

PARÁLISIS DE LAS CUERDAS VOCALES—(Observaciones números 2,076 y 2,077). Los casos vistos dependen de parálisis del recurrente por dilataciones aórticas.

ENFERMEDADES DE LAS NARICES

HUNDIMIENTO CONGÉNITO DE LOS HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ—(Observaciones 2,078 a 2,079 A.) El hundimiento en silla de los huesos propios de la nariz, lesión congénital que casi siempre tiene por causa la heredosífilis, no preocupa en lo general a los que lo padecen. No hemos visto sino tres casos que acudieron a nosotros, buscando una mejoría estética, la que lográmos mediante una prótesis de parafina.

TRAUMATISMO DE LA NARIZ—(Observaciones números 2,080 a 2,086). Siendo la parte más saliente de la cara, es lo natural que la nariz sea una de las que más estén sujetas a lesiones traumáticas: contusiones, fracturas y luxaciones de los huesos propios del *septum* y luxaciones y fractura de los cornetes.

Como la inmediata deformación, el edema y muchas veces el enfisema alarman sobre manera a los enfermos, estas lesiones son por lo general tratadas prontamente, y como puede verse en las observaciones que apuntamos, los casos en que se ha intervenido precozmente han curado sin dejar lesiones ni deformaciones.

TUMORES DE LA NARIZ—(Observación 2,087). No hemos observado sino un epitelioma de la parte anterior del subtabique, (El epitelioma cutáneo de la nariz es mas bien afección del dominio de la dermatología que de la rino-logía; así, los casos que hemos tenido ocasión de tratar no figuran en esta estadística).

GRITAS DEL VESTÍBULO DE LA NARIZ—(Observación 2,088). Las grietas que frecuentemente se observan en el vestíbulo de la nariz son muy dolorosas y se relacionan con el eczema que viene a complicar. No incluimos aquí las que se refieren a la hidrorrinorrea y que son producidas por la irritación del líquido secretado. En todas nos ha dado buen éxito el nitrato de plata combinado con el tratamiento general.

ECZEMA DE LA NARIZ—(Observación 2,089). La evolución de este eczema no ofreció nada de particular que lo diferenciara de los demás eczemas de la cara.

RINOFIMA—(Observaciones 2,090 a 2,092). Los frecuentes brotes de acné, los hábitos alcohólicos, la invasión de la piel por el *desmordex folliculorum* y muchas otras cosas que nos son desconocidas, vienen a producir en la piel de la nariz un espesamiento rojizo que la agranda, debido a la

infiltración que sufren los folículos de la piel, haciéndolas presentar un aspecto elefantásico muy poco estético. A este estado se ha dado por algunos autores el nombre de rinofima.

Aunque la lesión no ofrece ninguna gravedad desde el punto de vista funcional y general, es por la deformidad que produce una de las afecciones nasales que más preocupan a los enfermos que acuden al especialista después de haber ensayado una infinidad de pomadas y específicos.

Nosotros, después de haber ensayado varios tratamientos, hemos optado por hacer finas escarificaciones con un cuchillo de galvanocauterio, llevado al rojo sombrío y repetidas cada doce o quince días, obteniendo así resultados bastante satisfactorios en algunas ocasiones.

CUERPOS EXTRAÑOS DE LAS FOSAS NASALES—(Observaciones 2,093 a 2,094 A). Debido a la funesta costumbre que tienen los niños de llevar cuerpos extraños a los orificios naturales (boca, nariz, oídos), es casi solamente en ellos en quienes se observan los cuerpos extraños. Los hemos hallado de diversas naturalezas, y en todos hemos hecho su extracción con mayor o menor dificultad.

EXCORIACIONES Y ULCERACIONES DEL TABIQUE—(Observaciones 2,095 a 2,099). No incluimos en los casos que aquí figuran las ulceraciones debidas a la sífilis ni a la tuberculosis, sino solamente las de origen traumático (producidas casi siempre con la uña), o de causas desconocidas. En lo general hemos obtenido la curación advirtiendo al enfermo no tocarse la región irritada, y haciendo una ligera antisepsia con cauterizaciones de yodo en solución suave; nitrato de plata al 2 o 3 por 100, algunas veces aplicaciones de galvanocauterio y pomadas con base de mentol y ácido bórico.

EPISTAXIS—(Observaciones números 2,100 a 2,104). Gracias a la rinoscopia está demostrado hoy que la epistaxis es causada por una lesión local de la mucosa (Guisez). El estado general del enfermo, que antes se consideraba en primera línea, no debe ser tenido en cuenta sino como causa predisponente de la epistaxis o hemorragia nasal espontánea. (Dejamos aparte las hemorragias nasales traumáticas).

