarcoma, y un pólipo naso-faríngeo, especialmente si el neoplasma maligno se ha desarrollado en un niño (véase fig. 168, pág. 398). Entonces, el crecimiento rápido del sarcoma, su consistencia blanda, la aparición de la ulceración y, sobre todo, los infartos ganglionares, permitirán fijar el diagnóstico. Si se hubiera cometido error, sería poco grave, puesto que el tratamiento sería el mismo en ambos casos.

La fluctuación y la marcha del mal impedirán confundir un absceso retrofaríngeo con los fibromas de esta región.

Hecho el diagnóstico del pólipo naso-faríngeo, es preciso buscar todavía el punto de implantación del neoplasma, la existencia y la dirección de sus prolongaciones. Igualmente, es preciso tratar de conocer, con el dedo introducido en la faringe, el volumen de la producción morbosa, y su grado de resistencia y movilidad.

Por último, si se puede, se deberá ensayar el reconocimiento de las prolongaciones intracraneanas, si existen.

El examen oftalmoscópico podrá prestar aquí algunos servicios, que convendrá dirigir á investigar si hay compresión cerebral.

MARCHA. — DURACIÓN. — TERMINACIÓN. — Los fibromas tienen una marcha lenta, pero cierta y progresiva. Muy raramente son susceptibles de retrogradar durante la adolescencia.

La duración de la enfermedad depende del desarrollo del tumor, de la frecuencia de las hemorragias, de su frecuencia y del sitio del pólipo, el que necesita, por punto general, de seis meses á tres años para llegar á su mayor desarrollo.

Si la curación ha podido producirse espontáneamente por eliminación y gangrena, precisa considerar tales hechos como excepcionales, y recordar bien que, habitualmente, los fibromas naso-faríngeos, abandonados á sí mismos, ocasionan la muerte.

Conviene hacer constar, con Gosselin, que después de veinticuatro ó veinticinco años, los tumores fibrosos naso-faríngeos tienen manifiesta tendencia á atrofiarse.

PRONÓSTICO. — La existencia de una producción morbosa de la naturaleza de la que estudiamos aquí, es cosa siempre grave. El crecimiento rápido del neoplasma y la aparición frecuente de hemorragias vienen á agravarlo y á forzar al cirujano á intervenir con rapidez de un modo radical, para salvar la vida del desgraciado atacado de tan terrible dolencia.

TRATAMIENTO. — El número de los medios preconizados contra los pólipos naso-faríngeos es tan considerable, que, á ejemplo de diversos autores, creemos necesario establecer divisiones entre tales medios de tratamiento.

A. Los unos *simples*, que tienen por objeto destruir el pólipo sin atacar las partes blandas, como la *desección*, la *cauterización* (pasta de Canquoin), la *compresión*, la *excisión*, están casi abandonados, ya por sus inconvenientes, ó más bien por su averiguada inutilidad.

El *arrancamiento* puede ser buen procedimiento, cuando el neoplasma se inserta al nivel de la faringe, y no se une al esqueleto sino por un pequeño pedículo que puede destruirse fácilmente, así como desgarrarse; pero, en general, este medio es poco práctico, sucediendo igualmente con el raspado propuesto por el Dr. Velpeau.

La *ligadura*, por el contrario, ha tenido bastantes partidarios; pero lo difícil es hacer pasar el tumor por el asa destinada á encerrarlo. Este método tiene todavía el inconveniente de dejar un pedículo largo, que podrá servir de punto de partida para una recidiva. Si nos decidiéramos á emplear este procedimiento, preferiríamos, en tal caso, la excisión con el asa galvánica que conviene mejor á estos tumores al principio, cuando todavía no han enviado prolongaciones á la cara, haciendo imposible su paso por el asa. El tratamiento galvánico es, pues, sus-

ceptible de encontrar indicaciones más numerosas que antiguamente, puesto que nuestros medios de exploración son más completos y que la rinoscopia comienza á entrar de un modo formal en la práctica corriente.

Este procedimiento me ha dado algunos resultados satisfactorios y hasta definitivos, para que pueda recomendar su empleo en los casos en que se crea aplicable.

B Los *medios compuestos* consisten en no atacar el tumor hasta después de haberlo puesto á la vista, por medio de una operación anterior. Según se ataca al neoplasma por la bóveda palatina, por la nariz ó por la cara, dichos procedimientos reciben los nombres de método palatino, nasal ó facial.

El *método palatino*, por simple incisión del velo del paladar, ó bien abriendo la bóveda palatina (Nélaton), tiene quizás el inconveniente de ofrecer una vía demasiado estrecha para atacar el punto de implantación del tumor, porque, según la juiciosa observación de Verneuil, la masa central del pólipo hace hernia por la abertura. Expone, además, á hemorragias abundantes y graves. Es, por último, muy penosa para el enfermo, cuya boca está ampliamente abierta, á veces por muchas horas.

Conviene, sin embargo, á los pólipos de pequeño volumen, y constituye también en estos casos, á mi juicio, el procedimiento de elección para reseca, si hay necesidad, la parte horizontal del hueso palatino, á fin de tener más claro el punto en que se haya de operar.

El *método nasal* consiste, ora en hender directamente la nariz sobre una línea vertical y separar las alas laterales, bien en practicar la sección del surco naso-geniano y naso-labial, con ó sin destrucción del ala nasal, ó finalmente, en desunir todas las ataduras de los cartílagos nasales y del subtabique, de modo que se levante hacia arriba la nariz, cuyos excelentes medios de tratamiento suministran una claridad bastante considerable para penetrar en las cavidades de la nariz y, por consiguiente, para extirpar completamente el neoplasma. Opérase, ó por excisión, ó por la ligadura y la sección con el asa galvánica, ó empleando diversos aprieta-nudos que no tienen los inconvenientes del arrancamiento simple.

Como es á veces difícil llegar á una extirpación completa del neoplasma en una sola sesión, hase imaginado el procedimiento de la *cura lenta*, que consiste en dejar la herida muy abierta y en atacar gradualmente el tumor mediante cauterizaciones, vigilando las recidivas. Tan prudente método no tiene más que el inconveniente de exponer á los enfermos á las deformidades consecutivas, y dejar, por lo tanto, subsistir largo tiempo una herida más ó menos molesta.

En el *método facial* se reseca el maxilar superior (Syme, Michaux,

Flaubert, etc., etc.). No describiremos aquí los procedimientos usados para practicar esta resección, de la que todos los detalles operatorios se exponen minuciosamente en los tratados de Cirugía general. Digamos únicamente que si es doloroso semejante método, y deja tras de sí una deformidad notable de la cara con trastornos en la masticación y en la fonación, los cuales necesitan más tarde un aparato protésico, tiene por lo menos la ventaja de abrir una vía bastante ancha, por la cual el cirujano pone al descubierto el pólipo casi por completo con sus diversas prolongaciones, por lo cual constituye, á nuestro juicio, una operación decisiva que conviene á todos los casos en que el pólipo es voluminoso y envía múltiples prolongaciones, circunstancias que no reúnen los anteriores procedimientos.

Por este procedimiento, hácese posible extirpar completamente el neoplasma y asegurar una curación radical mediante la destrucción de los últimos restos del pedículo. Por último, la deformidad resultante no es tan grande ni tan aparente como pudiera suponerse al primer momento, máxime si se ha tenido la precaución de conservar el peritio orbitario. Éste se regenera y el resto de las partes blandas toma bastante consistencia para ocultar la enorme pérdida de sustancia debida á la falta del maxilar (Duplay).

Extirpado el tumor, se deberá cauterizar en diversas ocasiones el punto de implantación, pudiéndose emplear al efecto, ó el cloruro de zinc, ó todavía mejor el hierro al rojo, toda vez que permite localizar la acción cáustica sin tocar las partes sanas (1).

La *electrolisis*, recomendada en otro tiempo por Nélaton, Ciniselli, Lincoln, y más recientemente por Fletcher Ingals, constituye un tratamiento que, bien manejado, permitirá desde luego cohibir las hemorragias, causa de debilidad para el enfermo, y hasta hará desaparecer los pólipos naso-faríngeos.

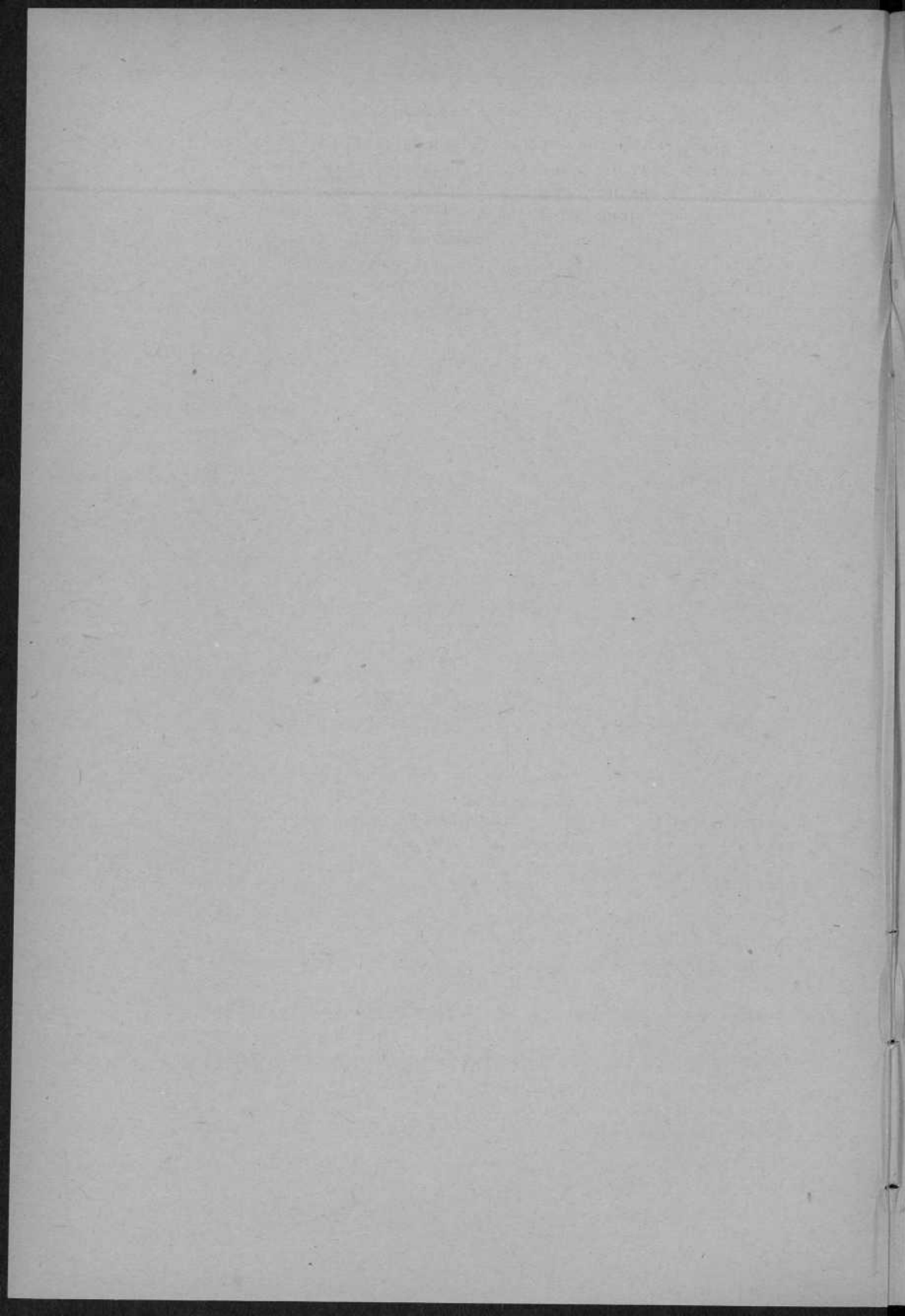
Conociendo los buenos resultados suministrados por este método en el tratamiento de los tumores fibrosos de la matriz, no llamará la atención que pueda suministrarlos también en los fibromas de la parte posterior de la nariz. Es preciso dar la preferencia (2), sin contradicción, al método bipolar, no dudando, una vez colocadas las agujas, en emplear intensidades de 50, 60 y hasta 80 milliamperes durante doce ó quince minutos seguidos. Se ensayará hacer una inversión de la corriente para evitar el derrame sanguíneo que se produce á veces

(1) No nos detendremos más en estas operaciones, cuyos detalles ha expuesto perfectamente el Dr. Bosworth en su "Tratado de enfermedades de la nariz," (Nueva York, 1889).

(2) Véase para más amplios detalles el reciente trabajo del Dr. Lallemand, "De la electrolisis en el tratamiento de los pólipos naso-faríngeos," (tesis de Burdeos, hecha bajo la inspiración del profesor Bergonié, Diciembre de 1892).

en el punto en que ha estado clavada la aguja positiva', por más que la hemorragia es de ordinario poco abundante. Siendo necesarias muchas sesiones, se usarán durante veinte días ó varios meses de intervalo, según el volumen del neoplasma que se haya de destruir.

La electrolisis se empleará por las vías naturales (nasal ó palatina) ó artificiales, según el sitio del pólipo y según sea más ó menos accesible al operador. Recomendamos, desde luego, hundir el velo del paladar, á fin de facilitar el tratamiento y vigilar las recidivas.



Sarcomas.

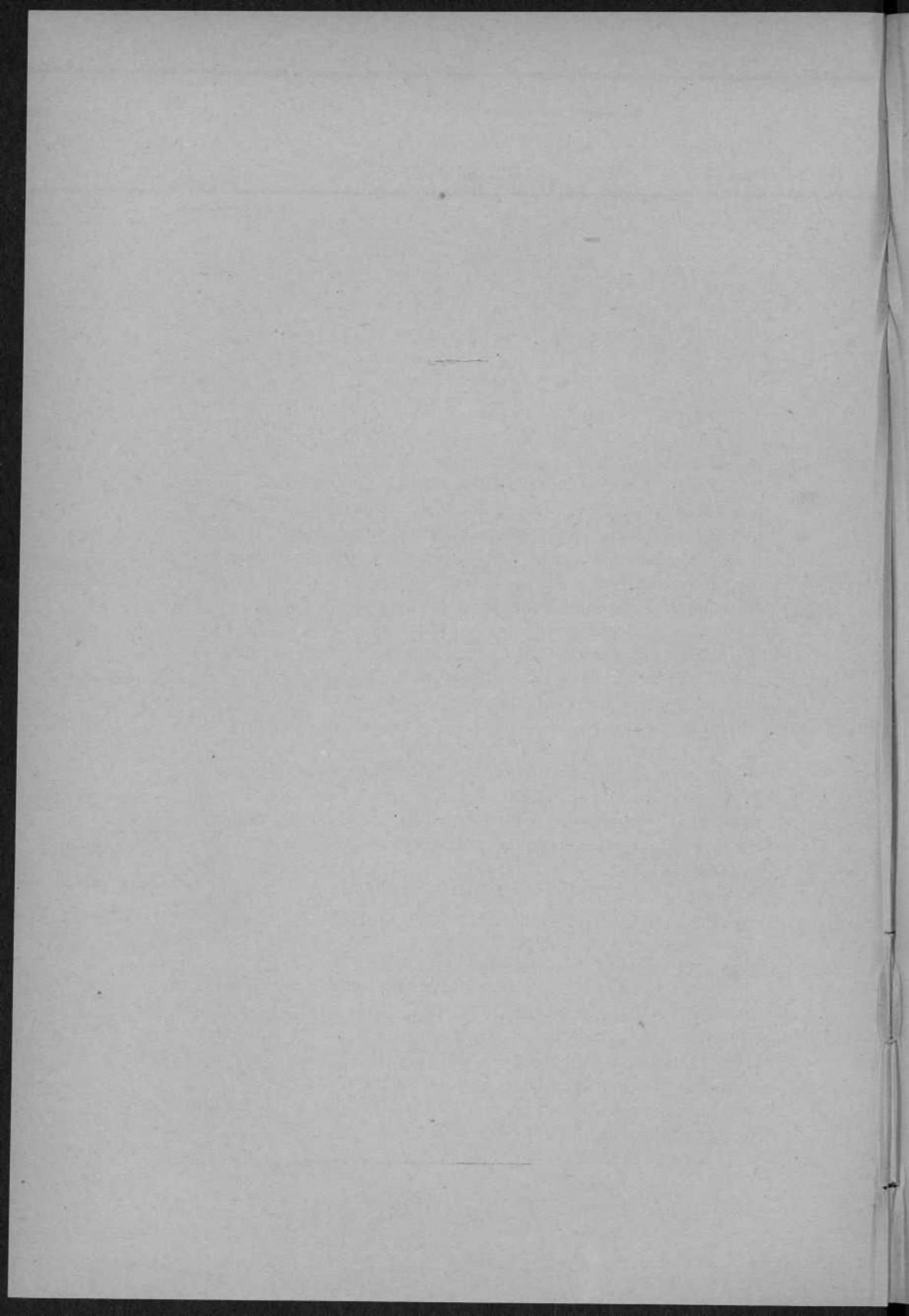
Los tumores malignos sarcomatosos de la faringe nasal desarrollados primitivamente en dicha región, no son comunes, siendo en ocasiones consecutivos á tumores benignos (Weber).

Los síntomas se parecen á los que hemos expuesto al tratar de los pólipos naso-faríngeos, con la diferencia de que existen bastante á menudo dolores espontáneos en los oídos ó en la cara. Las epistaxis son frecuentes y abundantes. Se observan secreciones fétidas en la mayor parte de los casos, moco-purulentas ó saniosas, que caen generalmente en la faringe nasal. Los ganglios del cuello están intactos, excepto en el periodo caquético, cuando el tumor ha invadido las cavidades nasales y faríngeas.

Al examen rinoscópico anterior, es ordinariamente fácil ver una masa rojiza, vascular, renitente, á menudo pediculada, que llena más ó menos la cavidad naso-faríngea y sobresale por detrás del velo del paladar.

Muy á menudo pediculados, los sarcomas de esta región tienen todos los caracteres de los tumores malignos. Como estos últimos, se desarrollan con rapidez, y recidivan cuando la ablación no ha podido hacerse por completo. Sin embargo, en tales casos, operando antes del periodo caquético, son con frecuencia susceptibles de curación. Más bien pueden considerarse dichos neoplasmas como fibro-sarcomas, que verdaderos sarcomas embrionarios. Se les observa en toda edad y en todos los sexos.

No insistiremos en el tratamiento, que es el de los pólipos naso-faríngeos ordinarios, con la diferencia de que en los sarcomas es preciso destruir en conjunto el tumor hasta su raíz, y, por consiguiente, hacer una operación *completa* en todos los casos en que esto sea posible. Las vías y medios de que hay que echar mano deben ser apropiadas á cada neoplasma, á su forma, á su volumen y su punto de inserción, y esto habrá de determinarse, bien con antelación, ora durante el curso de la operación, á fin de rasparlo y cauterizarlo con especial interés.



Neurosis del espacio naso-faríngeo.

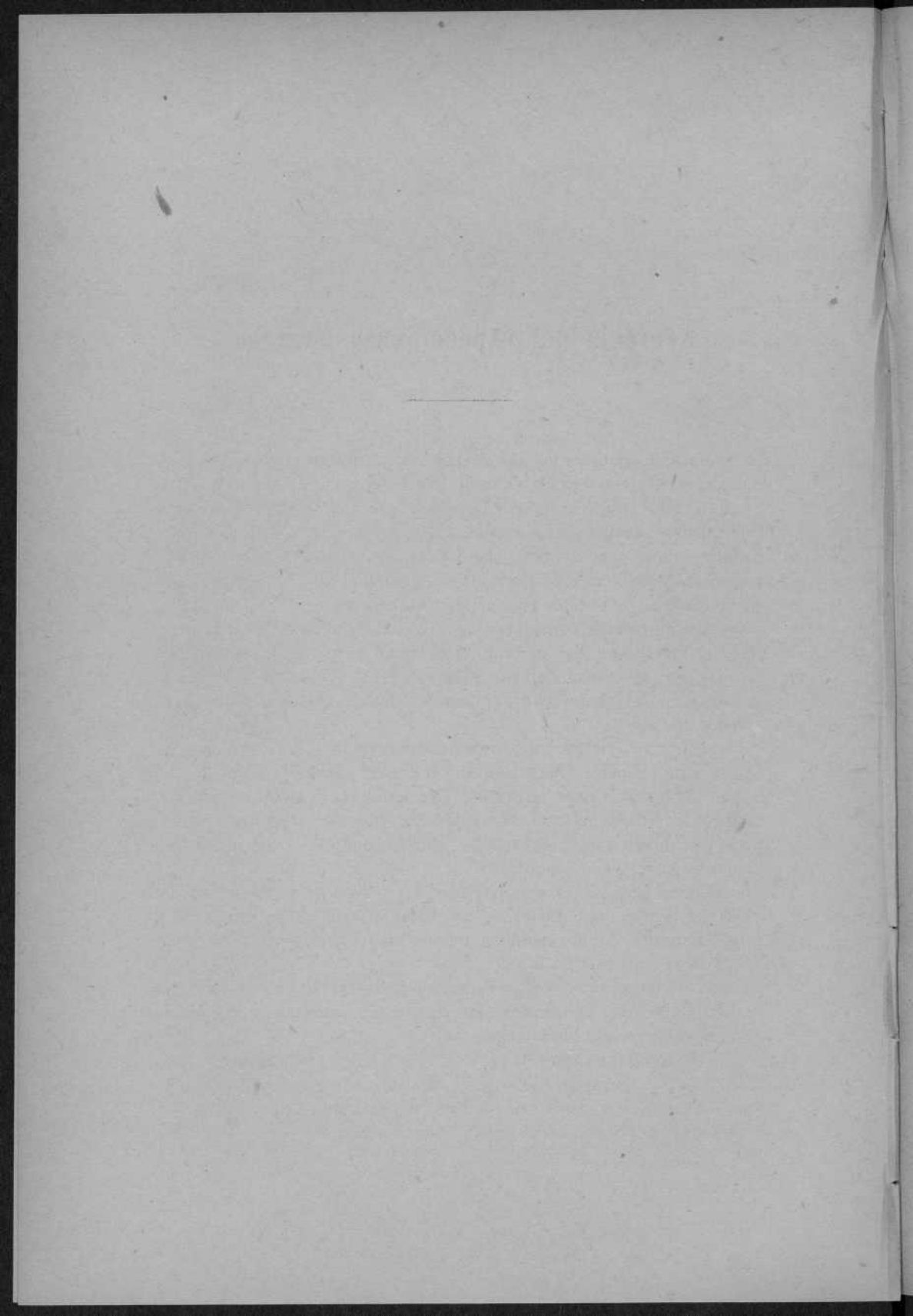
Hemos descrito ya los desórdenes reflejos que se originan á consecuencia de las lesiones de las fosas nasales, por cuyo motivo nos dispensará este estudio el insistir de nuevo sobre los trastornos diversos que pueden resultar de las variadas afecciones que atacan la faringe nasal. Aunque son menos conocidos que los reflejos de origen nasal, son quizá también más frecuentes. Señalados por Hering, han sido perfectamente expuestos por el Dr. Baumgarten (1892). Con dicho autor, no sabríamos considerar las afecciones del oído, de la faringe, de la laringe y aun de las bronquios, como resultado de desórdenes reflejos, porque la vecindad inmediata de estos diferentes órganos con la faringe nasal basta para explicar las determinaciones patológicas que los atacan.

Al contrario, ciertos trastornos nerviosos de la porción posterior de la garganta (hiperestesia, anestesia dolorosa, parestesia), pueden depender de lesiones naso-faríngeas. Hay igualmente algunos espasmos laringeos, verdaderas toses espasmódicas diurnas ó nocturnas (laringitis estrídula) que, como se sabe, son frecuentes en los niños que tienen vegetaciones adenoideas.

En casos semejantes, encuéntranse también á menudo paresia del velo, con tartamudez, trastornos psíquicos, pesadillas, palpitaciones y otros síntomas cuya existencia hemos señalado al estudiar la hipertrofia de la amígdala faríngea.

El Dr. Baumgarten señala asimismo trastornos gastro-intestinales (eructos, vómitos) y vesicales (anuria), como formando el cortejo de algunas afecciones de la faringe nasal.

Es cierto que, en estos casos, es preciso contar siempre con sujetos más ó menos neurasténicos, siendo igualmente verdad que la supresión de la dolencia naso-faríngea basta para curar, ó al menos atenuar, el desorden nervioso que ha sido la consecuencia.



Cavidades secundarias (senos).

ANATOMÍA

Las cavidades llamadas accesorias, unidas á las fosas nasales por la mucosa, de las cuales son aquéllas la continuación, hállanse constituidas: 1.º, por las células etmoidales; 2.º, por los senos frontales; 3.º, por los senos esfenoidales, y 4.º, por los senos maxilares.

1.º CÉLULAS ETMOIDALES. — Las cavidades formadas en el etmoides están de tal modo unidas á las fosas nasales, que se las considera como formando casi parte integrante de estas últimas. Comunican ampliamente entre sí por delante y por detrás, al nivel del infundibulum y del cuerpo del esfenoides. Esencialmente variables, como disposición y como volumen, son alguna vez considerables, hasta el punto de que el etmoides se halla reducido á una verdadera cáscara de huevo; de tal manera son delgadas las láminas óseas que la atraviesan, circunscribiendo entre sí espacios de diversas formas.

Antiguamente se dividían tales cavidades, según su sitio y sus orificios de comunicación con las fosas nasales, en células etmoidales anteriores (superiores é inferiores), que se abren generalmente en el canal frontal del infundibulum, y también por encima de este último, cerca del promontorio etmoidal (*bulva ethmoidalis*), y células etmoidales posteriores, comprendiendo el segundo grupo, las cuales se abren en la parte posterior del meato medio, por delante del seno esfenoidal.

Estas disposiciones varían notablemente de un sujeto á otro, hasta el punto de que, en ciertos casos, el cornete medio, formado por una vasta cavidad, semeja una verdadera célula etmoidal inferior (fig. 187). Hay que notar, sin embargo, que en los sujetos de células etmoidales muy desarrolladas, las otras cavidades accesorias son, por el contrario, de muy pequeñas dimensiones. Así resulta, por lo menos, de cortes bastante numerosos practicados en el cadáver.

Se comprenderá perfectamente que no describamos la forma de las anfractuosidades etmoidales, porque no se prestarían á una descripción metódica, á causa de la poca semejanza que ofrecen de un sujeto á otro.

2.º SENOS FRONTALES. — Hállanse constituidos por dos cavidades formadas en la parte antero-posterior del hueso frontal, encima de la raíz de la nariz, por dentro de las órbitas, y al principio del arco super-

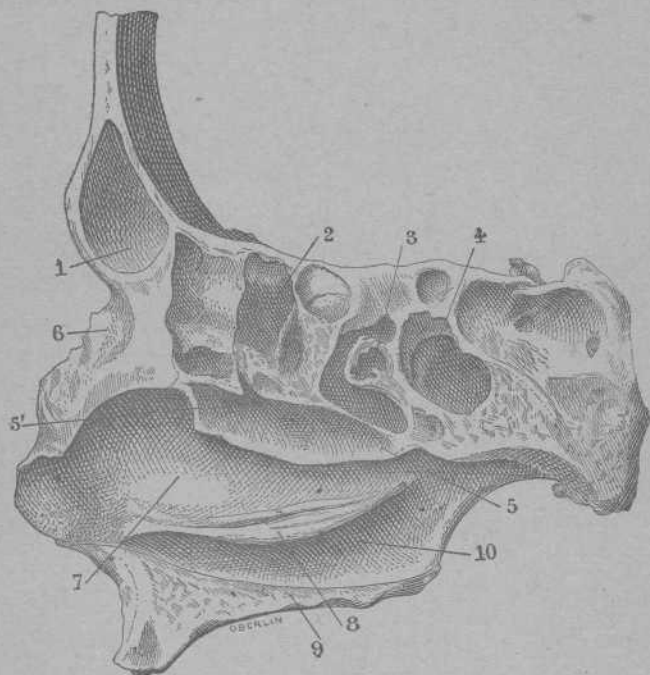


Fig. 187. — Corte antero-posterior que muestra las cavidades accesorias superiores muy desarrolladas.

1. Seno frontal. — 2. Células etmoidales anteriores y posteriores 3 y 4, confundíendose con el cornete medio 5 y 5' formado por una vasta cavidad (cornete neumático). — 6. Hueso propio de la nariz. — 7. Meato medio. — 8. Desviación del tabique. — 9. Bords alveolar del maxilar superior. — 10. Meato inferior. (Dibujado según una fotografía; corte del Dr. E. J. Moure.)

ciliar. Están comprendidos entre dos láminas huesosas del frontal, y terminados por una especie de desdoblamiento del hueso, que los protege por delante mediante una capa externa, y por detrás por otra interna, separada la una de la otra por un tabique óseo que, grueso al principio, se adelgaza hasta el punto de desaparecer por completo á una edad avanzada. El Dr. Tillaux, que ha tenido ocasión de estudiar

el desarrollo de estas cavidades, llega á la conclusión de que, no existiendo al nacer, aparecen sobre todo hacia la edad de la pubertad, en el momento en que toda la cara sufre una rápida transformación.

El Dr. Boyer (citado por Tillaux) hizo para el seno frontal la misma advertencia que señalamos para las células etmoidales. Este autor afirma que, á senos frontales muy desarrollados, corresponden cavidades esfenoidales de dimensiones pequeñas, y recíprocamente, estimando en unos 4 centímetros cúbicos la cantidad media de líquido que pueden contener los senos esfenoidales de un adulto, si bien se sabe cuán variable puede resultar semejante capacidad.

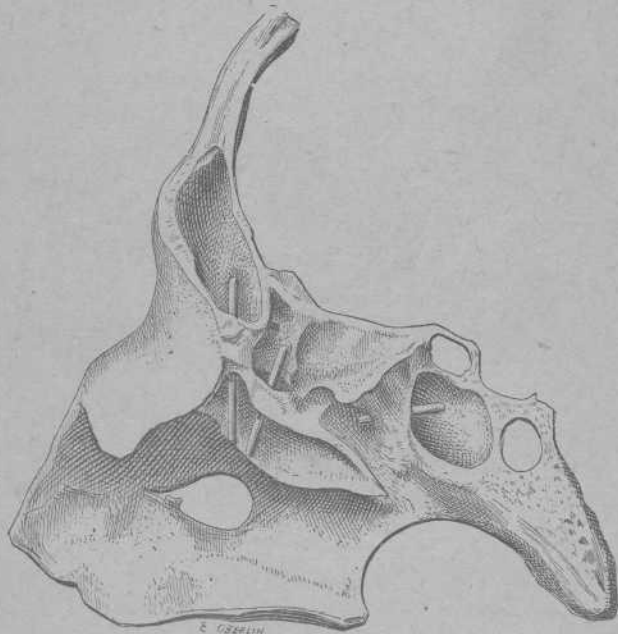


FIG. 188. — Corte antero-posterior que indica la comunicación del seno frontal y de las células etmoidales anteriores con el meato medio y el orificio del seno esfenoidal. Hay un estilete colocado en cada uno de estos conductos. (Dibujado según una fotografía; corte del Dr. E. J. Moure.)

Consignemos, á título de recuerdo, que dichas cavidades comunican con las fosas nasales por medio de una especie de canal designado con el nombre de fronto-nasal, el cual desemboca en el infundíbulo, situado en la parte antero-inferior del meato medio. La existencia de la pared inferior de esta gotiera (apófisis unciforme) hace el cateterismo del seno frontal, si no imposible en todos los casos, al menos bastante difícil. De una manera general, se comprende con facilidad que, para

llegar á semejante región por la vía nasal, es preciso dar un rodeo por la parte anterior de la apófisis unciforme. Cuando se tiene á la vista la disposición anatómica, tan mudable en esta región, se ve cuán preciso es ser prudente en las maniobras quirúrgicas hechas por los con-

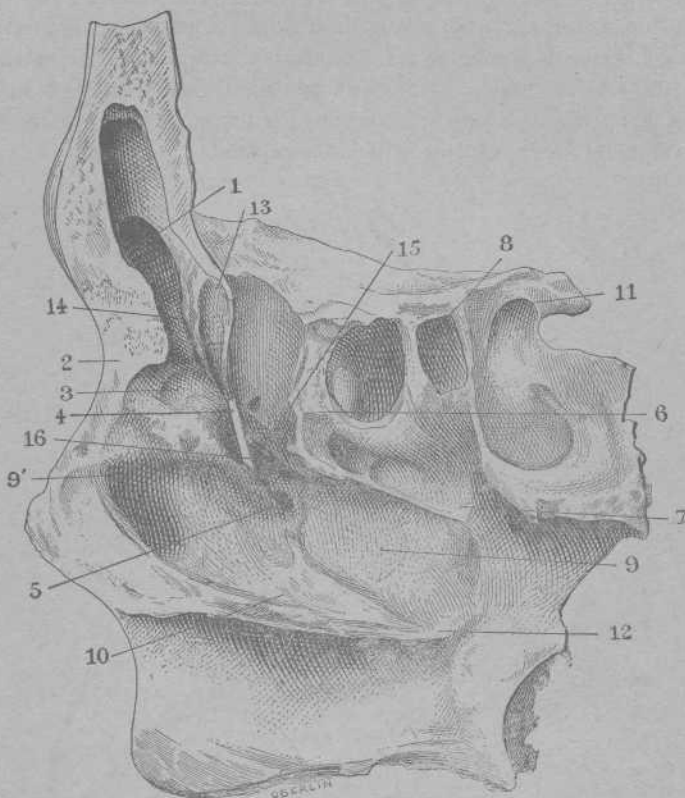


Fig. 189. — Corte antero-posterior, dibujado según una fotografía que indica:

1. Seno frontal. — 2. Hueso frontal. — 3. Célula etmoidal antero-inferior, que hace relieve en el canal fronto-nasal, 14. — 4. Estilote que penetra en el seno maxilar. — 5. Orificio accesorio del seno maxilar. — 6. Infundibulum. — 7. Parte posterior del cornete medio, quitado en gran parte. — 8. Célula etmoidal antero-superior. — 9, 9'. Meato medio — 10 y 12. Parte sobre la que se inserta el cornete inferior que se ha quitado. — 11. Seno esfenoidal, pared externa. — 13. Célula etmoidal antero-posterior que se abre en el infundibulum. — 14. Canal fronto-nasal. — 15. Promontorio etmoidal (bulla ethmoidalis). (Según un corte del Dr. E. J. Moure.)

ductos naturales, puesto que siendo las laminillas óseas tan tenues, y, por consiguiente, tan fáciles de romper, bastará una mano un poco dura ó un movimiento brusco del enfermo, para producir un falso camino y dirigir el instrumento, no hacia el seno frontal, sino hacia

la lámina cribosa, y por consecuencia hacia una región peligrosa.

