

L. 9. 1

31-1A-1

~~Dr. P. R. R.~~

~~Dr. H. H. H.~~

~~Dr. C. C. C.~~

Ca 2381

W^p = 1563

Rinitis atrófica fétida.
(Ocena verdadero).

Tesis para el doctorado de Medicina.
por

Francisco Javier Larés Bartra.

Médico de la Casa Provincial de Maternidad y Expósitos
y de la Alcaldía de esta Ciudad.

Barcelona Enero de 1901.

Rinitis atrofica fétida
(Oscena verdadero)

Excmo. Sr.:

Cumpliendo con los preceptos que la ley manda, veome obligado para aspirar al grado de Doctor á presentar la reglamentaria Memoria. Tarea ardua para mí, pues á mi escasa práctica, dado el poco tiempo que me dedico al ejercicio de la Medicina, hay que añadir la dificultad en buscar un Tema ~~apropósito~~

para hacerlo objeto de estudio. Pero contando más con la benevolencia de este distinguido Tribunal que en mis méritos personales, hallome animado de los mejores deseos para desarrollar el Tema cuyo Título lleva este pequeño trabajo.

Las causas que me han sugerido la idea de elegir este Tema son varias: en primer lugar el que á pesar de haber existido y de existir en España rinólogos eminentes, las publicaciones sobre esta enfermedad sean tan escasas; en segundo lugar por el gran número de individuos que la padecen, también por el aspecto más halagüeño que ha tomado su pronóstico gracias á los diversos medios terapéuticos modernos, el masaje y la electrolisis entre ellos, y por último

y tal vez sea el motivo principal, el haber estado durante el transcurso de mi carrera y los dos años que llevo ejerciendo mi profesión, al lado de un reputado especialista en las enfermedades de la garganta, oído y nariz, y por lo tanto haberse me ofrecido ocasiones de observar varios casos de esta enfermedad.

A pesar de lo que acabo de manifestar, dadas mis escasas fuerzas, resulta algo atrevido el tema, pero si de su exposición logro llevar un diminuto grano de arena al edificio terapéutico o una pequeña partícula luminosa al faro que ilumina el terreno médico en lo que se refiere a esta especialidad, daré por muy bien empleado todo este tiempo y quedaré mas que satisfecho de haberlo conseguido.

Entremos de lleno en el tema y empecemos diciendo algo sobre el...

Concepto general de la enfermedad.

Creemos que será de utilidad exponer aquí algunos datos anatómicos de la región de las fosas nasales. Se hallan estas formadas en su parte posterior por una sola cavidad y separadas por delante, en sus dos tercios anteriores, por un tabique vertical, parte óseo y parte membranoso. Este tabique forma la pared interna de cada fosa nasal.

La pared superior, por delante corresponde a la espina nasal del frontal y a los huesos propios de la nariz, por su parte media a la lamina cribosa del Etmoides y por detrás al cuerpo del

esfenoides y a la apofisis basilar del occipital.

La pared inferior está formada por la porción horizontal del maxilar superior y del palatino.

Las caras laterales están constituidas, la interna por el Rabique medio que comprende la lamina perpendicular del Esfenoides, el vomer y el cartilago cuadrangular: la cara externa corresponde al unguis, a la lamina orbitaria del Esfenoides, cara interna del maxilar superior, lamina perpendicular del palatino y ala interna de la apofisis pterigoidea del esfenoides. En esta cara se hallan los cornetes. En la pared externa se encuentran tambien el orificio del canal nasal, el de los senos maxilares y frontales y el de las celulas Esfenoidales anteriores y hacia atrás el orificio de las Esfenoidales

posteriores y el de los senos esfenoidales.

La mucosa que tapiza las fosas nasales se amolda a todas las partes del esqueleto por su cara profunda la cual está formada de tejido fibroso muy resistente: la cara superficial contiene las glándulas y los vasos. Se ha probado la existencia de tejido eréctil al nivel del cornete inferior, de la parte anterior del tabique, en el meato de las fosas nasales y sobre el borde libre anterior del cornete medio.

Diversas denominaciones ha recibido esta enfermedad; entre ellas recordamos la de fetidez nasal sin ulceraciones, catarro seco fetido y ozena simple.

Esta enfermedad era conocida antiguamente, pero se confundía

con otros padecimientos nasales o bucales cuyo síntoma común era la fetidez de aliento.

La palabra *oena* deriva del griego *οἶα*, que significa hedor y fue empleada por los escritores griegos y latinos como significativa del hedor producido por ulceraciones nauseabundas de las fosas nasales.

Weber fue el primero que en el año 1866 indicó la conveniencia de reservar la palabra *oena* para calificar la entidad morbose que estudiamos.

Krousseau fue de los primeros en Francia que hizo un estudio completo del *oena*. Dignos de mención son los trabajos de Cazenave, Calmettes, Lagneau, Hartmann y Fränkel.

Al examen directo de las fosas nasales por la rinoscopia anterior y posterior se debe la demostración anatómica de la ausencia de úlceras en el ósea.

Admitimos pues que la rinitis atrófica fétida se caracteriza: objetivamente, por fetidez nasal sin ulceraciones, patogenicamente, por la acumulación en las fosas nasales de costras, tapones y concreciones formadas por la secreción de la mucosa o' la eliminación de sus capas epiteliales superficiales, y anatómicamente, por la inflamación crónica atrófica de la pituitaria, que lleva en si, en plazo más o' menos lejano, el agrandamiento considerable de la cavidad de las fosas nasales.

Con esta definición eliminamos las demás enfermedades nasales en que hay fetidez, como son las úlceras sífilíticas, mucromosas, tumores

mortificados, cancer, Tuberculosis de la mucosa, lupus exedens de la membrana de Schneider, mycosis extraños, necrosis de los huesos de la nariz y otras; pues en todas las mencionadas no existe la atrofia de la mucosa.

La rinitis atrofica fétida bajo el punto de vista social es una dolencia de suma gravedad, pues viene a ser la muerte moral del que la padece, el cual no puede conocer las ventajas de la sociedad humana, ni las dulzuras de la amistad y de la familia. Es un individuo condenado al aislamiento, de quien se apartan con horror hasta sus mas intimos deudos. La atmosfera pestilente que crea a su alrededor ahoga los afectos mas legitimos, y el desesperante vacío que por esta causa hace, determina pasiones deprimientes, que, como la melancolia,

la Tristeza y la hipocondria, conducen con frecuencia al suicidio. Moldenhauer, en su notable Trabajo sobre el Tratamiento de las fosas nasales, cita el caso de una enferma de oena, la cual en vista de la ineficacia del Tratamiento empleado, se suicidó.

El propio organismo se resiente de los efectos de la inspiración de un aire infecto y de la ingestión de microscópicas putrefactas. Todo esto añadido a la concomitancia habitual de cefalalgias frontales u occipitales, pérdida de la memoria, inaptitud para los Trabajos mentales y de Tristeza, compañera inseparable de todas las pasiones deprimentes, convierten al paciente, por joven que sea, en un valedudinario, que ni siquiera pretende buscar distracción en una sociedad a quien repugnaria, deseando con toda la efusión de su alma, un término pronto cual la muerte, que ponga fin a tantas desdichas y a una vida que por todos conceptos se le hace insupportable.

Etiologia

Para mayor claridad dividiremos las causas susceptibles de determinar la aparición de la rinitis atrófica fétida en dos grupos: causas predisponentes y causas ocasionales.

Causas predisponentes. Es indudable que las hay en esta dolencia. Entre ellas estudiaremos el

Esicrofulismo. Podemos decir que es la diátesis que más favorece el desarrollo de los gérmenes de esta rinospatía. Así cuando veamos un individuo con los huesos nasales hundidos, los orificios nasales mirando más bien hacia adelante que abajo y con la punta de la nariz ligeramente levantada, podemos afirmar que si no es un individuo ocioso, es un candidato a serlo.

Sin embargo hay autores, como Ruault, que no atribuyen

al escrofulismo papel etiológico alguno. «La verdad es, dice este autor, que en los escrofulosos y aun en los de Temperamento linfático, la afección presenta caracteres especiales, como son, mayor abundancia y fluidez de secreción, generalización rápida de trastornos secretorios, aparición frecuente de retención de secreción que se concreta antes que la mucosa esté atrofiada y cuando aun es humefacta. Estos caracteres son a veces bastante acentuados para que se haya descrito un oena escrofuloso, distinto del oena simple, lo cual por otra parte nada justifica, porque la diátesis escrofulosa modifica la naturaleza de la enfermedad. Esto demuestra que el escrofulismo no es una condición predisponente, lo que hay es que los casos de este oena llamado escrofuloso son seguramente más raros que los casos de oena simple.»

Lissier en su reciente Trabajo sobre el oena verdadero, estudiando tambien este punto, dice que si se elimina lo que depende de la

Tuberculosis y de la sífilis, queda poca cosa de la pretendida enfermedad. Afirma que si los ocerosos presentan a menudo el tipo clásico del escrofulismo es precisamente en razón de sus lesiones nasales. Es cierto que las investigaciones bacteriológicas y microscópicas ensanchando el dominio de la Tuberculosis han disminuído el de la antigua diátesis escrofulosa. Sin embargo no por esto ha dejado de establecerse una especie de conjunto clínico, que prepara la aparición de ciertas enfermedades, conjunto que se puede designar aun con el nombre de escrofulismo. Lo dicho prueba, según él, que existe un tipo clínico bien definido y muy frecuente en los niños, tipo que no se puede referir directamente a la sífilis adquirida, pero que a menudo deriva de la sífilis paterna y en el que las manifestaciones no podrán ser consideradas como de naturaleza puramente Tuberculosa. Entre ellos pueden mencionarse ciertos corizas

pusulentos y algunas adenitis crónicas que nunca llegan a la supuración.

A pesar de estas opiniones, creemos que la diátesis escrofulosa juega un papel muy importante en la génesis de esta enfermedad, de tal modo que es muy raro encontrar un ocnoso que no tenga estigmas escrofulosos.

Sabiendo que el escrofulismo es la causa predisponente de una gran parte de las enfermedades de las mucosas, cuyo modo de obrar todos conocemos, nada tiene de particular que se manifieste aun más en la mucosa nasal que por su situación y por sus funciones está siempre sujeta a la desfavorable influencia de los agentes externos.

En el escrofulismo como en el artritisismo, el trabajo transpiratorio de la piel está muy debilitado, ya sea efecto de su poca vascularización, ya por la atrofia de sus elementos glandulares.

Los trastornos de función de la piel se manifiestan con gran frecuencia en las mucosas.

Sucede muchas veces que al ver un enfermo, él o sus parientes nos indican la posibilidad de que un humor hereditario en la familia sea la causa del mal. Sabido es entre nosotros que lo de humor, significa en su forma más ordinaria una dermatosis húmeda, exudativa que se cura o alivia por los cambios de clima, estaciones termales y por los tónicos y reconstituyentes; es lógico pues suponer que se trataba de una escrofulide.

Corrobora también la influencia de la diátesis escrofulosa en la etiología de esta enfermedad, el hecho de aparecer la rinitis atrófica fétida en la edad más propicia a las manifestaciones escrofulosas; pues generalmente se inicia en la infancia o en la adolescencia.

La anemia, la cloroanemia, las pasiones deprimentes y la falta de condiciones higiénicas favorecen en gran escala la aparición del

ocena, como favorecen también el desarrollo de cualquiera manifestación del escrofulismo.

Sífilis. En la época en que incluían bajo la denominación de ocena todas las enfermedades nasales acompañadas de hedor, cuantos autores describieron esta afección, ni uno solo dejaba de atribuir a la sífilis la causa directa de la mayor parte de casos observados. Esto fué debido en primer lugar al gran incremento que tomó la sífilis en los dos siglos pasados y principios del presente, en segundo lugar a la gravedad de sus manifestaciones, a su localización en la nariz y principalmente a ser el origen hereditario del escrofulismo.

Ruault, Stærck, Schriöcker y otros autores confunden también bajo una misma denominación el ocena de la rinitis atrófica con el que resulta de las manifestaciones sífilíticas.