La epistaxis tenga o nó una causa predisponente (enfermedades del hígado, del corazón, hipertensión, alteraciones de los vasos, lesiones renales, etc.), siempre tiene como causa la ulceración de un vaso de la pituitaria, generalmente del tercio anterior del tabique (mancha vascular del tabique).

Los casos que hemos tratado, fuera de las prescripciones de orden general y algunas veces del galvanocauterio, han sido por el taponamiento anterior, hecho metódica-

mente por pisos, y viendo bien lo que se hace, produce la detención de la hemorragia nasal, sea cual fuere la región que sangre.

La rinología moderna ha proscrito el taponamiento posterior, verdadero foco de infección de los senos y de las trompas, y que nunca reemplaza a un taponamiento anterior bien hecho.

CORIZA—(Observaciones números 2,105 y 2,106). Siendo común el coriza en Bogotá, sólo dos enfermos han consultado para esta enfermedad, sobre la que no tenemos nada especial que agregar a lo dicho en los tratados de patología.

RINITIS CATARRAL CRÓNICA—(Observaciones 2,107 a 2,109). Con este nombre se designa la infección prolongada de la mucosa nasal constituida muchas veces por la cronicidad del coriza. En los casos que hemos visto la hemos hallado caracterizada clínicamente por la obstrucción nasal e hipersecreción mucopurulenta. Es pues una afección distinta de la rinitis hipertrófica, en la que hay degeneración de la mucosa y de la rinitis vasomotora que tiene un origen nervioso.

Se encuentra en todos los sexos y edades y tienen gran influencia en su producción los cambios atmosféricos, las lesiones viscerales que producen éctasis sanguíneo en la pituitaria y algunas enfermedades generales (artritis, escrófula). Las lesiones nasales y del nasofaringe constituyen una predisposición local para su producción.

La obstrucción nasal y la frecuente necesidad de sonarse son los síntomas que más molestan a los pacientes, quienes presentan al examen rinológico una tumefacción de la mucosa, de orden hiperémico, que explica las variaciones que sufren según los cambios de temperatura y de posición del enfermo y que le han dado el nombre de *rinitis de báscula*.

El tratamiento causal es de primordial importancia, lo que indica que en estos enfermos se debe hacer un cuidadoso examen del estado general. Como tratamiento local hemos empleado con buen éxito los lavados con monosulfuro de sodio y la pomada boricomentolada.

RINITIS HIPERTRÓFICA—(Observaciones números 2,110 a 2,178 y 2,198 a 2,212). Una de las variedades de rinitis crónica es la rinitis hipertrófica, en la que la hipertrofia de la mucosa nasal, con todas sus consecuencias, constituye el carácter primordial, y puede presentarse bajo dos formas: o simplemente *hiperémica* por congestión activa o pasiva de la mucosa, o debida a una *hiperplasia* de la mucosa con degeneración mixomatosa.

Sus causas son las mismas que las de la rinitis crónica catarral que le da origen, y sus síntomas son los mismos, con la diferencia de presentar muy marcada y constante la obs-

trucción nasal con todo su cortejo de consecuencias y accidentes reflejos. La obstrucción nasal es mono o bilateral, más marcada por la mañana que por la tarde; varía según la posición del enfermo y el estado atmosférico, y a consecuencia de ella los pacientes se quejan de sequedad en la garganta y disminución del olfato y del gusto. *La neurosis refleja de origen nasal* a que da origen se marca por disnea, verdadera *asma nasal* en algunos casos; accesos de estornudos y de tosque en algunos casos producen una verdadera sofocación. Los fenómenos del lado de la trompa (catarros) y del oído medio, otitis serosa, purulenta, esclerosis timpánica) son numerosos, tanto más que en estos enfermos hay con frecuencia anomalías óseas (espolones y desviaciones del tabique) y catarro nasofaríngeo.

Frecuentemente estos enfermos tienen cefaleas, vértigo y náuseas que vienen a juntarse a la molestia producida por la frecuente secreción nasal.

Al hacer el examen rinoscópico la mucosa se suele presentar hipertrofiada bajo dos aspectos, o una hipertrofia dura y congestiva o bajo un aspecto irregular y grisoso, signo de una degeneración pseudopoliposa (que es la que en nuestros cuadros estadísticos llamamos *hipertrofia difusa*).