Terminemos consignando que el cateterismo del seno frontal por la vía nasal, difícil y doloroso en la mayor parte de los casos, debe practicarse con mucha suavidad y moderación, y por una mano ejercitada en semejante clase de maniobras.

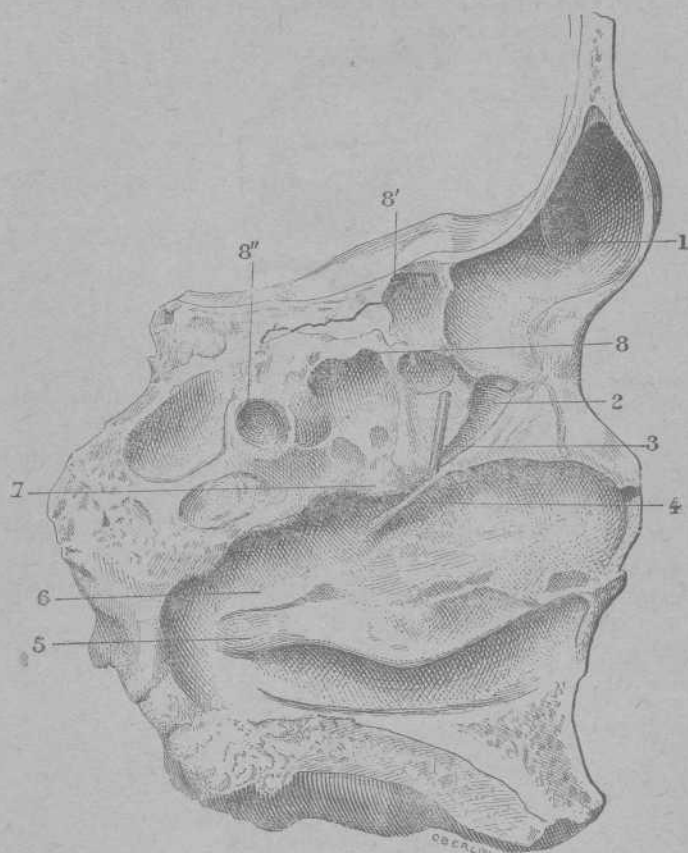


FIG. 190. — Corte antero-posterior, dibujado según una fotografía que indica:

1. Seno frontal (el cornete medio se ha levantado). — 2. Canal fronto-nasal. — 3. Estilote que penetra en el seno maxilar. — 4. Apófisis unciforme — 5. Parte posterior del cornete inferior levantado. — 6. Parte posterior del meato medio. — 7. Promontorio etmoidal. — 8, 8', 8''. Células etmoidales. (Según un corte del Dr. E. J. Moure.)

3.º SENOS ESFENOIDALES. — Formados en el espesor del cuerpo del esfenoides, corresponden por arriba al kiasma de los nervios ópticos y á la fosa pituitaria y, por los lados, al seno cavernoso. Por abajo comunican con las fosas nasales, en las que se abren por dos orificios situados en la parte posterior del meato superior.

Separados ambos por un tabique más ó menos vertical, hállanse formados á veces por una simple cavidad, mientras que otras están en parte llenos de tabiques incompletos, los cuales circunscriben unos relieves y anfractuosidades irregulares. En nuestras investigaciones en el cadáver, hemos encontrado algunos senos que presentaban tabiques



FIG. 191. — Seno maxilar de un niño, abierto por su parte interna. Relación con la segunda dentición. (Según un corte del Dr. Terrillon, Museo Orfila, París, núm. 40.)

horizontales dividiendo cada cavidad, ó sólo una de ellas, en dos porciones desiguales.

Como la de los senos frontales, la capacidad de los senos esfenoidales es bastante variable.

Asimismo, la situación y las dimensiones de su orificio de comu-

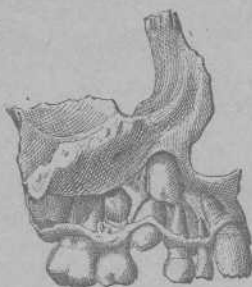


FIG. 192. — Hueso maxilar de un niño de nueve años. Dientes permanentes; primeros molares menores, indicando su relación con la pared alveolar y anterior ó yugal del seno maxilar. (Según un corte del Dr. Lacroix, museo Orfila, París, núm. 95.)

nicación con las fosas nasales están sujetas á variaciones mayores ó menores. Situado unas veces muy alto, casi en la base del cráneo, está el orificio otras, casi en la parte antero-inferior de esta cavidad y cerca del tabique de la nariz, resultando, de semejante disposición, que el cateterismo del seno esfenoidal es á menudo muy fácil de practicar y

no ofrece, en todos los casos, ningún peligro, si se hace con suavidad y ciertas precauciones que indicaremos más adelante al tratar de la patología de esta región.

El Dr. Tillaux cree que no aparecen los senos esfenoidales hasta la edad de veinte años. En cambio, nosotros opinamos que se desarrollan algo más tarde y hasta en algunos sujetos en la época de la pubertad.

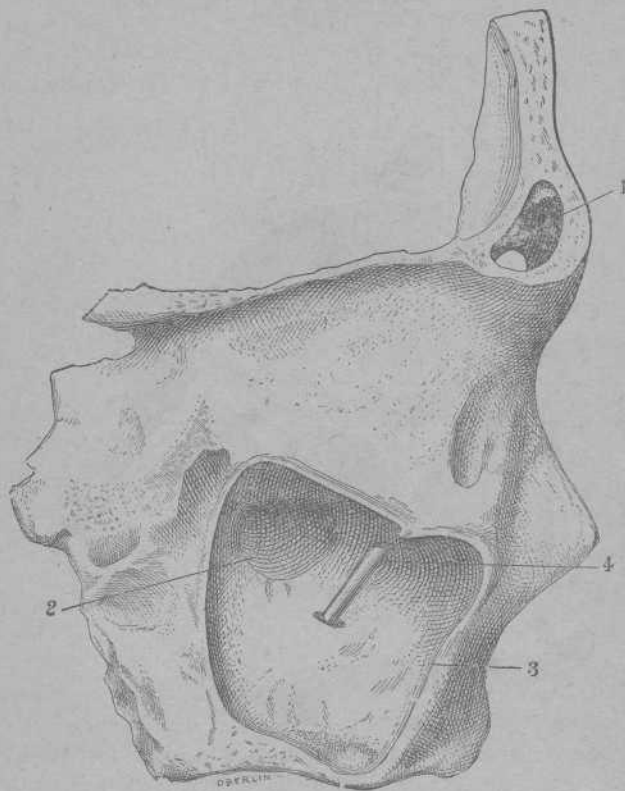


FIG. 193. — Corte dado en la pared externa del seno maxilar derecho, que indica la forma habitual de esta cavidad.

1. Seno frontal. — 2. Anfractuosidad contenida en el seno. — 3. Borde anterior ó yugal. — 4. Estilete introducido en el orificio de la cueva. (Dibujado según una fotografía; corte del Dr. E. J. Moure)

4.º SENOS MAXILARES. — En número de dos, uno derecho y otro izquierdo, se designan todavía estas cavidades con el nombre de cueva, ó antro de Higmore, ó sea del nombre del primero que dió de ellos una descripción exacta. Hállanse situados en el espesor de los huesos maxilares superiores. Su cavidad corresponde por delante á la fosa

canina, por detrás á la fosa pterigo-maxilar, por arriba á la pared inferior de la órbita, por abajo al arco alveolar superior, por fuera á la fosa zigomática y por dentro á la pared externa de las fosas nasales.

Constituído al nacer por una simple hendidura, y á veces también por una pequeña cavidad (Moure) en dirección antero-posterior, el seno maxilar aumenta de una manera sensible, sobre todo en el período de la segunda dentición, y, particularmente, en la de los molares definitivos.

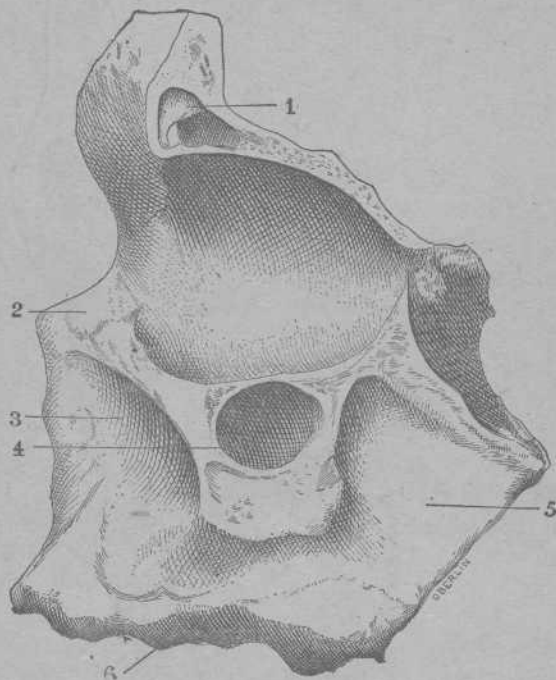


FIG. 194. — Corte dado en la pared externa del seno maxilar, que está reducido á dimensiones extremadamente mínimas.

1. Seno frontal con tabique. — 2. Hueso propio de la nariz. — 3. Fosa canina. — 4. Seno maxilar. — 5. Fosa zigomática. — 6. Borde alveolar del maxilar superior. En este caso, el seno no fué accesible más que por la fosa canina. (Dibujado según una fotografía; corte del Dr. E. J. Moure.)

Esta cavidad continúa creciendo, para llegar en la vejez á su mayor desarrollo. Muy variable en forma y en capacidad, la cueva de Higmore tiene ordinariamente el aspecto de una pirámide triangular cuya base, muy manifiesta, corresponde á la órbita, y la cúspide al arco alveolar. La pared anterior ó yugal, la externa ó zigomática y la interna ó nasal, son, en este caso, casi verticales, mientras que la pared superior orbitaria, que forma la base de la pirámide, es horizontal.

Pero basta dar algunos cortes en el cadáver para reconocer cuánto pueden cambiar las disposiciones anatómicas de semejante región. Á menudo anfractuosa, sembrada acá y acullá de travéculas óseas en forma de semitabiques que circunscriben esta especie de recessus ó cavidades accesorias, el seno maxilar se ha encontrado, aunque pocas veces, dividido por completo por un tabique vertical ú horizontal.

Reducido alguna vez á dimensiones ridículas, como por ejemplo, a tener apenas la capacidad de una pequeña avellana, he visto, en otros casos, presentar la cueva proporciones considerables, hasta el punto de llegar hasta detrás de la órbita (fig. 196) (1). Estas diferencias ana-



Fig. 195. — Seno maxilar con tabique en el sentido vertical y que forma dos cavidades distintas. (Según una preparación del Dr. H. Chevalet, Museo Orfila, París, número 37.)

tómicas son extremadamente importantes de conocer, porque, por una parte, explican la persistencia de ciertas inflamaciones localizadas en dicha región, y, por otra, constituye una indicación preciosa para el cirujano, en el caso de que sea necesario obrar en las cavidades accesorias de la nariz. Tales diferencias de espesor de las paredes huesosas explican también ciertas divergencias de opinión en los autores, á propósito de la iluminación, por transparencia, de la cara. (Véase la *Patología de las cavidades accesorias.*)

(1) Zuckerkandl ha descrito en el seno maxilar cinco prolongaciones, cuyo desarrollo puede ser variable, y están formadas: 1.º, en el borde superior del alvéolo (alveolar ó inferior); 2.º, el palatino, debido á la penetración de la cavidad entre las dos láminas de la apófisis palatina del maxilar superior; 3.º, el suborbitario, que corresponde á la apófisis ascendente; 4.º, el zigomático que va á la apófisis de este nombre; y 5.º, el posterior ú orbitario, del cual hemos ya presentado un muy bello ejemplar (fig. 196).

Al terminar la anatomía de esta región, debemos estudiar sucesivamente las paredes de la cavidad maxilar, tomando por tipo el seno piramidal clásico que ya hemos descrito.

a) La *pared superior ú orbitaria*, muy delgada, contiene en su espesor el canal osteo-fibroso, el cual da paso al nervio suborbitario, interpuesto á menudo en los tumores del seno ó de la órbita, á causa de que el tabique óseo, que separa ambas cavidades, es muy delgado. El mencionado detalle es igualmente útil de conocer en los casos en que, abriendo el seno por el borde alveolar, se introducen por dicho orificio instrumentos más ó menos afilados para tratar la mucosa enferma.

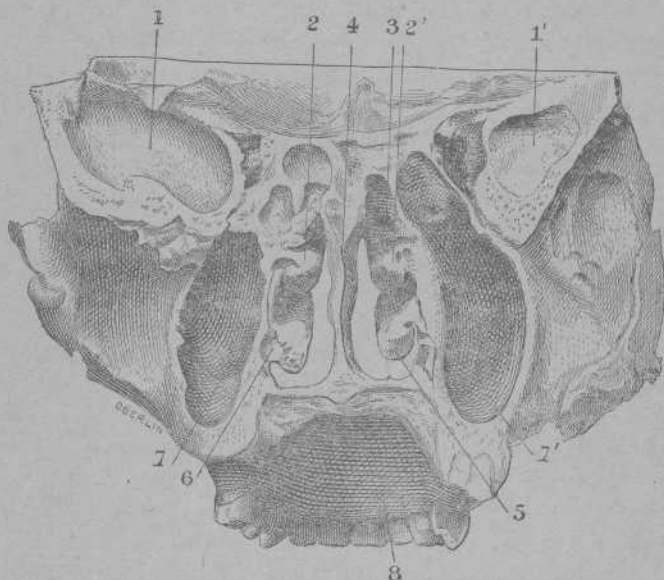


FIG. 196. — Corte transversal oblicuo, hecho en la pared posterior, al nivel del primer molar grande á la derecha, y de la segunda bicúspide á la izquierda.

1, 1'. Cavidad orbitaria. — 2, 2'. Cornetes medios — 3. Cornete superior. — 4. Tabique de la nariz. — 5 y 6. Cornetes inferiores. — 7 y 7'. Senos maxilares anfractuados; la prolongación orbitaria visible, sobre todo, á la derecha, 7', llega casi hasta debajo de la base del cráneo. (Dibujada según una fotografía; corte del doctor E. J. Moure.)

B. La *pared anterior ó yugal*, correspondiente á la fosa canina y deprimida hacia los senos, varía en cuanto á su espesor. Á menudo papirácea, cuando las otras paredes (nasales ó alveolares) son muy densas, es en otros casos un poco más dura, si bien es cierto que constituye una vía muy segura para llegar á la cueva de Higmore, al paso que las demás pueden ser impracticables, á causa de la exigüidad del seno y del considerable espesor de las paredes óseas que hay que atravesar.

C. La *pared postero-externa* ó zigmática corresponde á la tuberosidad maxilar, y no ofrece nada de notable: por detrás, al nivel de la hendidura pterigo-maxilar, se halla en relación con el ganglio de Meckel; es decir, que para extirpar este último, es preciso atravesarla.

D. Por último, la *pared interna ó nasal* corresponde en toda su altura á las cavidades nasales, á las que limita por fuera. Muy delgada y compuesta de una lámina casi papirácea al nivel del meato medio, especialmente en su tercio posterior, se engrosa generalmente algo más abajo del punto de inserción del cornete inferior, y más todavía acercándose al suelo de la nariz. Á menudo también, cuando el seno tiene dimensiones exiguas, la pared del meato inferior tiene un espesor bastante considerable, por cuya razón se perfora con dificultad por el instrumento punzante (trócar, etc.). En esta cara de la cueva de Higmoro es en donde existen el ó los orificios naturales, por medio de los que comunica dicha cavidad con las fosas nasales. La abertura constante y también la más ancha se halla hacia la parte anterior del meato medio, por detrás de la apófisis unciforme del infundíbulo. (Véanse figuras 187 y 188.) La extremidad de este conducto tiene, por punto general, una forma elíptica, á veces redondeada y mirando hacia arriba un poco hacia la parte superior del septum nasal. No es raro encontrar uno ó dos orificios accesorios, redondeados, y que ocupan la parte media del meato medio, sucediendo también que ambos orificios están separados por una superficie huesosa muy pequeña. Sea el que quiera el punto de comunicación del seno con la cavidad nasal, está siempre bastante elevado para que un cateterismo hecho por esta vía pueda constituir una forma de evacuación regular del pus contenido en la cueva. Á lo sumo, puede servir en algunos casos para hacer un lavado explorador, sin necesidad de abrir una vía artificial.

La cueva de Higmoro hallase en relación directa con las raíces de los molares grandes, cuya extracción basta á veces para abrir el seno. Ordinariamente, al nivel de la primera ó de la segunda muela grande, es más delgada la lámina del tejido compacto y, por consiguiente, más fácil de perforar. Es preciso tener presente que hay casos en que la porción ósea que separa las raíces molares de la cueva es bastante gruesa para que esta perforación resulte difícil. (Véase figura 192.)

Mucosa de las cavidades accesorias. — De una manera general, la membrana mucosa que tapiza las cavidades accesorias, continuación de la pituitaria, ofrece la misma estructura que esta última. Es, sin embargo, más delgada, por regla general, más lisa y menos adherente al tejido óseo. Contiene pocos filetes nerviosos y menos vasos que la mucosa nasal, especialmente al nivel de los senos frontales. Presenta en su cara profunda una capa de tejido fibroso susceptible de osificarse; particularidad esta muy importante de conocer y que se encuen-

tra, por lo demás, en todo el resto de la pituitaria. Las glándulas son más numerosas en las cuevas de Higmoro que en los demás senos, y sus conductos excretores tienen, en aquella cavidad, grandes tendencias á obliterarse (Giraldès), hecho importante desde el punto de vista de las deducciones patológicas.

FISIOLOGÍA

No diremos más que algunas palabras sobre la fisiología de las cavidades accesorias, toda vez que, á nuestro juicio, de ningún modo tienen por función el aumentar la superficie destinada á recibir la impresión olfatoria, ó de secretar productos destinados á mantener la humedad de la pituitaria, puesto que creemos que esta última se encuentra bastante provista de glándulas, para no tener necesidad de las cavidades accesorias para llenar su objeto.

Opinamos, con el profesor Tillaux, que el desarrollo de los senos está ligado por completo al de la cara, y que están aquéllos especialmente destinados á conservar el equilibrio establecido, al nacer, entre el cráneo y toda la superficie facial. La naturaleza ha formado los huesos de la cara para aumentar la superficie, de manera que suministren á los músculos amplias inserciones sin tener demasiado peso.

Las células etmoidales, las cavidades frontales y las esfenoidales arrojan, como es natural, su producto de secreción en las fosas nasales por sólo la ley de gravedad. En cambio, la disposición anatómica de la abertura de los senos maxilares hace algún tanto más complicada y difícil la expulsión de las materias que secretan. En efecto: durante la espiración forzada, resultante de la acción de sonarse, la corriente rápida del aire que pasa por delante del orificio de la cueva, produce una especie de aspiración brusca que tiene por efecto (Ruault) hacer subir por la pared superior, así como hacer salir al exterior algunas secreciones normales contenidas en las cuevas de Higmoro. Únicamente en las supuraciones abundantes, el producto de la secreción se inclina naturalmente hacia la nariz, ora por ciertas posiciones de la cabeza, ya por regurgitación cuando el seno se llena.

Tendremos ocasión de estudiar la importancia de tales fenómenos, al ocuparnos de la patología de las cavidades accesorias.

Patología de las cavidades accesorias.

Etmoiditis.

ETIOLOGÍA. — La inflamación de las células etmoidales es probablemente bastante frecuente en el curso del coryza agudo, y los síntomas que se observan se confunden entonces con los de la inflamación de la pituitaria. Además, no nos ocuparemos en esta forma de la afección, teniendo en primer término a la vista, en el presente capítulo, el estudio de las lesiones localizadas en estas partes del esqueleto de la nariz.

La *etmoiditis crónica* puede suceder desde luego a una inflamación aguda ó crónica de la mucosa nasal. Los traumatismos con fractura del tabique ó hundimiento de los huesos propios son igualmente susceptibles de ocasionar la supuración de esta región.

Ciertas enfermedades infecciosas como la sífilis, la fiebre tifoidea y la tuberculosis, pueden favorecer igualmente la aparición de semejante enfermedad. Muy á menudo, el etmoides se ha encontrado necrosado en los obreros que manejan el fósforo, y compréndese muy bien que ciertos vapores ó polvos cáusticos, bicromatados, etc. (véase *Rinitis profesionales*, pág. 303) puedan también ser causa de lesiones similares.

Los pólipos mucosos de esta región se acompañan, en el mayor número de casos, según Woakes, de necrosis del hueso etmoidal. Berger y Tyrman agregan á esta etiología la erisipela de la cara; pero Bosworth observa con razón que es á menudo difícil saber si la erisipela ha sido la causa ó el efecto. Citemos todavía, al terminar, la posible extensión de afecciones oculares al etmoides, extensión tanto más fácil de comprender cuanto que la pared interna de la órbita es, como se sabe, de una delgadez extrema.

SÍNTOMAS. — El primer síntoma de la etmoiditis crónica es el dolor, que ocupa en general un solo lado y hacia la raíz de la nariz, el fondo de la órbita ó al nivel del hueso unguis (Grunwald). Casi siempre

constantes y más ó menos sordos, los fenómenos dolorosos toman de vez en cuando y bajo variadas influencias (enfriamiento, período catamenial, etc., etc.) una intensidad extrema, que simula verdaderas crisis neurálgicas, síntoma que se acompaña de un derrame purulento habitualmente por uno de los lados de la nariz, de color amarillo mas ó menos fétido, según el estado del tejido óseo. La secreción es saniosa á veces, conteniendo restos de hueso necrosado ó de grumos caseosos, cuando la supuración no puede salir fácilmente al exterior. No es raro, en este último caso, ver sobrevenir por parte de los ojos trastornos variados (estenopia, diplopia, inmovilidad del ojo, exoftalmia, etc.). Bosworth habla también de materia purulenta que sale de la nariz, cuando se comprime el globo ocular en los casos en que está procedente. Según dicho autor, se observan, en ocasiones, algunos accesos de fiebre remitente que se presentan durante el período de formación del pus.

El examen directo da resultados incompletos. Revela á veces la existencia de pus que se derrama de la parte antero-superior de las fosas nasales, entre el meato medio y el tabique nasal, ó recubriendo el cornete inferior, si, como acabamos de suponer en la descripción que precede, ocupa la lesión las células anteriores del etmoides. Si, al contrario, la inflamación ocupa las cavidades posteriores, el pus se escurre preferentemente por detrás, á lo largo del cuerpo del esfenoides.

Es preciso añadir que el asiento de la secreción tiene, en muchos casos, una importancia secundaria, porque varía con la posición de la cabeza del enfermo y con el punto por donde se desliza el pus. Ahora bien, conviene saber que, si pasa á menudo por los orificios naturales, circunstancia que varía con cada sujeto, se abre paso también á través de la pared ósea, adelgazada y perforada por la supuración (Grunwald, E. J. Moure).

La iluminación facial por transparencia (véase pág. 483) practicada con una luz suficientemente intensa, permitirá, según el Dr. Ruault, percibir la existencia de una sombra en la raíz de la nariz, la cual, de ordinario, aparece muy clara cuando la región del etmoides se halla sana. Este es evidentemente un signo que convendrá tener en cuenta, sobre todo en aquellos individuos en quienes se percibe una transparencia clara en un lado, y la oscuridad al mismo nivel en el otro. Aconseja el Dr. Ruault, para hacer este examen, colocar lateralmente la lámpara en la boca, más abajo del punto correspondiente al seno maxilar.

DIAGNÓSTICO. — El diagnóstico de la etmoiditis supurada anterior, la más frecuente, según hemos manifestado, no es siempre fácil, excepto en los casos en que los trastornos oculares ó dolorosos son muy marcados, y en aquellos en que es posible, mediante el estilete, reconocer la

existencia de una necrosis ó de una caries ósea. Conviene tener presente que la presencia de pus al nivel del meato medio puede muy bien ser la consecuencia de un empiema del seno frontal ó del maxilar, mejor que de las células etmoidales. Veremos más tarde por medio de qué signos se reconocen las supuraciones de la cueva. Las del seno frontal nos parecen, al contrario, más difíciles de distinguir, y no dudamos que siendo conocidas las relaciones íntimas de ambas cavidades, no hubiese

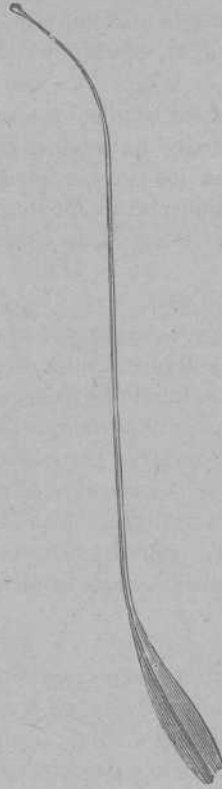


FIG. 197. — Estilete susceptible de tomar todas las direcciones necesarias para hacer el examen de las cavidades nasales.

existido confusión algunas veces, sobre todo en los casos de tumores quísticos de dicha región, tumores en los que son siempre difíciles de precisar los límites exactos en el vivo. Sin embargo, en el empiema del seno frontal, el dolor es ordinariamente más frontal que en la etmoiditis; la desviación del globo ocular hacia abajo y hacia fuera por una hinchazón que ocupe la parte superior del grande ángulo del ojo será, según el Dr. Grunwald, un signo de afección etmoidal. Con este autor,

creemos que la vista no basta siempre en todos los casos para hacer el diagnóstico, y que se hace preciso el empleo del estilete, usado con prudencia. Quizá no se sonda bastante hoy; pero es preciso guardarse de caer en el extremo opuesto, y de llegar á sondar demasiado. En los casos dudosos, el cateterismo, seguido de inyecciones, podría ayudar el diagnóstico.

No hablamos de las lesiones ulcerosas sifilíticas, etc., del etmoides, ni de las alteraciones necrósicas de este hueso, sobre las que Woakes ha llamado particularmente la atención, pues el examen directo y el estilete permitirán establecer el sitio y la naturaleza de la lesión sospechada.

Si la supuración ocupa las células posteriores, el diagnóstico será mucho menos fácil, porque los síntomas generales y locales se confunden poco más ó menos con los del empiema esfenoidal. Percibiendo la integridad de esta cavidad por los medios que indicamos más adelante, se podrá localizar la lesión en las células posteriores del hueso etmoidal.

PRONÓSTICO. — Varía con la causa y la extensión de la enfermedad. Es cierto que las inflamaciones agudas desaparecen habitualmente con el coriza que las ha producido. Igualmente, las supuraciones sifilíticas ceden con bastante facilidad por medio del tratamiento mixto, con ó sin eliminación de secuestros. Cuanto á las supuraciones crónicas limitadas, persisten á veces, á despecho de los tratamientos más regularmente seguidos y mejor aplicados. Cuando el absceso es bastante voluminoso para rechazar la pared orbitaria y destruir las travéculas celulosas, el pronóstico puede hacerse fatal, por la extensión de la enfermedad á las meninges.

TRATAMIENTO. — El primer tratamiento consiste en abrir una vía conveniente para que el derrame de pus se haga fácilmente y poder lavar y desinfectar la superficie enferma. Cuando la afección es superficial, es decir, próxima á las partes contiguas á las fosas nasales, simples lavados ó pulverizaciones antisépticas podrán bastar para obtener la curación. Por desgracia, en la mayor parte de los casos, estos medios sencillos no bastan, y entonces se debe recurrir á la abertura artificial de las cavidades etmoidales. No habremos de insistir en las dificultades y peligros de semejante maniobra, que los prácticos poco familiarizados con la anatomía de las fosas nasales no deberán emprender. Ziem recomienda, para llegar al resultado apetecido, suprimir desde luego una parte del cornete medio, al paso que Schech y Bosworth aconsejan obrar exteriormente, decolando la nariz sobre uno de los lados ó de abajo arriba. Se comprende sin trabajo que

semejantes traumatismos no tienen justificación más que por la aparición de síntomas graves, los cuales no ceden á los tratamientos locales y directos mejor instituidos. En la mayoría de los casos, las inyecciones y pulverizaciones antisépticas deberán constituir la base del tratamiento. Con este título, el agua boricada ó las soluciones siguientes encontrarán alternativamente su empleo:

Fenato de sosa	} añ 12 gramos.
Sozoiodol de sosa	
Glicerina pura	100 —
Agua	400 —

Una cucharada de las de sopa en medio litro de agua templada para inyección ó pulverización.



FIG. 198. — Cucharillas para las fosas nasales. (Modelo del Dr. Cozzolino. Se modificará su forma según las necesidades.)

Apenas hay necesidad de añadir que, si se comprueba la existencia de un absceso en el ámbito de la órbita ó en otra región próxima, la indicación formal será dilatarlo por la vía que parezca más sencilla y menos peligrosa para el globo orbitario y para las paredes óseas superiores, las cuales deberemos respetar cuanto sea posible. Sin embargo, no convendrá dudar en abrir ampliamente la cavidad etmoidal por la vía externa, limpiarla bien y hacer el drenaje seriamente, si las circunstancias lo exigen, porque una operación bien ejecutada es siempre menos peligrosa que una colección de pus enclavada en las células etmoidales.

Igualmente opinamos, con el Dr. Grunwald, que si se percibe la existencia de mamelones carnosos ó de caries de los huesos, se deberá raspar con cuidado las partes atacadas, en tantas sesiones cuantas exija la lesión. Dicho autor aconseja cohibir la hemorragia que sigue á estas maniobras, con el agua oxigenada, después de insuflar dermatol. El iodol ó el aristol pueden aplicarse asimismo en estos casos.

Es forzoso reconocer que el tratamiento más racional y más regular no siempre da los resultados satisfactorios que tenemos derecho á esperar. El derrame del pus se hace más fácil, los síntomas dolorosos se amortiguan, y, sin embargo, muy á menudo la supuración persiste, no sólo resistiendo á la Medicina, sino también á la Cirugía, que no puede ser bastante radical para suprimir todos los puntos enfermos en el laberinto óseo que se llama etmoides.

Enfermedades de los senos frontales.

Empiema.

DEFINICIÓN. — Se designa bajo este nombre la presencia de una colección purulenta en la ó en las cavidades frontales.

ETIOLOGÍA. — FRECUENCIA. — Aunque conocido y descrito desde mucho tiempo ha. puede decirse que el empiema de los senos frontales no ha sido en realidad bien estudiado y expuesto sino desde los últimos años. Es cierto que esta dolencia es mucho menos rara que lo que se había creído en pasadas épocas, y que frecuentemente resulta defectuosa la sintomatología antigua, hasta el punto de que gran número de empiemas se tomaban como simple coriza, á causa de no encontrar al examen exterior los signos que se creían clásicos y característicos de la presencia del pus en las cavidades llamadas accesorias.

Las causas generales del empiema del seno frontal son, desde luego, ciertas fiebres eruptivas, el sarampión en particular, cuyas determinaciones sobre la pituitaria son constantes. La sífilis, iacriminada por algunos autores, no nos parece merecer el delito de que se la acusa en tales casos. Los niños, teniendo á la vista el poco desarrollo de sus senos, estarán menos expuestos que los adultos á las inflamaciones de semejantes cavidades; y los hombres, al decir del Dr. Pitiot, serán más frecuentemente atacados que las mujeres. Por punto general, esta especie de empiemas resultan, ya de traumatismo (fracturas, cuerpos extraños), ya de la propagación de una inflamación de la nariz á la mucosa de los senos. La teoría microbiana explica perfectamente, en la actualidad, la posible infección de las partes anejas de las fosas nasales en ciertas flegmasias de este órgano, especialmente en la gripe (*influenza*).