Cuando hay sífilis, dice Ruault, no hay duda que juega un papel fisiológico importante. Los sujetos que han sufrido en la

primera infancia rinitis sífilítica hereditaria, se vuelven con frecuencia ocenosos, despues que toda lesión específica ha desaparecido. En cuanto a la sífilis nasal hereditaria Rardia y a la sífilis nasal Periciaria, su acción es aun más innegable. Las lesiones sífilíticas Periciarias de las fosas nasales, en los casos en que el proceso se halla en plena actividad, pueden á veces evolucionar durante largo tiempo sin dar lugar a una fetidez muy notable; pero en un momento dado, despues que los sequestros se han movilizado, sucede frecuentemente que la secreción purulenta pierde su fluidez y se concreta formando costras verdosas muy abundantes, al mismo tiempo que la mucosa se atrofia. La fetidez nasal que entonces aparece es intensa; este es el olor del oceno simple, el cual se presenta con todos los caracteres en su grado maximo. La extracción de sequestros, la desaparición de úlceras bajo la influencia del tratamiento específico, atenúan el

oena sífilítico; pero en gran número de casos no le hacen desapa-
recer: el proceso atrófico de la mucosa evoluciona como en el
 oena simple, pero las pérdidas de sustancia y la anamnesis
 revelan el origen de la enfermedad. No merece pues el nombre
 de oena sífilítico que se le ha dado y que todavía se le dá. Es si
 se quiere un oena postsífilítico o de origen sífilítico, pero las mis-
 mas lesiones no son específicas. Las investigaciones histológicas
 de Suchardt y de Zucherhardt han puesto de manifiesto que
 en parecidos casos las alteraciones de la mucosa nasal no difieren
 de aquellas que se han encontrado en casos de oena esencial. Creo
 pues, dice Prunault, que la sífilis es causa muy frecuente del oena,
 pero no debe señalarse como causa predisponente en el sentido que
 ella sea capaz por si sola de crear el oena, excluyendo, por supuesto,
 el caso de haber existido antes lesiones nasales específicas.

Los autores modernos, Charazac, Moldenhauer y Moure entre ellos, afir-

man (exponiendo una serie de caracteres que no es esta ocasion oportuna de reseñar) que la sífilis nunca podría ser considerada como causa productora del oena, reynando, y aun no todos, que a lo más puede obrar como causa predisponente. El que ha tenido ocasion de ver sujetos atacados de sífilis adquirida, al examinarles la mucosa nasal, habrá encontrado que si bien ofrecia caracteres muy semejantes a los que presenta la mucosa de los oenosos, en cambio habrá notado que siempre hay pérdida de sustancia en el armazón nasal con los demás síntomas específicos que demuestran el origen y naturaleza de este oena especial.

Creemos por lo tanto que el coriza sífilítico es una entidad mor-
bosa con caracteres bien definidos, lo mismo que el coriza trófico.

La sífilis puede dar lugar por via de herencia a un medio especial resultante de una decadencia organica del ser. Asi la sífilis de los padres determina a veces una especie de oportunidad

morbosa sin que la afección pueda jamás ser considerada como manifestación directa de la enfermedad hereditaria. El ocrea que sobreviene frecuentemente en individuos sanos, puede también alcanzar a los hijos de sífilíticos o a los directamente infectados.

Creo pues que la manera de obrar de la sífilis en la sinitis ató-
pica febril es o bien por herencia engendrando el escrofulismo, o directamente debilitando el organismo y poniéndole en condiciones semejantes a las producidas por el escrofulismo, es decir de debilidad orgánica, en la cual los gérmenes de la enfermedad puedan obrar a sus anchas.

Tuberculosis. Creemos ocioso entretenernos en hacer ver la importancia que tiene la Tuberculosis como causa predisponente del ocrea verdadero, conociendo la manera de obrar del escrofulismo y sabiendo que esta diátesis es el primer paso dado en el camino de la Tu-
berculosis.

El oena puede tambien presentarse tras el curso de algunas enfermedades de las que alteran la crisis sanguinea: asi puede aparecer despues del sarampión, de la viruela y segun Tissier y Mouré despues de la fiebre tifóidea.

Pasemos brevemente revista á otras causas predisponentes.
Herencia. La influencia que esta ejerce está admitida por la mayor parte de autores; lo cual nada tiene de particular si tenemos en cuenta la fidelidad con que se transmiten estas aptitudes morbosas, cuya consideración nos recuerda aquella máxima de aquel sabio higienista que afirmaba, con mucha razón por cierto, que en una familia con más facilidad se heredan las predisposiciones morbosas que los bienes de fortuna.

Mouré dice que cuando en una familia, el padre ó la madre están atacados de coriza atrófica fétida, uno ó varios niños lo presentan.

Edad. Respecto à este punto casi todos los autores están contestes en admitir, sin explicar el porque, como épocas mas propicias para el desarrollo de esta enfermedad, la de la adolescencia y la de la pubertad, es decir de los ocho à los veinte años, y dicen que es poco común hallarla en la edad adulta y que es muy rara en la vejez.

Nuestra opinión es que también abundan los casos en los adultos, creyendo que si son pocos los que se observan, es debido à que en ellos como que la secreción es menos activa y por lo tanto la fetidez menos intensa, esto hace que se preocupen menos de su dolencia, al contrario de lo que sucede en los jóvenes que mas amigos de reuniones y hasta por ciertas circunstancias propias de la edad, viendo la molestia que causan con la fetidez que exhalan, acuden presurosos al consultorio médico en busca del ansiado remedio que ponga fin à una situación tan apurada.

Todos los médicos dedicados à esta especialidad han visto casos

de oena verdadero en individuos adultos y Moure cita el caso de un viejo de setenta y seis años el cual ofrecía todos los síntomas propios de esta enfermedad.

Lo que sucede tambien es que por causa de la evolución natural de esta afección, la secreción disminuye y la fetidez propia de estos casos mengua y casi llega a desaparecer, pero en cambio persisten las lesiones anatómicas y las demás manifestaciones que completan el síndrome de esta enfermedad. Además como que estas lesiones no les molestan, no se cuidan de ellas y sucede que al ir a consultar al médico para una enfermedad de la garganta o del oído, al examinar este las fosas nasales se encuentra con un verdadero cuadro de oena.

Tambien es bastante frecuente en los niños, a pesar de negarlo algunos autores.

Sexo. Los especialistas apoyandose en que el linfatisismo y el escrofulismo son más frecuentes en el sexo femenino que

en el masculino, ya sea esto debido a su constitución mas delicada, ya a su vida más sedentaria, sostienen que en el ocena sucede lo mismo.

Este hecho que aparentemente es cierto, por poco que reflexionemos sobre él nos convenceremos que es falso. Lo que si sucede es que se visitan más mujeres que hombres atacados de ocena, pero esto no quiere significar que abunde más en las primeras que en los segundos. Esta circunstancia, a nuestro modo de ver, es debida al mayor cuidado que aportan las mujeres a su persona y a su Toilette y a que sus menos ocupaciones les permiten disponer de más tiempo para poder ir a la consulta facultativa. El unico hecho que quitaría valor a este modo de pensar, seria la mayor frecuencia de la rinitis atrófica fétida en las niñas que en los niños, por ser esta una epoca de la vida en que los enfermos son llevados indistintamente a los consultorios médicos, y a la verdad esto no sucede.

Forma exterior de la nariz. Por algunos autores se ha dado gran importancia etiológica a la forma de la nariz; lo cual segun ellos constituye una predisposición a la rinitis atrofica fétida: por lo tanto narices chatas, es decir las narices deprimidas y estrechas en su base, serán mas particularmente atacadas. Pero si bien es verdad que observamos frecuentemente esta forma especial del organo del olfato, tambien es cierto que se encuentra el ozena en individuos que no ofrecen esta disposicion anatomica. Ademas los hay que accidentalmente, por efecto de un traumatismo o de otra causa cualquiera, presentan esta forma de nariz y no son ni serán nunca ozenosos, a no intervenir algun nuevo elemento etiológico. Otros hay que congenitamente tienen ya aquella conformación anatomica, ya sea por causa de herencia o de raza y sin embargo no han padecido ni padecen ozena.

Por otra parte podemos preguntar, como hace Potiquet, si una nariz así conformada, en vez de ser causa, es tal vez efecto; pues sucede a menudo que el aplas

Avance de la nariz en su origen frontal en vez de preceder al ocena, le subsigue; siendo más lógico suponer que la atrofia o falta de desarrollo de los huesos nasales, a causa de la enfermedad de la mucosa que por dentro la tapiza, es lo que les da esta viciosa disposición que contrasta con las demás partes de la cara.

Causas ocasionales. La principal es, segun Morell-Mackenzie, la entrada en la nariz de partículas irritantes que están en suspensión en la atmósfera. Admite también como tales, el grandor desmesurado de los orificios de la nariz, su dirección hacia adelante y la ausencia de vibras que favorece la entrada del polvo.

Se consideran como causas ocasionales, las inflamaciones repetidas de la mucosa pituitaria, las diferentes formas de corizas simples, las derivaciones del labirinto que dificultan la expulsión de mucosidades, la excesiva pequenez de los cornetes que dejando pasar rapidamente el aire,

hace que las mucosidades se dessequen con mucha facilidad y entren fácilmente en putrefacción, o bien su excesivo desarrollo en cuyo caso se favorecen los estancamientos.

Es de suponer que en la mayoría de casos se desarrolla la enfermedad a consecuencia de catarros agudos que se hacen crónicos en terrenos abonados y en individuos que por consecuencia de la edad sufren importantes modificaciones en su nutrición in rima.

La verdad es que ninguna de estas causas es suficiente para producir por si sola el oena. Hagamos pues de buscar la etiología de esta enfermedad en otras causas que probablemente serán microbianas.

Patogenia

Este punto está todavía sobre el Tapete, pues a pesar de las numerosas investigaciones llevadas a cabo por los varios bacteriologos y autores que se han ocupado de esta enfermedad, el caso es que esta cuestión no se ha resuelto aún de una manera clara.

Zaufal ha sido el primero en emitir la hipótesis de que la afección es congénita y que resulta de una falta de desarrollo de los cornetes inferiores y quizás también de los medios. Por causa de esta atrofía congénita, las fosas nasales presentan una cavidad extraordinariamente grande, que se aumenta aun más en la época de la pubertad por el desarrollo desigual de los diferentes elementos que constituyen sus paredes. Por efecto de ello pierde gran parte de fuerza la corriente de aire expirado y no puede barrer hacia

fuera las mucosidades que acumuladas en una cavidad caliente y húmeda como es la nariz, y regadas de gérmenes por el aire inspirado, entran rápidamente en putrefacción dando lugar a una fetidez inaguantable.

Esta Teoría tuvo mucha resonancia y fué apoyada con entusiasmo por varios autores, Calmettes, Hartmann y Martin entre ellos.

En contra de esta Teoría, autores tan notables como Ruault, Morell-Mackenzie y Moure nos describen una porción de casos de enfermos que presentaban atrofia manifiesta de los cornetes y sin embargo no exhalaban olor fétido alguno. Estos son en general individuos que durante una temporada han tenido que sonarse a menudo, presentando probablemente durante este tiempo un cuadro más o menos claro de afección verdadera. Es posible que en estos casos las lesiones hayan evolucionado rápidamente para terminar en esta transformación fibrosa de la pituitaria, esto es, en un estado en que las secreciones están casi anuladas o al menos poco espesas, poco coloreadas y por lo tanto casi del todo inodoras.

Michel si bien admite la Teoría de Kaulal, supone que las mucosidades provienen en gran parte de los senos esfenoidales y etmoidales.

Morell-Mackenzie admite un origen Profo-neurotico, es decir una alteración en el funcionalismo de los nervios vaso-motores que acarrea a la larga trastornos de la nutrición.

Krause y Kaffemann creen que la degeneración grasosa de las glandulas predispone a la transformación pútrida de sus secreciones.

Cordes y Cholewa manifiestan que la lesión predominante y característica es la reabsorción de la sustancia ósea; siendo por lo tanto una anomalía de la nutrición de los huesos, analoga de todo punto a la osteomalacia.

Para Vienssens y Reiniger el oceno proviene de una supuración de las cavidades accesorias. Segun Tisier se debe a una lesión generatriz del sistema etmoidal.

Breguen hace derivar la supuración, ó bien del seno esfenoidal ó del

frontal y alguna vez del maxilar.

Berliner dice que la hipertrofia de los cornetes medios produce por com
presión de los vasos, trastornos de la nutrición, atrofía de los cornetes
inferiores y retención de secreciones.

Para Tränkel la fetidez es debida á un producto de fermentación pútrida.

Lo que parece cierto es que existe un periodo de infiltración, el cual es
facil de comprobar en niños que por efecto de haber estado sometidos á
malalimento por largo tiempo, ha sido posible seguir la enfermedad paso
á paso, observandose en ellos que la hinchazón de la mucosa pitui-
raria precede á la atrofía, al mismo tiempo que las secreciones purulen-
tas y espesas del principio se transforman poco á poco en costrosas y
fetidas, y esto con ausencia de toda farsa sifilitica.

