

DEFORMACIONES DEL TABIQUE NASAL

DESVIACIONES Y ESPESAMIENTOS DEL TABIQUE (ESPOLONES)—(Observaciones números 2,291 a 2,350). Cuando estas lesiones no son de origen traumático, dependen de un vicio de desarrollo de la cara, pues el tabique nasal, que proviene del *botón frontal medio*, tiene un desarrollo independiente del resto del esqueleto nasal que se forma a expensas de los *botones maxilares superiores*.

Encajado entre un marco resistente formado por el maxilar superior, el frontal, el etmoides y el esfenoides, si llega a desarrollarse mucho con relación al resto de las fosas nasales, tiene que incurvarse para poderse alojar en ellas; si a esto se agrega la frecuente elevación de la bóveda palatina en los adenoideos y la falta de paralelismo que existe en las razas superiores entre el exagerado desarrollo del cráneo con relación a la cara, se comprenderá la enorme frecuencia de las deformaciones del tabique, que unas veces se manifiesta encorvándose en forma de C o de S, y otras espesándose en el punto incurvado, produciendo crestas y espolones.

Las desviaciones las hemos observado más frecuentemente en los hombres que en las mujeres, en la relación de once a cinco, presentándose igualmente en ambos lados. Los espolones son mucho más frecuentes en el sexo masculino: treinta hombres por trece mujeres, siendo sensiblemente igual el número en cuanto al lado de la nariz en que se presenta (veintidós derechas, diez y siete izquierdas, cuatro bilaterales).

Siendo en el hombre, por lo general, mayor el desarrollo del cráneo, no es raro que las deformaciones del tabique sean más frecuentes en él que en la mujer.

Dada la obstrucción nasal que producen las deformaciones del tabique, se explican las complicaciones a que dan lugar. En las observaciones que presentamos encontramos lesiones del oído por falta de aeración de la trompa y algunas veces han llegado hasta la otosclerosis, ataques de asma, rinitis, faringitis granulosa y fenómenos generales que se marcan por neuralgias, cefaleas frecuentes y náuseas.

Tuvimos ocasión de operar dos individuos que hacía mucho tiempo sufrían de frecuentes náuseas que se creían de origen digestivo y habían estado sometidos a prolongados regímenes y que curaron completamente al operarles su tabique.

Desgraciadamente los enfermos, en lo general, no se someten fácilmente a las intervenciones quirúrgicas: resección submucosa en las desviaciones y resección de los espo-

lones, lo que los hace padecer indefinidamente un cúmulo de molestias que desaparecen, como por encanto, con la intervención. Así, de los diez y siete enfermos que se presentaron con desviaciones del tabique, sólo cuatro se sometieron a la resección submucosa del mismo, y de los cuarenta y tres que presentaban espolones sólo operámos diez y ocho.

SINEQUIAS DE LAS FOSAS NASALES—(Observación número 2,351). Sólo hemos observado un caso en una señora en quien habían hecho hacía largo tiempo una intervención sobre el cornete inferior derecho, y por falta de cuidados postoperatorios la superficie cruenta se adhirió al tabique nasal, que fue herido por alguna maniobra brusca en la operación. Los signos de obstrucción nasal que presentaba, desaparecieron cuando desbridámos las adherencias y resecámos unos pólipos.

ANOSMIA—(Observaciones números 2,352 y 2,353). No comprendemos en este grupo la anosmia de los ozenosos. Los dos casos observados eran debidos a las alteraciones de los filetes oftálmicos en el curso de la sífilis.

SINUSITIS MAXILAR—(Observaciones números 2,354 a 2,377). En los cuadros que presentamos figuran las supuraciones del seno maxilar bajo dos grupos: *empiema y sinusitis*. En el primero, que es el más frecuente, figuran aquellas supuraciones del seno que no han producido lesiones de degeneración en su mucosa de revestimiento y cuya capacidad es normal; y en el segundo, las supuraciones con degeneración de la mucosa (fungosidades), que han disminuído considerablemente la capacidad del seno, por debajo de dos centímetros cúbicos (la normal es de tres a cuatro centímetros cúbicos). Entre las veinticinco supuraciones del seno figuran diez y siete empiemas y ocho sinusitis, y se explica el mayor número de los primeros porque siendo tan alarmante el signo de la supuración, los enfermos acuden al médico antes de que la mucosa haya degenerado.