SÍNTOMAS. — Los trastornos funcionales son casi siempre bastante

marcados, por el sitio del mal y la dificultad que experimenta la secreción en salir al exterior, pues el conducto mucoso del canal fronto-nasal y del infundibulum se halla siempre, en estos casos, más ó menos hinchado, y por consiguiente, estrechado, si no obliterado, por las espesas secreciones que se derraman. Estos trastornos consisten, sobre todo, en dolores casi constantes, gravativos, con recrudescencia que tiene semejanza de verdaderas neuralgias. Ocupan habitualmente la región frontal y el fondo de los ojos, irradiándose frecuentemente á toda la cara. La acción de sonarse, los estornudos, ciertas posiciones de la cabeza (hacia adelante), constituyen otras tantas causas susceptibles de exagerar los habituales fenómenos dolorosos. No será raro que los mencionados síntomas se presenten bajo la forma de violentos accesos, con escalofrío, fiebre y desórdenes nerviosos variados. Zumbidos de oídos pueden venir á agregarse al acostumbrado cortejo sintomático. Generalmente, como lo ha hecho notar el Dr. Pitiot en su discurso inaugural (1888), las crisis dolorosas van seguidas de un derrame nasal mucoso (verdadera hidrorrea nasal) ó moco-purulento, siempre abundante. Entonces se produce una detención momentánea á consecuencia de la disminución de la tensión de los senos.

Raras veces faltan los fenómenos dolorosos, pero están lejos de tener la extremada violencia que acabamos de describir, y en algunos casos, pocos en verdad, pasan casi inadvertidos.

Otro síntoma importante es el derrame del pus por las ventanas anteriores de la nariz, mientras el enfermo ocupa la posición vertical. En el decúbito dorsal, al contrario, la secreción puede deslizarse por la faringe nasal. De ordinario unilateral, tal derrame puede verificarse por ambos lados, si es doble el empiema, no ofreciendo carácter alguno clínico especial; pero, desde el punto de vista bacteriológico, contiene, en la mayor parte de los casos, un gran número de neumococos (Sabrazès y Rivière).

Con frecuencia, los fenómenos dolorosos, los variados trastornos nerviosos y el derrame nasal, constituyen los únicos síntomas funcionales que llaman la atención de los enfermos y exigen, por parte del observador, un minucioso reconocimiento, acerca del cual habremos de insistir.

Cuando, á consecuencia del extremado infarto de la mucosa, la poca fluidez del pus ó cualquier otro motivo (fungosidades, descenso de las paredes del infundibulum, hinchazón del cornete medio, etcétera, etc.), la secreción no puede hacerse paso al exterior por la vía nasal, véase entonces aparecer los signos exteriores característicos del empiema de los senos frontales, signos clásicos desde algunos años ha, como son: pared rechazada por la hinchazón del ángulo interno de la órbita, con edema del párpado; exoftalmia con ó sin diplopia; inmo-

vilización del globo del ojo, parálisis oculares variadas, y pérdida de la vista en algunos casos (Richet). Otras veces está levantada la región superciliar, ó rechazada, y hasta perforada la pared del cráneo (Riberi y Bellingham, citados por el Dr Pitiot, Lennox-Browne, etc.). Se comprende que, entonces, la sintomatología general y local variará con la marcha del mal y el período de su evolución.

Si advertimos que el derrame de las secreciones se hace paso hacia las fosas nasales, observaremos una serie de fenómenos objetivos que no tendrán menos importancia. En efecto: al examen rinoscópico anterior, lo que primero chocará á la vista, será una hinchazón más ó menos pronunciada del tercio anterior del cornete inferior. Si se halla atacado un solo lado, notaremos en el meato medio, hacia el tercio anterior, y en la proximidad del punto en que se encuentra ordinariamente el orificio del seno maxilar, ora fungosidades, verdaderos pólipos, ó bien una simple tumefacción de la mucosa. Veráse también un acúmulo de pus amarillento que, después de quitarlo con el porta- algodones, no tardará en reaparecer pronto, derramándose en buen número de casos por el cornete medio hasta el suelo nasal. La posición de la cabeza hacia adelante no aumentará la secreción, como sucede cuando procede del seno maxilar.

La iluminación de la cara por transparencia podrá ser útil en algunos casos para reconocer la presencia del pus, ó al menos el líquido, en las cavidades frontales.

Este método, bien descrito por Hering, consiste en colocar en la boca del enfermo una lamparita eléctrica de 4 á 10 volts, y en alumbrar ó iluminar el interior de esta cavidad en una habitación *por completo oscura*. La cara se ilumina entonces como una verdadera linterna veneciana, y las cavidades maxilares y frontales aparecen más ó menos transparentes, según el espesor de las paredes huesosas de las mismas. Variable, por consecuencia, en sus resultados, según la textura de cada sujeto, este procedimiento constituye un método de exploración que debe emplearse como susceptible de suministrar con frecuencia conocimientos útiles para el diagnóstico. En los casos de empiema de los senos frontales, la transparencia que existe á veces en la raíz de la nariz por encima de los huesos propios podrá reemplazarse por la oscuridad, ó al menos por una mancha más sombría del lado enfermo.

DIAGNÓSTICO. — Veremos más adelante que los desórdenes objetivos precedentes se encuentran en los empiemas de los senos maxilares, y que el diagnóstico de la supuración de las cavidades frontales no es siempre fácil de establecer en conjunto.

Débese practicar previamente, sea por un orificio natural, sea por una vía artificial, el lavado de la cueva de Higmore, para asegurarse

de la integridad de esta cavidad que, lo más á menudo, se halla, igualmente, si no atacada por la inflamación, al menos llena de pus. Y, como ha dicho muy bien el Dr. Lermoyez, si, una vez limpio el seno maxilar, se ve aparecer *inmediatamente* pus al nivel del meato medio, se puede y se debe pensar en la posibilidad de un empiema del seno frontal.

Si la secreción sale por ambos lados, puede entonces ser difícil saber si viene de las cavidades frontales ó de las células etmoidales anteriores. Como ya hemos ensayado establecer el diagnóstico diferencial, no nos detendremos en este punto. La supuración del seno maxilar acompaña generalmente á la del seno frontal, y la explicación es muy sencilla. Basta, en efecto, acordarse de la disposición anatómica de ambas cavidades, unidas por la vía del infundibulum, para comprender que el pus, derramándose del recessus frontal, debe forzosamente seguir á lo largo de esta gotiera para llegar hasta el orificio principal del seno maxilar. Una vez á este nivel, y siguiendo el diámetro de la abertura, se filtra el pus en parte en esta cavidad y en parte en el meato, para ser expulsado en seguida por el enfermo. Semejante infección secundaria de la cueva de Higmore se hace más fácil todavía por la existencia del orificio accesorio, acerca del cual hemos ya llamado la atención. (Véase *Anatomía*.)

Se ve, pues, que en las formas crónicas con derrame nasal sin desórdenes exteriores, es decir, en la mayoría de los casos, el diagnóstico no será siempre fácil de establecer en conjunto, pudiendo hacerlo con más certidumbre, de una parte, por medio de los conmemorativos, y, de otra, por el examen completo del enfermo. No conviene descuidarse en tener en cuenta el sitio de los fenómenos dolorosos (región frontal) ó los trastornos oculares, si existen. En fin, en los casos en que la cosa sea posible, el lavado explorador, de que hablaremos á propósito del tratamiento, podrá servir para fijar definitivamente el diagnóstico.

MARCHA. — DURACIÓN. — TERMINACIÓN. — Las colecciones del pus en los senos del frontal tienen una marcha esencialmente lenta. La inflamación continúa poco á poco, sin producir una reacción muy viva, mientras queda libre el conducto por el que se derrama la secreción. Mas si, por uno ú otro motivo, se detiene la secreción, veránse entonces aparecer verdaderas crisis dolorosas difusas, calificadas con frecuencia de neuralgias.

Fácil es comprender cuán larga é indefinida puede ser la marcha de esta afección, en tanto no se haya hecho claramente el diagnóstico y estatuido el tratamiento local. Excepto en los empiemas accidentales (traumáticos, cuerpos extraños), puede decirse que la duración es indeterminada, no teniendo la supuración tendencia ninguna á curarse

por sí misma. Habiendo insistido sobre el posible y probable contagio del seno maxilar por la cavidad frontal inflamada, no nos detendremos de nuevo aquí.

PRONÓSTICO. — Generalmente benigno, en el sentido de que, salvo los casos en que el absceso se abre hacia la parte posterior en el cerebro ó en el fondo de la órbita, la vida del enfermo no corre ningún peligro. Sin embargo, es preciso convenir en que esta afección constituye, por los dolores intolerables que á veces ocasiona, una verdadera enfermedad que coloca á los enfermos en la imposibilidad absoluta de dedicarse á ningún trabajo serio. Por otra parte, los desórdenes oculares tampoco dejan de ser sumamente molestos.

No hablamos, más que para recordarlas, de las fistulas permanentes, las cuales, gracias á los medios de diagnóstico y de tratamiento que hoy poseemos, no deben, en la generalidad de los casos, resultar una incurable deformidad. Entendiendo bien que exceptuamos las fistulas consecutivas á vastas osteitis sifilíticas, con pérdida considerable de sustancia y formación de secuestros, cuya sola eliminación permitirá obtener la oclusión del conducto anormal.

TRATAMIENTO — Nos haremos cargo de dos hipótesis:

1.^a En el momento en que el enfermo se presente á nuestro examen, la supuración se ha hecho paso ya hacia el exterior; ha sido rechazada la pared ósea del seno; sobresale el ángulo interno del ojo y déjase sentir bajo el dedo cierta crepitación especial con fluctuación, que revela la presencia de líquido; entonces, el diagnóstico es claro. No hay que dudarle: la abertura del absceso por la vía externa se impone lo antes posible ó después de una punción exploradora destinada á establecer la naturaleza exacta de la secreción. La incisión deberá ser siempre suficiente para que permita inspeccionar la cavidad enferma, examen que se hará, previo el lavado, mediante una lamparita eléctrica ó por medio del reflector frontal. Según el estado de la mucosa ó de las paredes óseas, se hará una simple limpieza con el cloruro de zinc (solución al 1 por 10), ó un raspado de la pared. Se podrá en seguida mantener la abertura por medio de un drenaje que penetre en las fosas nasales, ó colocar en la parte más declive simplemente un drenaje (Valude), el cual se retirará tan pronto como la secreción se agote.

2.^a En otra serie de casos, los más numerosos á mi juicio, no existen los signos exteriores, porque toda la secreción se derrama por la nariz. El tratamiento aquí debe ser aplicado, lo más á menudo posible, por las fosas nasales (Jurasz, Bresgen, Schech, E. J. Moure, etc.). Hemos expuesto ya, á propósito de la anatomía, las dificultades de

este cateterismo, dificultades de tanta monta que, en algunos casos, es preciso renunciar á penetrar en los senos frontales sin fracturar las paredes óseas que defienden la mencionada abertura por la parte inferior.

La perforación de la pared nasal del seno es, en efecto, el tratamiento preconizado por algunos autores, y en particular por Schöffer; pero basta conocer las relaciones á menudo íntimas de esta región con las células etmoidales y la lámina cribosa, para comprender los peligros que pueden resultar de semejantes maniobras. No basta llegar con el estilete ó con la cánula á una altura determinada de 6 ú 8 cen-

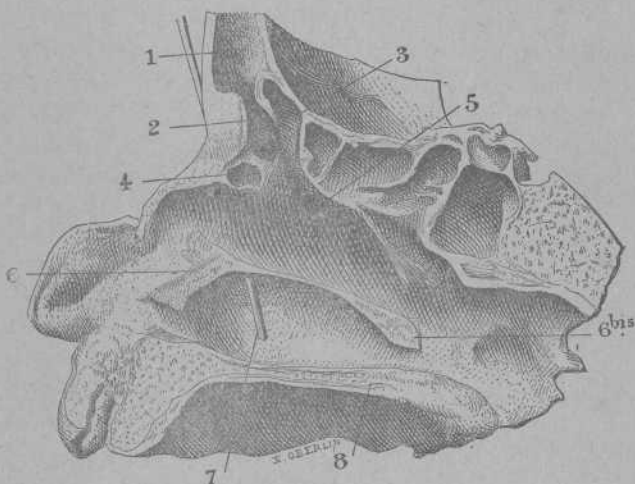


FIG. 199. — Corte antero-posterior que muestra: 1. Seno frontal. — 2. Canal naso-frontal. — 3. Célula etmoidal superior. — 4. Célula etmoidal anterior. — 5. Repliegue semilunar situado por delante del orificio del seno maxilar. — 6 y 6 bis. Atadura del cornete inferior. — 7. Estilete que viene á salir por el canal nasal. — 8. Paladar óseo. (Dibujado según una fotografía del Dr. Hartmann.)

timetros del orificio de la nariz, para ponerse al abrigo de todo traumatismo grave; y semejante intervenció, hecha á ciegas, parécenos poco recomendable.

Más radicales, y también más lógicos, son los consejos de los doctores Hansberg y Hajek, de quitar el tercio anterior, ó mejor todo el cornete medio, que es á menudo el mayor obstáculo á este cateterismo, y hacer en seguida lavados antisépticos directos por las fosas nasales. El traumatismo así ocasionado es mucho más claro y más fácil de medir que el que consiste en empujar el estilete hacia arriba y adelante en dirección del seno frontal, rompiendo los obstáculos que encuentre en su camino. Cuando el diagnóstico se halle perfectamente

establecido, el cateterismo directo puede, en suma, intentarse con *precaución* y con mano suave, porque la cavidad, generalmente distendida, se agranda por consecuencia de la acumulación del pus, resultando, por lo tanto, de un acceso más fácil que en el estado normal. El exagerado desarrollo del cornete medio y el considerable relieve de la apófisis unciforme ó del promontorio etmoidal son causas susceptibles de hacer el cateterismo difícil (véase figura 199). Conviene recordar aquí que basta colocar una sonda en el orificio del conducto



FIG. 200. — Cánula del Dr. Cozzolino (1).

naso-frontal, *sin tratar de penetrar en el seno*, para inyectar un líquido antiséptico ó el aire en dicha cavidad y expulsar de este modo las secreciones que pueda contener. La maniobra, muy sencilla por lo demás, consiste, en poner una cánula acodada en ángulo recto, como la recomendada por Cozzolino en 1891, en la parte antero-superior del

(1) Una simple sonda de la trompa de Eustaquio, un poco fina, á la que se dará una curvatura apropiada á cada individuo, nos parece ser el instrumento más sencillo y más práctico. Es preciso recordar, en efecto, que no hay cánula especial aplicable á todos los casos, por lo que cada operador deberá adaptar su estilete ó sus instrumentos á la conformación de cada uno de sus enfermos.

cornete medio, hacia el punto probable ocupado por el infundíbulo, y dirigiendo su pico hacia arriba y adelante, para poner una inyección en esta región. Si el cornete medio, demasiado saliente, constituye un obstáculo invencible, no se vacilará en extirparle con el asa galvánica. Como no siempre es fácil emplear el asa galvánica ó la fría, las cuales encierran bastante mal el cornete medio, será preferible hacer uso de pinzas cortantes verdaderas, cuya forma será apropiada á cada caso.

Desde estos últimos tiempos, á ejemplo de Hajek, no he dudado en limpiar la entrada del infundíbulo de todos los relieves huesosos



FIG. 201. — Cánula de doble corriente del Dr. Cozzolino.

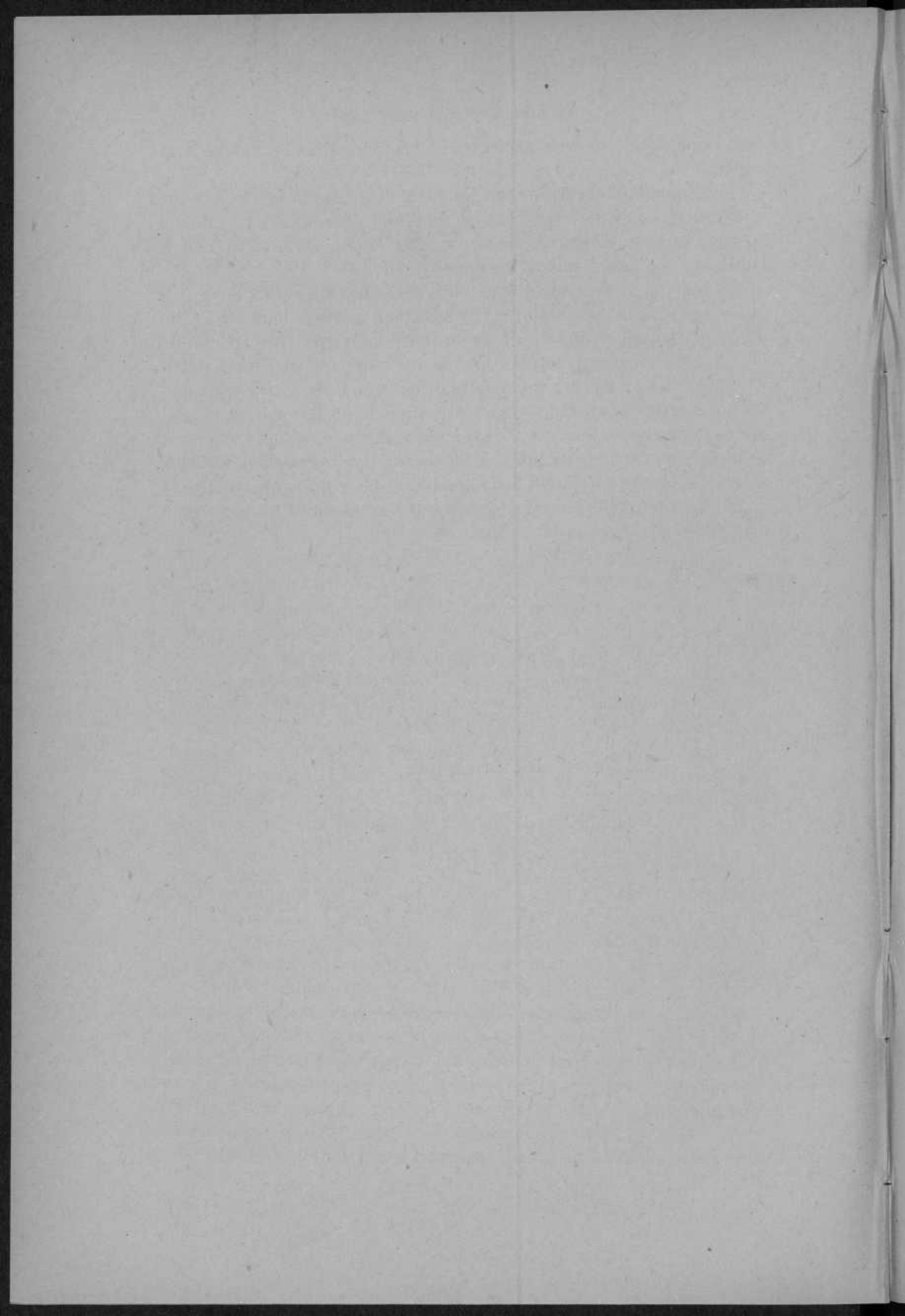
que la recubren y la ocultan á la vista. También soy partidario, con este autor, de la ablación de la mitad anterior del cornete medio en las sinuosidades frontales ó etmoidales anteriores, acompañadas de dolor por retención de las secreciones.

Con más razón, toda degeneración mixomatosa ó polipoidea de la mucosa se suprimirá desde luego, á fin de facilitar el acceso á la cavidad frontal. Sin embargo, es preciso no olvidar que la conformación anatómica de la región varía de un sujeto á otro, y que las células etmoidales tienen relaciones muy estrechas con los senos frontales, dispo-

sición que debe hacernos prudentes en las maniobras hechas en esta región.

Las dificultades aparentes de las predichas maniobras hacen que muchos cirujanos prefieran abrir el seno por la vía externa, tratando en seguida de restablecer la permeabilidad de la mucosa nasal (Panas, Guillemain) ó también de crear una artificial.

Si por un motivo cualquiera nos viéramos obligados á recurrir á esta operación, la abertura de las cavidades frontales se hará por medio de una incisión horizontal, que parta inmediatamente por encima de la ceja, reunida á otra incisión vertical que toque á la raíz de la nariz. El espacio triangular así obtenido se desprenderá y quitará raspando los huesos, cuidando tanto como sea posible de no lesionar el frontal interno y la arteria que le acompaña. Se aplicará en seguida una corona de trépano en la parte inferior del seno (reborde orbitario), ó, mejor todavía, se abrirá con la gubia ó el berbiquí un orificio suficiente para ver y para obrar. El tratamiento consecutivo será el mismo que hemos expuesto precedentemente.



Tumores de los senos frontales.

QUISTES. — Si el líquido contenido en el interior de estas cavidades no es purulento, designase la afección con el nombre de quiste.

El Dr. Gérard Marchand en su artículo del *Tratado de Cirugía de Duplay y P. Reclus* (1891), los clasifica en quistes hemáticos y quistes glandulares é hidáticos, siendo los últimos mucho más raros.

Los primeros (hemáticos) son causados por traumatismos y no merecen que nos detengamos en ellos.

Los quistes glandulares, más interesantes para nosotros, ofrecen la particularidad de que pueden, de vez en cuando, vaciarse en las fosas nasales y producir derrames serosos abundantes que ya hemos descrito bajo el nombre de hidrorrea. Compréndese, por lo demás, que el quiste puede encontrarse tanto en las células etmoidales cuanto en el seno frontal, y producir los mismos efectos secretorios. Los demás síntomas, excepto la naturaleza especial de la secreción, son los mismos que los anteriormente descritos, por lo cual no haremos de ellos una descripción especial. Digamos únicamente que si el quiste no se vacía al exterior, la sola punción exploradora permitirá establecer un diagnóstico preciso.

Los quistes hidáticos, de los que se han observado algunos ejemplos, no se conocen habitualmente más que durante ó después de la operación. Nada de especial hay que consignar en lo concerniente á su tratamiento.

PÓLIPOS. — La clase de neoplasmas benignos primitivos de esta región, denominados pólipos, son muy raros y se conocen mal todavía, siendo preciso recordar algunos casos, antiguos ya, publicados hasta el día. El Dr. Martin no pudo reunir sino 10 ejemplos, en 1888, siendo probable, sin embargo, que exista un número mayor y que muchas veces no se haya precisado la inserción exacta de los neoplasmas extirpados, en la ablación de los pólipos mucosos de las fosas nasales.

Los pólipos de esta región tienen una gran tendencia á invadir las cavidades nasales, no ofreciendo caracteres especiales hasta que dilatan las paredes de los senos en los cuales han nacido.

El único tratamiento aplicable es la extirpación, que, en la mayoría de los casos, podrá y deberá hacerse por las vías naturales.

TUMORES MALIGNOS. — Los tumores malignos más habitualmente encontrados en esta región son los sarcomas y los fibro-sarcomas. Aunque raras, tal clase de producciones morbosas no son tan excepcionales como le parece al Dr. Martin, y consigna en su trabajo acerca de los tumores de los senos frontales, porque, por otra parte, nosotros hemos tenido ocasión de observar tres casos que, es cierto, han quedado inéditos.

La *etiología* de estas neoformaciones es tan esencial como la de los tumores malignos en general.

Los *síntomas* se marcan poco al principio: algo de cefalalgia gravativa, pesadez de cabeza durante algunos meses para presentarse después verdaderas crisis dolorosas de forma neurálgica, siempre intensas. Á partir de esta época, comienza la deformación que, según el curso del neoplasma, produce, ó una curvatura frontal por encima de la raíz de la nariz, ó una hinchazón marcada de esta región. Bastante á menudo, la cavidad orbitaria se ve invadida, y la proyección del ojo al exterior constituye un síntoma muy apreciable en semejante período.

En dos casos nuestros, el tumor se desarrolló hacia la parte superior de las fosas nasales, y pudimos establecer un diagnóstico bastante precoz para intentar una operación que, por desgracia, no fué coronada por el éxito (1).

No nos detendremos en describir las deformidades de la cara que acompañan al desarrollo de estas producciones morbosas, las que no tardan en ganar la cavidad craneana y determinar los graves accidentes que resultan de tan grave invasión.

Nada especial hemos de consignar respecto del tratamiento quirúrgico, que sólo podrá salvar al enfermo, con la condición de que se aplique al principio, cuando todavía sea posible la extirpación del tumor.

(1) El tercer enfermo rehusó la intervención.

Seno maxilar.

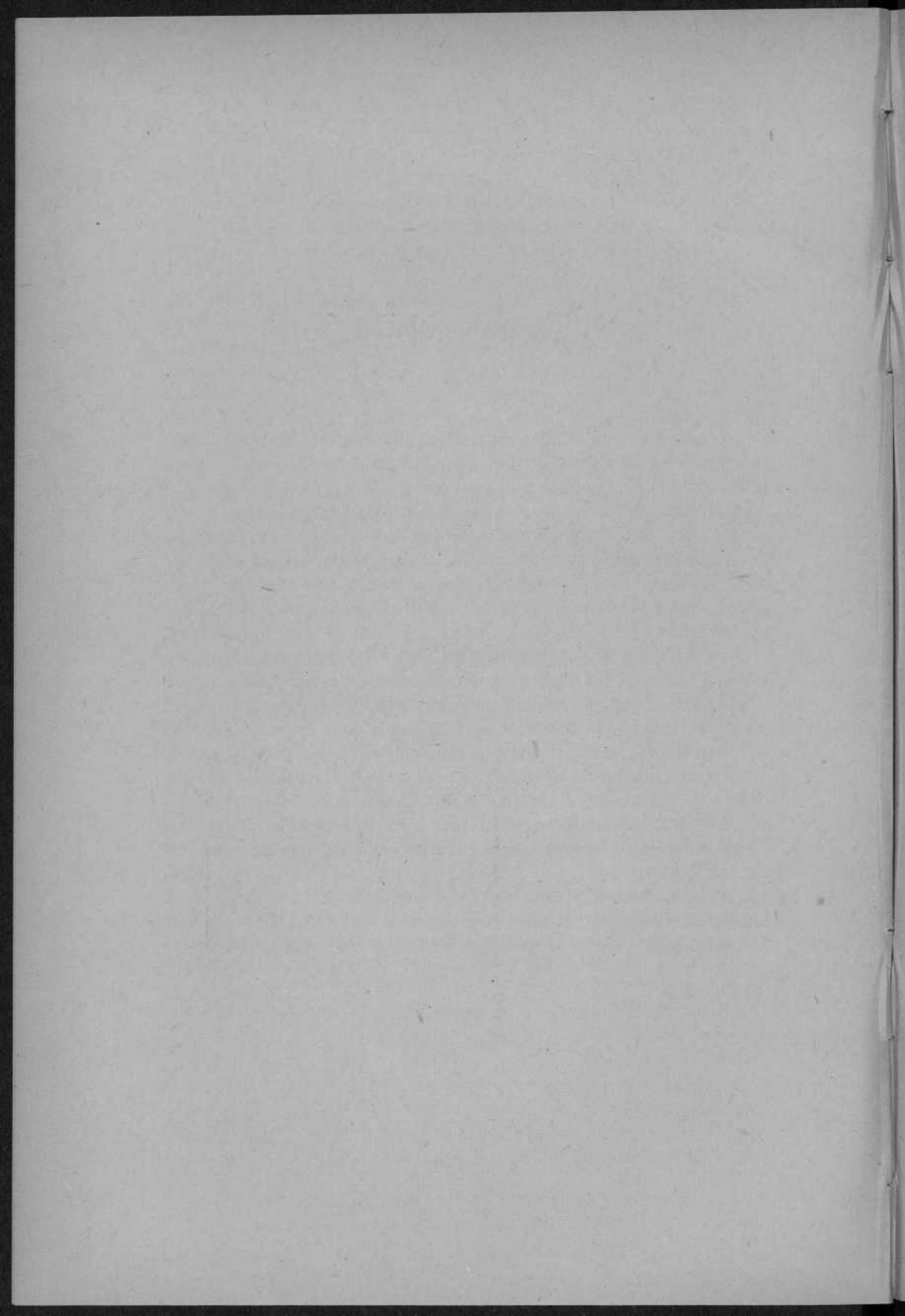
No haremos sino señalar las lesiones traumáticas, heridas, contusiones y fracturas, que pertenecen á la cirugía de la cara, y que no nos interesan más que por las inflamaciones que pueden resultar.

Los derrames sanguíneos consecutivos á las epistaxis que sobrevienen después del taponamiento de las fosas nasales, continúan llenando de sangre la cavidad maxilar. Se han señalado igualmente verdaderos hematomas (Boissarie), ó, por lo menos, tumores telangiectásicos (Gérard Marchand), cuya incisión produce abundantes y frecuentes hemorragias.

Los cuerpos extraños pueden penetrar en los senos por la vía externa (heridas de guerra, esquirlas óseas, restos de tierras, de vestidos, etcétera, etc.); por las vías naturales (gusanos, insectos), ó por la región alveolar. Hoy, que la abertura nasal y alveolar de la cueva de Higmore se practica á menudo para limpiar, curar ó tratar esta cavidad, puede suceder que alguna vez quede en el seno un instrumento ú objeto que ha servido para la cura (algodón en rama, gasa, etc.).

Á menudo, los síntomas se marcan poco, mientras que, en otros casos, se establece la supuración y reviste los caracteres de un verdadero empiema.

Cuando se haya averiguado la presencia de un cuerpo extraño, deberáse practicar la extracción por la región alveolar ó la fosa canina, según la naturaleza y el volumen del objeto introducido.



Inflamación y absceso.

Las inflamaciones agudas de los senos maxilares, frecuentes en el curso del coriza ordinario, sólo nos interesan en parte, porque los síntomas que determinan se confunden, en general, con la inflamación de la mucosa pituitaria. Estudiaremos, pues, aquí los catarros crónicos de esta región, que dividiremos en catarros crónicos simples y catarros supurados, ó empiemas.

Aunque las afecciones del seno maxilar están mejor conocidas y se halla perfectamente establecida su sintomatología desde la publicación de nuestra edición primera, parécenos que existe todavía una confusión lamentable entre las dos formas muy distintas de la inflamación de esta cavidad. Se califica de empiema toda secreción que se colecciona en la cueva de Higmoro, y se atribuyen todos los síntomas á una sola entidad morbosa, de donde dimana la divergencia que existe entre los autores.

Describiremos, por de pronto, el empiema verdadero.

I.—Empiema del seno maxilar.

Sábese perfectamente hoy que la antigua sintomatología de los abscesos crónicos del seno maxilar se ha modificado por completo en su fondo, desde los progresos realizados en el estudio de las afecciones de las fosas nasales. Así es que el relieve de la mejilla y la ectasia de la cueva de Higmoro se han convertido en síntomas *muy raros*, excepcionales puede decirse, en los casos de supuración de las aludidas cuevas.

FRECUENCIA. — ETIOLOGÍA. — En el estado actual de nuestros conocimientos, el empiema verdadero, uni ó bilateral, del seno maxilar, puede considerarse como frecuente. Hásele estudiado principalmente en el adulto; pero no dudamos sea bastante común en los niños, por

haberlo observado muchas veces durante la segunda dentición, y en particular, desde los diez hasta los catorce años. Tampoco resulta dudoso que la sobreactividad funcional que en este período de la vida existe, y durante la cual se desenvuelven con rapidez las cavidades accesorias, constituya un factor etiológico de importancia en esta suerte de supuraciones.

Hemos señalado ya la influencia de los traumatismos y de los cuerpos extraños, por lo cual no haremos más que mencionarlos.

Se ha discutido extensamente sobre si el empiema del seno maxilar era siempre la consecuencia de la caries de los dientes, de inflamaciones alveolares, ó si se establecía por propagación de la mucosa nasal á las cavidades accesorias; pero, al presente, no puede ponerse en duda que ambos orígenes son verdaderos y posibles. En efecto: si es fácil comprender que un absceso alveolar, una raíz cariada (segunda bicúspide, primera y segunda muelas grandes) ó quística puede determinar la presentación de un absceso de la cueva, con la que tales lesiones están en relación directa, débese admitir también que una inflamación de la pituitaria pueda, por contigüidad, ganar la mucosa del seno con la cual se continúa, y ocasionar la susodicha afección.

Atribuyéndolo, por consiguiente, todo á una influencia quizá preponderante de las lesiones dentarias sobre la producción de los *verdaderos* empiemas, creemos, sin embargo, por haberlo observado, en la infección por la vía nasal.

La erisipela (Luc) puede también hacer aparecer la supuración, y en una palabra, la mencionada complicación está lejos de ser rara en el coriza atrófico con ozena, tanto, que á menudo hemos encontrado las dos cavidades atacadas en tales casos.