Está igualmente fuera de duda que á veces se presenta de buenas
á primeras la atrofía de la mucosa y de los cornetes sin que sea posible
encontrar en los antecedentes del enfermo el periodo de infiltración.

Todas las lesiones corresponden en conjunto á un proceso inflamatorio crónico de forma esclerosica en el que el epitelio vibratil se transforma en pavimentoso, con tendencia á la atrofia y á la degeneración glandular, con infiltración celular, desarrollo exagerado del tejido conjuntivo y desaparición del tejido linfoides. El periostio está igualmente infiltrado de células redondas y el esqueleto óseo de los cornetes es asiento de la osteitis rarefaciente quedando reducido á una lámina insignificante.

Como se ve estas lesiones no difieren de las de una inflamación crónica. Ulceraciones y focos de necrosis nadie los ha encontrado.

En los senos se halla á veces una inflamación supurativa que no es esencial pues falta en algunos casos.

Es pues, como hemos dicho antes, una atrofia por esclerosis, cuya naturaleza y cuyo proceso aun no se conoce de una manera precisa.

Damos ahora á estudiar el papel que la bacteriología desempeña

en esta rinopatía, lo cual es de suma importancia por cuanto en ella hemos de buscar la verdadera causa de esta enfermedad.

E. Fränkel en 1882 emitió la hipótesis de la existencia de microorganismos que favorecen la descomposición del mucus nasal.

Pero el que primero descubrió un microbio especial fué Loewenberg, que en 1884 logró aislar un coccus, el cual se colorea por la violeta de genciana y por la anilina y que si se cultiva en la gelatina, reproduce el olor característico del ozena. A pesar de que recientemente Cornil y otros autores han dicho que han comprobado estos datos, hay que manifestar que las tentativas hechas por varios bacteriólogos para reproducir las experiencias de Loewenberg han resultado infructuosas.

Hajek ha descrito un microbio (un diplococcus), llamado por él *bacillus foetidus ozena*. Thost cree que no se trata más que del micrococo pneumonico. Paulsen lo atribuye al *bacillus capsuli mucipare*.

Abel á un bacillo corto y grueso, conocido por él con el nombre de *bacillus mucosus ozenae*.

Marano ha hecho una serie de investigaciones bacteriológicas en enfermos observados por Masséi y dice haber encontrado un bacillo encapsulado, el rino bacillo *ozenatoso*, que tiene una longitud de micra á micra y media y casi idéntico por sus caracteres al descrito por Laewenberg; pero manifestando sinceramente que no ha podido nunca reproducir por el cultivo, el olor característico de la rinitis atrofica fétida: esto le lleva á la conclusión de que la fetidez del *ozena* es debida á la acción del rino-bacillo combinado con la de otros microbios de las fosas nasales.

Strazza aun hallando el bacillo encapsulado, le niega toda acción específica en la evolución del *ozena*.

Laewenberg prosiguiendo ultimamente sus estudios sobre el microbio del *ozena*, dice haber encontrado en el mucus nasal un microorga-

nismo específico, un coeno muy grande é inmovil el cual por lo general se halla reunido en cadeneta. Le da el nombre de coeno bacillo del oena. Cultivado sobre gelatina, suero humano ó animal, caldo peptonizado ó patata, desprende un olor más bien agradable que fétido.

Muy recientemente Belfanti y Della Vedova han aislado en el oena, además del microbio de Loewenberg un bacillo muy parecido al bacillo difterico, lo cual ha dado margen á estos autores italianos para creer en la indicación del Tratamiento suero-terápico antidifterico en la curación de esta rino-patía.

Atilio y Gradenigo dicen haber encontrado en la mayor parte de casos de oena el bacillo de Abel y el de Belfanti y Della Vedova. De Simoni reconoce como bacillos constantes el de Loewenberg, el pseudodifterico, el de Fränkel y el estafilococo piogeno, y como inconstantes el pneumobacillo de Friedlander y el colibacillo.

Schestakow, en un notable trabajo que tiene publicado, dice que es

56.

necesario volver a las Teorias de Trouseau, el cual atribuia la rinitis atropica fetida a una causa constitucional.

La inoculación de los cultivos en los animales ha sido negativa. Como se vé, las Teorias para explicar la patogenia de esta enfermedad no escasean; cada autor defiende con bríos la suya, encontrando objeciones en la de los demás.

La cuestión no está pues juzgada de una manera definitiva, pero no obstante es lógico admitir que la fermentación putrida de las secreciones nasales ha de ser producto de una acción microbiana.

Es muy posible que Marano esté en lo cierto al afirmar que la producción de la fetidez en el oena, es debida no a un solo microorganismo, sino a la asociación de varios de ellos.

Yo creo que se trata de una verdadera Profoneurosis, con existencia de gérmenes patogenos los cuales provocan sobre la mucosa pituitaria, ya enferma, una perturbación nutritiva directa o por medio de los

38.
productos tóxicos que segrega; las secreciones glandulares son alteradas
y entran en putrefacción. El órgano del olfato viene a ser el lugar
de las infecciones mixtas que aun influyen sobre las modificaciones
tróficas de los Tejidos y forman la lesión tan rebelde.

Anatomia y Fisiologia patologicas.

Trataremos brevemente esta cuestion por cuanto ya quedo algo involucrada al hablar de la etiologia y patogenia de esta enfermedad.

Los rinólogos no andan muy acordes acerca la indole de las lesiones anatómicas que determinan la rinitis atrófica fétida, como tambien acerca la evolucion de estas lesiones.

Unos pretenden que la atrofia de la mucosa va siempre precedida de un estado hipertrofico y otros sostienen que desde el principio las lesiones son regresivas y que si en algun caso puede observarse un primer proceso activo, es en forma de coriza crónico, de catarro purulento estromoso o de cualquier otra manifestación del escrofulismo que aparentemente puede simular la rinitis hipertrofica.

Los que sustentan la primera opinión, asimilan las lesiones anómalas-patológicas del oena, a un trabajo cirrótico, resultado de una proliferación conjuntiva anterior y citan en apoyo de su tesis casos prácticos, aunque en su descripción no están todos conformes.

Schaeffer evalúa la duración del periodo hipertrofico en ocho o diez años, al paso que Morell-Mackenzie asegura que pocos meses bastan para entrar de lleno en el periodo atrofico. Bayer dice haber observado rinitis hipertroficas en niños cuyos padres habian llegado al periodo atrofico con oena. Gottstein asegura que no es raro encontrar en las mismas fosas nasales, regiones hipertrofiadas al lado de otras atroficas.

Moldenhauer que participa de la segunda opinión, sostiene que la rinitis atrofica fétida es una verdadera entidad nosologica, cuya atrofia es primitiva y sistematizada y que en modo alguno puede considerarse como lesión cirrótica secundaria. Fundase en primer l

mino en que el oedema simple, en la forma que generalmente se observa, no tiene ni objetiva ni clinicamente ninguno de los caracteres que se asignan al catarro; no hay repleción sanguínea, ni tumefacción de los tejidos, ni aumento de la secreción: fúndase también en que la atrofia de la faringe nasal, que es bastante frecuente, es siempre primitiva sin que á ningún autor se le haya ocurrido sostener lo contrario; y muy principalmente apoya su modo de ver, en el hecho de que en las rinitis hipertroficas demostradas por la vista y por el estilete, á pesar de su gran frecuencia, nadie ha observado que espontáneamente desaparezca la hiperplasia y vuelva la mucosa á su estado primitivo. ¿Como puede suponerse pues, dice, que retroceda hasta el punto de originar un estado atrófico? ¿Quien en presencia de un cornete inferior cuya mucosa transformada en masa grisacea y llenando por completo el meato inferior, esperará tranquilamente la curación espontánea por regresión?

¿ Como siendo tan frecuente la rinitis atrófica fétida, todos los rinólogos no están conformes, por observación diaria y por seguir el curso de muchos casos, en la transformación de la rinitis hipertrofica en atrofica?

Martin sostiene tambien que el oena verdadero no va nunca precedido de periodo hiperplasico, y que en los casos de pretendida hipertrofia, se ha confundido esta con la tumefacción que pue de sufrir la pituitaria por hallarse en contacto con sustancias tan altamente irritantes como son las mucosidades concretas en un medio humedo y caliente que favorece toda suerte de fermentaciones.

Uno de los elementos patogénéticos que más intervienen en el proceso que estudiamos, es la perversión cuantitativa y cualitativa de las secreciones nasales. El moco de la pituitaria está formado en parte por la decamación glandular; es de aquellas

secreciones en que la misma célula al caer forma parte del producto segregado. Esta descamación glandular es precedida de una transformación química de las células glandulares, que ya es grasosa, como en las secreciones sebaceas, ya es mucosa como en el caso que estudiamos. Además de esta secreción epitelial hay otra producida por las glándulas arracimadas. La cantidad que normalmente se produce de este líquido, debe ser considerable según se desprende de los estudios hechos por Aschenbrandt.

Frank que diferentes veces ha examinado el moco producido en el oena, lo ha encontrado compuesto únicamente de corpúscu-los de pus, de restos granulosos y de epitelio. Krause afirma que las células mucosas de nueva formación sufren la degeneración grasosa antes de llegar a la superficie de la pituitaria, haciendo viciosa la secreción y predisponiéndola a rápida putrefacción. Observa que en la membrana así degenerada no se encuentran

células normales y en su lugar hay corpúsculos grasos y mole
culas de pigmento, que sirven para constituir el mucus desecado
que forma las costras adherentes. Mas tarde las materias gra-
sas se hacen ácidas y producen el olor característico del ocrea.
Sin embargo, Fränkel, en tres casos con examen post-mortem,
no ha podido comprobar la existencia de grasa.

Lo que parece fuera de duda es que la afección comienza por
la mucosa, ya por catarro de las glándulas que lesiona el pe-
jido erectil, ya por una degeneración grasa del epitelio de las
glándulas arracimadas que termina en la atrofia y esclerosis
de los elementos propios de la mucosa.

Sintomas

Pueden admitirse en la sintomatología de esta enfermedad, dos periodos; uno inicial o infantil, que pasa facilmente desapercibido y otro llamado periodo de estado, frecuentemente en los adolescentes en los cuales este ya constituido el oena.

El primero, que podemos denominar pre-~~o~~oeno, se caracteriza por un derrame purulento abundante y espeso mezclado de pequeñas costras grisaceas que exalan un olor nauseabundo y que mancha el pañuelo de un color verde-amarillento. Luego esta secreción se torna espesa y forma costras amarilloverdosas, las cuales estan constituidas por láminas superpuestas que se acumulan en las fosas nasales particularmente al nivel de los cornetes y meatos medios y que se amoldan a los relieves y cavidades de esta region para ser más tarde expulsadas ya por

un esfuerzo sonándose, ya por la aspiración de agua de que hacen uso estos enfermos.

El aspecto exterior del enfermo basta muchas veces para sospechar su dolencia. En algunos casos se trata de individuos de ojos grandes, labios gruesos, mejillas hinchadas, piel fina y trasparente y de fisionomia simpática. Otras veces se presentan con infartos ganglionares, sobre todo submaxilares, con escrofulides y extensas cicatrices, con la nariz hundida en su nacimiento y cuyos orificios en vez de mirar directamente abajo se dirigen un poco hacia adelante, recordando esta forma de nariz, la de las razas inferiores y la que presentan los recién nacidos.

Y hay ozenosos con la nariz perfectamente conformada, es decir, con el borde nasal saliente y con normalidad completa de los huesos nasales.

El estado general de los ozenosos se resiente siempre en esta

enfermedad, no solo porque su etiología ya presupone un organismo decaído por la diátesis escrofulosa que generalmente llevan en sí, sino que también por la íntima relación que hay entre las fosas nasales y los importantes aparatos respiratorio y digestivo. La mezcla continua de gases infectos con el aire que se inspira y viciado por su paso al través del ramiz empujado de las fosas nasales, así como la deglución de una parte de estas masas putridas que resbalando por la faringe y esófago van al estómago, a producir importantes trastornos digestivos, pueden alterar la crisis sanguínea y debilitar aun más aquel organismo ya de sí nada envidiable.

El olfato disminuido desde el principio de la enfermedad, está siempre alterado y con frecuencia absolutamente perdido en una de las fosas nasales, no conservándose íntegro en la opuesta. En ciertos casos a más de la anosmia, parosmia y de la cacosmia,

los enfermos perciben olores de cuero quemado y de vela.

