

CONTRIBUCION AL ESTUDIO

DE LAS

Neurosis Reflejas de Oríjen Nasal



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

MEMORIA DE PRUEBA PARA OPTAR
AL GRADO DE LICENCIADO EN LA FACULTAD DE
MEDICINA Y FARMACIA

POR

Raimundo Ortiz V.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

SANTIAGO DE CHILE

IMPRENTA Y ENCUADERNACION DEL COMERCIO

MONEDA, 1027

1898



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

A MI DISTINGUIDO PROFESOR

DR. TOMAS L. ALBARRACIN

Su Alumno.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Neurosis reflejas de origen nasal

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

La *mucosa nasal, membrana de Schneider*, ha sido ya tema de un gran número de trabajos tendentes a demostrar las diversas perturbaciones reflejas que origina una alteración de su tejido, por insignificante que sea.

Aunque antes de unos 25 años se conocían las relaciones que existe entre el asma y una alteración de la pituitaria, solo después de los estudios de Voltolini y Fraenkel (1881) y sobre todo después de Herzog y Hack (1882) se ha llevado el estudio de las neurosis reflejas de origen nasal a sus verdadero terreno y se ha llegado a dilucidar fenómenos tan complejos, cuya curación escapaba a la ciencia médica, puesto que la causa permanecía oculta. Así, por ejemplo, ¿cómo tratar una tos espasmódica, una afonía refleja, un vértigo, una epilepsia, si un examen rinoscópico no descubriera un pólip, vegetaciones adenoideas, una degeneración de un cornete u otra alteración escondida en la cavidad retro nasal?

Hack, estudiando el asma reflejo y otras neurosis, dió a conocer brillantes éxitos terapéuticos, obtenidos con una curación endonasal, fundando así su teoría bajo una base sólida.

Se han desprendido de aquí muchos trabajos mas o menos extensos sobre otras diferentes neurosis en relación con las afecciones nasales, pero sin llegar a esponder en todas su patología exacta. Queda, pues, todavía abierto un ancho campo a las investigaciones.

Sin pretender describir aquí todas las neurosis reflejas de origen nasal, solo he elegido este tema para mi trabajo, con el objeto de describir ante la respetable Comisión Examinadora, algunos



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

casos sobre fenómenos reflejos observados por mí en la Policlínica Oto-rino-laringológica de mi profesor Dr. T. Albarracín. En estas observaciones, como se verá, el tratamiento de diversas lesiones de la cavidad nasal me ha llevado al feliz resultado de la curación o mejoría de los enfermos.

* * *

¿Qué es lo que constituye el tejido cavernoso o eréctil de la pituitaria, a quien Hack hace jugar el principal papel en la producción de los fenómenos reflejos? La disposición especial que presentan las glándulas i sobre todo los vasos en la mucosa según las partes que tapiza, nos hará detenernos un instante en algunas consideraciones al respecto.

Según las funciones que desempeña la pituitaria, está dividida en dos partes, superior u olfatoria e inferior o respiratoria.

De un color rosado pálido en la región superior o bóveda nasal tiene muy poco espesor i es adherente al periostio; contiene pocos vasos sanguíneos i glándulas en tubo (Bowman). En el tabique la mucosa tiene mas espesor i mayor cantidad de vasos sanguíneos, pero es sobre todo al nivel de los cornetes donde los vasos toman tan gran desarrollo que constituyen mallas de vasos formando un tejido eréctil o cavernoso, con la sola diferencia que aquí los vasos conservan sus túnicas.

En el cornete inferior es sobre todo donde se observa esta disposición; encontramos aquí una mucosa sumamente gruesa, de una coloración subida, conteniendo fibras musculares i glándulas en racimo (región respiratoria). Según Suckerkand el tejido eréctil se encuentra además: en la extremidad posterior de los tres cornetes, borde libre del cornete medio i parte posterior del tabique. Se sitúan los vasos según este autor en dos capas: una superficial o cortical, formando mallas, i otra profunda con verdaderas lagunas. De estos receptáculos venosos salen cinco grupos de vasos: 1) plexo nasal externo, que se dirige al orificio nasal externo; 2) i 3) que van a las cavidades orbitarias i craneana; 4) hacia el velo del paladar, i 5) hacia atrás (fosa pterigo-palatina). Agrega Suckerkand que las venas que se dirigen a la cavidad craneana anastomosan con venas de la duramadre i seno longitudinal superior; otra vena que penetra por la lámina cribosa del etmoides se vierte en la red venosa del tronco del nervio olfatorio o en otra vena del lóbulo oxipital, yendo así directamente al cerebro.