La sífilis, las operaciones que se practican en las fosas nasales (ablación de pólipos, cauterizaciones galvánicas, etc.), las excrescencias en el ámbito del orificio del seno constituirán, según algunos autores (Bayer, Hartmann, etc.), una causa posible de empiema por retención de las secreciones. La frecuente coexistencia de granulaciones polipoideas, lo mismo que de pólipos mucosos, en los enfermos que padecen esta supuración, puede igualmente ser más consecuencia que causa, y nosotros nos hallamos dispuestos á inclinarnos en favor de la primera hipótesis, porque la presencia de pólipos y la oclusión del seno no nos explican su infección, y dichos tumores parecen proteger aquella cavidad contra la invasión de los microbios patógenos.

A. SÍNTOMAS FUNCIONALES.— Los dos síntomas subjetivos importantes son el dolor y la hipersecreción nasal, uni ó bilateral, según el empiema sea simple ó doble.

Cuando existe dolor, ocupa generalmente la región frontal, la raíz

de la nariz, casi nunca el carrillo. Rara vez continuo, adopta con frecuencia la forma neurálgica, no siendo difícil que el infarto del orificio, del infundíbulo y del cornete medio, contribuya á exagerar los fenómenos dolorosos.

La secreción más ó menos abundante, de color amarillento ó amarillo-verdoso, grumosa, que mancha el pañuelo á la manera que lo hace el pus blenorragico, constituye un síntoma importante del empiema de las cavidades accesorias. El derrame se produce en particular por la mañana, y cuando el enfermo se suena. La necesidad de realizar este acto, en general muy frecuente, hace que manche muchos pañuelos al día. Si sólo está atacado un seno, derrámase la secreción por el lado correspondiente, cuya circunstancia es advertida por el enfermo, como tampoco es raro ver aparecer el pus, cuando la cabeza está inclinada hacia adelante. Durante el sueño y la posición declive, la secreción pasa habitualmente á la faringe, y desde aquí en parte al esófago y el estómago, y en parte á la laringe, ocasionando trastornos á distancia, cuando el origen nasal no ha sido sospechado todavía. Muy á menudo, casi toda la supuración cae por el orificio posterior de la nariz, como en la bipedestación, si el orificio del seno se abre muy atrás. La secreción es frecuentemente fétida, ó por lo menos tiene un olor insípido bastante particular. El mal olor es, sobre todo, muy manifiesto en el momento en que se vacía la cavidad enferma por uno de los procedimientos que indicaremos más adelante.

Es frecuente ver que el mismo enfermo perciba tan mal olor, y se queja de sensaciones olfatorias, que los que lo rodean tratan á menudo de imaginarias. Este síntoma se conoce con el nombre de *cacosmia*.

Con frecuencia también, hemos hecho constar la existencia de zumbidos de oídos, cuando el examen de estos órganos no explicaba su presencia. No hablamos, sino para recordarlos, de los vértigos, de la torpeza intelectual (*Jeanty*), de la tos ú otros trastornos generales que acompañan á ciertos empiemas, sin constituir síntomas habituales de esta manifestación morbosa.

B. SÍNTOMAS OBJETIVOS. — Todos los signos que acabamos de describir, excepto quizá el derrame de la secreción mientras la cabeza está inclinada hacia adelante, se observan en las supuraciones de las cavidades accesorias de la nariz. Por lo tanto, no pueden ser característicos de un empiema de la cueva de Higmore y deberán completarse por el examen directo del enfermo.

Por la rinoscopia anterior percíbese generalmente, en el meato medio, un acúmulo de pus amarillento que recubre á veces el cornete inferior, y también el suelo de la nariz. Sin embargo, si el enfermo se ha sonado, ó se han vaciado sus senos, y si el orificio mira hacia atrás,

podrá suceder que este síntoma falte, pero entonces el examen rinoscópico posterior revelará casi siempre la existencia de secreción purulenta en las ventanas posteriores de la nariz, sobre todo al nivel de las partes laterales (orificio de la trompa, pared faringea lateral).

Cuando no haya secreción, se podrá ensayar hacerla presentar, mandando poner al enfermo acostado sobre el vientre (Bayer), con la cabeza fuertemente inclinada hacia adelante, é invitándole á que se suene á continuación, ó también, insuflándole bruscamente aire en las fosas nasales por el procedimiento llamado de Politzer (Hartmann). Antes de proceder al examen del punto en que la supuración se origina, es bueno limpiar por completo la fosa nasal con el porta-algodones impregnado en solución cocainizada al 1 por 10, y si, una vez perfecta-



FIG. 199. — Lámpara con reflector para la iluminación de la cara por transparencia.

mente limpia la región, se ve salir pus hacia el orificio semilunar, se tendrán grandes presunciones en favor de la existencia de un empiema de la cueva de Higmore.

En cuanto á la hinchazón de la pared nasal ó de la mucosa del cornete, al nivel del meato medio, ó degeneraciones polipoideas, constituyen signos que es preciso tener en cuenta, sin atribuirles, sin embargo, un valor demasiado considerable, toda vez que se les observa en las supuraciones frontales ó etmoidales anteriores.

Para que sea completo el examen, deberá terminarse mediante la iluminación de la cara por transparencia, según el procedimiento indicado por Hering. Estando colocado el enfermo en una habitación

completamente oscura, colócase en su boca, al nivel de la parte media y anterior de la bóveda palatina y por detrás de la arcada dentaria, una lamparita eléctrica de 8 á 10 volts, que la ilumine en momentos sucesivos y repetidos.

En los verdaderos empiemas unilaterales no es raro ver proyectar sombra al lado enfermo, mientras que el lado sano se aclara perfectamente por transparencia. En algunos casos, tan sólo se sombrea el párpado inferior del lado enfermo, al paso que la mejilla se aclara muy bien por el lado opuesto. Las mucosidades fijadas en la pared superior (orbitaria) del seno durante la acción de sonarse (Ruault), explican perfectamente la presencia de la oscuridad á dicho nivel (1).

Será útil, como lo recomiendan los Dres. Vohsen y Lermoyez, no iluminar mucho, ó emplear lámparas demasiado poderosas, so pena de ver desaparecer pequeñas diferencias que, con una luz menos intensa, se hubieran hecho apreciables. Á pesar de algunos errores resultantes del espesamiento antiguo de los senos, de cavidades vaciadas por los enfermos antes del examen, ó de asimetría de las cuevas, no es menos verdad que debe considerarse semejante modo de examen como uno de los mejores y más ciertos para diagnosticar un empiema unilateral del seno maxilar. Este signo tiene tanto más valor cuanto viene á agregarse á los que hemos enunciado ya. Si los diversos síntomas mencionados no concuerdan entre sí y dejan alguna duda, bastará para disiparla poner una inyección de líquido antiséptico, bien por el orificio natural (Hartmann, Jurasz, etc.), sea por una abertura artificial hecha al nivel del alvéolo (Ziem) ó del meato inferior (Schmidt, Krause, Jeanty, etc.).

La salida del pus constituirá un signo cierto de empiema. Antes de practicar la punción será necesario limpiar convenientemente la fosa nasal sobre la que debe operarse, á fin de obrar en una superficie perfectamente exenta de secreciones y evitar una causa de error debida al removido de las materias contenidas en los meatos. En los casos dudosos se hará la punción exploradora por el meato inferior, cuando el cateterismo por el orificio natural se haya hecho imposible. Más tarde veremos cómo debe practicarse esta perforación.

MARCHA. — DURACIÓN. — TERMINACIÓN. — Abandonado á sí mismo el absceso crónico del seno maxilar, no tiene tendencia ninguna á desaparecer, variando la supuración según ciertas influencias climatéricas

(1) Durante estos últimos años hemos hecho observaciones bastante numerosas sobre la percepción de la sensación luminosa por el sujeto examinado. Según nuestra experiencia, no podemos atribuir á este signo el valor diagnóstico que han querido darle recientemente algunos autores.

(humedad, irritaciones diversas), y según que la mucosa nasal se halla más ó menos inflamada, puesto que lo está siempre. Expulsada la secreción, según tenemos manifestado, por la vía nasal ó por la vía faríngea, cuando es muy abundante, tiene grandes tendencias á caer en el esófago, lo mismo que á penetrar en las vías aéreas.

Concíbese cuánta resonancia puede ocasionar esta absorción pútrida en el organismo en general, ó localmente en las vías respiratorias.



FIG. 200. — Trócar del autor con muesca de detención.



FIG. 201. — Cauterío galvánico para reemplazar al trócar [y perforar la pared nasal del seno.

Resulta de lo que precede que, sin tratamiento apropiado, puede resultar indefinida la duración del empiema crónico.

Sin embargo, la terminación por curación espontánea es posible en ciertos empiemas dentarios, después de la extracción del raigón ó del diente enfermo. Se la puede ver sobrevenir igualmente en algunas supuraciones recientes, á consecuencia de una inflamación aguda (erisipela, gripe, etc.) de la mucosa nasal y de las cavidades accesorias.

COMPLICACIONES. — Hemos mencionado ya los trastornos gástricos y respiratorios que pueden depender de supuraciones crónicas de los senos maxilares, y agregaremos á estas diversas complicaciones las neuralgias faciales rebeldes, y, con frecuencia, muy dolorosas.

DIAGNÓSTICO. — Bastará con recordar los síntomas y signos enumerados anteriormente, para permitir poner de manifiesto el diagnóstico de esta afección.

Con el Dr. Lermoyez, podremos clasificarlos en signos de presunción, que son: para empiemas unilaterales, los más fáciles de reconocer, unilateralidad de la rinorrea; intermitencia del derrame aumentado por ciertas posiciones de la cabeza (inclinada hacia adelante) ó por la acción de sonarse; dolores supraorbitarios ó frontales; cacosmia; presencia de pus en el meato medio; de fungosidades ó de pólipos; hinchazón hipertrófica de la mucosa al mismo nivel, y proyección de la pared nasal hacia esta cavidad.

La aparición de pus en el meato medio después de la limpieza de dicha cavidad, la falta de transparencia en la iluminación eléctrica del lado que se supone enfermo, son otros tantos signos que, reunidos en el mismo sujeto, permiten asegurar la presencia de un absceso en el seno maxilar, sin que haya necesidad de recurrir á la punción ó al lavado explorador. Si el empiema es doble, como frecuentemente sucede, los mismos síntomas pueden existir en ambos lados, aunque en grados menores.

Hemos ya insistido sobre los signos que permitirán pensar en un empiema de los senos frontales ó de las células etmoidales anteriores y no volveremos á detenernos en ello (1).

PRONÓSTICO. — Sin comprometer directamente la existencia del sujeto, no por eso constituye menos una enfermedad esta constante supuración. Puede también hacerse el origen de accidentes pihémicos graves, de los cuales no se ha reconocido siempre la causa primera.

(1) Hemos señalado hace algunos años, bajo el nombre de falso empiema, una afección que ofreció puntos de analogía con el verdadero, capaces de inducir á error. Encuéntrase en ellos todos los síntomas de la afección que nos ocupa, y, sin embargo, la cueva estaba sana, como lo pudimos hacer constar por medio de la punción exploradora seguida de inyección. Tratábase, en tales casos, de quistes supurados del cornete medio, que inclinaban su contenido al nivel del meato, y por un solo lado, mientras la cabeza estaba inclinada hacia adelante. La presión sobre la bolsa por medio del estilote hace salir el pus, lo cual es un signo diagnóstico importante, que nos ha permitido á menudo reconocer la afección y evitar al enfermo la abertura de su cueva de Higmore.

El tratamiento radical, consistente en extirpar la bolsa ó destruirla con el galvanocauterío, nos ha dado siempre excelentes y definitivos resultados. (Véase el "Boletín de la Sociedad francesa de Otolgía y Laringología," 1891).

TRATAMIENTO. — La curación es fácil de obtener en algunos casos, mientras que las sinusitis crónicas tienden a persistir indefinidamente, á despecho de todos los tratamientos.

Contra los primeros basta hacer el diagnóstico de la afección para desembarazar con rapidez al enfermo de una supuración más ó menos antigua. La primera indicación que habrá de llenarse es suprimir la causa del empiema, si se la puede descubrir. Al efecto, se examinará con cuidado el estado de la dentición superior de los sujetos atacados,

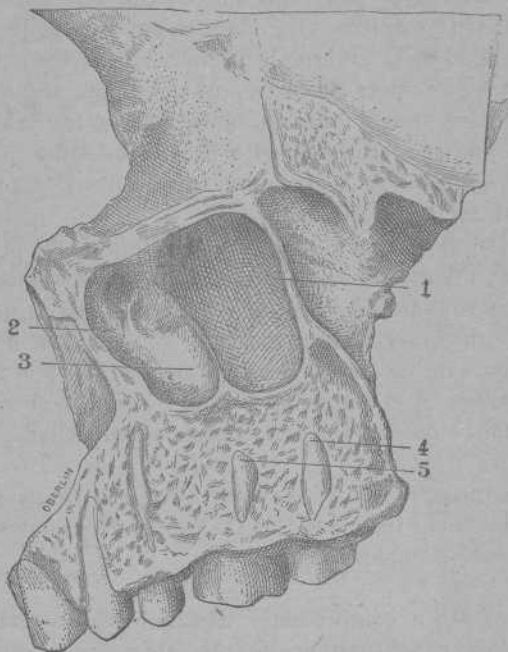


FIG. 205. — Corte hecho en la pared externa del seno maxilar, que indica :

1. Una cavidad separada por tabiques incompletos 2 y 3, que forman recessus y anfractuosidades. — 4 y 5. Muestran las relaciones de las raíces de los dos últimos molares con la cueva, de la que están separados por una capa ósea bastante espesa; la raíz de la segunda bicúspide está igualmente muy alejada de la cavidad. (Dibujado según una fotografía; corté del Dr. E. J. Moure.)

para quitar todos los raigones y raíces cariados, en particular los molares ó dientes bicúspides. Asimismo convendrá quitar ó destruir las excrecencias polipoides que obstruyen el meato medio.

Tomadas estas precauciones preliminares, se tratará de evacuar el pus de la cavidad enferma. Algunos prácticos preconizan y practican el lavado por el orificio natural de la cueva de Higmoro, por medio de una sonda de la trompa de Eustaquio (Störk), ó por medio de una

sonda gruesa de doble corriente (Jurasz). Constituye éste un procedimiento que, en manos poco familiarizadas con los instrumentos rinoscópicos, corre peligro de producir ciertos desórdenes ó trastornos inflamatorios en el ámbito del orificio de Higmore.

Lo más seguro y más sencillo es, pues, abrir una vía artificial por la que se penetrará en la cavidad enferma. Esta abertura puede hacerse por debajo del cornete inferior, por medio de un trócar acodado (figura 200) provisto de una muesca de detención, como la de que nosotros nos servimos habitualmente. He aquí el modo de proceder: estando la mucosa perfectamente limpia y anestesiada por la cocaína, se lleva la punta del trócar al tercio anterior del meato inferior, lo más cerca posible de la inserción del cornete sobre la pared de la cueva, es decir, á la parte en que el hueso se hace habitualmente muy delgado. Imprimiendo después al instrumento movimiento de barrena, penetra bastante fácilmente en la cavidad, en cuyo caso se retira el trócar, dejando la cánula en su lugar, y se pone una inyección antiséptica. Si se desea continuar el tratamiento por esta vía, se debe agrandar el orificio artificial y, si hay necesidad, se enseña al enfermo para que aprenda á ponerse por sí mismo la cánula (1).

Es preciso reconocer, sin embargo, que este lavado no es siempre practicable, y tiene además el inconveniente de no obrar sobre la parte más declive del seno. Nosotros preferimos la abertura por la vía alveolar, la cual deberá practicarse, ora con un simple perforador, ó preferentemente con el berbiquí de los dentistas. Este último procedimiento, más sencillo y más cómodo, permite practicar un orificio perfectamente limpio y tan ancho como se desea. El punto de elección corresponde al sitio ocupado por la primera muela grande (véase fig. 205); mas, si nos fijamos en la anterior figura, nos permitirá reconocer que se puede igualmente llegar á la cueva desde el espacio ocupado por la primera ó la segunda bicúspide hasta el en que se encuentra el último gran molar; tal es el método antiguo ó de Cooper. No hay necesidad de añadir que, durante la maniobra consistente en perforar por esta vía, convendrá obrar con prudencia y acordarse de que la pared superior de esta cavidad forma el suelo de la órbita.

Practicada la abertura, se harán lavados antisépticos, ya con agua boricada, ya fenicada, ó con sublimado.

El agua boricada se empleará saturada; el ácido fénico al 1 por 500; el sublimado al 1 por 5.000, y las diversas sales de sozoiolol del modo siguiente:

(1) Esta punción del seno carece ordinariamente de peligro; sin embargo, nosotros la hemos visto, en algunos casos, seguida de verdadera hemorragia, que hizo necesario el taponamiento completo de las fosas nasales.

Sozoiódol de sosa ó de zinc.....	25 gramos.
Agua.....	500 —

Una cucharada de las de sopa para medio litro de agua templada.

El aluminio aceto-tartárico, preconizado antiguamente por Schöffer, nos ha resultado también un buen medicamento.

He aquí cómo lo empleamos:

Aceto-tartrato de alúmina.....	25 á 50 gramos.
Borato de sosa.....	} añ 100 —
Bicarbonato de sosa.....	

Mézclase. — Una cucharadita de las de café para medio litro de agua templada.

En algunos casos más graves, podrán usarse soluciones de nitrato de plata al 5 ó 20 por 100, seguidas de una inyección de agua salada, de cloruro de zinc al 1 por 30 ó 1 por 10, ó también de una inyección alcalina (bórax, bicarbonato de sosa), ó de vaselina iodoformada, como la solución de:

Iodoformo ó iodol.....	5 á 10 gramos.
Mentol.....	2 —
Aceite de vaselina.....	90 —

Estos diferentes lavados antisépticos ó cáusticos cuentan en su activo un número mayor ó menor de éxitos, pero también de casos desgraciados. Abandonando entonces los lavados, deberán reemplazarse por el tratamiento seco que ciertos autores (Bresgen) emplean desde el principio, una vez que han conseguido arrojar el pus del seno con la pera de aire. Los polvos, habitualmente recomendados, son el ácido bórico puro ó asociado al iodol; el iodoformo, cuyo olor se encuentra en todas las secreciones; el aristol, etc. Se emplearán estos diferentes tópicos, solos ó asociados entre sí.

Limpio el seno ó lleno de cualquiera de estos polvos, deberá obturarse el orificio alveolar por medio de un clavito de ebonita que nos parece preferible á las diversas cánulas permanentes recomendadas, mantenidas ó no mediante unos corchetes dentarios. En el momento de hacerse la cura, el enfermo se quitará el obturador, cuyo objeto es sencillamente impedir la entrada de los alimentos en la cueva de Higmore.

Muy recientemente, ha sustituido Chiari las insuflaciones pulverulentas por el taponamiento de los senos con la gasa iodoformada, boricada ó salicilada, introducida bajo la forma de tiras largas y estrechas.

Como los lavados, el tratamiento seco cuenta también con éxitos, pero tampoco aprovecha en todos los casos, de lo cual resulta que buen número de empiemas resisten á todos los medios que acabamos de indicar.

Por eso se han preconizado contra estas formas, ora la cauterización con el ácido láctico (al $\frac{1}{3}$), con el sulfato de cobre en solución (al $\frac{1}{2}$),

con la tintura de iodo, el ácido tricloracético, etc.), ó bien el raspado de las paredes del seno. Para practicar esta operación, especialmente recomendada por el Dr. Cartaz para tratar los empiemas rebeldes, se debe abrir el seno por la fosa canina, descarnando completamente la encía que la recubre. El orificio, así practicado, deberá ser bastante ancho para que permita iluminar directamente la cavidad mediante la lamparita eléctrica ó con el reflector frontal. De esta manera se podrá percibir á veces la existencia de quistes supurados ó de granulaciones polipoideas, cuya extirpación ayudará seguramente á la curación. Se llenará en seguida la cavidad de gasa iodoformada ó boricada, y se mantendrá la abertura durante algunos días, para vigilar el estado de la mucosa. No creo haya necesidad de advertir que, durante la cura, se romperán y quitarán con cuidado las esquirlas óseas, y se limpiará con esmero la cueva de Higmoro.

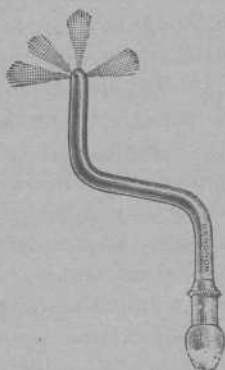


FIG. 206. — Cánula del autor, en regadera, para inyecciones en el seno por la vía alveolar.

Debemos decir, para terminar, que á pesar de la aplicación de todos estos procedimientos, se encontrarán algunas veces supuraciones interminables que los lavados regularmente practicados permitirán únicamente atenuar, pero no curar.

[Completaremos este estudio del empiema del seno maxilar, transcribiendo lo más notable del folleto del Dr. Simon Dunogier (de Burdeos), titulado: *De la prótesis aplicada al tratamiento de los empiemas de la cueva de Higmoro*, y publicado en el presente año de 1896.

Los empiemas del seno maxilar son mucho más frecuentes de lo que en otro tiempo se creía. Algunos enfermos, en quienes se creyó existían neuralgias faciales rebeldes unilaterales, corizas atróficas que por nada se modificaban, afecciones gástricas tenaces, erisipelas de la

cara, etc., padecían en realidad supuración de la cueva de Higmoro. Sin que queramos estudiar aquí los síntomas á que da lugar el empiema del seno maxilar, diremos que muchas veces pasa inadvertido y debe examinarse con cuidado. Por otra parte, rara vez cura espontáneamente, y es indispensable asegurar la libre salida de pus al exterior, al mismo tiempo que se practica la desinfección de la mucosa que supura.

Los lavados por el orificio natural, en el meato medio, no suelen bastar para hacer que cese la formación del pus. Cuando más, ayudarán en ciertos casos á establecer el diagnóstico de la enfermedad.

No nos extenderemos acerca de la patogenia de la afección: importa poco para nuestro objeto que sea aquélla de origen nasal ó consecutiva á una lesión dentaria. Basta conocer la existencia del empiema para que se imponga desde luego la abertura artificial.

Esta puede practicarse por la *vía nasal* ó por la *vía bucal*.

Abrir el seno por el meato inferior, bien con un trócar, bien con una punta galvánica, constituye una operación fácil, que se practica sobre todo para confirmar el diagnóstico del empiema. Querer curar un enfermo lavándole la cueva de Higmoro por esta vía es muchas veces irrealizable. Se sabe, en efecto, que no basta abrir y lavar una, dos ó diez veces el seno, para curar la inmensa mayoría de los empiemas; los lavados y la desinfección de la cavidad deben hacerse todos los días, acaso durante meses y años enteros, antes de que se agote la supuración. En ocasiones, el enfermo puede practicar por sí solo las maniobras necesarias, pero siempre es indispensable el concurso del especialista para introducir la cánula. Esta razón ha bastado para considerar poco práctica la vía nasal, é incitar á los rinólogos á crear una abertura en otro punto.

Estaba indicada, desde luego, la vía bucal: el seno puede abordarse de dos modos: por el *reborde alveolar* y por la *fosa canina*.

En este último método, se incide la mucosa en el repliegue labio-gingival; se penetra, con el bisturí ó el termocauterío, hasta la fosa canina, y se perfora el seno por la pared anterior. La abertura que se practica suele producir una fluxión bastante considerable, los lavados se verifican mal y las maniobras que reclaman ocasionan á veces dolores violentos durante muchos meses.

En el método alveolar ó procedimiento de Cooper, nada más sencillo. Se hace la extracción del primer grueso molar ó del segundo premolar, y, conseguida la cicatrización completa, se crea un orificio artificial en el lugar del diente extraído; si se trata de dientes cariados, no hay que vacilar en sacrificarlos y tampoco costará mucho decidir al enfermo para que se le deje practicar. Por desgracia, no siempre sucede así, y muchas veces un empiema del seno maxilar coexiste con

una integridad perfecta de los dientes de la mandíbula inferior. Ante una dentadura bien dispuesta, sin ningún indicio de caries, irreprochable, el especialista vacilará quizás en destruir la armonía y abandonará esa vía de elección por la vía canina. Si el cirujano, no teniendo en cuenta la dentadura, se decide por la vía alveolar, tendrá que luchar contra el enfermo que no querrá sacrificar un diente.

En las mujeres sobre todo, tan propensas á la coquetería, será difícil vencer esa resistencia. Aunque las ventajas que proporciona un lavado cotidiano bien hecho compensan ampliamente el sacrificio de un diente sano, no se decidirán muchas veces á la extracción. Acaso si se las prometiera reconstituir totalmente la pérdida de sustancia por medio de un aparatito ligero, poco molesto, se conseguirían mejores resultados y se abreviaría la duración de la enfermedad.

Á pesar del gran vacío que ocasiona la extracción del primer grueso molar, el más voluminoso de los dientes superiores, gracias á su declividad, la abertura alveolar es la vía de elección, y lo seguirá siendo todavía mucho tiempo, hasta que se abra ampliamente el seno por la pared anterior.

Se ha reprochado á este procedimiento la facilidad con que el orificio tiende á obliterarse, y la dificultad de impedir que las materias alimenticias penetren en el seno. Para obviar estos inconvenientes, preconiza el Dr. Dunogier un aparatito protésico, siguiendo las indicaciones del Dr. Moure. Vamos á describirle y presentarle al público médico, en la seguridad de que obtendrá favorable acogida.

HISTORIA. — Antes de emprender la descripción de nuestro aparato, dice el citado autor, creemos necesario decir algunas palabras acerca de los diversos procedimientos que le han precedido.

«Si se consultan los autores clásicos para conocer los diferentes modos de conservar permeable el orificio alveolar, impidiendo la penetración de las materias alimenticias en el seno, asombra, en verdad, encontrar datos muy escasos y de poca importancia: la sonda de plata y el tapón de algodón son los únicos medios puestos en práctica. Apenas consignan los autores algunas indicaciones.

Harris y Austen preconizan una algalia permanente, ó una cánula de plomo ó de plata, recomendándole que la fije á los dientes vecinos.

Salter propone adaptar una placa metálica á la boca, con un tubito destinado á introducirse en la abertura, tubo que se puede tapar á voluntad con corcho, y á través del cual se practicarán las inyecciones.

Schubert aconseja aplicar una placa de ebonita provista de una clavija que penetre en el orificio.

Moldenhauer recomienda mantener abierto el orificio, colocando en él un tubo que se ata con un hilo á los dientes vecinos.

Luc aconseja tapar la fístula con un trozo de una de esas sondas macizas, de goma, con la punta ensanchada en forma de oliva, que ideó el profesor Guyon para la exploración, y no conservar de esta sonda más que la extremidad ensanchada, con un trozo de vástago de 5 á 6 centímetros de longitud.

Gapin pretende que las cánulas son mal soportadas por la mayoría de los enfermos, y parece que causan una irritación constante de esta región. Preconiza el procedimiento de Luc.

Jeanty es algo más explícito. Aconseja una abertura muy pequeña, cuyos bordes desempeñan entonces el papel de válvula. En dos de sus enfermos se sirvió de aparatos protésicos, de un obturador de oro y de una placa de vulcanita con una clavija hueca de oro. He aquí textualmente lo que dice el citado autor:

Observación I. — Un hábil dentista le obtuvo los dos pequeños agujeros del reborde alveolar con dos ejes de oro, soldados á placas del mismo metal, á fin de que no se produzca una infección de las cuevas de Higmoro por la boca y estén abiertos los dos orificios artificiales.

Observación XVIII. — Un dentista construyó placas dentarias de vulcanita, que debían aplicarse á ambos lados del maxilar superior. Cada una de estas placas se halla provista de un tubo metálico que se adapta á los orificios artificiales de los dos rebordes alveolares. Por medio de una jeringuilla terminada por un embudo muy estrecho, el enfermo consigue fácilmente lavar la cueva de Higmoro sin ningún dolor.

Capdepont aconseja el empleo de la cánula con opérculo, que facilita mucho las inyecciones, dejando éstas de ser dolorosas, é impide la penetración de los alimentos.

Se ve que todos los medios preconizados hasta ahora tienen pocos atractivos para seducir al especialista; por eso han abandonado casi todos ellos las diversas cánulas permanentes y suelen servirse de un clavito de ébonita que penetre á frote en la perforación: está provisto de una cabeza que le sirve para detenerse. Pero su introducción y su extracción son dolorosas al principio: con el tiempo, se afloja, los enfermos se quejan de que no está fijo y muchas veces, por la noche, lo encuentran en su boca ó temen haberlo tragado.

Algunos prácticos, para obviar los inconvenientes del clavo de ébonita, han imaginado un clavo bivalvo que, una vez introducido en el orificio, se aplica contra las paredes, gracias á un resorte. Pero si este pretendido perfeccionamiento aumenta la fijeza del aparato, no por eso disminuye el dolor que produce el tenerlo colocado, porque muchas veces en las paredes de la perforación se distribuyen filetes de los nervios dentarios, cuya excitación es muy dolorosa.

En estos últimos tiempos ha aconsejado De Marion adaptar á los aparatos dentarios una sonda metálica que penetrará en el trayecto fistuloso y comunicará con la cavidad del seno. Reconoce que Pablo Dubois fué el primero que ejecutó piezas de este género, y atribuye á Rounet la idea de haber añadido un diente para obturar la sonda. De Marion aconseja servirse del oro, cautchuc endurecido ó platino. Para lavar la parte, basta separar el mandrín que sostenía el diente; de este modo, no es necesario quitar el aparato cada vez.

De Marion no ha tenido presente, para aplicar su aparato, más que las mandíbulas notablemente alteradas: se necesita, ante todo, una pieza dental á la cual se unen sondas metálicas, y si esa pieza dental no existe, hay que hacerla de varias partes ó porciones. Pero no se han tenido en cuenta los casos en que la mandíbula está intacta y en que la perforación reclama el sacrificio de un diente sano. Precisamente este caso ha llamado la atención del Dr. Dunogier y sido objeto de todos sus esfuerzos.

El aparato preconizado por Marion puede reducirse, á parte de la dentadura bien entendida, á la cánula permanente preconizada por muchos prácticos antes que él: es, en suma, la cánula con opérculo de Gouguenheim y de Politzer, en la cual el opérculo es reemplazado por un mandrín que sostiene un diente y penetra en la cánula. Presenta, pues, todos los inconvenientes de las cánulas permanentes. Los lavados deben hacerse con gran dificultad, á menos que se dé á la perforación un diámetro considerable. Además, á la larga, el mandrín, penetrando á roce en la sonda, se afloja y concluye por caer como el clavo de ebonita. Hoy que precisamente se tiende á hacer aberturas amplias, vale más, en nuestro concepto, emplear un aparato de una sola pieza, bien fijo y fácil de separar para hacer los lavados. El orificio de penetración será así mayor, y, después del lavado, el líquido sobrante no depositará sus elementos sépticos sobre la sonda metálica, de modo que cree allí, al nivel del orificio, una nueva fuente de infección.

Como estos aparatos, para ser bien soportados, no han de herir la encía ni los bordes del orificio, y como algunas veces la pérdida de sustancia es bastante considerable, hay que hacerlos lo más ligeros posible. Como, por otra parte, se necesita una articulación perfecta, creemos que deben dejarse á un lado los metales preciosos, no sólo por su valor, sino también por su peso y la dificultad de construir un eje metálico bastante ligero. Por eso preconizamos el cautchuc para la confección de estos aparatos, que son de una sola pieza, incluso el eje. Las dificultades de su fabricación estriban en la exactitud de la huella y la preparación del modelo de yeso.

DESCRIPCIÓN DEL APARATO. — «Nuestro aparato, dice el Dr. Dunogier, no es una concepción teórica, sino que ha sido utilizado ya en la

práctica. El Dr. Moure presentó á la Sociedad de Anatomía y Fisiología de París, en la sesión de 13 de Abril de 1896, una de sus enfermas, á la cual habíamos aplicado un aparato de este género. No conocemos aún los resultados tardíos de su aplicación; sin embargo, desde luego puede afirmarse que el aparato se soporta tan bien, que no provoca ningún dolor, y, sobre todo, permite la masticación, que antes era imposible.

El aparato que vamos á describir no ha sido aplicado al enfermo; es un aparato tipo que nos servirá de modelo.

Desde el principio tropezamos con algunas dificultades para la fabricación: tomar la huella ó molde exacto, sin lo cual no sería tolerado el instrumento, y hacer el modelo de yeso.

El primer acto debe comprender, no sólo el arco maxilar, sino también la perforación en toda su longitud. Para esto nos servimos del clavo de ebonita, que ya llevaba el enfermo, y tomamos el molde de su cabeza al mismo tiempo que el del arco dentario. Una vez separado el molde, nos bastó colocar el clavo en su lugar para fundir el yeso.

Esta maniobra exige muchas precauciones. Si el clavo no está bastante fijo en la huella, hay que proceder con suavidad y lentitud, dando tiempo al yeso para que se solidifique y mantenga el clavo, porque la menor desviación necesitaría volver á empezar.

Una vez realizados estos dos estudios de la fabricación, se efectúa el resto como con los aparatos dentarios en general.

Nuestro aparato es de cautchuc endurecido; ya hemos dicho antes las razones que nos han decidido á elegir esa sustancia.