Esta pérdida de olfato contribuye á que la mayor parte de ocnosos ignoren el olor fétido que desprenden.

La disminución ó pérdida del olfato se acompaña de trastornos de la gustación la cual queda, en algunos casos, reducida á las sensaciones fundamentales de dulce ó amargo, salado ó ácido.

Los enfermos se quejan a menudo de sensaciones penosas en la garganta las cuales son debidas á las alteraciones de la mucosa faríngea que presenta todos los caracteres propios de la faringitis crónica seca; el paciente hace movimientos de deglución para remediar los trastornos de secreción y para expulsar las mucosidades que vienen á pegarse en la parte superior de la faringe.

Abundan también los trastornos nerviosos secundarios, como cefalalgias frontal u occipital, según los senos por donde se propaga que, vértigos, neuralgias é inapetencia para los trabajos mentales.

Toda complicación inflamatoria llevada sobre las cavidades acc
sorias, ó toda aglomeración de secreción obstruyendo sus orificios,
basta para ocasionar aquellos dolores de cabeza tan violentos
que sienten algunos enfermos.

Si los ocenosos se dan cuenta del olor nauseabundo que des
piden, se tornan tristes y con frecuencia vienen á parar en
un estado tal de hipochondria, que se apartan siempre de sus se
mejantes y buscan vivir aislados, creyendo ser objeto de disgus
to y de desprecio por todos aquellos que les rodean.

El síntoma capital, que da nombre á la enfermedad que es
Andiamos, es el olor fétido sui generis que exhalan los enfermos
el cual es reconocido fácilmente por los que lo han sentido algu
na vez y que se distingue fácilmente del que acompaña á ciertas
afecciones ulcerosas de las fosas nasales. Este olor es más ó menos
intenso segun las ocasiones en que se observe al paciente, pues

lo es más por la mañana á causa de ser mas abundantes las costras. Varía tambien segun los individuos, siendo más fuerte en aquellos que no pueden desembarazarse de las secreciones acumuladas en sus fosas nasales y es tanto más penoso cuanto más antiguas sean las aglomeraciones.

Este olor es difusible impregnando la atmósfera que les rodea, molestando por lo tanto á sus afines los cuales se ven obligados á sufrir directamente las consecuencias de la enfermedad. Se hace casi nulo en los que las cavidades de la nariz han sido convenientemente limpiadas.

Algunos autores afirman que en las niñas el oena es más intenso y persistente durante el período catamenial, observandose en ellas que el olor casi nulo durante todo el mes, reaparece ordinariamente en el momento de la regla, á pesar de la continuación del tratamiento.

Lo positivo es que en la época de la regla, las secreciones sufren ciertas modificaciones en su composición; se tornan más espesas, más adherentes y amenuído de color más oscuro y por lo tanto más fétidas, pues se ha observado que cuanto más clara es la secreción, menos mal olor desprende. Turasz dice que se trata de verdaderos casos de oena periódico. Este autor ha llamado la atención sobre la disminución notable de secreciones durante el embarazo, reapareciendo generalmente después del alumbramiento.

Es de advertir que si bien es verdad que la acumulación y la estancación de las secreciones nasales ocasiona el oena, en cambio este sintoma no siempre está en relación con la cantidad de productos segregados, y así puede observarse en un mismo sujeto, un olor fétido estremadamente fuerte con una cantidad relativamente pequeña de aglomeraciones costrosas, y reciprocamente una acumulación considerable esparciendo poco olor.

La naturaleza y el aspecto de las secreciones varía segun las épocas y segun el periodo de la enfermedad; en los casos recientes el moco-pus o el pus es expulsado en forma de moco espeso, amarillo-verdoso que llena el pañuelo y lo mancha de amarillo con orlas verdes.

En algunos casos, los más graves por cierto, en pleno periodo de actividad, el exudado se halla formado por una aglomeración de mucosidades aglutinadas formando verdaderos ~~paños~~ ^{tapones} de color verdoso oscuro en su superficie, cuyo volumen varía segun los periodos de la enfermedad y segun el tiempo que residen en las fosas nasales, de bordes irregulares y de consistencia dura y costrosa en su cara libre.

Al sonarse estos enfermos expulsan algunas costras y esto les hace creer que sus fosas nasales han quedado ya libres de secreciones, más al cabo de unos dias vuelven á sentir la necesidad de expulsar el obstáculo, que vuelve á crecer gradualmente y concluye por

reducir las cavidades de la nariz.

Si se observa un enfermo despues que ha expulsado esta especie de Rapones, se nota que ha desaparecido el olor fétido característico del oena, de cuyo olor procura el mismo desembarazarse ya por medio de aspiraciones de agua tibia por la mañana, ya haciendo violentos esfuerzos para sonarse. Sin embargo en algunos casos, à pesar de estos cuidados, el mal olor no desaparece.

Algunos autores señalan como hecho importante la presencia de epistaxis despues de la expulsión brusca de los Rapones mucosos contenidos en la nariz de los oenosos sin embargo hay que confesar que estas hemorragias son generalmente tan insignificantes que no tienen importancia alguna en el curso de esta enfermedad.

Examen rinoscópico. Varía según el período de la enfermedad en que examinemos al enfermo.

Tratemos primero del examen rinoscópico anterior. En este lo que primero nos llama la atención es la gran capacidad de las fosas nasales y también su ensanchamiento, de tal manera que con una simple ojeada podemos examinar la parte superior del velo del paladar, la pared posterior de la faringe, las paredes externa e interna, el orificio de la Trompa de Eustaquio y si obligamos al enfermo a practicar un movimiento de deglución, observaremos las contracciones de los músculos faríngeos y de los peristafilinos. El meato inferior y el medio, a consecuencia de la atrofia del cornete inferior, forman un solo canal o mejor dicho una vasta cloaca en la cual se acumulan las costras que se adhieren a la mucosa subyacente. En otros casos las secreciones desecadas no recubren más que la parte superior de los cornetes medios. Estos y los inferiores están atrofiados y su volumen es tan pequeño que

parecen estar separados de la pared externa de la nariz, pudiendo en estos casos observarse por debajo del cornete inferior y hacia adelante, la curva formada por la cresta de la apofisis unciforme, cresta que limita el infundibulum por su base, y hacia fuera de aquel se encuentra el orificio del seno maxilar, observandose tambien á veces los orificios de las células etmoidales anteriores: en el fondo se descubre una parte del cuerpo del esfenoides, las aberturas de los senos esfenoidales y los contornos de los orificios posteriores de las fosas nasales y en los lados y hacia fuera la abertura faringea de las Trompas de Eustaquio.

La mucosa de las fosas nasales asi como el esqueleto oso, han sufrido un trabajo de regresion: asi como la riqueza de vasos venosos que anastomosandose forman una red cavernosa, dan considerable espesor á la mucosa, en la rinitis atrofica fétida desapareciendo gran parte del tejido conjuntivo fundamental y con él gran numero de vasos y glandulas, la mucosa se retrae y se convierte en una membrana delgada, en tan íntima

relación con el hueso que ni el estilete logra deprimirla. Por causa de este Anastomo de nutrición, el hueso participa también de este trabajo regressivo y se adelgaza considerablemente, sobre todo el cornete inferior, que a veces desaparece del todo, dejando como única señal un repliegue de la mucosa.

Toda la pituitaria tiene un aspecto desigual, como arrugada, de un color rojo bastante vivo principalmente al nivel del cornete medio, otras veces tiene un color grisáceo pálido. La que recubre el tabique, aunque también desigual y apergamizada, tiene un color más rojo. El tabique mismo parece adelgazado y como disminuido de espesor; solo la cavidad naso-faríngea es más espaciosa. Este cuadro se pone de manifiesto después de haber limpiado bien la mucosa de las secreciones acumuladas en estas cavidades, ya sea por medio de irrigaciones ya con el porta-algodón. Pero en la visita particular los enfermos se presentan con la mucosa cubierta ya por masas purulentas compactas, ya por co-

Bras verdosas ó negruzcas, viscosas y muy adherentes, ya por mucosidades verde-amarillentas, sucias y espesas, que forman sobre el comete medio y al nivel del cuerpo del esfenoideas verdaderos Papones adherentes, o bien aparece toda la mucosa cubierta de una delgada capa de secreciones desecadas las cuales exalan un olor extremadamente fétido y penetrante.

Al desprender estas secreciones, para lo cual hay que hacer uso del estilete en los casos que la irrigación no sea suficiente, aparece la mucosa de Schneider roja, adelgazada como aterciopelada, finamente granulosa, amoldándose perfectamente á los relieves y cavidades de los huesos por ella tapizados, y que sangra con facilidad.

Una vez limpiada minuciosamente la pituitaria de un ocnoso, si prolongamos el examen rinoscópico, podemos hacernos cargo de como se verifica esta secreción, con lo cual se pone á prueba lo infundada que es la hipótesis de Michel respecto al punto de origen de estas secreciones.

De momento se ven salir a la superficie de la mucosa algunos puntos grises, como pequeñas gotitas de pus, las cuales van haciéndose cada vez más numerosas, hasta que no tardan en confundirse y formar una capa continua o localizada en ciertos sitios, recubriendo al cabo de algunas horas una superficie bastante extensa de mucosa y formando luego costras o tapones o masas redondas u ovaladas constituidas por capas estratificadas que se forman lentamente y se expulsan cada ocho o diez días y que acumulándose algunas veces en la región nasofaríngea son enviadas al exterior por la boca.

En cuanto al examen rinoscópico posterior podemos decir que nos revela muy a menudo la existencia de secreciones y costras acumuladas y desecadas hacia atrás de la inserción posterior del vomer, poniéndonos también de manifiesto la atrofia de la porción de mucosa que tapiza la región nasofaríngea.

Formas clínicas del oena. Al lado de la forma que acabamos de describir y que llamaremos típica, podemos añadir otras varias que denominaremos con Moure, intermedias.

En unos casos la lesión se localiza principalmente en una fosa nasal la cual presenta todos los caracteres expuestos anteriormente, mientras que la fosa opuesta sin ser absolutamente normal es tan solo recubierta de una secreción moco-purulenta y cuya porción de mucosa es más bien roja y tumefacta que arrugada, granulosa y atrofiada.

En otros casos las dos cavidades parecen sanas en sus dos tercios anteriores, mientras que en su tercio posterior y en la región naso-faríngea se encuentran señales inequívocas de rinitis atrofica fétida.

En ciertos enfermos la mucosa nasal y la naso-faríngea parece más bien tumefacta y roja que atrofica y pálida: los cornetes conservan su aspecto normal, solamente las regiones naso-faríngeas y la faríngea propiamente dicha se hallan secas y cubiertas de secreciones desecadas. En las

carvidades nasales la secrecion no tiene el aspecto costoso ordinario, es más bien espesa, viscosa y de color amarilloverdoso, la cual segun la posición del enfermo se corre hacia adelante por las narices anteriores o bien hacia atrás por la region naso-faringea, en cuyo sitio se descompone.

Tissier cree que esta forma de oena coincide frecuentemente con las vegetaciones adenoides de la mucosa naso-faringea. Moure no lo cree asi pues sostiene que sin ser excepcionales, son relativamente raras estas vegetaciones.

El curso de esta enfermedad es lento y de larga duracion, llegando un momento en que la atrofia de la mucosa es tal que llegan a desaparecer casi todas las glandulas, por lo cual la secrecion es escasa y poco espesa. Parece como que en un cierto periodo de la afección, la mucosa no pueda producir más elementos necesarios a la putrefaccion.

Complicaciones.

Como se comprende las alteraciones de la mucosa pituitaria invaden amenudo las mucosas vecinas ocasionando trastornos á distancia. Una de las más atacadas es la faringe nasal en la cual la atrofia se manifiesta de la misma manera que en la pituitaria, la amígdala faríngea queda reducida al minimum, desaparecen casi todos los elementos foliculares, las fositas de Rosenmüller se convierten en verdaderas cavidades, los labios posteriores de las trompas se hacen más salientes y los pabellones quedan enormemente dilatados. Las costras adherentes á la faringe nasal son expulsadas por la boca despues de repetidos esfuerzos que producen nauseas y á veces vómitos, no siendo extraño que á consecuencia de la ingestión de estas masas putrefactas, sobrevengan trastornos gástricos é intestinales. En estos casos existe no solamente una atrofia

de las glándulas de la mucosa, si que también una atrofia de la capa muscular subyacente que se contrae entonces con dificultad ocasionando a veces un verdadero estorbo para la deglución de los líquidos y principalmente de la saliva. Con frecuencia en estos enfermos la faringe aparece enorme, siendo en efecto más grande que en estado normal. Esta lesión se fija principalmente en la parte superior de la faringe, siendo su porción inferior más raramente atacada. Es común ver también el velo del paladar adelgazado, como atrofiado, pero generalmente la lesión no ocupa más que la cara nasal de dicho velo, dejando intacta su porción bucal. La campanilla es casi siempre delgada, un poco alargada y se une con mucha facilidad a la pared posterior de la faringe.