No sabemos por qué causa sea más frecuentemente infectado el seno izquierdo que el derecho, pero es observación que hemos visto no sólo entre nuestros enfermos (cuya proporción es de once a catorce), sino por los datos que hemos tenido de algunos de los otros especialistas de Bogotá.

La frecuencia de caries dentaria es mucha entre nosotros, y desgraciadamente bastante descuidada; así es que en la mayoría de los casos apuntados, ésta ha sido la puerta de entrada de la infección.

En cuanto a la marcha, diagnóstico y signos de esta enfermedad, no tenemos nada que agregar a lo que dicen los tratados de patología externa, y el tratamiento que hemos usado consiste en lavados, por medio de un trocar, con solu-

ción de suero fisiológico adicionado con un poco de agua oxigenada (1).

Con el método de los lavados el enfermo cura entre el 3º y el 4º lavado. Pasado este número no insistimos en el tratamiento y practicamos la operación radical de Caldwell Luo, que en los individuos pocopusilánimes hemos hecho con anestesia local, por el método de Luc, soportando los enfermos muy bien la intervención.

SINUSITIS FRONTAL—(Observaciones números 2,379 a 2,387). Menos frecuente que la sinusitis maxilar (nueve sinusitis frontales por veintiséis maxilares) la hemos visto casi siempre producida por un antiguo coriza. Sólo una vez (observación 2,382) se había producido como consecuencia de un traumatismo de la región frontal.

En los casos agudos, de origen catarral, nos hemos abstenido de operar y hemos empleado el tratamiento preconizado por Lermoyez y Laurens (pinceladas de cocaína seguidas de inhalaciones mentoladas y repetidas varias veces al día), tratamiento que establecido a tiempo y con constancia evita muchas operaciones.

En los casos crónicos e inveterados hemos practicado la cura radical por el procedimiento de Ogston Luc, haciendo casi siempre el curetaje de las células etmoidales, pues sabido es que la sinusitis frontal es mas bien una frontoetmoiditis (observaciones 2,381, 2,382 y 2,385).

POLISINUSITIS DE LA CARA—(Observación número 2,378). Dada la íntima relación de los senos de la cara, son muy frecuentes las polisinusitis en que las células etmoidales, esfenoidales, menos frontales y maxilares están infectadas. El caso que apuntamos pertenece a un individuo a quien vimos primero con una sinusitis maxilar que rehusó operarse: un año después lo volvimos a ver con una infección de todos los senos de la cara y signos meníngeos; quisimos operarlo, pero murió por síncope clorohídrico al empezar la operación.

FRACTURAS DEL MAXILAR SUPERIOR—(Observación número 2,388). Las fracturas de este hueso constituyen rarezas en las estadísticas. No observámos sino un caso, en que al caer de una bicicleta, el individuo se fracturó el reborde orbitario. Lo vimos al tercer día: había desalojamiento ligero de los fragmentos, edema, equimosis, dolor. Probablemente su fusión sanguínea en el antro que estaba opaco a la transiluminación; anestesia en la zona de inervación

(1) Creemos haber sido nosotros los primeros en introducir los lavados del seno con *soluciones isotónicas*, únicas que no irritan la mucosa, como tuvimos ocasión de comunicarlo en 1913 a la Sociedad de Oftalmología y Otorrinolaringología de Bogotá.

del infraorbitario. No había enfisema. Terapéutica expectante: inmovilización (bastante relativa). Al cabo de un mes el enfermo estaba bien, pero al palpar el reborde se notaba aún un pequeño hundimiento y un callo ligeramente vicioso.

TUMORES DEL SENO MAXILAR—(Observación número 2.389). En esta estadística no figura sino uno, que por su marcha y caracteres clínicos clasificamos entre los sarcomas, y que acudió a nosotros cuando ya era tarde para intentar una intervención.