Se compone:

1.º De un eje que penetra sin rozar en la perforación. Debe ser bastante largo para llegar hasta el orificio interno é impedir que se cicatrice.

2.º De una parte principal, que forma cuerpo con el eje. Esta parte principal se amolda al reborde del maxilar y ocupa todo el espacio que queda libre entre los dientes inmediatos.

3.º De dos prolongaciones: una en el vestibulo de la boca, de cautchuc color rosa, que imita en lo posible el color de la encía; otra en la bóveda palatina, que contornea el cuello del diente ó los dientes próximos, y se extiende de siete á ocho milímetros. Estas dos prolongaciones van adelgazándose hasta que parece se confunden con la mucosa; gracias á este adelgazamiento progresivo y al brillo perfecto del aparato, no existe la menor irritación para las mucosas de la bóveda palatina, del vestibulo y hasta de la lengua.

4.º De un diente, elegido de antemano, según que se haya hecho la extracción de un grueso molar ó de un premolar. Este diente se halla encajado en la vulcanita y se articula de un modo perfecto con los antagonistas de la mandíbula inferior.

5.º De un gancho de oro que permite la completa fijeza del aparato. Este gancho está inserto en el cautchuc, en una longitud de tres á cuatro milímetros, siguiendo la prolongación de la bóveda palatina. Contornea, en una longitud de dos ó tres milímetros, la cara lingual del diente; después queda libre, sigue la cara media del mismo diente al nivel del cuello del diente, para ensancharse en la cara bucal, que contornea en casi toda su longitud. Esta falta de fijeza en las caras media y bucal, permite sobresalir al gancho y facilitar la colocación y separación del aparato.

El aparato tiene escaso volumen y en nada molesta á los enfermos.

Presenta las ventajas siguientes:

1.ª Es fijo: toma su punto de apoyo en los dientes vecinos, entre los cuales penetra á roce. Esta fijeza aumenta por la presencia del gancho de oro, que sobresale. No posee ningún movimiento de lateralidad, y por consiguiente, no puede determinar la menor irritación, ni por su parte principal, ni por su eje;

2.ª Se quita y vuelve á poner con facilidad;

3.ª Impide la penetración de las materias alimenticias en el seno;

4.ª Permite las irrigaciones cotidianas, sin ninguna dificultad;

5.ª Reúne todas las ventajas de las dentaduras parciales ordinarias; es ligero y sólido al mismo tiempo; permite la masticación, conserva la estética de la boca é impide las deformaciones de la fisonomía, evitando esas depresiones que se ven al nivel de los dientes extraídos.

CONCLUSIONES. — 1.ª La vía alveolar debe continuar siendo la vía de elección para las perforaciones de la cueva de Higmore.

La perforación por la fosa canina sólo deberá hacerse en casos excepcionales, por no decir nunca.

2.ª El cirujano no vacilará ante el sacrificio de un diente sano. Tampoco tendrá que luchar con las vacilaciones del enfermo, que se decidirá sin gran trabajo á ese sacrificio, sabiendo que la prótesis permitirá disimular la pérdida de su diente y asegurar, durante todo el tratamiento, la permeabilidad del orificio alveolar.

3.ª El aparato que aconsejamos es soportado con facilidad; es ligero, poco molesto, conserva la estética y permite todas las funciones de la boca.

4.ª Una vez agotada la supuración para permitir la obliteración del orificio, se transforma el obturador en dentadura parcial simple, cortándole el eje».] — DR. C. COMPAIRED.

II. — Catarro crónico simple.

« El derrame debido á la rinitis es más comúnmente sero-mucoso; el de origen dentario ó alveolar es casi fatalmente purulento », ha escrito el Dr. Potiquet en una nota que agregó á la traducción del libro del Dr. Moldenhauer. Sin prejuzgar esta diferencia etiológica, no la tenemos, á decir verdad, por el momento más que por la diferencia capital existente entre ambos derrames, sero-mucoso el uno y purulento el otro. El primero sólo constituye, en nuestro sentir, el catarro crónico simple del seno, catarro análogo al de las fosas nasales, del que es la complicación habitual. El origen casi exclusivamente nasal de esta inflamación parécenos fuera de duda, porque es frecuente en el coriza crónico simple, en el coriza purulento de los adolescentes de diez á quince años, y en la rinitis atrófica. Muy á menudo unilateral, esta sinusitis es con bastante frecuencia doble, y la secreción se escurre, sobre todo por la mañana, ó cuando el enfermo se suena con fuerza, almidonando el pañuelo sin mancharlo, de color verde ó amarillo.

Los desórdenes funcionales se parecen, en algunos casos, á los del empiema verdadero; pero son, por punto general, más atenuados. Según la disposición del orificio del seno, y según también la posición de la cabeza, sale la secreción por las ventanas anteriores ó posteriores de la nariz, simulando un catarro naso-faríngeo ordinario. La iluminación de la cara por transparencia es en estos casos un procedimiento incierto, porque hemos comprobado con frecuencia, aparecer la transparencia más absoluta cuando el seno contenía algunas mucosidades, que hacía desaparecer inmediatamente la inyección.

La percepción por el enfermo de malos olores es aquí muy rara. Habiendo muy á menudo invadido la afección los dos lados, no constituye un síntoma importante la unilateralidad de la secreción. Desde el punto de vista del pronóstico, nos parece esta forma menos grave que la precedente, y más fácil de curar por término general.

Lo que constituiría quizá su gravedad es que, localizada alguna vez en el seno maxilar, se extiende esta inflamación con frecuencia á las demás cavidades accesorias (senos frontales, esfenoidales, células etmoidales), apareciendo cual si se tratara de una rinitis generalizada, con predominio de los síntomas en una ú otra de las cavidades accesorias.

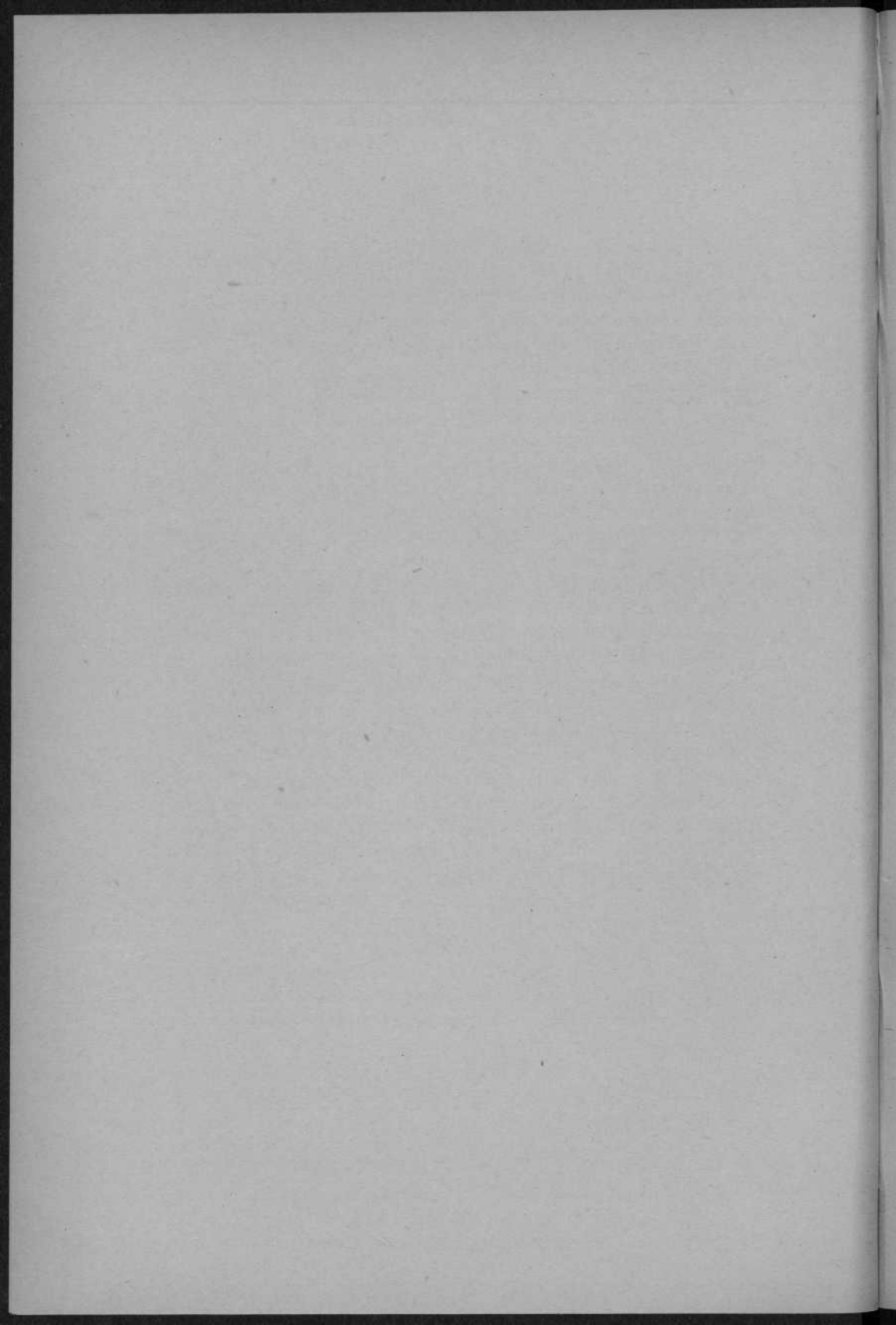
Sucede esto, repito, por haber confundido ambas formas distintas de la inflamación de las cavidades accesorias, y, por consecuencia de ello, hanse emitido las opiniones más contradictorias acerca del valor de algunos síntomas, en particular de la iluminación por transparencia ó de determinados tratamientos.

BACTERIOLOGÍA DE LOS EMPIEMAS DE LOS SENOS FRONTALES
Y MAXILARES

Hay que notar, desde el punto de vista bacteriológico, los empiemas que podíamos simplemente denominar catarros crónicos de los senos frontales y maxilares, los que se distinguen con claridad de los verdaderos empiemas, por la abundancia del pus amarillento ó amarillo-verdoso. Los Dres. Sabrazès y Rivière, quienes en el laboratorio de las clínicas de la Facultad de Burdeos han hecho investigaciones en este sentido, han reconocido que en los empiemas de secreción moco purulenta descritos por nosotros con el nombre de catarro crónico de las cavidades accesorias, era el neumococo el microorganismo predominante, añadiendo también los mencionados bacteriólogos, que en un caso de empiema del seno frontal, cuyo pus era glutinoso, pseudomembranoso y verdoso, encontraron, en los exámenes sobre laminillas, el neumococo, el cual dió cultivos puros á 37° en la gelosa peptonizada. La inoculación del pus en el ratón fué seguida de la muerte á las veinticuatro horas después de la inyección. En el punto de inoculación, que estaba muy edematoso, así como todos los demás órganos, encontróse el neumococo.

Por el contrario, en los verdaderos empiemas han encontrado dichos autores, ora el diplococo de la neumonía, bien el estafilococo piogénico áureo, asociado al albus y al estreptococo, ya, en fin, el estafilococo blanco asociado al citreus de Passot. También encontraron una vez bastoncitos de naturaleza indeterminada, de 4 μ próximamente de longitud, dispuestos en masas y colorables por el azul alcalino y la fuchsina fenicada.

Estas investigaciones concuerdan con la descripción clínica que hemos hecho de los empiemas de la cueva de Higmoro en particular, y explican asimismo la gran dificultad que existe para curar las supuraciones de la segunda categoría, teniendo como tienen los microorganismos de estos procesos inflamatorios, una mayor resistencia que el neumococo de las simples afecciones catarrales, con exagerada secreción.



Tumores del seno maxilar.

A. — Tumores benignos.

Encuéntanse en el seno maxilar, por orden de frecuencia, quistes, pólipos y osteomas (1).

1.º *Quistes*. — Pueden producirse en el seno á consecuencia de alteraciones dentarias (quistes dentarios ó de las raíces), ó por dilatación de las glándulas ó su conducto excretor (quistes mucosos).

A. *Quistes dentarios*. — Conocidos desde largo tiempo ha, desarróllanse á expensas del periostio, que se despega lentamente de la raíz enferma, se engrosa y forma una verdadera bolsa quística, cuyo volumen varía considerablemente. Con frecuencia alargado de arriba abajo. según el eje del diente, llega en algunos casos el tumor á llenar toda la cavidad del seno, á la que se amolda exactamente y á la que, en ocasiones, desgasta, dilata ó perfora, sobre todo en su porción yugal. Según que el desprendimiento se extiende á toda la periferia de la raíz que penetra entonces en la bolsa, ó en una parte de su circunferencia, el quiste es central ó lateral.

B. *Quistes mucosos*. — Bien estudiados en 1851 por el Dr. Giraldés, esta especie de quistes son debidos á la obliteración del orificio excretor de una ó muchas glándulas de la mucosa del seno.

Háseles dividido, según su volumen, en quistes miliares, formados por la distensión del conducto excretor, los cuales tienen el grosor de un grano de mijo ó de un cañamón y están llenos de una materia espesa, gelatinosa, habitualmente transparente; y en verdaderos quis-

(1) Dejamos de consignar los fibromas, que entran muy á menudo en la categoría de tumores malignos.

tes mucosos, constituyendo la segunda categoría, de los que los primeros pueden considerarse como el primer estadio. Las dimensiones de estos segundos tumores pueden ser más considerables y varían desde la dimensión de un grano de maíz hasta la de un huevo. En estos casos, el neoplasma rechaza las paredes del seno, al que desgasta y perfora, viniendo á formar bajo la piel un relieve duro, fluctuante, si la bolsa no se halla muy distendida, asemejándose enteramente á la afección descrita con el nombre de hidropesía del seno maxilar, que el Dr. Giraldeés asimila á un verdadero quiste mucoso. El contenido es ora espeso, viscoso, coloide y transparente, bien amarillento y de consistencia siruposa. Nosotros lo hemos encontrado á menudo turbio y semejante al pus.

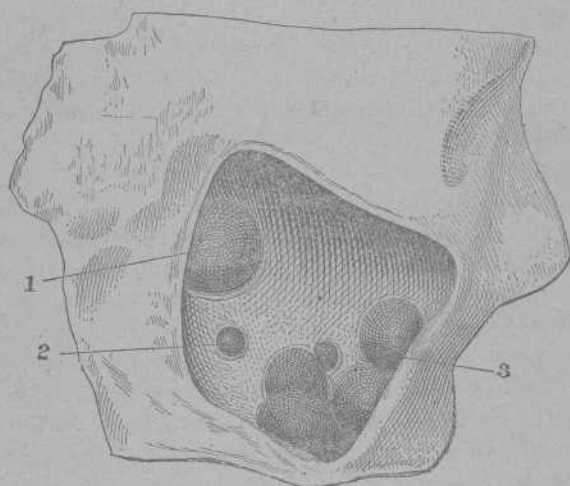


FIG. 207. — Quistes mucosos desarrollados en el seno maxilar. — 1, 3, Quistes voluminosos. — 2 Tumor miliar.

La cantidad de estos tumores es esencialmente variable, siendo muy numerosos, por punto general, y los de su segunda categoría, á veces únicos, llegan otras al número de 10, 15, 20 y más.

SINTOMAS. — Los síntomas son comunes á las diversas variedades que acabamos de describir. Cuando son poco voluminosos, puede decirse que son nulos los síntomas que determinan. Llégase á descubrirlos por casualidad, arrancando un diente ó una raíz quística. Pueden, á mi juicio, atribuirse algunas supuraciones persistentes y rebeldes del seno maxilar, á la existencia de quistes supurados que se vacían en dicha cavidad y que se resisten, como es fácil comprender, á los trata-

mientos mejor aplicados. Semejante manera de ver viene á corroborarla, con los hechos que presenta, un trabajo reciente (1892) de M. P. Heymann (de Berlín) sobre los tumores benignos de la cueva de Higmore.

Cuando el tumor ha adquirido un desarrollo notable, cuando las paredes del seno llegan á ser rechazadas, el relieve de la mejilla, la exoftalmía y la hinchazón de la fosa canina, son otros tantos signos que hacen pensar en un neoplasma de la cueva.

La iluminación por transparencia indicará simplemente la presencia de un tumor, sin permitir prejuzgar su naturaleza. La sensación de pergamino, la fluctuación y la punción sobre todo, nos harán establecer, por el contrario, el diagnóstico exacto de la lesión.

El *tratamiento* consistirá en abrir ampliamente el seno maxilar, preferentemente al nivel de la fosa canina, de manera que se pueda evacuar su contenido y raspar cuidadosamente la superficie enferma. Se aplicará en seguida una cura de gasa iodoformada, y se vigilará la cicatrización, que podrá seguirse paso á paso, iluminando la cavidad, ora con una lamparita eléctrica, ora simplemente con el espejo frontal.

2.º *Pólipos*. — Los pólipos mucosos del seno maxilar no parecen ser muy raros, pues, en buen número de casos de tumores análogos de las fosas nasales, el ó los senos contienen esta clase de neoplasmas. En 250 cráneos ha encontrado el Dr. Heymann catorce veces mixomas, cuyo sitio y volumen eran variables; pero observa dicho autor que estos pólipos no se han multiplicado jamás.

La sintomatología es la de los demás neoplasmas de la cueva cuando llegan á adquirir un volumen bastante considerable para distender la cavidad. Es tanto más raro este hecho, cuanto que la mayor parte de las veces sobresalen los pólipos en las fosas nasales, donde se les percibe entonces con facilidad.

El tratamiento consiste naturalmente en extirparlos, en cuanto sea posible, por las vías naturales.

3.º *Osteomas*. — Los osteomas del seno maxilar, propiamente dicho, son tumores bastante raros, porque se desarrollan preferentemente en el seno frontal (Montaz). Casi siempre únicos, varían en su volumen desde un simple guisante hasta el de un huevo ó más. Lisos, unidos al principio, no tardan, cuando salen de la cavidad que los contiene, en tomar una superficie desigual, mamelonada, no diferenciándose de los que ya hemos descrito más que por su sitio. Á menudo enclavados en el seno, al modo de un cuerpo extraño móvil, adhiérense alguna vez al esqueleto por un simple pedículo, ó por medio de una ancha superficie.

El único tratamiento aplicable es la operación radical, que será más ó menos laboriosa, según el neoplasma se halle más ó menos adherido al hueso en que haya tomado su punto de partida. Precisa no olvidar

que ciertos osteomas envían prolongaciones al cráneo, y que para extirparlos es preciso poner el cerebro al descubierto (Panas, Badal, etc.). En tales casos, la mortalidad operatoria resulta considerable, ó sea del 30 á 40 por 100, según Gérard Marchand, para la estadística de Berlín.

B. — Tumores malignos.

Encuéntranse en el seno fibromas, epitelomas y sarcomas.

1.º *Fibromas*. — Así como es frecuente ver las cavidades accesorias, y en particular el seno maxilar, invadido en los casos de tumores fibrosos naso-faríngeos, así es raro ver esta afección desarrollarse primitivamente en él.

2.º *Epitelomas*. — Los epitelomas primitivos son igualmente muy raros, y reconocemos, con el Dr. Albarrán, que es en general muy difícil, por no decir imposible, discernir los tumores primitivamente desarrollados en el seno, de los que lo han invadido secundariamente.

3.º *Sarcomas*. — Esta última variedad de neoplasmas malignos es mucho más frecuente, y muchas veces he tenido ocasión de verla acantonarse en la cueva de Hígmoro, habiendo podido hacer el diagnóstico, al menos en dos casos, antes que el neoplasma hubiese traspasado los límites de dicha cavidad.

SINTOMAS. — Los diversos tumores malignos ofrecen un conjunto de síntomas comunes, que son: su crecimiento rápido, la dilatación y la perforación de las paredes del seno, la ulceración y la infección ganglionar local y general.

Distinguiremos, con el Dr. Duplay, tres períodos: uno latente, durante el cual los síntomas son casi nulos ó menos.

Después, el neoplasma llega poco á poco á llenar el seno, á rechazar sus paredes delante de sí; sobrevienen entonces dolores de forma neurálgica ó continuos, una sensación de pesadez y una serie de deformaciones (lagrimeo, exoftalmía, hinchazón de la mejilla, del paladar, etcétera), que varían con el volumen de la producción morbosa.

Por último, en el tercer período, el tumor ha destruido la capa ósea, envía prolongaciones por todos los lados, y á menudo también vésele aparecer al exterior, bajo el globo ocular, la bóveda palatina y principalmente en la fosa nasal correspondiente al lado afecto. Puede también penetrar en el cráneo, y determinar accidentes mortales. En este período preséntanse las hemorragias, el derrame sanioso fétido por la nariz y por la boca, y más tarde los síntomas de infarto ganglionar y de caquexia que suelen terminar la escena.

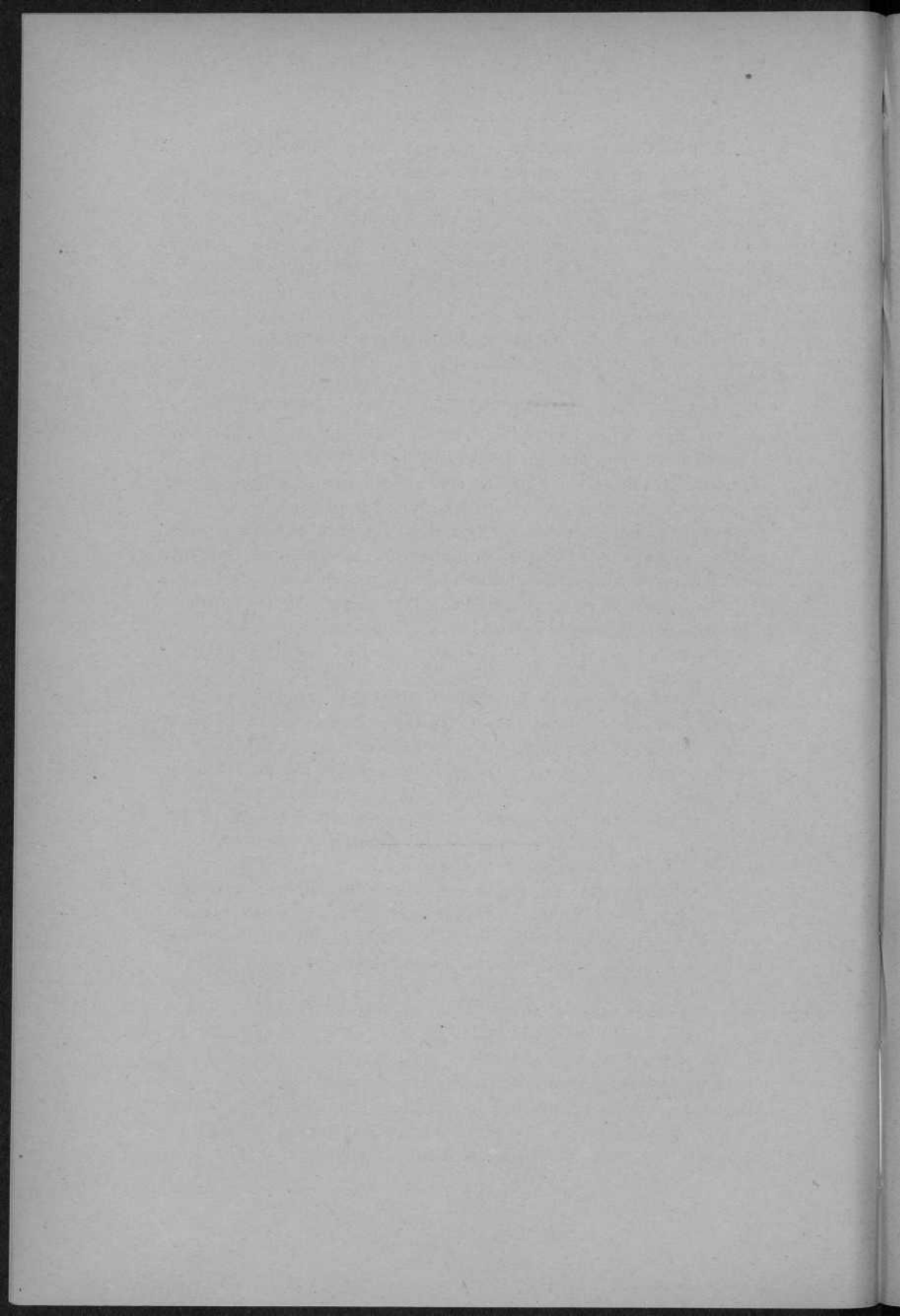
El diagnóstico se hará por el examen directo y completo del enfer-

mo. En estos casos, la iluminación de la cara por transparencia será susceptible de proporcionar señalados servicios.

No creemos que un tumor de las fosas nasales ó de la faringe que haya invadido los senos, pueda ser desconocido.

Cuanto á reconocer la naturaleza de la afección de la cueva de Higmore, se basará en la marcha de la enfermedad y la punción del seno seguida de inyección, á fin de comprobar si hay que habérselas con un tumor líquido ó sólido. La edad del enfermo habrá de tenerse también en cuenta. En fin, la aparición de una deformidad cualquiera de la región será una indicación suficiente para obrar en la cavidad enferma.

El *tratamiento* quirúrgico activo será, en efecto, el único aplicable en estos casos. No se vacilará en abrir ampliamente la cavidad levantando el carrillo, después de haber hecho la incisión de los tegumentos externos, á fin de poner al descubierto toda la parte enferma y limpiarla tan completamente como sea posible. En los casos más graves, pero perfectamente limitados, convendrá practicar la resección del maxilar superior, que es lo único que permitirá evitar una recidiva á menudo fatal, cuando se ha hecho un simple raspado seguido de una enérgica cauterización de las paredes.



Seno esfenoidal.

« Creo que las enfermedades del seno esfenoidal son más frecuentes de lo que parece », escribía en 1888 el Dr. Berger (de Gratz) quien, dos años antes, había ya publicado, con el Dr. Tyrman, un primer trabajo sobre esta materia. En efecto: desde estos últimos años, las inflamaciones de esta cavidad, inaccesible en apariencia, han podido ser reconocidas y tratadas directamente.

No hablaremos de los traumatismos del esfenoides, consecutivos á caídas, de las ablaciones de los tumores, etc., porque tales lesiones forman parte del dominio de la cirugía general.

Las caries y necrosis, observadas, por punto general, en el curso de la sífilis terciaria, acompañanse, á veces, de trastornos oculares graves (Berger), como son, según dicho autor: ceguera unilateral con flemón. La pérdida de la vista es debida, en estos casos, á la compresión del nervio óptico en el canal del mismo nombre (perineuritis). La meningitis es á menudo la consecuencia de semejante alteración. Una parte del hueso, casi todo el cuerpo, ha podido también desprenderse (Baratoux, E. J. Moure) sin que resulte trastorno notable para el enfermo.

La hemorragia por abertura del seno cavernoso (Scheltz), la trombosis de este último (Duplay, Russel, citados por Kaplan (tesis de Paris, 1891), y el flemón retrofaringeo, son las complicaciones ordinarias de las alteraciones graves del esfenoides.

Empiema del seno esfenoidal.

Al lado de las precedentes lesiones, sobre las que ya se había fijado antiguamente la atención, pueden observarse inflamaciones con manifestaciones menos vivas, cuya precisa determinación no puede hacerse en el vivo, sino mediante un atento examen.

I. — ESFENOIDITIS AGUDAS

Como ha demostrado el Dr. Max Schöffer, de Brema (1892), no es muy raro ver, con ocasión de un coriza agudo, que la inflamación se amolde á tomar una mayor intensidad en ciertos puntos de la pituitaria, en particular al nivel de las cavidades accesorias. Se comprende, por lo tanto, que la mucosa esfenoidal no se vea exenta al igual de la de los otros senos de la cara.

En estos casos, se quejan ordinariamente los enfermos de vivos dolores en el occipucio ó hacia el fondo del cráneo. La nuca está más ó menos rígida. Experimentan en el interior de los ojos una sensación desagradable de tensión, y según que la dolencia es uni ó bilateral, los trastornos oculares ocupan uno ó los dos lados. Se observa alguna vez abatimiento, vértigo (Schöffer), y, en todos casos, los síntomas generales son más acentuados que en el coriza ordinario.

Al examen directo, se ve que la porción de la pituitaria situada por delante del seno se halla tumefacta y de un rojo más ó menos subido. Parece que esta parte del cornete medio se encuentra como proyectada hacia adelante, continuando con la mucosa del tabique, en virtud de hallarse tan borrada la ranura que separa ambas porciones. Cuando la afección se encuentra un poco más avanzada, se percibe en dicho punto un exudado amarillento, que, quitándolo con el porta-algodones, no tarda en aparecer rápidamente.

El toque con el estilete, muy doloroso, repercute en la nuca, ó en el fondo del cráneo y de los ojos.

Con frecuencia se halla el resto de la pituitaria sano ó apenas inflamado.

El tratamiento consiste en fumigaciones emolientes hechas con:

Hojas de coca.	20 gramos
Especies aromáticas.	10 —
Cabeza de alormidera.	Núm. 1.

Para hacer hervir en un litro de agua. Aspirar los vapores por la nariz, tres veces por día, durante ocho ó diez minutos.

Los pediluvios calientes y sinapizados, el calor suave, húmedo, son otras tantas condiciones que favorecen la restitución *ad integrum*.

Si los síntomas persisten á despecho del tratamiento médico, seguirá entonces el método preconizado por Schöffer, que consiste en anestesiar la mucosa del cornete medio y del septum con la solución de cocaína al 1 por 10, llevando el porta-algodones hasta delante del cuerpo del esfenoides. Se hará esta maniobra empujando dulcemente el estilete, provisto de algodón en rama, oblicuamente de delante á atrás y de abajo arriba (véase fig. 206), pasando entre el cornete medio

y el tabique nasal. Obtenida la anestesia, se reemplaza el porta algodones por una sonda que se coloca en la misma dirección, tomando el cuerpo del esfenoides por abajo, y se lleva suavemente el pico hacia la parte superior. Durante esta maniobra, ejecutada con ligereza, se siente perfectamente una depresión y, con frecuencia también, un orificio en el que se penetra fácilmente; es la abertura del seno esfenoidal. En

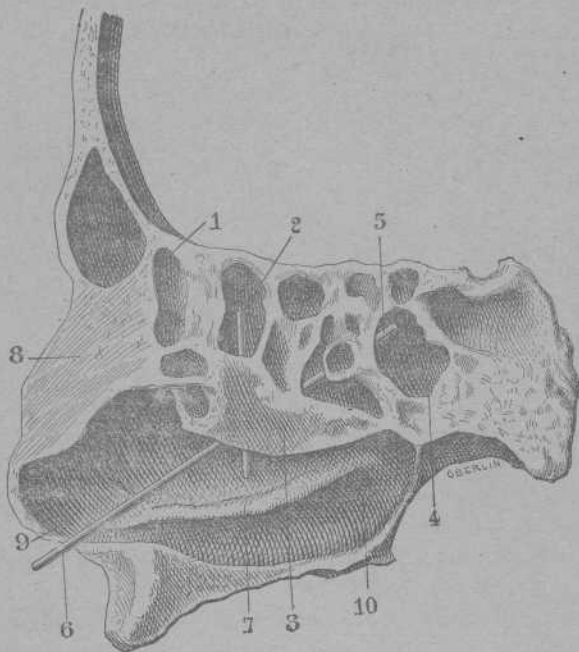


FIG. 208. — Corte que cae en la pared externa de las fosas nasales, é indica :

- 1, 2. Células etmoidales antero-superiores, de las que una de ellas (2) comunica directamente con el meato medio, como lo indica el estilete. — 3. Cornete medio — 4. Seno esfenoidal, en el que está introducido un estilete 5 y 6, que indica el camino que hay que seguir para llegar á dicha cavidad — 7. Desviación con espolón del tabique. — 8. Hueso propio de la nariz, lado izquierdo. — 9. Cartilago cuadrangular. — 10. Parte posterior del vómer en que termina el espolón que jalona el borde superior. (Según una fotografía; corte del Dr. E. J. Moure)

este momento, la extremidad de la cánula se halla á una distancia que varía de 9 á 11 centímetros de la entrada de la nariz.

Se retira en seguida la sonda y, haciendo sonar al enfermo por la ventana anterior de este modo tratada, el exudado contenido en el seno sale en masa más ó menos compacta, formada de pus sanioso, y al poco tiempo después se siente el enfermo libre de sus dolores de cabeza.

En algunos casos, sea á causa de una desviación del septum nasal, bien á causa del adosamiento del cornete medio óseo al tabique, es imposible encontrar el seno esfenoidal. Si los síntomas dolorosos son muy intensos, no debe dudarse entonces en romper, con el estilete ó la sonda, la pared anterior de esta cavidad, pared que, distendida por la secreción, es ordinariamente muy delgada y cede con facilidad bajo la influencia de una débil presión. Se percibe con la mano, y hasta se oye un ligero crujido del hueso, y se penetra en el seno.