El tacto con el estilite y la aplicación de la cocaína nos dan datos precisos para diferenciar estas dos clases, cuyo tratamiento es diferente; en la primera, al tocar con el estilite se aprecia su dureza y se contrae con la cocaína, no así en la segunda.

Las primeras, que llamamos en nuestros cuadros *hipertrofias mucosas*, benefician de la galvanocauterización, y las segundas no sólo no benefician sino que se empeoran con el galvanocauterio, siendo su único tratamiento racional la extirpación de todo o parte del cornete con el serranudo o más raras veces con el turbinótono. Las lesiones por lo general son en el cornete inferior.

En los cuadros que presentamos hemos hecho algunas subdivisiones, según que la hipertrofia esté diseminada a varios cornetes (rinitis hipertrófica) o localizada al inferior en sus dos formas, *hipertrofia mucosa del cornete* (hipertrofia dura) e hipertrofia difusa, que es aquella en que la mucosa ya ha sufrido una degeneración.

Entre los ochenta y cuatro casos que citamos, figuran ocho veces la rinitis hipertrófica diseminada, sesenta y una veces la hipertrofia mucosa y quince veces la hipertrofia difusa; así hemos intervenido haciendo la galvanocauterización profunda veintinueve veces y doce la resección del cornete.

PÓLIPOS MUCOSOS DE LA NARIZ—(Observaciones números 2,179 a 2,197). Los pólipos de la nariz son sumamente

frecuentes; Nattier y Ripault los han encontrado en el 3 o 4 por 100 de autopsias de cadáveres tomados al azar; son más frecuentes en el adulto y en el hombre, y sus causas determinantes son múltiples, colocándose en primera línea la rinitis crónica y las supuraciones nasales o de sus cavidades vecinas (senos), lo que hace que casi siempre estén implantados al nivel de los meatos.

Sus signos funcionales son los de la obstrucción nasal, pero el diagnóstico debe ser rinológico y hecho con el espéculo que los hace ver en los meatos o a nivel de las choanas.

De los diez y nueve casos que se presentaron tuvimos ocasión de tratar doce, haciendo su extirpación, ya con la pinza, ya con el serranudo, según su volumen y número. Observámos en algunos casos la reproducción, y tuvimos que reoperarlos.

HIDORRREA NASAL—(Observaciones números 2,213 a 2,218). La hidrorrea nasal o hidrorrinorrea es un síndrome caracterizado por la salida profusa y persistente del líquido acuoso por la nariz.

La secreción puede venir de la nariz misma, del cráneo (salida del líquido céfalorraquídeo) o de los senos. No tendremos aquí en cuenta sino aquella que proviene de la nariz.

El líquido claro y trasparente, un poco viscoso, puede alcanzar hasta la cantidad de un litro por día; hay obstrucción nasal, irritación, cosquilleo, cefalea frontal y al examinar la mucosa se ve muy pálida, como lavada.

Nada más oscuro que la etiología y patogenia de esta afección. Las alteraciones nerviosas, las emociones, el frío, el polen de algunas plantas, parecen producir las crisis. El enfermo que apuntamos en la observación 2,218, tenía sus crisis al salir al campo, tanto que pensámos antes de hacer el examen rinoscópico que se tratara de un catarro de heno (*hayfever*), pero el aspecto pálido de la mucosa y la ausencia de signos bronquiales nos hizo inclinarse a diagnosticar una hidrorrea nasal simple, en la que quizás el polen de las flores de la Sabana de Bogotá la determinaba, pues este señor no tenía secreción abundante sino cuando entraba a algún potrero, suprimiéndose cuando regresaba a la ciudad. Había pues una verdadera anafilaxia producida por polen de flores.

De las varias hipótesis que hemos visto para explicar su patogenia nos parece la más verosímil la de Molinié, quien supone una exósmosis cerosa debida a una vasodilatación por parálisis de los vasoconstrictores dependiente de una lesión del ganglio de Meckel o de sus ramas eferentes.

Como tratamiento hemos usado los vasos constrictores, empleándolos en la forma que prescribe Lermoyez:

Sulfato de atropina.....	0,005 miligramos.
Sulfato de estricnina.....	0,05 centigramos.
Jarabe de C. N. A.....	400 gramos.

Una o dos cucharadas diarias.

Al mismo tiempo que un cuidadoso tratamiento delgado de las fosas nasales, supresión de pólipos, grietas, espollones, etc., que puedan producir alguna irritación.

RINITIS ATRÓFICA. (Ozena)—(Observaciones números 2,219 a 2,277). Por desgracia esta afección es bastante frecuente en Bogotá (cincuenta y ocho casos en esta estadística).