Se propaga también la rinitis atrofica fétida a la mucosa laríngea y así se observan costras en las cuerdas vocales, en la región glótica y en la subglótica, impidiendo a veces la aproximación de las cuerdas vocales y produciendo los consiguientes trastornos fonéticos. En la larín-

ge y en la Araquea los síntomas atóxicos son menos marcados que en las cavidades nasales. En estos casos las secreciones se derraman durante la noche en el vestibulo de la laringe y ocasionan por la mañana al despertar una especie de estorbo que va seguido de esfuerzos de tos, tras de los cuales el enfermo expulsa algunas mucosidades viscosas muy difíciles de separar, y costrosas en formas ya más avanzadas. Estas costrosas se colocan muy a menudo no solamente en el borde de las cuerdas vocales, si que también debajo de estas últimas y en la misma Araquea, constituyendo entonces la afección designada con el nombre de oena laringo-Araqueal.

Las secreciones observadas en estas partes de las vías respiratorias no solamente resultan de un derrame nasal verificado durante la noche, si que también del de la mucosa nasofaríngea en la laringe y Araquea. La mayoría de ellas se forman en el suelo de las fosas nasales y es fácil que se trate en estos casos de una propagación de la afección nasal a la mucosa laringo-Araqueal. Como se comprende en estas formas compli

cadav la voz es grave, oscura y ronca, sobre todo por la mañana al despertar. Con más frecuencia la afonía es intermitente y cesa generalmente una vez que el enfermo ha desembarazado su laringe de las secreciones espesas que le estorban. Cuando estas ultimas son más abundantes y secas pueden sobrevenir accesos de disnea.

Al examinar directamente con el laringoscopio el organo vocal, se observa desde luego la epiglotis recubierta de mucus espeso o simplemente rojizo; sin embargo en algunos casos este cartilago está indemne.

Sobre las caras ventriculares, cuerdas vocales, ventriculos de Morgagni y sobre la mucosa traqueal misma se perciben secreciones grisaceas y más frecuentemente amarillo-verdosas, dispuestas en forma de islotes o laminas que a veces van de una cuerda vocal a la otra, hechas como un puente al nivel del orificio glótico anterior. Si con un pincel o porta-algodón guarnecido, se limpia la laringe de las secreciones que contiene, la mucosa aparece roja, irregular y granulosa en su superficie.

La region inter-aritenoidea se halla hinchada, de aspecto papilar con ma sas conformes salientes entre las cuerdas vocales, viniendo a constituir aquel estado que los alemanes llaman paguidermico.

No es raro observar tambien verdaderas paresias musculares laringeas.

Algunos oftalmologos afirman que tambien se complica el organo de la vista, pudiendo presentarse obstrucciones del conducto lagrimal, con conjuntivitis cronica, queratitis ulcerosa o catarral, iritis, neuritis optica, ble faritis y varias otras. Empiezan con un simple lagrimeo y terminan en estas importantes alteraciones que acabamos de enumerar.

Al contrario los hay, y entre ellos citaremos a Berger y Chibret, que so sienten que los trastornos oculares son raros en el ozena y niegan que esta afeccion ejerza influencia alguna en la curacion de las lesiones oculares.

Por nuestra parte creemos que todo depende de la naturaleza del coriza y principalmente del sitio de la alteracion pituitaria, pues si la

lesion está situada muy por detrás del orificio del canal nasal, poca influencia tendrá sobre el órgano de la vista, y al contrario cuanto más cerca esté de dicho canal, más probabilidades habrá de que la lesion se corra a través de él.

El oído se resiente con más frecuencia de esta enfermedad, desarrollándose en algunos casos una otitis esclerosa, rebelde a todo tratamiento, ó bien, aunque más raras veces, una otitis supurada, en cuyo caso debe suponerse que se ha transportado algun coque de la supuración comun.

Para Zangal, estas complicaciones son numerosas. Michel en cambio sostiene que son escasas. Moldenhauer dice que la sordeza y los zumbidos son bastante frecuentes en el oído. Tissier afirma que en la juventud raramente se encuentran trastornos de los que se quejan espontáneamente los enfermos, salvo en los que se trata de otitis supurada. A veces hay disminución de la agudeza auditiva, ordinariamente unilateral.

Wys cree que la mucosa de la Trompa de Eustaquio ó la de la caja son amenudo atacadas en esta afección y dice que si estas complicaciones han sido por largo tiempo consideradas como raras, ha sido debido á que los rinólogos antiguos no se habrían fijado mucho en ellas.

Los catarrros crónicos de forma subaguda ó seca son los más frecuentes, mientras que la otorrea es relativamente rara. Se comprende pues que segun la forma clinica del proceso y segun el lugar en que resida, el oido corre más ó menos peligro de ser atacado.

En los enfermos en que la atrofia ha llegado á un grado extremo, la lesion ya nada respeta, invade la faringe bucal y más amenudo el conducto laringo-traqueal.

Hay casos en que la parte superior del conducto aereo es respetado, pero en cambio la afección estendiéndose por la faringe ataca al esofago y al estomago mismo. La deglucion frecuente de secreciones nasales puede ser causa de catarrros gástricos; siendo este hecho menos comun en

las supuraciones de las cavidades accesorias de la nariz segun parecer de Tissier. Gannier hace notar tambien la coincidencia frecuente de existir la dispepsia flatulenta en el oena, y Tissier dice que no basta establecer la coexistencia frecuente de estas dos lesiones para tener el derecho de afirmar entre ellas una relacion de causa a efecto. Los sintomas gástricos que estos presentan son los de la dispepsia flatulenta; irregularidad del apetito, digestion lenta, aunque no dolorosa, con desarrollo de gases desagradables al olfato, timpanismo, vomitos, congestión cefalica; sed en las comidas, evacuciones escasas con irrupciones diarreicas de olor infecto. El Prat amien Ro del oena mejora más rapidamente los trastornos dispepticos.

Estos hechos explican en parte el estado miserable y anémico de los ozenosos.

La Tuberculosis es tambien frecuente en estos enfermos. ¿Se ha de atribuir este hecho a que la entrada del aire y por consiguiente de los microbios que contiene, se hace más facilmente por las fosas nasales considerablemente ensanchadas? Al contrario, se debe admitir que

la ausencia de secreciones impide de una parte que la nariz llene su misión de tamiz y por otra hace suponer que la ausencia de mucus microbicida pone a estos enfermos en mejores condiciones para el cultivo del bacilo y de esta suerte infectarse con más facilidad.

Cada una de estas hipótesis parece seductora pero seguramente la verdad reside en el conjunto de ellas.

Las supuraciones de los senos, hasta estos últimos años habían sido consideradas como bastante raras en el curso del ocrea. Pero hoy día los autores han modificado su opinión, pues los adelantos de la ciencia nos han permitido precisar mejor el sitio de las lesiones, como ya hemos tenido ocasión de ver en los capítulos anteriores.

Diagnóstico

El diagnóstico de la rinitis atrófica fétida es uno de los más fáciles de la rinopatía; lo cual nos dispensará de tratar extensamente esta cuestión.

El olor nauseabundo que exalan y la expulsión de costras oscuras o amarillo-verdosas, bastan para hacer presumir la naturaleza de la lesión nasal que el examen rinoscópico nos permite conocer exactamente.

Al comparecer estos enfermos en los consultorios médicos, acompañados de su familia, esta nos manifiesta que el único motivo de la visita es el hedor que exala la nariz del paciente.

Este olor es característico, ya lo hemos dicho al describir la sintomatología; el que lo ha percibido una sola

vez no lo olvida ni lo confunde con otros semejantes. Se hace insportable para los que rodean al enfermo, el cual ya sea efecto de la anestesia total o parcial de su mucosa nasal o de sus nervios olfatorios, no se da cuenta de él.

Los franceses dan al ocrea el nombre de punaisie, palabra derivada de punaise que significa chinche, cuyo insecto tanto por su olor como por las condiciones de suciedad que requiere su desarrollo, expresa simbólicamente lo repugnante y penetrante del olor del ocrea.

Al acercarse el médico para examinar las fosas nasales del enfermo y percibir aquel olor sin generis, basta muchas veces para sentar el diagnóstico.

Si bien es verdad que las manifestaciones terciarias de la sífilis dan lugar a olor nauseabundo, sin embargo la fetidez no es la misma, a más de que en la sífilis hay varios focos de ulceración, lo cual no sucede en el ocrea.

Lo mismo podemos decir respecto a la Tuberculosis tanto aguda como crónica.

Cuando la atrofia no es muy marcada y el enfermo se suena a menudo, se podrá pensar en una lesión de los senos frontales, etmoidales o esfenoidales, pero en estos casos la secreción es generalmente líquida o simplemente granulosa.

El olor soso y desabrido exalado a veces por los enfermos con rinitis hipertrofica, el de los que han sufrido la extirpación de polipos, el de los atacados de lupus exedens y el de los cancerosos de la pituitaria, son bien distintos del que desprende el ocnoso, para que podamos confundirlo con él.

El olor de la necrosis de los huesos nasales puede distinguirse del que desprende el ocnoso, mediante un previo lavado y la expulsión de todas las costras. Si es rinitis atrofica fétida, el olor desaparece completamente y tardará algunas horas a ser de

nuevo percibido; si es necrosis, el olor, aunque disminuye no desaparecerá nunca completamente.

Importa tener presente que cuando en el curso del ocrea verdadera, el enfermo a pesar del tratamiento, continua sonandose pus, cabe pensar en la posibilidad de la existencia de un empiema; buscando entonces al lado de las cavidades accesorias, el origen de esta secreción.

El examen directo de las fosas nasales por medio de la rinoscopia anterior y posterior, hace que toda confusión sea imposible. El cuadro antes expuesto aparece entonces con toda claridad, favorecido además por la índole misma de la dolencia que tiende siempre a ensanchar el cuadro de observación.

La presencia de úlceras, de tumefacciones o de granulaciones, eliminará la posibilidad de que se trate de ocrea, a pesar del olor fétido que pueda desprenderse de estos enfermos.

La interrogatoria y el curso de la enfermedad favorecen también el diagnóstico.

Pronóstico.

¿Es curable esta enfermedad? En primer lugar dejemos sentado que la rinitis atrófica fétida de por sí, y en esto están con-
formes todos los autores, no entraña en general peligro alguno para la vida del paciente. Yremos dicho en general pues hay casos en que abandonada la enfermedad a sus propios impulsos, la diáte-
sis causal sigue su evolución, y condenado el enfermo a arrastrar una vida miserable, efecto del aislamiento en que se encuentra, es muy posible que la hipochondria y la falta de vida social por un lado y los progresos de la enfermedad por otro, puedan llevar-
le a un estado tal de decaimiento, que sea muy fácil que en él se inicie o bien una mortal pneumofinia o una alteración general de su sistema nervioso que bien pudiera ser una incurable neurastenia.

Respecto á la posibilidad de la curación de esta enfermedad, los pare
ceres de los autores son muy diversos, siendo difícil que pueda por ahora
resumirse la cuestión bajo un punto concreto.

En lo que convienen todos es en la posibilidad de hacer desapa
recer el mal olor que exalan los enfermos, lo cual se logra hacién
do desprender de las fosas nasales las costras, por procedimientos que
describiremos luego al ocuparnos del tratamiento de esta enfermedad.

Moldenhauer y Morell-Mackenzie afirman que el ocena es
incurable, para sostener lo cual se fundan en que no es posible
que las condiciones anatómicas de las fosas nasales puedan cambiarse,
y en la no existencia de medio alguno capaz para detener la atró
fia progresiva de la mucosa. Sin embargo ambos autores son de los
que creen que el ocena se manifiesta principalmente en la pubertad,
época en la cual alcanza todo su apogeo, que persiste en la edad
adulta y que disminuye y desaparece completamente en edad más avanzada.

Como los progresos de la edad no modifican ninguna de las condiciones que admiten para creer en la incurabilidad de la afección, resulta que dichos autores creen en la curación espontánea o natural de la enfermedad, pero no en la eficacia de un plan terapéutico capaz de conseguir el mismo resultado.