Entonces la acción de sonarse hace salir todavía una cantidad variable de secreción purulenta grumosa y mezclada con sangre. Las insuflaciones de aire, recomendadas para evacuar las demás cavidades accesorias, suministran análogos servicios. Una inyección detersiva con agua boricada caliente, debe seguir á esta maniobra, que se practicará muchas veces, si no desaparecen los síntomas dolorosos ó se presentan de nuevo.

Con el objeto de facilitar pronto la secreción nasal, recomienda Max Schöffler administrar al enfermo, en los siguientes días, una solución iodurada al 5 por 100. Este autor recomienda asimismo quitar, si se juzga posible, la lámina ósea fracturada por la sonda.

Compréndese, por lo tanto, que muy á menudo se cura la afección con el coriza que la ha ocasionado, y que el precedente tratamiento deberá reservarse para los casos absolutamente rebeldes ó bastante dolorosos para hacer temer algunas complicaciones.

II. — ESFENOIDITIS CRÓNICA

ETIOLOGÍA. — Las diversas causas apuntadas anteriormente á propósito de los empiemas de las demás cavidades (corizas agudas, ablación de los pólipos, infecciones generales, etc.), encuentran aquí su lugar. La existencia de pólipos puede ser más bien el efecto que la causa, y ya hemos discutido esa hipótesis á propósito de los senos frontales.

El coriza atrófico nos parece tener muy á menudo una marcada resonancia en el seno esfenoidal, así como las inflamaciones crónicas de la pituitaria que se extienden muy fácilmente á esta cavidad, muy expuesta por su situación anatómica.

SÍNTOMAS. — Los desórdenes subjetivos están mucho más claros que en la forma aguda. Algunos enfermos se quejan de una secreción exagerada que cae con más frecuencia en la faringe nasal, obligándoles á hacer movimientos de deglución ó de expectoración (verdadera carraspera de la garganta), encontrándose aquí todos los síntomas que hemos descrito al tratar del catarro naso-faríngeo. En algunos casos,

menos líquida la secreción, se concreta bajo la forma de costras fétidas. El enfermo experimenta igualmente la percepción (cacosmia) de mal olor ó de cuerno quemado.

La cefalalgia es variable: ora sorda, profunda, gravativa y difusa, localizase en algunos sujetos en el occipucio (dolor en la coronilla) con irradiaciones á la nuca, ora en el fondo de los ojos ó en una de las ramas del trigémino, á menudo en la suborbitaria. Por lo demás, estos trastornos oculares acompañan á menudo á las inflamaciones de las cavidades accesorias en general.

Á esta sintomatología, algún tanto vaga, agrega Schöffer vértigos, que se producen, sobre todo, cuando los enfermos se bajan; la pérdida de la memoria é inaptitud para el trabajo, hipocondria; en resumen, una serie de trastornos bastante comunes á otras afecciones de las fosas nasales ó de las cavidades naso-faríngeas.

Los síntomas oculares, negados por Schöffer, por no haberlos observado jamás, han sido descritos especialmente por el Dr. Berger. Consisten en lagrimeo, fotofobia, constricción de la hendidura palpebral del lado afecto, neuritis ó perineuritis ópticas por dehiscencias en la pared que separa el seno esfenoidal del canal óptico. El enfermo de Ruault se quejaba de escotomas pasajeros. No hemos observado trastornos análogos, pero se concibe que puedan existir, y no dudamos se encontrarán con más frecuencia cuando se hallen mejor estudiadas las alteraciones de estas cavidades.

Los *síntomas subjetivos*, mucho más importantes que los precedentes (1), consisten en una anchura anormal del dorso de la nariz en su raíz (Schöffer).

Al examen rinoscópico anterior, se ve al nivel del tabique y del meato medio, en la parte situada por delante del seno, una marcada hinchazón de la mucosa, la que está roja y resistente al tacto. Encuéntrese también en este punto verdaderas fungosidades ó tumores polipoideos. La hendidura que separa el cornete medio del tabique no aparece siempre borrada, como en los casos agudos, pero se encuentra frecuentemente obstruida por secreciones costrasas que, levantándolas, tienen debajo pus y secreciones espesas que hace salir la presión por medio del estilete ó el porta-algodones. La cocainización previa de la mucosa (2) facilita el examen de las fosas anteriores.

(1) No hemos hablado del derrame nasal que se observa por la mañana (Herwing) ó cuando el enfermo inclina la cabeza hacia adelante, porque este sintoma se encuentra en todas las inflamaciones de las cavidades accesorias.

(2) Es probable que la diversidad de síntomas asignados hasta el día tienda á una confusión entre el catarro crónico simple del seno esfenoidal y el empiema verdadero, constituyendo una distinción que las investigaciones ulteriores permitirán establecer clínicamente.

Al examen rinoscópico posterior se percibe muy á menudo el cuerpo del esfenoides recubierto de esta secreción purulenta líquida, ó concretada bajo la forma de costras amarillo-verdosas. El pus ocupa otras veces la parte posterior del cornete medio y de la faringe nasal, á los lados de la inserción posterior del septum.

Por último, para confirmar el diagnóstico es necesario practicar el cateterismo ó la perforación del seno, de la manera que hemos indicado más arriba. Esta maniobra es tanto más fácil cuanto que el orificio natural se halla agrandado á menudo, y que la pared ósea, desgastada y reblandecida por la supuración, cede muy fácilmente ante el estilete y la sonda. El Dr. Schöffer ha observado también casos en los que había sido perforada la lámina perpendicular.

COMPLICACIONES. — Ya hemos señalado las diversas complicaciones que acompañan á ciertas alteraciones graves del seno esfenoidal. Como el Dr. Kapián ha dicho muy bien, no sabemos nada preciso sobre las vías de propagación de la afección esfenoidal á las meninges y al encéfalo, no siendo dudoso que la vía linfática ó venosa debe servir para la infección; pero el hecho necesita confirmarse experimentalmente, y basarse en nuevas investigaciones.

DIAGNÓSTICO. — Debe hacerse con el empiema de las células etmoidales y del seno frontal.

a) *Células etmoidales.* — En las inflamaciones de las células etmoidales es frecuente la hinchazón erisipelatosa de la nariz; los trastornos oculares son casi la regla; obsérvese la supuración entre el cornete medio y la pared externa de la fosa nasal, en el ámbito del infundíbulo; los dolores son habituales y ocupan la región frontal, y, por último, puede ayudar al diagnóstico la iluminación por transparencia.

b) *Senos frontales.* — En las supuraciones frontales, el sitio de los dolores y, sobre todo, de la supuración, el cateterismo y el lavado, permitirán evitar el error.

La afección esfenoidal es, en algún modo, naso-faríngea; la de las dos cavidades precedentes puramente nasales; la una es posterior y las otras anteriores.

TRATAMIENTO. — Cuando se haya hecho el diagnóstico del empiema del seno esfenoidal ó del catarro crónico, se aplicará un tratamiento local directo, que es el único que producirá algún resultado serio. Con este objeto, si el cateterismo de la cavidad no es posible, se practicará una abertura artificial, según el procedimiento ya indicado. Se limpia-

rá perfectamente la cavidad por medio de una inyección antiséptica, y se curará, bien por cauterización directa con el porta- algodones, ora por las insufflaciones de polvos de iodol, de iodoformo, de aristol, de ácido bórico, etc.

El enfermo ayudará al tratamiento empleando las duchas antisépticas hechas en cuanto sea posible por detrás del velo del paladar (véase pág. 58), las cuales recomendamos de preferencia á la ducha nasal ordinaria.

Cuando el lavado del seno esfenoidal resulte difícil por la presencia del cornete medio hipertrofiado, se deberá suprimir este obstáculo con



FIG. 209. — Jeringa para inyección retronasal.

el asa fría ó galvánica. Ruault usa una especie de pinza cortante que sirve también para extirpar los espolones del septum.

El tratamiento general iodurado (Schöffler), al benzoato de sosa, ó con aguas sulfurosas, podrá liquidar las secreciones y facilitar su expulsión.

Se reservarán para los casos graves, para los verdaderos flemones, las operaciones practicadas á través de las células etmoidales (John Bergh, de Stockolmo), después de la enucleación del ojo. Cuando el seno contenga granulaciones, se practicará el raspado con la cucharilla (Hering).

Téngase presente que los lavados antisépticos deberán preceder y seguir á todas las maniobras operatorias.

III. — TUMORES

Los tumores primitivos del seno esfenoidal son raros, y el Dr. Berger, en su trabajo sobre esta materia, dice haber observado una vez un encondroma congénito (Lawson).

Los demás neoplasmas (siete casos de osteoma), tumores poliposos, sarcoma (Behring, Virchow, Kiewiez) y carcinoma (Albert), se habían presentado después del nacimiento.

Con el Dr. Berger, se pueden clasificar los síntomas clínicos, según la evolución del mal.

Al principio, cuando el tumor se halla encerrado en el seno, los síntomas son nulos; la afección está latente.

En el segundo período, la producción morbosa está aprisionada en su cavidad original, rechazando y desgastando las paredes, comprimiendo los órganos vecinos (nervio óptico, carótida interna, etc.), de donde resultan la ceguera y trastornos relacionados con la lesión (trombosis, etc.).

En un estado más avanzado, el tumor ha perforado las paredes del seno, penetra en las cavidades próximas, en las células etmoidales posteriores, la faringe nasal, la órbita ó en el cráneo. En estos casos, cual ocurre con los pólipos naso-faríngeos, se va fraguando poco á poco la destrucción, sin observar síntoma alguno subjetivo que pueda hacer sospechar la existencia de tal desorganización ósea y cerebral. Llegado á este último período, no tarda el neoplasma en producir graves accidentes (meningitis, abscesos del cerebro, trombosis, etc.), de los que la muerte es la consecuencia fatal.

El Dr. Berger concede una importancia bastante grande al examen oftalmoscópico, y particularmente al estrechamiento temporal del campo visual en los tumores del esfenoides. Aunque Ziem y Killian han hecho constar la existencia de semejante síntoma en algunas afecciones del seno maxilar, el Dr. Berger insiste sobre el valor de este signo para reconocer que el esfenoides se halla atacado en los tumores naso-faríngeos.

Las lesiones oculares que suelen percibirse por medio del examen del fondo del ojo, son la neuritis óptica y la atrofia del nervio óptico.

El pronóstico es tanto más grave cuanto que no se llega á sospechar la existencia de los destrozos producidos por el tumor, sino cuando éstos son demasiado considerables para osar pedir á la Cirugía un tratamiento radical.

Quizá la electrolisis podría permitir reducir ciertos neoplasmas reconocidos á tiempo, gracias al examen rinoscópico anterior y posterior.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LAS ENFERMEDADES
DE LAS CAVIDADES ACCESORIAS

Acabamos de revistar los diversos síntomas subjetivos que permiten muy frecuentemente reconocer y tratar las diferentes inflamaciones de las cavidades accesorias de la cara. Ha podido verse cuánto ha ganado en precisión esta nueva patología, desde el punto de vista del diagnóstico y del tratamiento, gracias á los recientes procedimientos de exploración y á investigaciones modernísimas. Esto no obstante, no queremos terminar este estudio sin hacer notar que existen casos en los que no es preciso buscar la dolencia en tal ó cual cavidad, sino en todas. Concíbese fácilmente que, si la causa es general, la inflamación debe atacar todos los puntos accesibles de la mucosa nasal. Por otra parte, las relaciones de los diversos senos con las células etmoidales son demasiado íntimas para que la infección de una parte no repercuta en la inmediata y no la inflame á su vez, lo cual quiere decir que la sintomatología, muy sencilla y á veces muy clara, hácese con frecuencia complicada y el tratamiento largo y difícil.

Combinando los diversos medios que hemos expuesto en cada capítulo, es como se llegará, si no á curar, á consolar por lo menos al enfermo. Pero tengo que insistir, al dar cima á nuestra obra, en la necesidad de no hacer estas maniobras en las cavidades accesorias, sino con las precauciones que exigen sus importantes relaciones con el ojo, los grandes vasos y especialmente con la cavidad del cráneo.

[Terminaremos este estudio sobre los senos ó cavidades accesorias, trasladando casi íntegro el folletito del Dr. Lichtwitz, de Burdeos, traducido por el Dr. Etchevarne, titulado *Sobre las enfermedades de los senos ó cavidades accesorias de la nariz*.

ANATOMÍA Y FISIOLÓGIA

« El *seno maxilar* es, como se sabe, la mayor de las cavidades accesorias de la nariz. Sin pararnos en su configuración, que nunca ha sido descrita de un modo tan completo como en la *Anatomía normal y patológica de las fosas nasales*, de Zuckerkandl (1), señalaremos únicamente las particularidades importantes desde el punto de vista clínico.

(1) Zuckerkandl, "Anatomie normale et pathologique des fosses nasales et de leurs annexes pneumatiques," traduit par Lichtwitz et Garnault, chez Mason, Paris, 1895.

Esas particularidades son las siguientes:

Es menester saber, en primer lugar, que el tamaño del seno maxilar sufre variaciones muy considerables, no sólo en individuos diferentes, sino en el mismo individuo.

Luego la pared inferior del seno se extiende hasta la apófisis alveolar, de modo que los alvéolos de todos los gruesos molares sobresalen, á veces incluso el del segundo premolar y también el del primero; luego esa pared no se halla en el mismo plano que el suelo nasal.

Pues es necesario tener presentes en el espíritu esas diferentes disposiciones anatómicas, porque si en el primer caso, al cual nos referimos, la abertura del seno por los alvéolos ó por el meato inferior es cosa fácil, en el segundo caso, al contrario, toda tentativa sería vana. Es casualmente lo que nos sucedió con una enferma nuestra; ni la trepanación del reborde alveolar, ni tampoco la de la pared nasal, nos dió acceso en el seno.

Heymann ha presentado últimamente una preparación en la cual la abertura del seno por el meato inferior, en el sitio de elección, hubiese sido imposible, por la razón de que ese seno estaba situado muy atrás del punto escogido para la trepanación.

El seno maxilar está tapizado por una mucosa de epitelio cilíndrico. En el espesor de esa mucosa hallanse un número grande de células que, según Sappey, «se distribuyen sobre todos los puntos de las paredes de la cavidad con una profusión tal, que sería imposible hacer la enumeración.»

El seno maxilar comunica con el meato medio por un orificio constante (Gosselin), situado en el ángulo posterior del infundibulum. En 9 á 10 por 100 de los casos se encuentra un segundo orificio ó accesorio (Giraldés).

El orificio del seno maxilar es tan elevado con relación al suelo de esa cavidad, que en la posición normal de la cabeza, la evacuación espontánea casi no es posible.

Seno frontal. — Esa cavidad se halla situada en la parte inferior del hueso frontal. Su volumen, como el de los otros senos, es muy variable. Luego no se encuentra sino una pequeña excavación en la apófisis nasal del hueso frontal; además, el seno se extiende lateralmente en el espesor de la bóveda orbitaria hasta la apófisis zigomática, y arriba muy lejos en el espesor del hueso frontal.

Un tabique vertical separa los dos senos (Montaz llama la atención sobre un seno frontal medio, ó seno del tabique, que ha hallado dos veces sobre seis frontales), pero no está siempre situado en la línea media, usurpa á menudo más ó menos sobre uno de los lados, de tal modo que puede suceder, en ciertos casos, que queriendo abrir por vía externa el seno derecho, se puede caer en el seno izquierdo, y viceversa.

La pared anterior es la más espesa, la pared orbitaria la más delgada; también las ectasias del seno muéstranse lo más á menudo en el ángulo supero-interno de la cavidad.

La mucosa del seno frontal ofrece la misma estructura que la de los otros senos.

El orificio de ese seno, contrariamente á lo que hemos visto para el seno maxilar, se halla situado al nivel del punto más declive.

Por esa razón, en todos los métodos empleados para hacer secar las supuraciones de esa cavidad, se ha buscado el restablecer la comunicación fronto-nasal; la situación declive del orificio natural facilita el desagüe del seno.

Ese orificio se abre en el meato medio, en la parte anterior del infundibulum, por un canal, cuya longitud, anchura y dirección son muy variables (Alezais). Veremos más lejos que si, en el estado normal, el cateterismo del canal fronto-nasal halla á menudo obstáculos, se puede, en el estado patológico, penetrar más fácilmente en el seno con la ayuda de una cánula especial.

Seno esfenoidal. — El seno que ocupa el cuerpo del esfenoides está dividido en dos partes por un tabique antero-posterior. Lo mismo que los otros senos, ofrece á menudo dimensiones variables; cuanto más espesas son las paredes, más pequeña es la cavidad. Su orificio se halla situado inmediatamente debajo de la bóveda nasal, en la pared anterior del seno, en un punto bastante elevado con relación al suelo del seno (Zuckerkancl). Esa disposición anatómica permite muy poco, en la posición derecha de la cabeza, el derrame de los líquidos acumulados en esa cavidad.

El orificio del seno esfenoidal se abre en un recessus llamado esfenometoidal; á pesar de que ese orificio es bastante ancho, el cateterismo de ese seno pide de parte del operador una aptitud bastante grande y mucha paciencia. Su situación lejana, las desviaciones del tabique ó las excrecencias del meato medio, son otros tantos obstáculos que aumentan la dificultad.

Células etmoidales (laberinto etmoidal). — Esas células, dice Zuckerkancl, están constituidas por una reunión de células huesosas, de número, volumen y formas variables é intercaladas entre las dos órbitas. Se abren en la cavidad nasal, ya directa, ya indirectamente; las células posteriores en el meato superior, las anteriores en el meato medio, entre la ampolla etmoidal y la implantación del cornete medio.

La ampolla etmoidal, que no es otra cosa que una célula etmoidal anterior, limita arriba el infundibulum ó hiato semilunar, mientras que la apófisis unciforme del hueso etmoidal confina con el infundibulum por abajo.

En la parte anterior del infundibulum se halla el orificio fronto-

nasal; en la parte posterior el orificio maxilar normal y á veces el orificio accesorio.

La abertura de los senos maxilar y frontal en las fosas nasales se presenta al nivel del hueso etmoides. Pues nada sorprendente será ver en las enfermedades de esos senos las células etmoidales participar de la inflamación.

Funciones de los senos. — Dada la variabilidad de los senos en el hombre, se puede decir, *à priori*, que no deben tener una importancia muy grande desde el punto de vista fisiológico. Sin embargo, se les ha atribuido funciones varias. Algunos autores han creído que contribuían al olfato, como en los cuadrúpedos, cuyos senos presentan muchos rodetes olfativos. Pero en el hombre no se encuentran esos rodetes, y las experiencias de Dechamps, hechas sobre el seno frontal, las de Richeraud, de Hyrtl y las de muchos otros sobre el seno maxilar, han demostrado que la mucosa de esas cavidades no percibe ninguna sensación olfativa.

Braune y Clasen han dicho que los senos contribuían indirectamente al mecanismo del olfato. La corriente de aire establecida en el momento de la inspiración al nivel de la región olfativa, por la aspiración del aire contenido en el seno, favorecería el olfato.

Zuckerkancl, entre otras observaciones, hace reparar, con justa razón, que entre todos los senos, las células etmoidales posteriores y el seno esfenoidal son los únicos que tienen su origen al nivel de la hendidura olfativa. Ese autor cree que los senos tienen más bien por utilidad aligerar el esqueleto de la cara.

Tillaux, ya en 1863, había emitido la opinión de que la utilidad de los senos consistía en conservar el equilibrio entre la cavidad craneana y la cara, en el momento de la pubertad.

En esa época, efectivamente, el equilibrio se rompería en seguida del desarrollo muy grande de la cara. Las experiencias hechas por Braune y Clasen hablan contra esta última hipótesis.

Los autores han comprobado que si se reemplazase esas cavidades con sustancia ósea, compacta, el aumento del peso, del cual se llevarían el beneficio, sobre todo las partes anteriores de la cara, no sería sino de 0,76 á 1,5 por 100 del peso total de la cabeza.

No será necesario refutar la opinión que considera los senos como órganos destinados á calentar, á humedecer ó á filtrar el aire inspirado.

Las fosas nasales cumplen con esas funciones con más facilidad, más completamente que los senos, en los cuales el aire pasa más despacio. Á nuestro parecer, se puede admitir con más razón, dice Sandmann, que los senos no son sino órganos rudimentarios que antes habían contenido rodetes olfativos, cuyas propiedades han desaparecido en seguida de la desaparición de esos rodetes.

I. — ENFERMEDADES DEL SENO MAXILAR

Nos ocuparemos, sobre todo aquí, de las supuraciones de esta cavidad, que se conocen bajo el nombre de empiemas. Á pesar de que el empiema del seno maxilar fuese conocido por los autores del siglo pasado (Allonel, Jourdain), los libros clásicos de nuestro tiempo no dan sino una descripción insuficiente y no se ocupan sino de una forma de supuración, acompañada de flemón de la mejilla, con distensión y perforación de las paredes del seno y de dolores suborbitarios.

Esa forma, llamada clásica, bastante rara, es debida, lo más á menudo, á quistes dentarios supurados, nacidos en la vecindad á expensas del seno maxilar, ó también á tumores malignos del seno mismo.

La forma más frecuente de supuración es aquella para la cual hemos propuesto el nombre de *latente*, por causa de la oscuridad de los síntomas que presenta. Á Ziem pertenece el mérito de haber, en 1886, descubierto de nuevo esa forma y de haber modificado la descripción clásica de la supuración del seno maxilar.

Después de haber diagnosticado sobre sí mismo esa enfermedad, de la cual sufría desde seis años, Ziem la buscó y la encontró en muchos enfermos que presentaban síntomas semejantes á los suyos.

Pudo, pues, comprobar que se trataba de una enfermedad bastante común, manifestándose, lo más á menudo, no más que por una blenorrea nasal, unilateral ó bilateral, fétida ó no, y no acompañada del cortejo de los síntomas clásicos, como flemón, dolor, etc. La enfermedad se consideraba por el enfermo y por el médico como un constipado pasado al estado crónico.

Ziem, y después de él muchos rinólogos, buscaron las señas de esa supuración. Á pesar de que estas últimas no sean muy constantes, y que no pertenezcan exclusivamente al empiema del seno maxilar, permiten, sin embargo, hacer sospechar la enfermedad cuya existencia será posible afirmar con ayuda de procedimientos que indicaremos después de algunas palabras sobre la etiología y la patogenia.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA. — La supuración del seno se observa á toda edad, pero lo más á menudo aparece en la edad adulta. El sexo no tiene ninguna importancia en la frecuencia de esa enfermedad.

Entre las causas que pueden dar nacimiento á la supuración del seno, señalaremos los traumatismos, golpes, caídas sobre la cabeza, etcétera, que producen un derrame de sangre que se descompone después; la introducción en su cavidad de cuerpos extraños, proyectiles ó pedazos de hueso.

El traumatismo puede ser operatorio (sección del nervio suborbi-

tario, según el método de Malgaigne, y sobre todo de la extracción de muelas).

A pesar de que existen en la literatura muchos ejemplos de ese género, en la mayoría de los casos de sinusitis hay que buscar la causa del empiema del seno maxilar en los *dientes*, de una parte, y de otra, en la *fosa nasal*.

Algunos autores no ven en la enfermedad del seno maxilar sino un proceso inflamatorio con propagación de las fosas nasales á la caverna de Higmore. Para ellos sería la causa única.

Para otros, por el contrario, sólo las dentaduras defectuosas podrían ocasionar un empiema del seno.

Hemos hecho resaltar en la monografía de Jeanty, basada sobre 22 casos de empiema maxilar de nuestra clínica, que sería temerario admitir siempre el origen dentario de un empiema, por la simple coexistencia de una dentadura mala con ese empiema.

No hay duda que en un número muy grande de casos, aquellos en que los molares superiores, particularmente el segundo premolar, y el primero grueso molar, sobresale en la cavidad misma (Krieg), un diente enfermo no pueda determinar una supuración del antro; pero en muchos casos también, los dientes son ó absolutamente sanos ó aun- que un poco enfermos no tienen ninguna conexión con el seno; se debe, pues, buscar en la nariz el origen de la supuración.

Zuckerkancl, en la segunda parte de su *Anatomía normal y patológica*, acepta enteramente este modo de ver.

¿Qué cosa más natural que las enfermedades de las fosas nasales se propaguen al seno maxilar? No vemos, pues, el mismo proceso producirse en los senos frontales, las células etmoidales y los senos esfenoidales, para los cuales no se puede incriminar á los dientes.

La mayor frecuencia del empiema de la cavidad de Higmore se explica justamente por el hecho de que á la causa nasal, común á todas las cavidades accesorias de la nariz, viene á añadirse la causa dentaria.

Además hemos adelantado, en una publicación más nueva, el hecho siguiente, que resulta también de las estadísticas de Ziem, de Kauffmann, así como de las pesquisas anatomo-patológicas de Gradenigo, que la existencia frecuente de la sinusitis maxilar doble habla también en favor del origen nasal; y efectivamente, aunque la misma causa dentaria pueda existir en los dos lados, es más fácil explicar esta coexistencia por el mismo proceso morbozo de la mucosa nasal, que se ha propagado por los dos lados á los senos maxilares.

Tenemos también que mencionar, como causa de la supuración del antro, algunas enfermedades del seno maxilar, como sífilis (Hermet), tuberculosis (Tornwaldt), como también tumores, quistes supurados,

epiteliomas, sarcomas (Hajek). En este caso no se trata de un verdadero empiema del seno del antro, porque la supuración no proviene de la mucosa. Se ha derramado en el interior de la cavidad por la ruptura del quiste ó del absceso huesoso sífilítico ó tuberculoso; la materia, obrando consecutivamente no más que como cuerpo extraño y por los microbios patógenos que contiene, determina una supuración secundaria de la mucosa. El mismo hecho se produce cuando el pus venido del seno frontal derrámase en el antro de Higmore.

SÍNTOMAS.— No existe ningún síntoma patognomónico de la supuración del seno maxilar. El conjunto de diferentes signos, y lo más á menudo la busca directa del pus, permite sólo fijar el diagnóstico.

Síntomas subjetivos. — El único signo constante es el derrame por una ó las dos narices ó por las fosas nasales posteriores, de una secreción fétida ó no, purulenta ó moco purulenta.

Cuando nos hallamos en presencia de una hipersecreción nasal, sobre todo cuando es unilateral, eso llama la atención, pero esa seña se encuentra más ó menos en las otras sinusitis. Sin embargo, se nota más en las supuraciones del antro, por causa del volumen mayor de esta cavidad.

Entre los otros síntomas subjetivos, señalaremos la cacosmia, que, cuando existe, tiene una cierta importancia diagnóstica; lo cierto es que es más raro que la encontremos en la supuración de los otros senos. Esa señal se observa cuando la supuración es fétida y el olfato conservado; en algunos casos excepcionales, es cierto, la hemos observado en enfermos, sin que hayamos podido encontrar la menor lesión nasal.

El síntoma dolor, al cual se le daba antes mucha importancia, falta lo más á menudo. Cuando ese dolor tiene su sitio en la mejilla, depende de un diente enfermo; si hay dolor frontal, se puede admitir la participación del seno frontal; los vértigos, la postración general, los insomnios, la anemia que hacen sufrir á los enfermos que tienen sinusitis antigua, son señales demasiado vagas y demasiado inconstantes para que se les pueda atribuir un valor verdadero. Lo mismo pasa con la somnolencia continua, que hemos señalado nosotros por vez primera y que se encuentra á veces en los casos antiguos con complicación de otras sinusitis.

Síntomas objetivos. — Hemos visto más arriba que las señales exteriores, como hinchazón y flemón de la mejilla, dilatación de las paredes óseas, fistulas, que se hallan en los tratados de Cirugía, faltan.

Con el rinoscopio se observa á menudo, al nivel del meato medio, supuración, que en ciertos casos presenta un reflejo luminoso pulsátil (Walb, Schöller). Á veces el pus no se halla sino detrás de la cavidad de las fosas nasales, sobre la bóveda faríngea que está cubierta por él,

así como alrededor de la trompa y en la fosita de Rosenmüller (J. Killian). La presencia de ese pus indica únicamente que existe en alguna parte una supuración, sin que sea posible delimitar el sitio exacto de ese foco.

Otra seña que se encuentra á menudo al nivel del meato medio es la presencia de pólipos mucosos ó de granulaciones carnosas, que á veces son la causa de la supuración; otras veces son ellos la consecuencia de las supuraciones crónicas, y no tienen nada característico en el empiema de tal ó tal seno.

Síntomas debidos á las complicaciones.—Aunque esos síntomas no tengan ningún valor diagnóstico preciso, pueden indirectamente sernos de gran utilidad. Ellos son, efectivamente, quienes llaman la atención del enfermo y son el objeto principal de sus quejas. Esas complicaciones pueden presentarse ya en los órganos vecinos, ya en los órganos lejanos.

Las enfermedades de los órganos vecinos son ocasionadas por la propagación directa de la inflamación. Á veces, las células etmoidales anteriores (Krieg), los senos frontales (Killian, Krieg, Hartmann), participan de la inflamación del antro. Hemos tenido ocasión de hacer esa observación; pero lo que no hemos podido dilucidar es si la enfermedad no era más bien simultánea y si esa simultaneidad no reconocía una causa nasal común.

Respecto al seno frontal, su disposición anatómica y la situación que ocupa su orificio en la parte anterior del infundíbulo, permiten á las colecciones purulentas derramarse en el antro de Higmoro. También creemos que muchas supuraciones del seno frontal son anteriores á las del antro. En dos casos de empiema unilateral de los senos frontal y maxilar, el pus que se hallaba en esa cavidad última, nos pareció que no nacía en ese sitio, sino que provenía del seno frontal. Y, efectivamente, después de haber hecho algunos lavados del antro y sacado algunos pólipos mucosos que se hallaban al nivel de la parte anterior del infundíbulo, ayudando de ese modo el derrame del seno en el antro, se vió la curación de la enfermedad del antro de Higmoro, mientras que el seno frontal seguía supurando durante muchos meses. Observaciones semejantes han hecho G. Killian, Grunwald y Hajek.

Ziem ha notado desórdenes oculares, iritis, panoftalmis, encogimiento del campo visual. Este último autor, así como Krieg y otros más, han notado abscesos orbitarios, abscesos de los párpados consecutivos al empiema del seno.

Entre las otras complicaciones, señalaremos brevemente la erisipela de la cara, la peritonsilitis, las piodermis de la cara y la pretendida enfermedad de Tornwaldt, observada por Ziem y por nosotros mismos (trabajo de Jeanty).

También hay que notar, según nuestro parecer, las enfermedades de la trompa de Eustaquio y del oído medio debidas á la introducción de la supuración. Si á veces un simple constipado puede dar nacimiento á otitis aguda, con mayor razón el contacto prolongado del pus con los microbios patógenos será un peligro para el oído medio. En un número grande de casos de otitis supuradas en el adulto, hemos encontrado una sinusitis, lo que nos haría creer que los empiemas de los senos tienen en el adulto el mismo papel que las vegetaciones adenoides en la criatura.

Las complicaciones lejanas tienen por causa, ora una propagación de la inflamación, ora una metastasis. Hemos publicado en el *Bulletin médical* (núm. 86, 1890) un caso de pulmonía, con complicación de un absceso del pulmón, consecutivo á un empiema doble del antro de Higmore. Ziem dice haber observado casos análogos. Lieutaud en 1725 publicó un caso en el cual admitía una «fusión pulmonar», y en el cual halló en la autopsia una enfermedad de los senos maxilar, frontal y esfenoidal. Châtelier ha observado en el servicio de Gouguenheim, en un enfermo muerto de pericarditis, pus en los senos maxilar y esfenoidal. Schech una vez y yo mismo hemos visto enfermedades articulares dolorosas y probablemente de origen metastásico. Otro enfermo de Schech tuvo una nefritis aguda. Bayer ha señalado un caso de flemón de la pierna, consecuencia de un empiema del seno maxilar.

Schwartz cree que hay á menudo correlación entre la hemicránea, ciertos desórdenes del estómago y del corazón y el empiema del antro.

Si insistimos tanto sobre los síntomas debidos á las complicaciones, es porque queremos llamar la atención del médico de cabecera sobre la posibilidad de una sinusitis, á la cual debería referir ciertas enfermedades supurativas, y también algunas pionemias cuya etiología no conoce.

DIAGNÓSTICO. — Á pesar de los numerosos síntomas que acabamos de enumerar, ninguno de ellos es patognomónico. Nos ha sucedido encontrar muchos de ellos en enfermos cuyo antro estaba sano y en los cuales descubríamos más tarde una supuración de otro seno. En otros casos hemos encontrado pus en donde menos lo sospechábamos. Por causa de esa incertidumbre se han buscado medios más seguros para establecer el diagnóstico.

Bayer ha aconsejado hacer acostar al enfermo encima del vientre y ponerle la cabeza hacia adelante para dar al orificio la posición más declive. De ese modo la supuración se derramaría con más facilidad. Para facilitar ese derrame, otros autores dilatan la entrada estrecha del meato medio con la ayuda de una sonda despuntada ó de

un tapón de algodón (Hartmann), ó cocainizan previamente la mucosa hinchada (B. Fränkel). Este procedimiento, comprobante cuando existe, no prueba nada cuando no existe el derrame.

El signo de Hering, basado sobre la transparencia más ó menos grande de la cara por medio de una lámpara eléctrica introducida en la boca del enfermo, no tiene sino un valor muy relativo.