Clínicamente está caracterizada por lesiones atrofiantes de la mucosa con producción de un olor especial y causada por un microorganismo, el diplococo de Loewenberg.

Varias son las causas que predisponen a la ozena: la edad desempeña factor principal; casi siempre aparece en la niñez o la juventud, y es muy raro que se presente en los viejos. En nuestra estadística se ve que son los más frecuentes los casos comprendidos entre los cuatro y los veinte años, siendo más atacadas las mujeres que los hombres (treinta y cinco mujeres contra veintitrés hombres). Los estados patológicos anteriores, especialmente la sífilis y heredosífilis que hemos encontrado casi en el 20 por 100 de los casos (trece enfermos con antecedentes específicos entre cincuenta y ocho), las lesiones nasales crónicas que por su constante secreción producen una irritación de la mucosa y las hipertrofias de amígdalas y adenoides.

Hemos observado la funesta influencia de la herencia, viendo familias enteras de ozenosos, aunque en esos casos no podemos afirmar si no es más bien el contagio que la herencia el que ha producido la epidemia.

La conformación anatómica de la nariz es bien conocida como causa predisponente de la ozena, y en todos los tratados de patología se habla de ella explicando que la gran amplitud de las fosas quita a la corriente de aire espirado la fuerza necesaria para barrer las secreciones nasales, favoreciendo su estancamiento.

Desde que se tiene probado el origen netamente infeccioso de la ozena, se ve a priori que es contagiosa. Nosotros hemos tenido ocasión de verlo en una familia donde recibieron una sirvienta ozenosa que contagió a dos de los niños que cuidaba.

No nos detendremos a relatar la sintomatología de la ozena: aspecto exterior de la nariz; fetidez que hace el diagnóstico a distancia, y aspecto particular de atrofia y presencia de costras reveladas por el examen rinoscópico, por ser asunto bien conocido de los prácticos.

Dados los dos factores principales de la producción de la ozena: la infección por el diplococo de Loewenberg y estancamiento de las costras por la amplitud de las fosas nasales, nosotros hemos empleado el tratamiento mixto, que consiste en desembarazar de las costras la nariz mediante lavados alcalinos, y escobillonajes con glicerina yodada, produciendo así la mayor limpieza posible de la nariz y la reconstrucción de los cornetes por medio de inyecciones de parafina sólida.

De los cuatro enfermos que figuran en nuestras observaciones como sometidos al tratamiento con inyecciones de parafina, tres curaron completamente. Desgraciadamente este método requiere muchos meses para llevarlo a cabo, pues en cada inyección no puede ponerse sino una muy pequeña cantidad por ser muy fácil reventar la mucosa poniendo mucha parafina y muchas veces los enfermos no tienen la paciencia o el tiempo suficiente para someterse a un tratamiento tan largo, pero hasta hoy el único seguro.

RINITIS IMPETIGINOSA—(Observaciones números 2,278 a 2,283). Es muy frecuente que en las personas debilitadas, y sobre todo en los niños, las lesiones de impétigo se localicen en el vestíbulo de la nariz y en la piel que lo avecina, produciendo fenómenos agudos de rinitis, bastante dolorosos.

Fuera del aumento de la secreción nasal y las molestias que produce, la mayor complicación que le hemos encontrado es la concomitancia de conjuntivitis flictenular y la blefaritis ciliar.

Con el uso de la pomada mentolada, fuertemente boricada y un poco de higiene hemos visto la curación en pocos días.

SÍFILIS NASAL—(Observaciones números 2,284 a 2,290). La sífilis puede presentarse en todas sus formas en la nariz, pero como dijo Fournier, «la goma ama a la nariz»; así, de las siete observaciones que anotamos, seis corresponden al período terciario: úlceras, perforaciones del tabique, destrucción de los huesos propios, etc., y sólo hemos visto una rinitis sífilítica (coriza) del período secundario. La observación del número 2,290 ofrece particular interés por tratarse de una niña de trece años, heredosifilítica, en quien la infección siguió una forma gomosa que destruyó los huesos propios de la nariz y la piel, no dejando sino la parte inferior de la nariz (lóbulo). Cuando llegó a nuestro consultorio la perforación era del tamaño de una moneda de cincocentavos, no existían los huesos propios ni el tabique, ni el vómer. Hicimos un activo tratamiento por el 606, y luego una autoplastia por colgajos frontales, logrando la íntegra reconstrucción de las partes cutáneas destruidas.