Muchos prácticos imbuidos por estas ideas, desilusionan de buenas a primeras a los enfermos exponiéndoles un cuadro nada halagüeño de los medios terapéuticos empleados en esta rinopatía.

El pronóstico también varía según las formas de esta dolencia y según que la atrofia esté mas o menos pronunciada. Debe ser este considerado bajo el doble punto de vista de los síntomas y de las lesiones que le dan carácter.

Braun, Laker, Demme, Moure, Garnault creen, y esta es también nuestra opinión, que el oena es curable en muchos casos, principalmente en individuos jóvenes, pero debiendo sujetarse

Durante largo tiempo á un Tratamiento adecuado y continuo; lo cual es bastante difícil dada la poca fuerza de voluntad que tienen la mayor parte de enfermos para amoldarse á un Tratamiento que además de ser de larga duración es bastante molesto. Pero si el médico animando al enfermo logra captarse su confianza y este por su parte sigue al pie de la letra todas las prescripciones facultativas, es muy fácil que se logre ó bien una curación radical ó un alivio tan notable que á no ser por las prácticas terapéuticas á que le obliga su dolencia, quedaria esta olvidada.

Pero lo que de un modo especial ha hecho mejorar el cuadro pronóstico, ha sido el masaje vibratorio y la electrolisis.

Los trabajos de autores tan notables como Felice, Garnault, Demme y otros, son lo suficientemente concluyentes para que pueda asegurarse que el ocano se cura con bastante frecuencia tratándolo por los diversos medios terapéuticos modernos.

Tratamiento.

El gran número de Tratamientos que se recomiendan, demuestra cuán rebelde es esta afección nasal y la resistencia que pone en algunos casos a toda medicación.

Lo que resulta más fácil es hacer desaparecer el síntoma oena, lo cual se consigue fácilmente por medio de la limpieza nasal, desinfección nasal y de los Papones de Gottstein y de Woakes.

1.º. Limpieza nasal. Con varios medios se obtiene; los principales son los baños, aspiraciones, inyecciones, pulverizaciones y duchas o irrigaciones. Las modificaciones varían en cada caso y a menudo es conveniente usar varios de estos medios combinados. Hay que tener en cuenta que la mucosa nasal no tolera inoamente el agua pura. Es mucho más ventajoso usar aguas alcalinas naturales o artificiales, que además de no

producir flegmasias catarrales y disminución o desaparición del olfato, tienen la gran ventaja de ser más disolventes y de modificar las capas superficiales de la pituitaria. Por los mismos motivos es de toda necesidad usar soluciones Riberas cuya temperatura no baje de veinte y cinco a treinta grados. Las soluciones preferibles son las de cloruro, borato, clorato o bicarbonato de sosa en la proporción de cuatro gramos de sustancia por medio litro de agua hervida.

Daño nasal. Su partidario más entusiasta es Loewenberg. Consiste en inyectar poco a poco agua en un orificio nasal hasta que salga por el otro, estando el enfermo con la cabeza inclinada hacia atrás, de manera que los orificios nasales anteriores ocupen la parte superior de la cavidad naso-faríngea. Sabido es que cuando el agua entra en una fosa nasal con cierta presión, el velo del paladar se contrae y forma un solo plano con el paladar óseo, cerrando la comunicación con la cavidad posterior de la boca; si por cualquier accidente

esto no se verifica, se puede conseguir procurando que el enfermo respire ampliamente por la boca. Cuando el agua sale por la nariz opuesta se puede tener plena convicción de que el agua baña todas las fosas nasales y la cavidad retro-nasal. Su efecto inmediato es reblandecer las costras y facilitar su expulsión. Pero como por una parte su aplicación es más molesta que otros medios energicos de los que se emplean, y por otra no puede sostenerse durante mucho tiempo, únicamente tiene aplicación en ciertos casos especiales en que, si se empleara la irrigación, habría probabilidades de que el liquido enfilara por las Trompas, ó en individuos en que por determinadas condiciones no es aplicable la ducha de Weber.

Aspiraciones de liquido por la nariz. Viene á ser un baño incompleto. Solo se usa en los casos en que es de todo punto imposible usar otro medio de limpieza ó en los que la enfermedad está circunscrita en la parte anterior, caso sumamente raro.

Inyecciones. Cuando las costras son numerosas y muy adherentes, para cuyo desprendimiento no basta la ducha de Weber, entonces se emplean las inyecciones, las cuales se hacen con pera de goma, con jeringa de resorte o bien con jeringa de hidrocele. Tienen el grave inconveniente de no poder graduarse la presión.

Pulverizaciones. Tienen la gran ventaja de difundir el medicamento a todas las regiones de las fosas nasales y de ser su empleo fácil y cómodo, sin exponer al enfermo a peligro alguno. En los niños y en los casos benignos es un medio sumamente útil. Pero en cambio tienen la desventaja de que si se usan los pulverizadores ordinarios, la pulverización no tiene á veces bastante fuerza, requiriéndose el uso de pulverizadores de gran presión, los cuales llenan todas las indicaciones. Por desgracia, el elevado precio que tienen, no les pone al alcance de todos los especialistas y mucho menos de la inmensa mayoría de enfermos.

Moure recomienda la siguiente formula.

Timol ó eucaliptol -- 5 centigramos

Mentol - - - - - 5 gramos

Aceite de vaselina -- 120 gramos

Cada pulverizacion debe ser de más corta duracion y dirigida á todos los senos de las fosas nasales.

Dan á veces buenos resultados las pulverizaciones causticas hechas con nitrato de plata ó cloruro de zinc y empleadas á dosis cada vez más concentradas. He aquí el modo de proceder.

Despues de haber limpiado las cavidades nasales por medio de inyecciones y del porta-algodon, se coloca el especulum en uno de los orificios nasales, alumbrando la parte, como para la rinoscopia ordinaria. Se toma el pulverizador nasal cargado de liquido caustico y se dirige un chorro hacia la parte superior de la cavidad y luego algo más horizontal hacia la region esfenoidal y faringe nasal.

En general bastan dos pulverizaciones para alcanzar todas las partes de la pituitaria accesibles a este modo de tratamiento. Estas soluciones deben ser cada vez más concentradas, llegando hasta la proporción del 1 por 5 y cuyo número de pulverizaciones va disminuyéndose progresivamente. En el intermedio del tratamiento el enfermo se limita a hacer por la mañana al levantarse una irrigación de agua salada Fliba.

El cloruro de zinc requiere ser manipulado con más precaución y a dosis menos elevadas, partiendo de la solución del 1% y no pasando del 1 por 10. Las inyecciones se hacen en estos casos con bicarbonato o borato de sosa.

Sin creer que este tratamiento sea un remedio infalible del coriza atrófico fétido, sin embargo puede recomendarse en vista de los buenos resultados que ha dado en algunos enfermos.

Duchas o irrigaciones. La irrigación o ducha de Weber, practicada principalmente con el sifón, es el procedimiento más usado, útil

y más cómodo; pues los inconvenientes y peligros que se le han atribuido, solo existen cuando se usa sin método y prescindiendo de las reglas precisas que su aplicación requiere.

Ya hemos dicho antes que tan pronto como un líquido á cierta presión, penetrando por un orificio nasal, llega al velo del paladar, este se contrae y forma con la bóveda palatina un mismo plano, quedando por consiguiente obturada la comunicación con la cámara posterior de la boca. El líquido corre pues por el canal inferior y el velo del paladar contraído es quien forma un plano para que pase de una á otra fosa nasal; no toca por consiguiente ni la parte posterior de la faringe nasal, ni las cavidades nasales superiores. El líquido no debe tener mucha presión, pues de tenerla excesiva, vencería la resistencia del velo del paladar y caería en la boca, y lo que sería peor, podría enfilarse por la abertura de las Trompas y llegar al oído medio: basta casi siempre que caiga de una altura de

sesenta centímetros a un metro, no debiendo pasar nunca de metro y medio. Deberá tenerse siempre en cuenta la conveniencia de introducir la cánula en la fosa nasal más estrecha, evitándose de este modo que el líquido penetre en la caja del tímpano por no tener escape suficiente: sin embargo, si se tiene cuidado de usar líquidos e instrumentos asépticos, disminuyen grandemente los peligros de inflamación otítica.

Hay que fijarse en la dirección que debemos dar a la corriente para evitar la entrada del líquido en los senos frontales y también para procurar que el chorro no choque directamente con la base del cráneo, lo cual daría lugar a intensas cefalalgias que obligarían al enfermo a dejar esta práctica terapéutica.

Moure se sirve de cánulas acodadas en ángulo recto y recomienda al enfermo que sostenga el mango hacia abajo en dirección a la barbilla, apartado de esta cuatro o cinco centímetros.

Durante la ducha debe procurarse que la cabeza esté ligeramente dirigida hacia adelante, vuelta hacia el lado opuesto al en que está la cánula y con la boca bien abierta. A fin de evitar el paso del líquido a las Trompas de Eustaquio, conviene que el paciente evite hacer movimientos de deglución durante la ducha.

Aunque la ducha descrita lava completamente las regiones de más declive de las fosas nasales, en las que con mayor frecuencia se observan las obstrucciones crustosas, la que sirve de paso al aire y por consiguiente la que más le impregna del olor fétido, quedan sin embargo las regiones superiores de las fosas nasales y la postero-superior de la faringe, a las cuales no alcanza el líquido. De ahí el uso de la ducha retro-nasal, que puede practicarse con una jeringa de Pres anillos con cánula larga y ligeramente acodada en su extremidad, que se introduce por debajo y detrás del velo del paladar, e inclinándolo el enfermo la cabeza hacia adelante, hace que

el líquido salga por los orificios nasales anteriores, pasando por la faringe superior y parte postero superior de las fosas nasales y por delante del cuerpo del esfenoides.

Moure ha construido una cámla que adaptada al sifón de Weber puede ser manejada por el mismo enfermo, la cual tiene en su extremo olivar cuatro agujeros, uno superior destinado a la bóveda basilar y tres anteriores o antero-laterales, debiendo bañar los canales y las paredes latero-superiores de las fosas nasales, dejando hacia atrás los orificios tubaricos y la pared posterior de dichas fosas, que son bañadas por rebotar en ellas la solución empleada. Este procedimiento tiene la ventaja de no inundar la cavidad naso-faríngea.

Para la aplicación del tubo sifón de Weber, Moure procede de la siguiente manera. Después de haber desembarazado, por medio del porta-algodón, las fosas nasales de las secreciones que estaban allí acumuladas, prescribe al enfermo una abundante irrigación nasal y retro-

nasal mañana y tarde. La primera irrigación es alcalina y está compuesta de bicarbonato sódico, o bien de sal marina, clorato potásico o borato sódico en la proporción de una cucharada grande por litro de agua tibia, conteniendo una solución antiséptica cualquiera. Para él la preferible es la siguiente:

Agua - - - - - 200 gramos

Glicerina - - - - - 100 "

Acido fénico puro - 25 "

Una cucharada grande por litro de agua tibia.

Segun el efecto que produzca, reemplaza en seguida el ácido fénico por el cloral, lisol, formol, resorcina, ácido sózólico o las sales de sózoidol.

Algunas veces hace perfumar, por medio de un vinagre antiséptico odorante, el líquido que se ha de inyectar.

Hace terminar el tratamiento por medio de una pulverización nasal hecha ya con una parte del líquido preparado para la

segunda irrigación, ya con una solución especial.

2.º Desinfección nasal. Sucede con frecuencia que a consecuencia de lo extensa que es la lesión o del largo tiempo que no se ha tratado, no basta el simple lavado de la mucosa, y en este caso hay que acudir a medios desinfectantes que destruyendo los gérmenes de la putrefacción de las costras, impidan la fermentación y por consiguiente el hedor del aliento.

El más energético de los desinfectantes, el sublimado corrosivo, tiene aquí poca utilidad por los peligros que entraña su uso y por su acción siempre irritante, aunque se emplee en soluciones debiles. La mucosa nasal es demasiado extensa y su poder absorbente demasiado grande para soportar el repetido contacto de una substancia tan eminentemente tóxica como el bicloruro de mercurio. En cambio tienen aquí perfecta indicación el ácido fénico, el cloral, la resorcina, el salicilato y el genato de rosa, las diversas sales

de yodo, el lisol y otros varios. De la solución de estos anti-
sépticos debe emplearse medio litro por cada irrigación, y la mayor
parte de veces hasta con 350 gramos.