Según Hering, la cara del enfermo, puesto en un cuarto oscuro, se aclararía del lado sano y quedaría oscura del lado enfermo. En un trabajo publicado en 1890, hemos refutado las afirmaciones de Hering y de sus partidarios. Acordándose de las diferencias del espesor de las paredes señaladas por Zuckerkandl, que se pueden encontrar en los diferentes individuos y aun en uno mismo para los dos lados, es fácil convencerse de que una disminución de transparencia de un lado de la cara, no es una señal cierta de la presencia del pus. Hemos demostrado ya después de un número grande de experimentos sobre senos sanos y senos enfermos.

La falta de transparencia puede, todo lo más, hacernos sospechar un empiema, pero no hacerlo diagnosticar, y además, la persistencia de la transparencia no nos permite alejar la idea de una supuración: Wiebe, Ziem, Srebrny, Schech, han llegado á la misma conclusión.

El único medio para llegar á un diagnóstico cierto consiste en la busca directa del pus. Schmidt ha hecho la proposición de sacar el pus por aspiración con la jeringa de Pravaz, con la cual ha atravesado el tabique al nivel del meato inferior. Este método no tiene valor sino cuando da un resultado positivo. Efectivamente, el pus es á menudo demasiado espeso para ser aspirado por una cánula capilar y á menudo también se halla situado en un plano inferior á el por donde ha penetrado la aguja (1). El método aspirador no da, pues, sino un resultado incompleto. Es mucho más preferible el lavado explorador, que puede hacerse por tres vías diferentes:

1.º Por el orificio natural (Jourdan, Hartmann, Kauffman). Este método es difícil é incierto.

2.º Por vía de la boca, atravesando la apófisis alveolar. Aunque este método data de Cooper, fué Ziem el que lo empleó por primera vez para hacer el lavado explorador de un modo metódico; en el mes de Enero de 1892, este autor, según una comunicación personal, había explorado 453 senos maxilares.

(1) Para obviar estos inconvenientes, Lermoyez ha aconsejado últimamente inyectar 40 gramos de un líquido aséptico en la cavidad antes de hacer la aspiración. Hemos ensayado esa modificación, pero no hemos aspirado nada en un caso en el cual el lavado explorador hizo salir inmediatamente paquetes gruesos de moco-pus espeso.

Esa modificación de Lermoyez será, sin embargo, de una utilidad muy grande, cuando se quiera sacar pus para hacer el examen bacteriológico.

Por simple que sea este procedimiento, sobre todo cuando se usa el perforador americano de los dentistas, nos ha parecido más doloroso y, por consiguiente, más difícil de soportar para el enfermo que el tercer procedimiento que le hemos sustituido. Nuestro procedimiento consiste en hacer el lavado explorador después de perforar la pared nasal al nivel del meato inferior, en el punto en donde hacia su aspiración Schmidt.

Después de lavada la fosa nasal y con ayuda de un espéculum bivalvo, introducimos un perforador cuya punta está escondida en su vaina hasta la mitad del meato inferior, dirigiendo su extremidad anterior abajo del cornete inferior, oblicuamente de abajo arriba y de dentro afuera. Cuando se ha determinado el punto en donde se quiere hacer la punción y que tiene que ser 3 ó 4 centímetros distante de la espina nasal, se saca el espéculum, se empuja el verduguillo en su vaina y se atraviesa la pared que separa el antro de Higmore de la fosa nasal, conservando siempre la misma dirección. Es raro que se sienta una resistencia insuperable. En cerca de 200 veces, esta dificultad no se ha presentado más de 8 á 10 veces, y todavía buscando otro sitio nos hubiese sido muy fácil penetrar en algunos casos, si los enfermos hubiesen consentido someterse á una segunda experiencia.

Este procedimiento se ha adoptado por muchos colegas y Dundas Grant, Chiari, Lermoyez, Midlemaas, entre otros, han insistido sobre la utilidad y la facilidad de este método.

Por el lavado, practicado por cualquier método, la presencia ó la ausencia de la supuración puede ser claramente revelada. Su empleo metódico permitirá diagnosticar el empiema del antro en los casos en los cuales no existía ninguna señal precisa de esta enfermedad. Por otra parte, ese modo de exploración impide practicar una extracción ó una abertura cuando no existe supuración.

MARCA. — DURACIÓN. — PRONÓSTICO. — Por lo que se ha visto ya, no se puede extrañar que los empiemas hayan pasado sin conocerse tanto tiempo. Por esta razón los que se encuentran hoy son empiemas antiguos de muchos años.

Cuando se opera un empiema, es muy raro no ver desaparecer pronto los síntomas que le acompañan, como cefalea, cacosmia ó insomnio. La secreción se vuelve menos abundante, pero á veces se necesita mucho tiempo para hacerla cesar; aparece de nuevo en bastante gran cantidad en el momento en que se podía creer que se parase; por este motivo hay que reservar el pronóstico.

Sin embargo, se podrá decir que la enfermedad será tanto más larga de curar, cuanto la fecha de la aparición sea más antigua ó que el número de los senos enfermos sea mayor.

Si un empiema abierto expone poco á complicaciones peligrosas, no pasa lo mismo con los empiemas desconocidos y, por consiguiente, no tratados; enfermedades pihémicas más ó menos serias pueden ser la consecuencia de ellas.

TRATAMIENTO. — CURACIÓN. — Á pesar de que existen casos de curaciones espontáneas de supuración del seno maxilar, sería imprudente contar con ese azar, sobre todo cuando la enfermedad es de algunos meses ó de algunos años. El procedimiento consistirá en destruir, si aún existen, las causas que han provocado el empiema ó que lo entretienen. Se sacarán los dientes enfermos ó las raíces, los pólipos mucosos ó las excrecencias alrededor del infundíbulo, se cuidará la supuración del seno frontal correspondiente, etc. En segundo lugar, se dará salida al pus. Existen dos modos de evacuación. El primero, aconsejado por Jourdain, se hace por el orificio natural; algunos autores, Hartmann, Kauffman, lo emplean todavía; pero la mayor parte de los rinólogos prefieren establecer un orificio artificial, situado más bajo que el orificio natural del seno y que concuerda mejor con las reglas quirúrgicas.

La abertura artificial se hace, sea por nariz, sea por la boca.

Abertura nasal. — 1.º Se puede hacer, sea al nivel del meato medio (Hunter), sea atrás ó inmediatamente debajo del infundíbulo (Zuckerkanal). Esos procedimientos son poco prácticos y pueden ser peligrosos á causa de la vecindad de la órbita, y de una arteria gruesa que baja á ese nivel así al cornete inferior.

2.º Al nivel del meato inferior, método preconizado por Mickulicz, y modificado por Krause, Friedländer, Tornwaldt y Schwartz. Se ha reprochado á ese procedimiento operatorio el crear un orificio demasiado abajo del suelo del antro, el ser á veces impracticable por causa de la estrechez de la nariz y no permitir á los enfermos cuidarse ellos mismos.

Abertura bucal. — Los inconvenientes que acabamos de señalar desaparecen cuando se abre el antro por la cavidad bucal. Los métodos que vamos á indicar son los más empleados hoy. Son en número de dos.

- 1.º Abertura al nivel de la fosa canina (método de Desault).
- 2.º Abertura por el alvéolo de un molar (método de Cooper).

a) El método de Desault ha sido perfeccionado por Küster, que principia por levantar de la mucosa un fragmento triangular á base superior y que hace una abertura bastante ancha para permitir la introducción del dedo en el antro. De este modo se pueden sacar los sequestros ó los cuerpos extraños, raspar las paredes y poner un tapón de gasa iodoformada en los casos de empiema rebelde.

b) Más simple es el método de Cooper, que penetra en el seno atravesando el alvéolo de un molar. La mayor parte de los rinólogos han adoptado este último método. Para perforar grandemente el alvéolo, puédesse emplear con ventaja el perforador americano de los dentistas, armado con una mecha de 2 á 5 milímetros de diámetro.

Se lava después la cavidad, y para evitar la penetración de los alimentos, se tapa el orificio con una clavija de oro ó mejor de ebonita. Las clavijas de ebonita, por su poco peso y su precio módico, son las más recomendables. Si la clavija tiene tendencia á caer, se pone una de cuatro ramas. Cada vez que el enfermo quiere limpiar el seno, saca la clavija é introduce en su lugar una cánula de plata ó de ebonita que comunica por un tubo de cautchuc con una jeringa.

Toda la serie de los antisépticos ha sido empleada á concentraciones diferentes para los lavados del antro.

Algunos casos sanan con cualquier solución; otros, los casos antiguos sobre todo, resisten á todos los antisépticos.

Si los lavados no bastan, hay que agrandar el orificio y poner un tapón de gasa iodoformada.

Se consigue lo más á menudo con este medio hacer desaparecer la secreción fétida abundante; el tapón se renovará cada tres días.

Para los casos muy rebeldes se practicará la resección subperióstica de Dessault-Küster (Chiari, Cartaz), aunque suceda á menudo que no haga cesar la supuración. Se puede decir, en resumen, que si la cura no es posible siempre, se puede seguir en todos los casos una disminución de los síntomas y, sobre todo, se evitan las complicaciones.

Micosis y parásitos del antro de Higmore. — Encuéntranse en la cavidad el *aspergillus fumigatus* (Zarniko), hongos muguet y larvas de insectos, etc.

Tumores. — Entre los tumores benignos que se observan hay que notar los quistes, los osteomas, los fibromas, muy raros, y los pólipos. Heymann últimamente, en 500 casos de autopsias de antro, ha hallado tumores de más ó menos volumen en 31 senos. Esos tumores, cuando tienen poco desarrollo, dan lugar raramente á desórdenes. Sin embargo, se ha notado, en ciertos casos de pólipos de la cueva de Higmore, una hidrorrea nasal bastante abundante (J. Paget). Los casos raros en los cuales ciertas formas adquieren un volumen grande (quistes de la mandíbula, osteomas) dependen de la cirugía. Lo mismo pasa con los tumores malignos que inñaden primitiva ó secundariamente el seno maxilar.

ENFERMEDADES DEL SENO FRONTAL

Empiema del seno frontal. —Entre todas las enfermedades del seno frontal nos ocuparemos más particularmente de los empiemas, por causa de su frecuencia relativa y del mayor interés que presentan desde el punto de vista práctico.

Aquí, como en el empiema del antro, hay que distinguir la forma clásica de la forma latente; pero si es raro ver empiemas del antro con manifestaciones exteriores, los abscesos clásicos del empiema frontal, acompañados de ectasia de las paredes y á veces de flemón, son bastante frecuentes. La causa de ese hecho clínico se buscará en la longitud, á veces grande, la dirección sinuosa y la estrechez del canal nasofrontal, que facilita las obstrucciones. La retención de líquidos patológicos y la distensión de las paredes del seno son consecuencia de esa obstrucción.

Los ejemplos de esa forma de abscesos son muy numerosos; han sido mencionados desde el siglo XVII. No pasa lo mismo con la forma latente, que fué apenas sospechada y cuyo estudio es de ayer (Ogston, 3 casos; Schutter, 2 casos; nosotros, 7 casos; Luc, 1 caso; Hajek, 12 casos). La rinología, aprovechando las señas dadas por el rinoscopio, ha podido enseñar síntomas nuevos que, por lo menos, permiten hacer sospechar la enfermedad.

ETIOLOGÍA. — PATOGENIA. — Los senos frontales empiezan á desarrollarse á eso de los siete años y no consiguen su desarrollo completo sino á la edad de veinte años. Se explica, pues, por qué las enfermedades supurativas de esa cavidad pertenecen casi exclusivamente á la edad adulta. La etiología es la misma para la forma clásica y la forma latente. El traumatismo de la región frontal, las caídas sobre la cabeza, son causas frecuentes; las hemos notado tres veces en 7 casos de empiema latente. Los cuerpos extraños inertes ó vivos, proyectiles, pedazos de instrumentos puntiagudos rotos en la llaza frontal, los secuestros, etc., así como las larvas de insectos, también son causas de supuración.

Los procesos patológicos de las paredes óseas (sífilis, tuberculosis, tumores malignos), y sobre todo las afecciones agudas y crónicas (coriza agudo, pólipo de la nariz, rinitis, sífilis nasal), pueden dar nacimiento á un empiema del seno frontal. En cuanto á las causas generales, como fiebres eruptivas, erisipela, etc., que también se han citado, obran sobre todo por intermedio de la mucosa nasal, cuya inflamación se propaga á la de los senos.

A menudo la causa de la supuración no puede ser determinada; en

las sinusitis combinadas, por ejemplo, será difícil saber si la misma causa nasal ha inflamado todos los senos ó si se ha tratado de una inflamación de un seno que ha ocasionado consecutivamente la supuración de las otras cavidades. Sin embargo, si existe un seno cuya supuración debe propagarse á las cavidades vecinas, es seguramente el seno frontal, que comunica á veces con las células etmoidales anteriores, y cuyo pus, á causa de la disposición anatómica del orificio nasal, puede derramarse fácilmente en el seno maxilar siguiendo el infundibulum.

A veces la inflamación aguda de esa cavidad cura espontáneamente, gracias á la posición declive de su orificio; pero á menudo también por causa de la obstrucción fácil del canal fronto-nasal, el simple catarro del seno se transforma en empiema crónico.

La forma que presente el empiema dependerá, ya de la obstrucción más ó menos completa del conducto, ya del espesor más ó menos grande de la pared orbitaria del seno.

SÍNTOMAS. — 1.º *Signos subjetivos.*— Cuando el pus puede salir libremente, no se ve, como seña, sino una hipersecreción nasal, unilateral ó bilateral, lo más á menudo sin fetidez. Esos desórdenes, en esas condiciones, son tan poco marcados, que la enfermedad pasa la mayor parte de las veces sin llamar la atención.

No pasa lo mismo cuando existe un obstáculo al derrame del pus; la blenorrea nasal es entonces intermitente, el pus se pone fétido y aparece la cefalalgia frontal.

El dolor, sordo al principio, está situado en la región supraorbitaria ó en la raíz de la nariz. Raramente es continuo, lo más á menudo aparece por accesos que pueden hacer creer, vista su regularidad, en una neuralgia de origen palúdico.

Cuando el enfermo mueve la cabeza, la pone baja mucho tiempo, ó se suena fuerte, los dolores aumentan; por lo común desaparecen después de evacuado el pus. En los casos de retención del pus, notaremos entre las señas generales, el insomnio, pesadillas, inaptitud para el trabajo, el deterioro general y algunos accesos febriles.

2.º *Signos objetivos.*— En el empiema clásico, la seña principal es la distensión de la pared orbitaria del seno al nivel del ángulo supero-interno de la órbita; á veces la pared anterior se encorva hacia adelante. En esos empiemas, á menudo, si no hay intervención, el pus sale hacia la órbita provocando abscesos, sea en el párpado superior, determinando flemones, sea en la fosa nasal, sea afuera, atravesando la pared anterior del seno. Con esas aberturas exteriores se establecen trayectos fistulosos, que raramente sanan sin una intervención quirúrgica.

En el empiema latente falta la deformación exterior, y no se ha

llan sino señas rinoscópicas comunes á las dos especies de empiemas.

En todos los casos (7 empiemas latentes, 2 empiemas clásicos) hemos encontrado pólipos mucosos, ó á lo menos unas granulaciones carnosas al nivel del meato medio. En cuanto á los pólipos, creemos que más bien son la causa que la consecuencia de la supuración. En cuatro casos de enfermos nuestros, existían en los dos lados, aunque la supuración era unilateral. Á menudo se descubre, al nivel del meato medio, un pus grumoso en el cual bañan los pólipos, pero esa señal no es constante.

3.º *Signos debidos á las complicaciones.* — Las complicaciones más serias son las cerebrales. Ya son desórdenes pasajeros, como vértigos, vómitos, estado somnoliento, etc., debidos ora á la ectasia del seno, ora á periostitis de su pared posterior. Ya son desórdenes cerebrales graves, consecuencia de la abertura del empiema en la cavidad craneana. Tales son los casos de Richter (1776) de Paulsen (1861) y el de Celiez citado por Dezeimeris.

Los síntomas oculares son frecuentes. Lo más á menudo no existe más que una exoftalmia ocasionada por la dilatación de la pared orbitaria del seno ó por el tumor que se desarrolla en la órbita, después de rota esa pared. La intensidad de esa exoftalmia varía según el volumen y el sitio del tumor; por lo general, el globo del ojo es proyectado adelante, abajo y afuera. Los movimientos del ojo no están impedidos sino en los casos muy pronunciados; entonces se observa diplopia. La fuerza de la vista, hasta en los casos muy avanzados, es normal ordinariamente.

De la perforación de la pared orbitaria del seno pueden resultar flemones de la órbita (tres casos publicados por Pelthesohn, y los de Knapp, de Berger, Grossmann, etc.). Digamos también que en un caso de empiema del seno frontal izquierdo, hemos notado una congestión de las venas retinianas del ojo izquierdo, que desaparecía después de la evacuación del seno.

En cuanto á las otras complicaciones ya señaladas, pueden ser las mismas que las del empiema del antro de Higmore.

DIAGNÓSTICO. — Entre las diferentes señales enumeradas, la dilatación de las paredes orbitarias y anteriores, así como la cefalalgia frontal, pertenecen sólo al empiema del seno frontal; las otras señas, como la blenorrea nasal, la presencia de pólipos ó de pus al nivel del infundíbulo, son poco más ó menos comunes á los empiemas de los otros senos.

La cefalalgia frontal es una señal frecuente, pero no constante, y falta á menudo en el empiema latente; también algunos autores antiguos han exagerado mucho, cuando atribuían cada caso de jaqueca á

una enfermedad del seno frontal. La cefalalgia frontal tiene su importancia, pero no hay que olvidar que puede existir fuera del empiema del seno frontal, y también puede faltar en casos de empiema de esa cavidad.

Cuando existe una dilatación de las paredes del seno, particularmente de la pared orbitaria, importará hacer el diagnóstico con muchas enfermedades de la vecindad.

El mucocoele simple se diferencia del empiema por su desarrollo muy lento, por la ausencia del dolor y de las señales inflamatorias; los tumores del etmoides, los abscesos del saco lagrimal, los gomas, han hecho equivocar á menudo; pero el conocimiento exacto de la anatomía de la región, el sitio de la hinchazón debajo del tendón del orbicular, así como los antecedentes, bastarán para resolver las dudas.

En los casos de empiema latente, en donde la deformación falta, para hacer el diagnóstico se tienen que buscar otras señales.

Anotaremos, no más que á título de curiosidad y sin comentarios, los medios recomendados por ciertos autores: la percusión (Zenker), la auscultación (Czernicki) y la transparencia eléctrica (Vohsen).

Para nosotros, existe un solo elemento probante de diagnóstico del empiema latente del seno frontal: la busca directa del pus. Del método para la busca del pus, siendo el mismo que el que sirve de tratamiento, hablaremos un poco más lejos. Digamos solamente que la abertura artificial por vía externa, propuesta por Ogston como medio de diagnóstico, así como la abertura del seno por el suelo nasal, preconizada por Schäffer Winkler, nos parecen intervenciones demasiado serias para una simple exploración.

El cateterismo por el orificio natural, experimentado la primera vez por Jurasz, y empleado después por Hartmann y Grunwald para diagnosticar la existencia del pus en el seno, nos sugirió la idea de la posibilidad de un tratamiento por esa vía, toda vez que Schutter había publicado dos casos tratados por el lavado del seno frontal por el orificio natural; pero desgraciadamente el autor no nos ha descrito ni su modo de penetración, ni su cánula, y el cateterismo con cánulas de forma de verduguillo, indicadas por Jurasz y Hansberg, no ha dado buen resultado en nuestras manos. Con la cánula de Bresgen conseguimos, en nuestros experimentos sobre los cadáveres, penetrar en las células del etmoides, pero no en el seno frontal.

Hemos, pues, sustituido al cateterismo con el verduguillo, el cateterismo con una cánula especial cuya forma nos permite, en la mayoría de los casos, entrar en el seno frontal. Creemos que ese método de exploración ofrece sobre todos los que hemos mencionado más arriba, á lo menos la ventaja de no tener peligro para el enfermo.

Siendo su ejecución del dominio de la rinología, no hablaremos de

ella de modo detallado; diremos únicamente que, siguiendo la parte anterior del infundíbulum, se cae en la mayor parte de los casos, y más en los casos patológicos, bastante fácilmente, en el canal nasofrontal, y de ahí en el seno. Un solo obstáculo puede existir: la interposición de las células etmoidales entre el suelo del seno frontal y el infundíbulum. Pero el caso es bastante raro, y en esos casos, las células comunican con el seno frontal, y por esa razón participan de la inflamación.

MARCHA — DURACIÓN. — PRONÓSTICO. — El empiema del seno frontal tiene, por lo general, un principio insidioso, una marcha lenta, y pasan meses y años desde su aparición, antes que el enfermo se queje á su médico. En un caso operado por Demarquay y publicado por Betbeze, el enfermo, un médico de setenta y un años, tenía esa enfermedad desde la edad de dieciocho años. En una de nuestras observaciones la enfermedad tenía veinticuatro años.

El pronóstico, si no hay intervención, puede hacerse grave, por causa de la perforación espontánea de la pared posterior del seno, y por causa de las erisipelas frecuentes en los casos de abertura hacia afuera. Mucho más favorables son los casos en los cuales la comunicación entre el seno y las fosas nasales queda libre, ó solamente interrumpida de un modo provisional. Hasta se puede ver la curación espontánea.

TRATAMIENTO. — El tratamiento consistirá:

1.º En la destrucción de la obstrucción del canal fronto-nasal, y en mantener libre ese canal.

2.º En hacer secar la supuración del seno.

La necesidad de desobstruir el canal naso-frontal ha sido reconocida por todos los cirujanos que han tratado esta cuestión, por Riberi, Soelberg Wels entre otros; y Panas (véase la tesis de Guillemain) ha perfeccionado últimamente el método, que consiste en restablecer la comunicación naso-frontal, después de trepanado el seno.

Para el tratamiento de la supuración se pueden emplear tres métodos.

El primero, el más antiguo y el de más boga hasta estos últimos tiempos, consistía en trepanar la pared anterior del seno.

En el segundo método hay que abrir el suelo del seno, según el método de Schöffer. Ese método, adoptado por Winkler, es peligroso, porque se puede, con el instrumento, penetrar en el cráneo, así como hemos podido verlo en experimentos sobre el cadáver. El tercer método tiene por objeto lavar el seno por su orificio natural. Ese método, empleado en primer lugar por Schutter, ha sido perfeccionado por nos-

otros, que empleamos una cánula especial. Creemos que hay que emplear el lavado en todos los casos de empiema latente, y por lo menos, ensayarlo en los empiemas clásicos.

Nuestro caso, publicado últimamente, de un empiema del seno frontal, de veinticuatro años, y curado por el lavado, nos ha dado la prueba de que la curación era posible por ese procedimiento.

La trepanación tiene el inconveniente de ser una operación seria, de dejar cicatrices aparentes, y de complicarse á menudo con erisipelas de repetición. Se tendrá que reservar para los casos que hayan resistido al tratamiento por la vía natural, ó para aquellos que se acompañan en seguida de complicaciones graves por parte del cerebro ó de la órbita

QUISTES DE LOS SENOS FRONTALES (MUCOCELE Ó HIDROPESÍA ENQUISTADA)

Se conoce bajo este nombre una acumulación de un líquido no purulento en los senos frontales.

Los síntomas que acompañan á esta enfermedad son casi idénticos á los de los empiemas; los fenómenos inflamatorios faltan, sin embargo, y el dolor, cuando existe, es de poca intensidad. La marcha de estos quistes es muy lenta.

Respecto al tratamiento, se basará sobre el del empiema de esa cavidad. En una de nuestras observaciones, en la cual existía desde veintinueve años una hidrorrea nasal, manifestándose por accesos, y acompañada de fenómenos nerviosos múltiples, una punción del seno frontal por vía externa hizo disminuir todas las manifestaciones, que desaparecieron completamente después de la eliminación espontánea por las fosas nasales y la cavidad nasal posterior de una cantidad grande de un líquido gelatinoso. Este líquido venía, sin duda, de un quiste mucoso del seno frontal.

Quistes hidatídicos. — Los quistes hidatídicos del seno frontal son raros; no se conoce ninguno fuera del caso de Langenbeck.

En cuanto á los otros casos mencionados, el de Keate por ejemplo, son, ó quistes hidatídicos nacidos fuera de los senos, ó simples quistes mucosos.

Pólipos mucosos. — Los pólipos mucosos pueden existir al mismo tiempo en el seno y en las fosas nasales, ó simplemente en el seno, como en uno de los casos relatados por Hullke. Lo más á menudo hay en el seno ó moco ó pus.

Osteomas. — Estos tumores, aunque raros, se encuentran más particularmente en el seno frontal; muy raras veces son el sitio de los otros senos. Por ese motivo Gérard-Marchand ha podido reunir 40 casos

de osteomas del seno frontal, mientras que no los ha encontrado sino muy raros en los senos maxilar y esfenoidal.

Traspasaríamos el cuadro de nuestro trabajo, si nos detuviéramos á describir la patogenia, aún oscura, así como la sintomatología de esos tumores, que más bien interesan al cirujano. En cuanto á los tumores malignos, más bien se debe tratar de ellos en los libros de Cirugía.

III. — ENFERMEDADES DEL SENO ESFENOIDAL

La patología de esa cavidad ha sido abandonada hasta estos últimos años. Las enfermedades que pasaban desconocidas en los enfermos eran únicamente comprobadas en la autopsia. La monografía de Berger y Thyrmann en 1886 no relata sino casos de ese género.

Desde esa época, Schöffler, en primer lugar, y después Grunwald, diagnosticaron bastantes veces empiemas del seno esfenoidal, y otros autores, Bronner, Rolland, Ruault, Baumgarten, Schech, Bryng, Rethi, Flatau, etc., han mencionado también algunos casos de esa enfermedad.

Aquí nos ocuparemos únicamente del empiema del seno esfenoidal, de la caries y de la necrosis de sus paredes, y rápidamente trazaremos su descripción, puesto que esta enfermedad no puede ser diagnosticada y tratada sino por los rinólogos.

El catarro agudo de esta cavidad pasa inadvertido lo más á menudo; los síntomas son atribuidos á un coriza sobreagudo. Schöffler ha encontrado pus en el seno en 19 casos de empiema agudo. Creemos nosotros que la busca del pus no se impone al principio, porque ese catarro puede sanar espontáneamente, y el cateterismo durante el período agudo es difícil, á causa de la estrechez del orificio.

La etiología, la sintomatología y el tratamiento del catarro agudo se confunden en cierta parte con los del empiema agudo.

Empiema crónico del seno esfenoidal. — Schöffler anunció últimamente que había encontrado 53 casos de esa especie, pero desgraciadamente no ha relatado las observaciones. Grunwald ha visto 14 casos y ha dado una historia detallada de muchos enfermos. Hemos encontrado esa enfermedad en diez enfermos. En tres casos existía combinada con otras sinusitis.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA. — La enfermedad es más frecuente que lo que suponían los mismos rinólogos hasta estos últimos tiempos.

La causa principal resulta ciertamente de la propagación de las diferentes lesiones de las fosas nasales y de los otros senos. Quizás el traumatismo, como las caídas sobre la cabeza, tendrán un papel etiológico.

Los diferentes micro-organismos, neumococos, estreptococos, etc., encontrados en el pus de esta cavidad (véase el párrafo que trata de la bacteriología de los senos) desempeñan el papel de patógenos.

Por causa de la presencia de esos micro-organismos, y particularmente de la del neumococo de Talamon-Fränkcl, el empiema del seno esfenoidal, sobre todo, puede ser el punto de partida de las meningitis supuradas (Weichselbaum, Nelter, Kaplan, Ortmann y Samter Zörkendörfer).

1.º SÍNTOMAS SUBJETIVOS. — Los enfermos de empiema del seno esfenoidal espantan á menudo paquetes gruesos de muco pus, á veces algo desecados, que caen en la garganta.

En muchas de las observaciones nuestras, durante la comida particularmente, los enfermos estaban molestados por la eliminación de esos paquetes, que provocaban náuseas.

Otros enfermos sienten un romadizo perpetuo que no cede á las cauterizaciones de la mucosa nasal y que se manifiesta por un tic incesante. En ciertos casos, el enfermo siente un dolor sordo en el fondo de los ojos, en el vértice de la cabeza ó en el occipucio, una inaptitud muy grande para el trabajo. Todos esos síntomas desaparecen, por lo demás, después de la evacuación espontánea y artificial del seno.

2.º SÍNTOMAS OBJETIVOS. — Fuera de los casos de empiema del seno esfenoidal combinado con otras sinusitis, nunca hemos encontrado pólipos en las fosas nasales. El pus se descubre, generalmente, en las partes superiores de la nariz, y en particular al rededor de los orificios posteriores de las fosas; pero no es posible sacar de ese sitio algún valor patognomónico, porque á menudo el pus se presenta de un modo intermitente y la misma localización del pus puede encontrarse en las otras sinusitis. Es raro hallar, como en los casos de Rolland y de Berg, una ectasia muy grande de la cavidad.

3.º SÍNTOMAS DEBIDOS A LAS COMPLICACIONES. — Los síntomas oculares, unidos á una perineuritis ó á una neuritis óptica retrobulbar, se explican por la compresión del nervio óptico al nivel de su canal, que á veces no se halla separado del seno esfenoidal más que por una pared muy delgada (Berger). Sin embargo, más bien son los tumores los que determinan las complicaciones.

Hemos hablado ya de las complicaciones meningíticas debidas á la propagación de los micro-organismos patógenos por vía linfática ó venosa; otra complicación grave es la hemorragia mortal, que se explica por la vecindad que existe entre la carótida, los senos cavernosos y el seno esfenoidal. En un caso relatado por Clarke había comuni-

cación entre el seno dilatado y la arteria. En otro caso de Scholz, el seno cavernoso estaba perforado.

Tampoco es cosa rara encontrar complicaciones pulmonares (bronquitis de repetición) que pueden hacer creer en un principio de tuberculosis. Hemos comprobado ese hecho en uno de nuestros enfermos. En otro caso se veían otitis agudas muy frecuentes.

DIAGNÓSTICO. — Antes, los síntomas que acabamos de enumerar constituían lo que se llamaba catarro retronasal, la enfermedad de Tornwaldt, y hasta algunos casos de ozena.

Esos síntomas, por lo demás, son demasiado vagos para permitir ellos solos diagnosticar la sinusitis. El diagnóstico no se puede hacer sino por el cateterismo de la cavidad. Schöffler, y después de él Grunwald, han usado un verduguillo largo que introducen, después de cocainización, entre la pared y el cornete medio, oblicuamente arriba y afuera. Después de algunas tentativas, se cae lo más á menudo en la cavidad, que es más ó menos profunda.

Preferimos á ese verduguillo, una cánula que nos permite inyectar la cavidad en cuanto se ha creído penetrar en el seno. De ese modo se licuan las mucosidades, á veces espesas, que se hallan acumuladas y se facilita su salida.

Cuando se ha retirado la sonda ó la cánula, el enfermo sopla muy fuertemente y sale un paquete más ó menos grande de moco pus. Este procedimiento no da siempre un resultado positivo, sobre todo cuando el enfermo acaba de vaciar espontáneamente su cavidad. La salida espontánea se ve principalmente cuando el moco es muy líquido, cuando está lleno el seno y está cebado por inspiraciones ó espiraciones fuertes: entonces la secreción sale de un golpe, como una clara de huevo cuando se rompe la cáscara.

También, antes de asegurar la no existencia del pus, será importante repetir la exploración muchas veces, á intervalos diferentes.

El cateterismo del seno esfenoidal es más fácil cuanto más antiguo es el caso, porque el orificio es más ancho. Si es imposible por causa del sitio demasiado elevado ó por la estrechez del orificio, se tendrá entonces, según el procedimiento de Schöffler, que perforar la pared anterior del seno. Si el cornete medio es demasiado saliente, habrá que sacarlo (Schöffler).

PRONÓSTICO. — Á juzgar por las estadísticas publicadas por Schöffler y por Grunwald, el pronóstico sería favorable en los casos tratados. Se puede conseguir una curación completa en la mayoría de los casos, y una mejoría notable en los otros.

TRATAMIENTO. — Este consiste, según esos autores, en abrir ampliamente la cavidad por su pared anterior con la ayuda de una sonda, armada en su extremidad de una cucharilla cortante, y de pinzas destinadas á sacar las esquirias. Después de abierta la cavidad, se raspan las paredes si están cariadas, se limpian con inyecciones de sublimado, y se les insufla polvo de iodol ó de iodoformo. Creemos que antes de emplear esta intervención radical, que en los casos de delgadez ó de reblandecimiento patológico de la pared posterior puede tener consecuencias muy graves, siempre será bueno tantear los lavados por el orificio natural, según nuestro procedimiento, ya indicado.

Como simple recuerdo, anotaremos un caso de hidropesía del seno esfenoidal, con dilatación muy grande de sus paredes, acompañado de amaurosis, de exoftalmia y de cefalalgias insoportables, en el cual Berg, después de enucleado el ojo, penetró en el seno esfenoidal por las células etmoidales.