RINOESCLEROMA—(Observaciones números 2,390 a 2,393). El rinoescleroma es una afección bastante frecuente en nuestras clases pobres; numerosos son los casos que se ven en el Hospital de San Juan de Dios. En las clases acomodadas es sumamente raro; no recordamos haberlo visto sino una sola vez en una señora de Bogotá, quien se presentó al consultorio con fenómenos laringofaríngeos. En cambio, entre los agricultores, criados, etc., se ve con frecuencia. Hay regiones, como el Valle de Tensa, Sogamoso, Cajicá, que dan gran número de rinoescleromas, y se encuentra casi con igual frecuencia en los individuos que viven en tierra fría como en los que viven en tierra caliente. Nunca lo hemos visto en niños menores de diez años.

A pesar de los trabajos de Alvarez, Cornie, Castex, etc., no se ha demostrado en absoluto que sea el bacilo de Frisch, que se encuentra en los cortes de rinoescleroma, el verdadero y único agente de la lesión. Nosotros no hemos tenido modo de hacer estudios bacteriológicos sobre el particular, pero dada la marcha clínica de algunos rinoescleromas que hemos observado, les hemos encontrado grandes analogías con la leishmaniasis tegumentaria descrita por d'Utra e Silva (1).

Aunque en esta última no se encuentran el endurecimiento de los tejidos ni las lesiones faringotraqueales, son tan frecuentes como en el rinoescleroma; únicamente hemos hallado grandes analogías en la forma de las ulceraciones tanto cutáneas como mucosas, lo que nos hace pensar que debiera buscarse entre las leishmaniasis la causa de muchos de nuestros rinoescleromas, bubones de Vélez, bubones tropicales, etc., y muchas úlceras tropicales cuya etiología nos es desconocida (2).

(1) Sobre a *Leishmania tegumentar* e seu tratamento pelo doctor Oscar d'Utra e Silva. «Memorias do Instituto Oswaldo Cruz.» Año 1915. Tomo VII. Facidulo II.

(2) Viendo las descripciones de d'Utra e Silva sobre la leishmaniasis tegumentaria, observada en el Brasil, se encuentran clínicamente iguales a nuestro bubón de Vélez.

Los agentes medicamentosos, desde el salicilato y el yoduro hasta el mercurio y el *606* han sido hasta hoy infructuosos en el tratamiento del rinoescleroma.

Nosotros, en este año, guiados por el estudio de d'Utra e Silva hemos empezado a ensayar las inyecciones intravenosas de tártaro emético, en dosis de 0,05 y hasta de 0,10 centigramos; pero como no disponemos de un servicio hospitalario en donde poder hacer estos experimentos, y son raros los rinoescleromas en la clientela civil, apenas hemos empezado a hacer el experimento en dos individuos, uno de los cuales se ha visto mejorado bastante después de la 15ª inyección; en el otro apenas hemos puesto cuatro. Estos casos, que aún tenemos en observación, no figuran en nuestros cuadros estadísticos, y únicamente los citamos para que sirvan de base a los médicos que quieran cooperar por medio de este tratamiento al estudio de estas lesiones.

En las cinco observaciones que figuran en nuestros cuadros no ensayamos el emético, los tratamientos médicos no tuvieron ningún resultado y nos vimos obligados a recurrir a la cirugía para producir algún alivio por medio de extirpaciones más o menos totales y de curetajes que no dieron sino resultados medianos, pues las lesiones volvieron a reproducirse al cabo del tiempo, y necesitaron nuevas intervenciones.

NEURALGIAS FACIALES—(Observaciones números 2,394 y 2,395). Aunque la neuralgia facial no sea enfermedad cuyo tratamiento corresponde al especialista, suelen venir a nuestro consultorio enfermos con fuertes neuralgias de la cara, creyendo que dependan de afecciones de la nariz o del oído.

Figuran sólo dos en las observaciones que presentamos, una (número 2,395), de origen palúdico, que curó con quinina, y otra, de origen desconocido (no había antecedentes palúdicos ni sifilíticos y el enfermo hacia muchos años había perdido todos los dientes), en la que obtuvimos excelentes resultados con dos inyecciones de alcohol puestas sobre el tronco nervioso del nervio maxilar a su salida por el agujero oval.

ENFERMEDADES DE LOS OIDOS

ECZEMAS DEL PABELLÓN DE LA OREJA—(Observación número 2405). Casi nunca se consulta al otologista para esta clase de eczemas, que en lo general son tratadas por los dermatólogos, lo que explica que a pesar de su frecuencia no figure sino un caso en esta estadística, que cedió fácilmente por los tratamientos ordinarios.