Una de las formulas más recomendables es la siguiente:

Agua — — — 350 gramos

Glicerina pura 100 gr

Alcohol a 90° 50 gr

Acido fenico 20 gr

Una cucharada grande por litro de agua.

A fin de evitar los efectos del hábito, conviene que el enfermo cam-
bio el antiséptico, por lo menos una vez al mes.

Algunos antisépticos que permiten ser aplicados en insuflacio-
nes, prestan en ciertas ocasiones buenos servicios, sobre todo si
se tiene en cuenta la larga duración del efecto verdadero
y la conveniencia de cambiar a menudo de medicación, como

hemos dicho anteriormente. Así el ácido bórico solo o adicionado de pequeñas cantidades de resorcina, aristol, yordol, ictiol o naftol, puede usarse alternando con los medios antes señalados. El acetato de alumina tiene también aquí sus indicaciones. Schaffer lo aconseja con gran empeño, y ciertamente los resultados obtenidos son superiores a los de otros antisepticos astringentes.

3.º Taponos de Gottstein y de Woakes. Gottstein imaginó un medio muy ingenioso para reducir la cavidad de las fosas nasales y para determinar mecánicamente al mismo tiempo, una ligera pero continua secreción de moco que mantenga en constante humedad las fosas nasales. Consiste este medio en la introducción de una torunda de algodón en las cavidades nasales, la cual se comprime hacia arriba con objeto de dejar permeable el canal inferior. Se alterna esta operación en cada una de las fosas y se deja la torunda durante cinco o seis horas seguidas en cada una de ellas.

Como remedio paliativo surte siempre efecto; pero las incomodidades propias de este procedimiento, aun cuando los enfermos aprendan pronto a practicarlo, hacen que se use poco y se reserve casi siempre a los casos más rebeldes para satisfacer los deseos de cambiar de medicación que tanto anhelan los enfermos crónicos.

Woakes une a la acción mecánica de los Razonos inertes de Gotts Rein la acción medicamentosa, añadiéndoles sustancias astringentes como Tanino, alumina, percloruro de Hierro, ratania, o bien an-
tisepticos como ácido bórico, yodo, alcanfor y otros.

Con objeto de estimular el elemento glandular de la mucosa y restituirla de este modo sus facultades de secreción, Bosworth reco-
mienda las siguientes fórmulas en insuflaciones.

Polvos de licopodio — 8 gramos

"	" sanguinaria	} ag 21	"
"	" mirra -		

Polvos de raíz de galanga } aa 4 gramos
 " " almidón — }

Estos medicamentos tienen el inconveniente de ser demasiado irri-
tantes.

Morell-Mackenzie recomienda la insuflación de la mezcla de una
 parte de goma roja por dos de almidón.

También da buenos resultados la siguiente fórmula en
 insuflaciones:

Azúcar de leche pulverizado } aa 5 gramos
 Acido bórico — — — — — }
 Cloruro amónico — — — — — 10 centigramos
 Mentol — — — — — 30 " .

Por tratarse de una notabilidad en esta especialidad, creemos
 útil resumir el tratamiento que emplea Moure, pero haremos
 exclusión de algunos medios terapéuticos modernos de los cuales

luego nos ocuparemos. Recomienda este autor dos lavados al día, uno por la mañana y otro por la tarde con una solución anti-séptica cualquiera, con objeto de limpiar bien las fosas nasales. Después de uno ó dos meses de practicar estos lavados, si se trata de jóvenes de más de diez y seis años y por consiguiente bien decididos á cuidarse, comienza el tratamiento por las pulverizaciones con nitrato de plata combinadas con el masaje. Es decir una vez limpias las fosas nasales, verificar un masaje de la pituitaria en todas las regiones que sea posible, y terminar por la pulverización caustica. Después de un mes ó dos de este tratamiento, vienen otra vez los lavados antisépticos; haciendo de tiempo en tiempo, una vez á la semana por ejemplo, un masaje de la membrana de Schneider. Se continúa así durante tres ó cuatro meses segun los casos y se vuelve á empezar el tratamiento con el nitrato de plata ó con el cloruro de zinc, tal cual lo

acabamos de describir.

Es necesario á veces reemplazar el masaje por la galvani-
zación de la pituitaria. Despues de este segundo Pratamien-
to los enfermos, cuyo olor fétido habrá desaparecido, se harán
 solamente un lavado por la mañana y esto durante un tiempo
 que varia segun los casos. A menudo convendrá despues de cinco
 ó seis meses de intervalo, insistir de nuevo sobre el Pratamiento
 con objeto de llegar al resultado que se busca, esto es, la desa-
parición de las secreciones copiosas.

En los casos avanzados cuando la atrofia ha llegado á sus
 límites extremos, la corriente de aire expiratoria no ejerce acción
 alguna para desembarazar las cavidades nasales de las secreciones
 que alli se forman, siendo útil en estos enfermos hacerles sorber
 de tiempo en tiempo un poco de agua salada tibia que les ayude
 á sonarse. Hay que advertir que esto es simplemente un medio de

permitirles limpiar sus fosas nasales. Termina el tratamiento aconsejando no desmenuar el estado general del enfermo, adminis
traciones segun los casos, el aceite de higado de bacalao, el arseni
co, el hierro, las quinas o las diversas preparaciones yodadas.

Los viajes por mar o la vida campestre completaran el tratamien
to general y local.

Todos los medios hasta aqui enumerados, usados alternativamente
 y teniendo el enfermo suficiente dosis de paciencia y constancia,
 alivian de tal modo la penosa enfermedad que estudiamos, que el
 mismo paciente se da por curado. Tal diferencia hay entre su
 estado anterior y el que experimenta despues de sujetarse durante
 algunos dias al tratamiento. Las ventajas obtenidas por este,
 no son solamente subjetivas, sino que el paciente aumenta de
 peso y en todo su organismo se notan los efectos de la sustitucion
 al oxena; Tanto la parte organica como la moral mejoran de

de un modo notable.

A pesar de que hay autores que no creen en la curación radical del oena mediante estos medios que acabamos de describir, hay que reconocer sin embargo que los casos de curación completa no son raros, sobre todo si se trata de adolescentes que con rigurosa exactitud practican el tratamiento que el médico les indica. Con todo hay que confesar que la inmensa mayoría de enfermos no consiguen con ellos más que un alivio, que si bien es notable al principio, luego desaparece por cansarse el paciente de las molestias inherentes a un tratamiento tan largo y penoso.

Masaje vibratorio

Puede decirse que es un buen medio Peripéutico para la curación del oena, que no expone a peligros de ningún género y que solo requiere para su buena aplicación y para obtener exitos seguros, el que el enfermo se revista de la necesaria paciencia y resignación para sujetarse a todas las prácticas necesarias y que el médico haya adquirido la suficiente destreza para aplicarlo con perfección.

Arvid Kellgren fue de los primeros que se ocuparon de este método. Braun que hacia ya tiempo que usaba un masaje simple en la nariz por medio de sondas revestidas de algodón, se inspiró en el método de Kellgren y combinó ambos procedimientos; la vibración y el masaje interno de las mucosas. Los resultados obtenidos fueron satisfactorios. Demme, Laker, Felici, Herzfeld, Höffinger, Lahmann y sobre todo Garmault fueron los

apóstoles de este método.

Las conclusiones á que ha llegado Kellgren sobre el modo de acción y efectos del masaje vibratorio, son las siguientes: 1.º aumenta la energía nerviosa; 2.º disminuye el dolor; 3.º contrae los pequeños vasos; 4.º excita la contracción muscular; 5.º aumenta la secreción glandular y 6.º rebaja la Temperatura.

Caster ha demostrado que el masaje vibratorio calma el dolor, for-
tifica los músculos e impide el desarrollo de las esclerosis intersticia-
les; calma la excitabilidad nerviosa devolviendo á los nervios su activi-
dad normal, regulariza su acción como vasomotores y secretores, obra directamente sobre la capa muscular de los vasos, tonificándola, como también sobre el tejido glandular, reduce la inflamación e impide por consiguiente los procesos hipertróficos. En los procesos regresivos, detiene la atrofia dando nuevas fuerzas á los vasos, los cuales en vez de continuar su tendencia á desaparecer, se multipli-

can y desarrollan y con ellos la mucosa en vías de destrucción. Las glándulas adquieren nueva actividad y su antiguo funcionalismo.

El gran inconveniente que tiene la aplicación del masaje vibratorio es la dificultad en que se encuentran la mayor parte de prácticos de poseer su técnica de un modo perfecto, sin cuya perfección de método son nulos sus resultados. Hacen falta Institutos en donde se enseñe con todos sus detalles la práctica del masaje. Stokolmo es la única ciudad del mundo que posee una escuela montada en toda regla.

Describamos por su importancia el procedimiento de Garnault. Este autor en la primera sesión, después de un lavado antiséptico, limpia toda la mucosa de las fosas nasales con una torunda impregnada de lanolina pioctanizada al 10 p.%, dejando que la torunda permanezca en la cavidad nasal. Al día siguiente quita el tapón y practica el masaje vibratorio con un pequeño percutor pro-

haciendo las vibraciones por medio de contracciones rítmicas de los músculos de la espalda y sobre todo del brazo. Estos movimientos deben ser de tan pequeña amplitud que apenas si la mano colocada sobre los músculos siente la vibración. Antes de proceder por primera vez a este masaje, es necesario que el médico adopte un sistema de educación que le permita practicarlo con toda seguridad. Berne aconseja para adiestrarse en esta práctica el siguiente procedimiento: Sentado delante de una mesa en la cual se apoya el codo con ligera flexión, ensayarse en percibir la superficie del agua que llena hasta el borde un vaso colocado sobre la mesa, de manera que las vibraciones no impresionen más que la parte central del agua.

Como la práctica del masaje es siempre dolorosa, debe cocainizarse toda la región que ha de someterse al masaje, y debe tenerse siempre presente que las vibraciones deben ser, como antes hemos dicho, rápidas, regulares y de la misma intensidad, pues de lo contrario la mucosa

podría desgarrarse, en cuyo caso la inflamación aumentaría rápidamente.

Cuando el proceso atrófico está muy adelantado, no se puede esperar regeneración alguna, y el masaje solo puede ser considerado como procedimiento de limpieza perfeccionado, que mejor que los otros modificará los síntomas, pero no producirá la curación.

Las sesiones de masaje al principio deben practicarse dos veces al día, limpiando y vibrando simultaneamente la nariz con varias sondas recubiertas en su extremidad de una gruesa capa de algodón impregnada primero de una solución antiséptica y después de balsemo del Perú o bien de alcohol o glicerina y oída según la tolerancia del enfermo. Los Rapones de algodón que rodean la extremidad de las sondas, deben ser lo suficientemente voluminosos y apretados para asegurar la completa limpieza de la nariz.

Al cabo de algunos días de tratamiento el hedor desaparece y la formación de costras es menos activa. Desde las primeras sesiones la

mucosa nasal se cubre de una secreción abundante, casi acuosa. En los casos recientes consecuencia de una afección aguda, se observa a veces la curación dentro del primer mes de tratamiento. Esto es sin embargo, sumamente raro, pues la mayor parte de enfermos cuando solicitan los auxilios facultativos, están enfermos desde larga fecha y su mucosa nasal grisácea presenta evidentes signos de degeneración.

Cuando la mejoría experimentada por el paciente es notoria, puede hacerse una sola sesión al día y más tarde una cada dos días.

Cuando la tendencia a la secreción de pus y a la formación de costras parece suprimirse, se deja al enfermo durante cinco o seis días sin tratamiento; si hay recaída, que suele haberla una y dos veces aun después de los tratamientos más rigurosos, se reanuda la sesión diaria durante cinco o seis días.

El tratamiento total dura por término medio, de cuatro a seis meses. Los resultados obtenidos son satisfactorios. Braun, Demme, Felici,

Garnault y Laker afirman que la curación es segura, sean cuales fueren las condiciones de gravedad y cronicidad de la afección. Braun tiene una estadística de sesenta y dos curaciones, algunos de cuyos casos ha seguido la observación durante más de cinco años.

Durante el tratamiento por el masaje vibratorio, aparte del tratamiento general, no debe sujetarse al enfermo a medicación alguna. Solo en los casos en que por alguna causa deben suspenderse las sesiones de masaje, pueden aconsejarse duchas nasales diarias con un litro de agua fría adicionada de una cucharada de solución alcohólica de aceto-Parto de alumina al 50 p.%. Algunos prefieren las duchas nasales cloruro-sódicas. Para que este tratamiento dé mejores resultados, se combina con pulverizaciones causticas, aplicadas en la forma descrita anteriormente.