Según nuestro parecer, siempre se podrá, en casos análogos, conseguir la abertura del seno por la fosa nasal, como lo ha hecho Rolland.

CARIES Y NECROSIS DE LAS PAREDES DEL SENO

Rouge, en 1872, publicó la observación de un hombre de treinta años de edad, en el cual había buscado sin resultado la causa de una exoftalmia, de una amaurosis y de neuralgias varias, y cuyo seno esfenoidal presentaba en la autopsia una periostitis. La cavidad también estaba llena de pus caseoso.

Schöffer y Grunwald dicen haber encontrado á menudo, con la sonda, una caries y una necrosis de las paredes del seno.

Esas lesiones acompañaban un empiema de la cavidad.

En ciertos casos muy raros, la necrosis es debida á la sífilis terciaria de la nariz; Baratoux ha notado en un sífilítico la eliminación de la parte central del esfenoides atacado de necrosis. En la cara anterior de ese hueso se podían ver perfectamente los fondos de saco de los senos esfenoidales.

ENFERMEDADES DE LAS CÉLULAS ETMOIDALES

Hasta estos últimos tiempos, dice Grunwald, á quien debemos el estudio más completo de esas enfermedades, no se conocía, de las enfermedades de las células etmoidales, sino las que se reconocían en las antopsias ó aquellas que se manifestaban exteriormente por la supuración. Grunwald y Bosworth han establecido cada uno divisiones múltiples de las enfermedades de las células etmoidales; pero esas divisiones son demasiado artificiales, según nuestro parecer, y es nece-

sario revisarlas. Estableceremos únicamente la división entre los empiemas y los mucocelos de las células etmoidales. En el primer grupo describiremos las supuraciones con ó sin pólipos, seguidos ó no de caries ó de dilatación de las paredes.

EMPIEMA DE LAS CÉLULAS ETMOIDALES

Fuera de los casos en los cuales el pus se ha abierto una vía en la órbita, provocando en ella flemones (caso de Sonnenburg, de Schöffler, de Hartmann, de Bull y de Jeafforesar), la supuración de las células etmoidales no puede ser conocida únicamente con el rinoscopio. También, como su estudio depende de la rinología, describiremos esa enfermedad en sus caracteres generales.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA. — Las cavidades del etmoides que forman la parte superior y supero-lateral de las fosas nasales serán las primeras en sufrir cuando existan inflamaciones nasales.

También las células etmoidales participarán de todas las enfermedades de los otros senos, porque, según hemos visto en la parte anatómica, los diferentes senos se abren al nivel del hueso etmoides, los senos frontal y maxilar en el meato medio y el seno esfenoidal en el meato superior.

Resulta que todas las enfermedades de la cavidad nasal y de los tres grandes senos podrán crear una etmoiditis. Representando la mucosa que tapiza la pared inferior de las células el papel de periostio, se explica que su inflamación pueda tener como consecuencia una caries seguida de necrosis más ó menos extensa. La delgadez de las paredes explica también la dilatación que se observa después de la retención del pus en el interior de las células etmoidales.

1.º SÍNTOMAS SUBJETIVOS. — Cuando el pus pueda salir fácilmente, no se verá sino una blenorrea más ó menos abundante, tanto más cuanto mayor sea el número de células enfermas.

En los casos en los cuales haya retención del pus aparecerá el síntoma dolor, ó más bien una sensación de tensión en la raíz de la nariz.

Grunwald dice haber observado casi exclusivamente en la inflamación del hueso etmoides una sensación de dolor que se manifiesta cuando se ejerce una presión sobre la parte superior de la nariz y particularmente sobre el hueso unguis. Ha notado también como señas frecuentes de esa enfermedad, astenopia, abatimiento general, inaptitud para el trabajo. Borel-Laurer cree que la caries del etmoides y del esfenoides pueden ocasionar desórdenes oculares y psicológicos.

2.º SÍNTOMAS OBJETIVOS. — Exteriormente rara vez se observa la dilatación de la parte superior de la nariz con hinchazón de las partes blandas, que ha sido mencionada por Schöffler. Lo mismo pasa con la dilatación de la pared anterior con desviación grande del globo ocular, señalada por Schech.

El flemón de la órbita con prolapso del ojo se observa cuando la supuración se propaga á la cavidad orbitaria, atravesando el hueso planum.

El rinoscopio suministra datos variables. Ya se ve al nivel de los meatos medio y superior una cantidad abundante de pus que se reproduce en cuanto se saca. Ya el pus parece faltar y no se ve salir sino cuando se sacan los pólipos.

Los pólipos mucosos acompañan muy á menudo las etmoiditis. Woakes cree que ellos son la consecuencia de la necrosis del etmoides; pero ese aserto ha sido refutado por Bosworth, que piensa, al contrario, que los pólipos son la causa de la etmoiditis. Por otra parte, Zuckerkandl, en sus autopsias, no ha encontrado nunca una necrosis coexistente con la presencia de los pólipos.

DIAGNÓSTICO. — Fuera del caso de manifestaciones exteriores ú orbitarias, el diagnóstico de la etmoiditis presenta grandes dificultades; se ha querido ver un medio auxiliar de diagnóstico en la transparencia eléctrica (Robertson-Ruault), y algunos autores han dado importancia grande á la localización del pus, ya más arriba de la ampolla etmoidal (para las células etmoidales anteriores), ya al nivel de la hendidura olfatoria (para las células posteriores). Las diferencias anatómicas son tan varias que no se puede conceder sino un valor muy exiguo á la primera señal. En cuanto á la segunda, diremos que la presencia del pus en los sitios indicados puede encontrarse en las enfermedades de los otros senos.

Grunwald atribuye únicamente algún valor diagnóstico al verdugillo, que puede revelar la existencia de una caries y de una supuración. Sin negar la ventaja de esa exploración con el verdugillo, pensamos que no hay que exagerar su valor diagnóstico. Las paredes óseas muy delgadas, rotas á veces en esa exploración, dan fácilmente una sensación análoga á la que da la necrosis de los huesos, y pueden dar lugar á confusión.

Por otra parte, es imposible penetrar por todas partes en el laberinto de las células.

Además, no bastará la simple comprobación del pus.

TRATAMIENTO. — El tratamiento consistirá en introducir un verdugillo, un trócar ó una cuchara cortante en el espesor del cornete

medio ó entre este último y la pared lateral, al nivel del punto sospechoso y fraguar una vía libre para el pus. Habrá también que destruir todas las causas que entretienen la supuración del etmoides: enfermedades nasales y enfermedades de los otros senos.

MUCOCELES DE LAS CÉLULAS ETMOIDALES

Bajo ese título hay que comprender los casos de ectasia de las células etmoidales provocada por acumulaciones de pus.

Á veces el moco se transforma en pus, lo que ha hecho confundir los mucocelos con el empiema de las células etmoidales.

Berger y Thyrmann han reunido las observaciones de Hulke, Brainard, Ewetzki, Schech, Knapp, Vincentüs y Glasemacher. Hay que añadir un segundo caso de Vincentüs, los de Bayer, Macdonald, Zuckerkandl, Knight, Meyerson, Ollier, Strazza, Babcock, Gayet y Landgrat.

Ya la ectasia se muestra en el ángulo interno de la órbita bajo la forma de un tumor fluctuante y provoca una desviación y un prolapso del globo del ojo; ya existe solamente en el interior de las fosas nasales. En este último caso, el mucocelo ocasiona una obstrucción más ó menos completa de la fosa nasal y una dilatación de los huesos de la raíz de la nariz.

El tratamiento consiste en abrir y destruir las células ectasiadas.

Entre los tumores de las células etmoidales, notaremos únicamente los osteomas. Maisonneuve ha señalado los casos notables de osteomas grandes en ese sitio, que ha operado en 1852 y 1863. Resultó una curación completa de la vista y de la movilidad del ojo desviado.

BACTERIOLOGÍA DE LOS SENOS

En muchos de nuestros casos de empiema de los senos maxilar, frontal y esfenoidal, el pus se ha examinado desde el punto de vista bacteriológico por Sabrazès, jefe del Laboratorio de las Clínicas de la Facultad de Medicina de Burdeos. Esas investigaciones, cuando menos por lo que á los senos frontal y esfenoidal se refiere, son las primeras que se han hecho sobre el pus *intra vitam*. He aquí la nota que nos ha dado el Sr. Sabrazès:

« Hemos practicado desde el año 1891 el examen bacteriológico de muchos empiemas de los senos maxilares, frontales y esfenoidales.

El pus ha sido tomado ya directamente de la cavidad purulenta, ya en el centro mismo de los paquetes grumosos arrastrados por un lavado con agua esterilizada, atravesando las fosas nasales, desemba-

razadas de todo vestigio de moco y desinfectadas con mucho cuidado.

En los empiemas del seno maxilar se encuentra el estreptococo piógeno mezclado ó no con los estafilococos blanco ó dorado. En dos casos, el cultivo de ese estreptococo ha producido una erisipela de la oreja en un conejo; un estafilococo aislado en esas condiciones, ha determinado, por inyección intramucosa, una septicemia mortal en un conejo.

Hemos notado también la asociación de los estafilococos blanco y cetrino. Dos veces hemos comprobado la presencia del neumococo de Talamon-Fränkcl; una vez la presencia de batoncitos delgados, más largos que los bacilos de la tuberculosis y que se decoloran por el método de Gram.

Del pus de los senos frontales hemos retirado el neumococo de Talamon-Fränkcl, el estreptococo piógeno, los estafilococos blanco y dorado, el estafilococo cetrino; en fin, un bacilo inmóvil, formando hileras paralelas en el pus y en los cultivos, y tomando el Gram; mide 3 á 4 μ de largo y es redondo por las dos extremidades. Forma una película fina como punta de seda, en el caldo, una capa adherente, seca, pardusca, sobre agar, un lecho espeso, moreno, sobre patata; licua la gelatina; por inoculación subcutánea produce al conejo abscesos tórpidos con un pus caseoso, en el cual se vuelve á encontrar por el examen y por el cultivo. Algunos de esos microbios están á veces asociados.

Los empiemas de los senos esfenoidales presentaban en los dos casos que hemos examinado, el estafilococo dorado junto con un bacilo fétido, cuyos cultivos en caldo y sobre agar exhalaban un olor fuerte de berza podrida. Ese bacilo, según los diferentes cultivos á que le hemos sometido, no nos ha parecido diferenciarse del bacilo descrito por Hajek en las rinitis crónicas.»

En resumen, los empiemas de los senos tienen casi siempre por causa los microbios de la supuración (estreptococos, estafilococos blancos ó dorados). Considerando el sitio de esas colecciones purulentas, se comprende que el neumococo de Talamon-Fränkcl, que es un huésped habitual de la cavidad de la boca y de la nariz, intervenga con el mismo título que otros bacilos de esas cavidades en la patogenia de esas inflamaciones supurativas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LAS ENFERMEDADES DE LOS DIFERENTES SENOS

Cada vez que se examine un enfermo que echa, desde meses ó años, sea por la nariz, sea por las fosas nasales, en la faringe, una cantidad más ó menos abundante de pus ó de moco pus, habrá que sospechar una enfermedad de un seno.

Esa sospecha será una certidumbre cuando, después de un examen minucioso de las fosas nasales, no se haya descubierto ni cuerpo extraño, ni secuestro, ni supuración de la glándula de Luschka.

Entonces habrá que determinar cuál es el seno que es asiento de la supuración. Hemos visto que el síntoma común y constante de todas las sinusitis es la blenorrea nasal. Los otros signos, como dolores y la presencia del pus, que se han querido localizar en puntos diferentes según el seno enfermo, no tienen nada constante ni patognómico.

Es, pues, absolutamente necesario, para establecer el diagnóstico, ir en busca directa del pus.

Como se admite la frecuencia mayor del empiema del antro de Higmore, se empezará por el lavado explorador de esa cavidad. Si se encuentra pus y esa cavidad es la única enferma, se verá disminuir la blenorrea nasal al cabo de unos días de tratamiento.

En el caso en que la exploración de los antros haya dado un resultado negativo, se procederá a la de los otros senos.

Lo mismo pasará si, a pesar del tratamiento del antro, persiste la blenorrea, aunque poca.

Los síntomas concomitantes nos guiarán para saber cuál de los senos, frontal ó esfenoidal, tendremos que atacar.

En último lugar, fijaremos nuestra atención sobre las células etmoidales, cuyas supuraciones no serán á menudo diagnosticadas sino por exclusión de las otras sinusitis.

Todo el mundo reconoce la frecuencia mayor de los empiemas del seno maxilar; la discusión se inicia cuando se trata de establecer la frecuencia comparativa de las otras sinusitis.

Mucho hay que estudiar sobre esa cuestión, y la última palabra no se habrá dicho sino cuando se haya establecido una estadística seria de las enfermedades supurativas de los senos, después de muchas autopsias y muy serias de sujetos muertos de enfermedades las más varias». Del folleto *extraído de la Revista de Laringología*.]—Dr. C. COMPAIRD.

FIN

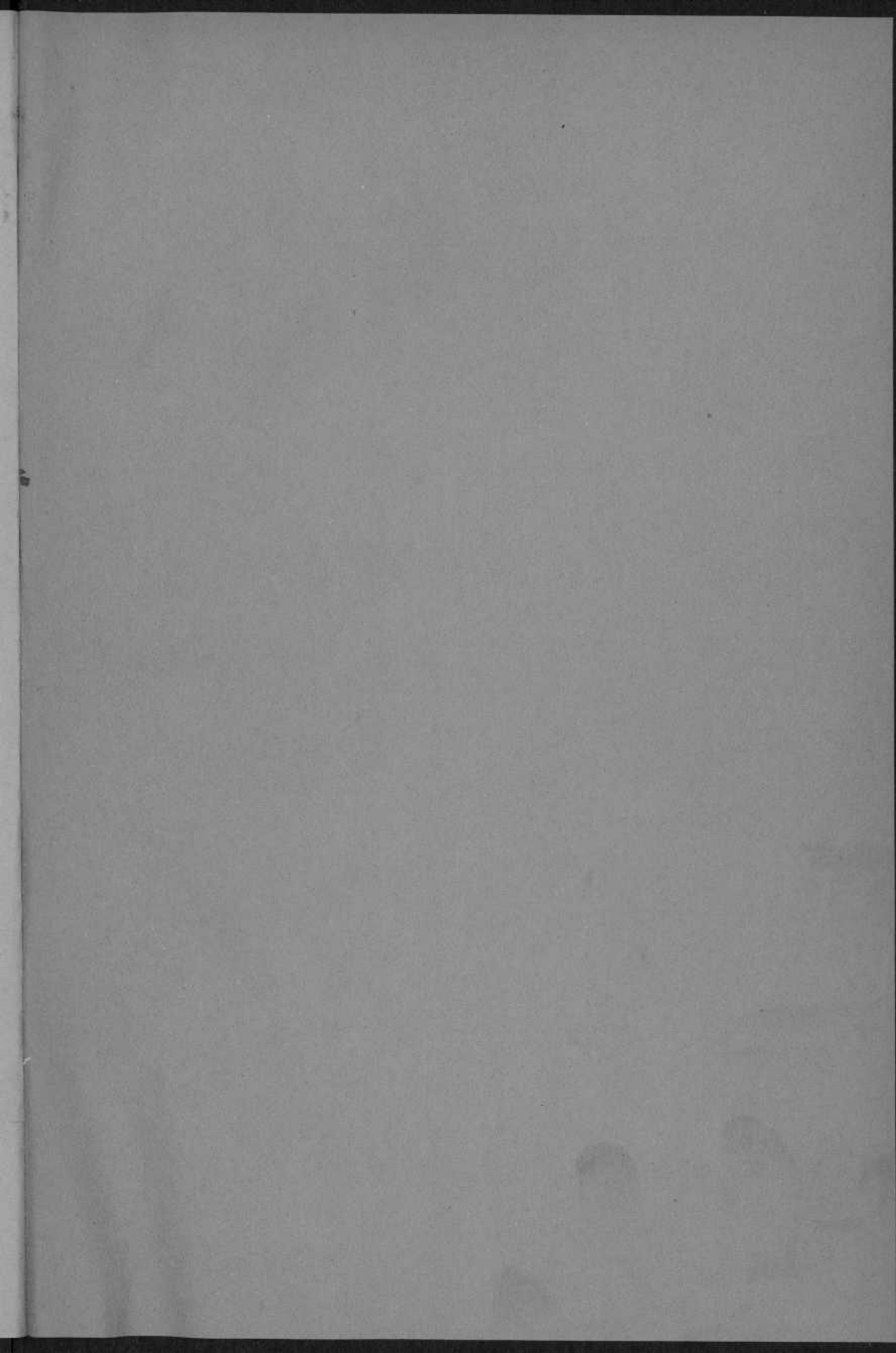
ÍNDICE

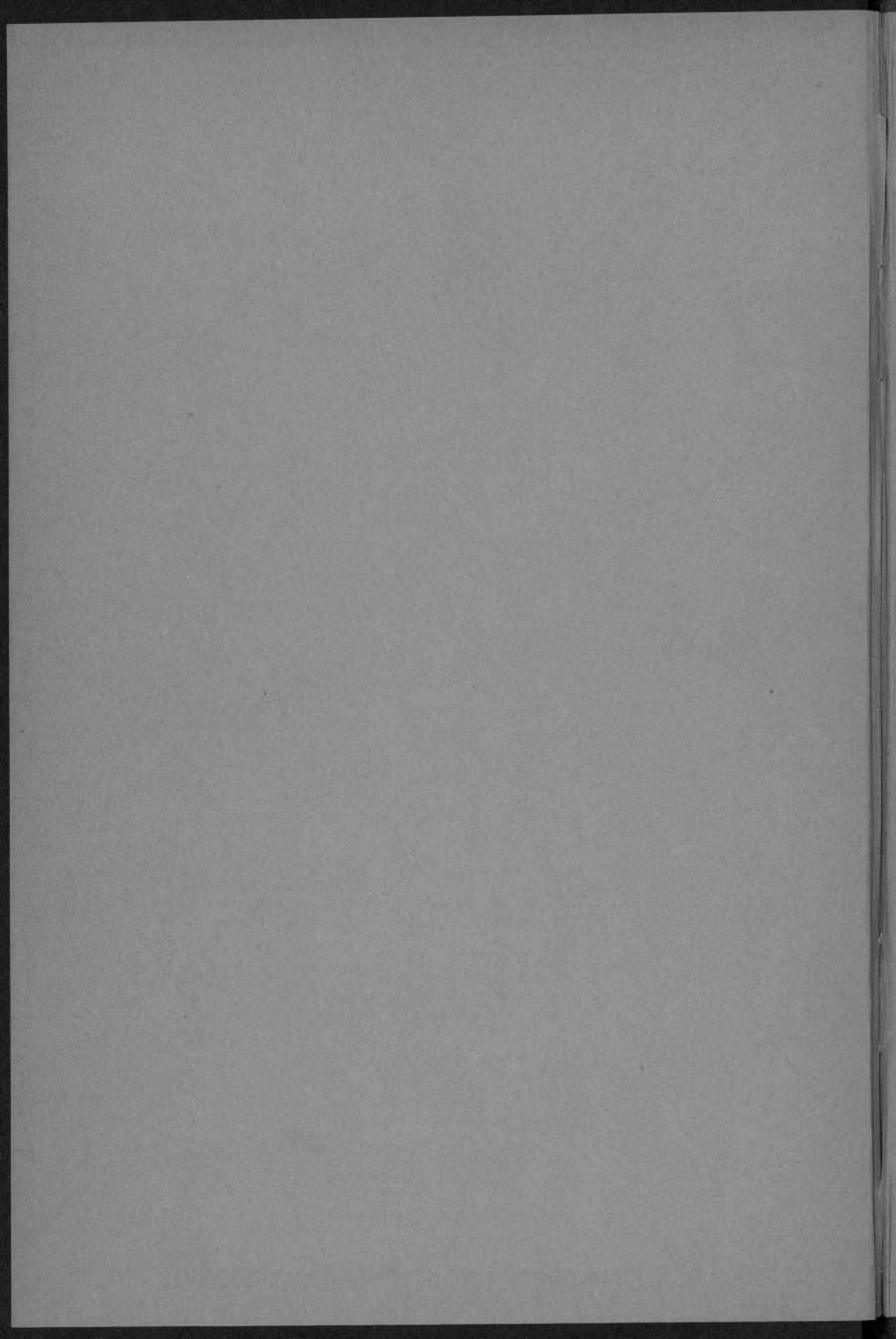
	<u>Págs.</u>
INTRODUCCIÓN.....	5
Anatomía de las fosas nasales.....	9
Fisiología.....	16
Examen de las fosas nasales.....	19
Terapéutica general.....	39
[Remedios líquidos.....	60
[Pulverizaciones é irrigaciones.....	64
[Insuflación de aire con la pera.....	69
[Aplicaciones hechas con pincel ó algodón en rama.....	69
[Vapores medicamentosos.....	71
[Baño nasal.....	72
[Aplicación de pomadas.....	73
[Cilindros medicinales.....	73
[Polvos medicamentosos.....	74
[Anestesia.....	75
[Cocainismo agudo.....	80
— crónico.....	80
[Tratamiento de los accidentes cocaínicos.....	81
[Cáusticos.....	85
[Electricidad.....	86
[Dilatación forzada de Hewetson.....	88
[Masaje vibratorio.....	88
[Antiseptia y asepsia.....	92
[Operaciones rinológicas.....	96
[Instrumentos para operaciones rinológicas.....	98
[Otros detalles de la cirugía nasal.....	103
[Procedimientos operatorios.....	104
[Accidentes consecutivos á las operaciones intranasales.....	112
— infecciosos.....	113

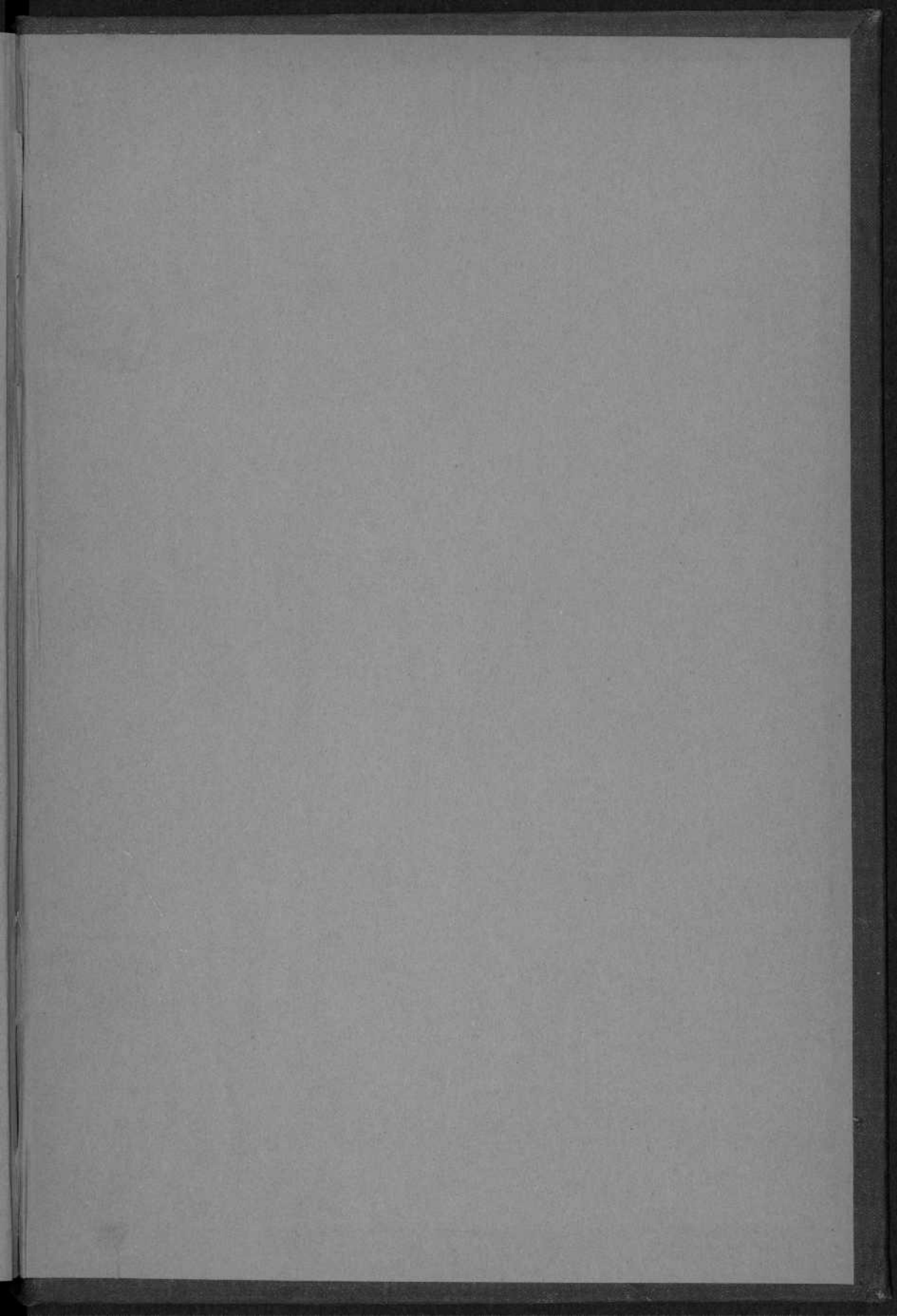
	Págs.
[Accidentes nerviosos.	121
[Higiene nasal.	125
Vicios de conformación. — Deformidades del esqueleto.	129
[Fracturas — Luxaciones. — Heridas. — Sinequias. — Aspiración de las alas de la nariz. — Hematoma del tabique.	157
Dermatosis de la nariz y de las fosas nasales	163
Fisuras.	163
Impétigo sicosiforme.	164
Úlceras herpéticas. — Eczema de las fosas nasales.	165
[Foliculitis. — Forúnculo.	171
Úlceras simples y perforantes del tabique.	176
Coriza agudo (rinitis congestiva y rinitis catarral aguda).	183
— agudo infantil.	193
— — periódico (fiebre del heno, <i>hay-fever</i>).	201
Hidrorrea nasal.	209
Coriza fibrinoso (pseudo-membranoso, crupal).	213
Abscesos de las fosas nasales.	221
Coriza purulento (blenorragia nasal).	227
— caseoso.	235
— crónico simple.	239
— hipertrófico.	247
Rinitis atrófica (ozena, hedor de la nariz).	261
Coriza hipertrófico.	247
Rinitis atrófica (ozena, hedor de la nariz).	261
Tuberculosis nasal	279
Lupus de las fosas nasales.	283
[Lepra	289
Sífilis de la nariz y de las fosas nasales.	291
Coriza sífilítico infantil.	300
Coriza profesional.	303
Muermo	309
Rinoscleroma	313
Epistaxis.	317
[Xantosis.	329
Cuerpos extraños y cálculos.	331
Parásitos de las fosas nasales.	339
Trastornos de la sensibilidad. — Anosmia.	343
Parosmia.	347
Neurosis reflejas de origen nasal.	351
Tumores de las fosas nasales.	359
A. — Tumores benignos.	359
Pólipos mucosos.	359
Osteomas.	381
Escondromas.	387
Quistes óseos.	389
Papilomas	391

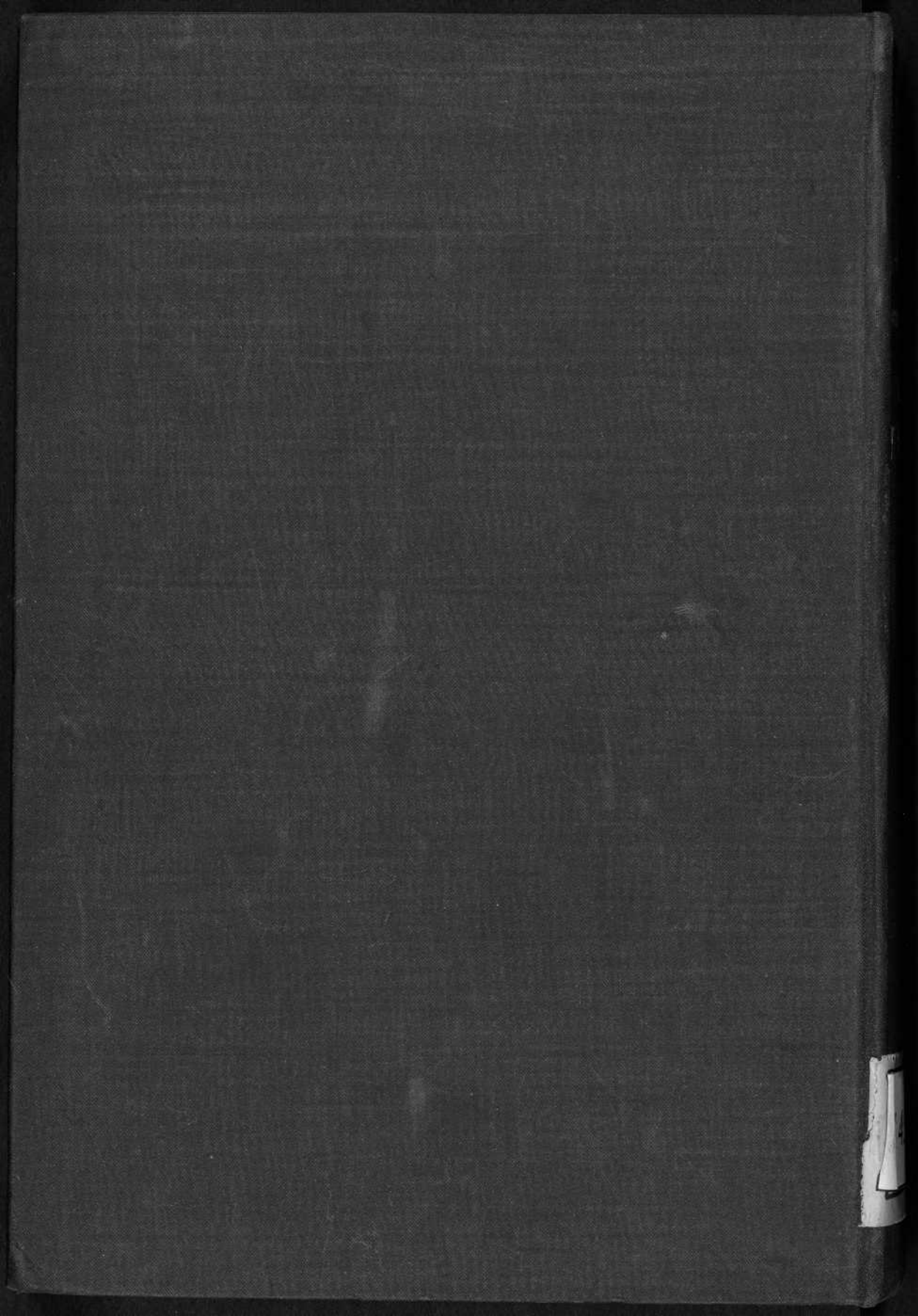
	Págs.
Tumores eréctiles. — Angiomas.	393
Adenomas.	395
B. — Tumores malignos.	397
Sarcomas. — Carcinomas. — Epiteliomas.	397
Fosas nasales posteriores (cavidad naso-faríngea).	401
Anatomía.	401
Fisiología.	404
Enfermedades de la cavidad naso-faríngea.	405
Catarro agudo (adenoiditis aguda).	405
— naso-faríngeo crónico (catarro de la bolsa faríngea).	409
Sífilis naso-faríngea.	418
Tuberculosis.	421
Quistes de la farínge nasal.	423
Hipertrofia de la amígdala faríngea (vegetaciones adenoideas).	429
Pólipos fibro-mucosos.	447
— fibrosos naso-faríngeos.	451
Sarcoma.	459
Neurosis del espacio naso-faríngeo.	461
Cavidades secundarias (senos).	463
Anatomía.	463
Fisiología.	474
Patología de las cavidades accesorias.	475
Etmoiditis.	475
Enfermedades de los senos frontales.	481
Empiema.	481
Tumores de los senos frontales.	491
Pólipos.	491
Tumores malignos.	492
Seno maxilar.	493
Inflamación y absceso.	495
I. — Empiema del seno maxilar.	495
II. — Catarro crónico simple.	512
Bacteriología de los empiemas de los senos frontales y maxilares.	513
Tumores del seno maxilar.	515
A. — Tumores benignos.	515
1.º Quistes.	515
A. Quistes dentarios.	515
B. — mucosos.	516
2.º Pólipos.	517
3.º Osteomas.	517
B. — Tumores malignos.	518
1.º Fibromas.	518
2.º Epiteliomas.	518
3.º Sarcomas.	518
Seno esfenoidal.	521
Empiema del seno esfenoidal.	521

	<u>Págs.</u>
I. — Esfenoiditis agudas.	522
II. — — crónicas.	524
III. — Tumores.	588
Consideraciones generales sobre las enfermedades de las cavidades accesorias.	529









J. MOURE
—
ENFERMEDADES
DE LA
Garganta
y fosas nasales

14.753