El masaje vibratorio, además de su gran poder terapéutico, tiene la gran ventaja de ser sumamente raro que determine reacción. Los enfermos lo soportan admirablemente, y tanto las cefalalgias

como las pequeñas epistaxis, son insignificantes contratiempos que solo se observan en los primeros días.

Los estudios e investigaciones que se están haciendo y se harán en lo sucesivo, contribuirán indudablemente a dar aun más importancia a este método de Tratamiento.

Es necesario tener presente que a pesar de la supremacia del masaje vibratorio, no por esto hay que descuidar el Tratamiento general.

Es pues conveniente el empleo de los Tónicos y reconstituyentes, como los preparados de hierro, los yoduros, el aceite de hígado de bacalao, las quinas, etc. sobre todo si el enfermo es linfático o escrofuloso como generalmente sucede.

Sueroterapia

Parrafo aparte tratemos, aunque someramente, del papel que desempeña la sueroterapia en el tratamiento de esta enfermedad.

Al hablar de la patogenia ya dijimos que Delfanti y Della Vedova equizaraban el bacilo pseudo-diftérico, hallado en la mucosa nasal y en las secreciones que produce, al bacilo diftérico de Klebs-Löffler, y esto les indujo a ensayar las inyecciones hipodérmicas de suero antidiftérico en el tratamiento del oena, ya que para ellos el bacilo pseudo-diftérico era el agente causal de esta afección. Arslan, Compaired, Gradenigo y otros que tambien emplearon este tratamiento, dicen que sus resultados fueron poco halagüeños.

Lautmann dio gran valor al suero salino, y esto hizo sugerir a algunos prácticos la idea de ensayar las inyecciones de suero

normal o fisiológico de caballo, que practicaban en las nalgas o en la pared del abdomen. La cantidad inyectada por primera vez no pasaba de cinco centímetros cúbicos, cuya dosis iba aumentando gradualmente hasta los quince centímetros cúbicos en las subsiguientes inyecciones. Estas se repetían en días alternos o solo dos veces por semana, según la tolerancia individual.

Dice el Dr. Bossa que el organismo de los sujetos sometidos a estas inyecciones, sufría perturbaciones de tres ordenes.

1.^o Perturbaciones generales caracterizadas por síntomas de reacción general, fiebre, quebrantamiento y dolores articulares, que son comunes y subsiguientes a las inyecciones de los diversos sueros y jugos orgánicos. De un modo general no eran tan persistentes ni tampoco tan molestos que impidieran proseguir el tratamiento: solo en algún caso tuvo que suspenderse temporalmente.

2.^o Perturbaciones locales caracterizadas por dolor en el sitio de la in-

yeción y aparición a la tercera o cuarta, de un eritema morbiliforme o indurado que traspasaba la zona en que se hacía la inyección, extendiéndose en todos sentidos y aun hacerse general, en algún que otro caso. La aparición local o generalización de estas dermatosis iban acompañadas de perturbaciones febriles y fenómenos de reacción orgánica a que hemos hecho referencia, pero sin ulteriores consecuencias.

3.º Perturbaciones localizadas en la mucosa nasal caracterizadas por la mayor actividad circulatoria, que daban lugar a su enrojecimiento y hurgencia. Esta actividad circulatoria de la mucosa nasal se traducía por un aumento de producción de moco fluido. Se observaban estas modificaciones después de la tercera o cuarta inyección; se hacían más manifestas al aumentar la dosis de suero o al acortar el tiempo entre cada inyección. Como no eran permitidos los lavados o duchas nasales ni antes ni durante el tratamiento, el avivamiento de la actividad secretoria de la mucosa nasal daba lugar al aumento de la fetidez primero y después, a la expulsión paulatina, pero fácil,

de las costras de moco nasal, comenzando a desprenderse a la cuarta o quinta inyecciones.

En las primeras semanas parecia que este Tratamiento debia entusiasmar al más escéptico, pues no podia presentar más señales de eficacia indudable, toda vez que las costras se desprendian con poco esfuerzo y finalmente con su expulsión, el mal olor dejaba de sentirse o percibirse. Pero poco duraba esta aparente curación. Bastaba disminuir la dosis de suero o suspender el Tratamiento durante cuatro o seis dias para que nuevamente reaparecieran los dos molestos sintomas del oena.

Por lo demás, la mucosa nasal no sufría cambios ostensibles de consistencia macroscópica durante el tiempo que se sostenia el Tratamiento.

En definitiva: la acción excitante o congestiva sobre la mucosa nasal de los oenosos atróficos, que se obtiene por medio de las repetidas inyecciones hipodérmicas de suero normal de caballo y que tiene

a la total desaparición de los dos molestos síntomas, dura solo mientras activa la acción excitante o modificadora del suero. Esta excitación secretoria no modifica el estado atrófico de los huesos nasales ni de su mucosa.

Si estas inyecciones modifican favorablemente, bien que de una manera transitoria, el oena, es debido a la excitación y regularización nutritiva de las células nerviosas radicales del ramo trigémino que activa la pituitaria. Tal igual que la neurastenia, según Messegue, no se modifica por modo notable si los trastornos han rebasado un cierto límite que permite el retorno a la normalidad, así el oena no cura definitivamente con el suero porque las alteraciones nerviosas, todavía no conocidas, no consienten hoy por hoy la normalización.

Electrolisis.

Si bien es verdad que a veces se emplea la galvano-caustia con buenos resultados, no es menos cierto que la electrolisis produce mejores efectos, y por esto solamente nos ocuparemos de ella para no alargar demasiado este pequeño trabajo.

Las primeras tentativas del tratamiento del oena por la electrolisis intersticial cuprica, datan del año 1892 en cuya fecha Toudain comunicaba a la Sociedad Francesa de Electrotapia los resultados por él obtenidos. Cheval de Bruselas en 1895 establece reglas y modifica los procedimientos de la electrolisis intersticial bipolar en el tratamiento del oena, obteniendo segun asegura, el 91 p. % de curaciones en una sola sesion. Posteriormente Bayer, de Bruselas; Rethi, de Viena; Gouguenheim y Lombard, de Paris; Brindel, de Burdeos y

Le Roy de Luenet publican trabajos enconómicos sobre este tratamiento, pero mostrándose menos entusiastas que Cheval.

El manual operatorio ideado por este y por Caspart y que se sigue generalmente, consiste en hundir de dos a cuatro centímetros una aguja de cobre puro de quince centímetros de longitud por milímetro y medio de grosor, en el concha medio cerca de su borde libre y cara interna, entre hueso y mucosa. Esta aguja forma el polo positivo, y el negativo está representado por otra de acero algo más delgada y que se hunde en el tabique o en el concha inferior de igual manera que la de cobre. Ambas deben aislarse cuidadosamente.

El Dr. Barraquer cita el caso de una joven de diez y ocho años cuyas fosas nasales estaban extraordinariamente atrofiadas y cubierta toda la mucosa de costras verdosas fétidas. La sometió a dos sesiones de electrolisis con un intervalo de diez días. Colocadas las agujas positiva y negativa en los sitios de la mucosa nasal anteriormente citados y

previas las prácticas de limpieza y anestesia local, cerró el circuito y comenzó la electrolisis con una corriente de poca intensidad. Gradualmente se aumentó esta, llegando en un minuto a la intensidad de 14 ó 15 miliamperes, cuya sesión duró unos diez minutos.

Como sucede generalmente en estos casos, la corriente excitó las ramas nerviosas próximas al sitio de aplicación de las agujas. Se excitó también el nervio del gusto, percibiendo la enferma sabor metálico; se presentaron pseudo-neuralgias dentarias, cefalalgia frontal y fosfenos, molestias que cesaban rápidamente, persistiendo algo las neuralgias dentarias.

El beneficio que obtuvo de la primera sesión no se hizo esperar, pues en el mismo día y los siguientes, notó el aumento de secreción de moco nasal que impedía o detenía la formación de nuevas costras y por ende la no aparición de la fetidez. Esta mejoría duró unos dos meses reapareciendo más tarde las molestias características de los orinosos, si bien con una notable atenuación.

Como se ve' la excitación de las células glandulares de la mucosa nasal de los ocerosos, se obtiene también con la aplicación de la electrolisis cúprica al igual que con el suero.

¿Tiene la electrolisis intersticial cúprica aplicada en el Tratamiento de la rinitis atrófica fétida, sus fundamentos científicos mejor cimentados que la sueroterapia? Bayer creyó que curaba el ocrea en virtud del poder bactericida del oxícloruro de cobre depositado y difundido en los intersticios de la mucosa nasal que determina una acción modificadora molecular, no solo en el polo positivo o soluble representado por el cobre, (por la formación del oxícloruro de cobre en virtud de la descomposición del plasma sanguíneo que baña la aguja positiva proporcionando cloro y oxígeno), sino que se extiende más allá del punto de aplicación arrastrando por lo tanto la corriente eléctrica las partículas sólidas del oxícloruro de cobre que hacen posible una acción química, produciendo modificaciones moleculares profundas y excitación de la pituitaria.

El hecho clínico, positivo y comprobado de que tanto las inyecciones de suero antidiftérico como las de suero normal o fisiológico de caballo, las salinas y la electrolisis ejercen una acción excitante poderosa sobre la mucosa nasal de los ocnosos, no es ciertamente exclusiva de tales agentes, sino que la obtenemos, quizás no con tanta intensidad, aplicando el masaje vibratorio, el masaje con formidas de algodón impregnadas de tintura de yodo o soluciones de diversos líquidos modificadores, Rapones de Gottstein, soluciones yoduradas por la vía gástrica, etc.

Esta poderosa acción excitante se traduce por un aumento considerable de la cantidad de moco; facilitando en consecuencia, la expulsión de las costras fétidas del oena verdadero.

Conclusiones.

1.^a Las causas susceptibles de determinar la aparición de la rinitis atrófica fétida pueden ser predisponentes y ocasionales. Entre las primeras pueden citarse el Escrofulismo, Sífilis, Tuberculosis, la Herencia, Edad, Sexo y Forma exterior de la nariz. Entre las segundas, las más importantes son la entrada en la nariz de partículas irritantes, los corizas agudos y las desviaciones del Labirinto.

2.^a Si bien admitimos que se trata de una afección microbiana, sin embargo todavía no se ha encontrado el microbio específico de esta enfermedad.

3.^a Esta afección comienza por la mucosa, ya en forma de catarro crónico de las glándulas que lesiona el Tejido erectil, ya verificando la degeneración grasosa del epitelio de las glándulas arracimadas

que termina en la atrofia y esclerosis de los elementos propios de la mucosa.

2.^a El síntoma más importante es el olor especial que exhalan los enfermos, cuyo carácter basta casi siempre para diagnosticar esta enfermedad. El examen rinoscópico aclara completamente el cuadro diagnóstico.

5.^a El ocrea verdadero se propaga a veces a la mucosa de la faringe nasal, a la traqueal y a la bronquial.

En algunos casos se alteran los aparatos de la audición, visión, gustación y también el digestivo y respiratorio.

6.^a La rinitis atrófica fétida presenta un cuadro tan claro y definido, que es imposible confundirla con alguna otra enfermedad.

7.^a A pesar de ser de larga duración y poco curable, no ofrece en general, peligro alguno para la vida del paciente.

8^a. Las prácticas mas convenientes en el Tratamiento del oena verdadero son, la limpieza nasal, la desinfección nasal y el empleo de los Rapones de Gottstein y de Woakes.

9^a. El médico que posee con perfección la Técnica del masaje vibratorio, puede asegurar la curación siempre y cuando el enfermo se preste, sin restricción de ninguna clase, a las sesiones que aquel crea convenientes, sobre todo si se trata de casos recientes.

100^a. Con las inyecciones de suero normal de caballo si bien es verdad que se logra la expulsión de las costras y la desaparición de la fetidez a los pocos dias de comenzado el Tratamiento, en cambio esta notable mejoría es de corta duración.

111^a. La electrolisis produce en unos casos una notable y duradera mejoría y en otros la curación, si el enfermo

se somete completamente a las prescripciones facultativas.

122.º Conviene no descuidar el Arreglo general: es pues conveniente en todos los casos el empleo de los Pónicos y reconstituyentes.

He Terminado.

Fran^{co} Javier Parés Barba

Barcelona Enero de 1901.

Admisión
Molina

Admisión
Calleja



Admisión

Ab. Mon. S. S.

Admisión
Hdefonso Rodriguez
y Fernandez