Esta ligera reseña de la vascularización nasal es importante, por cuanto nos explica la facilidad con que se congestiona la pituitaria, sobre todo al nivel del cornete inferior i al cual se atribuye ser el punto de partida de la jeneralidad de reflejos nasales, como veremos luego.



Ahora bien, las conexiones diversas de las redes venosas de la mucosa con las de otras regiones nos explicaría también los éxtasis sanguíneos a distancia (cavidad craneana, orbitaria) consecuencia de una circulación endonasal perturbada (pólipos mucosos, degeneraciones, hipertrofia de los cornetes, etc.) Trantmann explica a su vez la erección del tejido cavernoso de las fosas nasales, que acompaña comúnmente a las vegetaciones adenoideas de la faringe nasal por las comunicaciones de las venas de esta región con las de la nariz.

El sistema linfático de la pituitaria forma mallas superficiales que se distribuyen sobre la mucosa, reuniéndose después en dos troncos, en conexión con los ganglios linfáticos laterales de la faringe por debajo de la apofisis basilar i del esterno cleido mastoideo (Bayer).

Una cuestión de importancia es la investigación de las relaciones que existen entre la red linfática nasal i la cerebral. Los estudios de Key i Retznis, verificados en animales han probado que existen conexiones entre los vasos linfáticos endonasales i los espacios subdurales i sub-aracnoideos. Haciendo extensivas estas relaciones al hombre, Lange trata de explicarse los síntomas cerebrales reflejos provenientes de un cornete degenerado, de una desviación del tabique, de vegetaciones adenoideas, etc., diciendo: Una interrupción en la circulación linfática naso-encefálica produce una acumulación de líquido en los espacios subdurales i subaracnoideos; acúmulo que comprimiendo ciertas regiones del cerebro es la causa de síntomas diversos, aporexia, memoria perezosa, perturbaciones del sueño, pesadillas, perturbaciones de la respiración, perturbaciones centrales del olor, accesos epilépticos, etc.); se agrega a esta causa la oxigenación incompleta de la sangre debida a la obstrucción nasal.

Naturalmente que la patojenia de las afecciones reflejas de origen nasal depende directamente de la innervación de la mucosa, innervación que proporciona una delicada excitabilidad. Se sabe que en muchos casos una excitación ligera se traduce por síntomas ya en la misma mucosa (hidrorrea nasal, hiperemia) i síntomas reflejos alejados (espasmos laríngeos, asma, etc.); esta hiperexcitabilidad aumenta con la repleción del tejido erétil (Hack).

Fuera del nervio olfatorio, encargado de su función especial, tenemos dos nervios principales, el trijémico i el gran simpático, que con sus conexiones con el neumogástrico i el glosio-faríngeo, constituyen la innervación de la mucosa.

Los fenómenos reflejos a distancia guardan relación con estas relaciones nerviosas i su distribución. Para Bayer, el trijémico tendría bajo su dependencia los síntomas reflejos encefálicos i de nervios craneales; el simpático, los producidos en los aparatos circulatorio (corazón), respiratorio, digestivo i genital.





Pasemos ahora a examinar cuales son las alteraciones endonasales necesarias para la produccion de fenómenos reflejos:

Hack, da toda la importancia al hinchamiento o turjencia de la mucosa nasal i en especial la que tapiza el cornete inferior (tejido eréctil) como causa productora de un síntoma reflejo; lo que ha probado experimentalmente destruyendo o cauterizando las partes incriminadas i obteniendo felices resultados, pues la curacion sobrevenia pronto (asma, reflejo).

Esta turjencia de la mucosa ha sido observada despues en el cornete medio aunque no con tanta frecuencia como en el inferior.

B. Fraenkel, Scheffer i Scheiman, creen que existe sobre la mucosa nasal patológica, sobre todo en la de los cornetes, verdaderas placas o centros de excitacion, que serian el punto de partida de reflejos diversos, sin precisar que tal o cual punto excitado corresponda siempre a un síntoma reflejo dado.

Gottstein i Fraenkel, estudiando la teoria de Hack, no se consideran satisfechos con la explicacion que el tejido cavernoso enjugitado sea suficiente para provocar tales fenómenos; Hering i Schmaltz (1885-1886) se avanzan mas i no aceptan la teoria espuesta.

Lermoyez dice que es tan falso el papel que se incrimina al tejido eréctil, cuando él ha observado la produccion de reflejos en el ozena, en que existe una verdadera atrofia de la mucosa (?). Este autor en su clasificacion sobre las causas de los reflejos dice que existen zonas de hiperestesia sin modificacion de la mucosa.

G. N. Mackenzie, atribuye la produccion de los fenómenos observados al aumento de volúmen de la parte posterior de los cornetes i Baratonx da importancia al tejido cavernoso que se encuentra situado en la parte posterior del tabique.

Esta diversidad de opiniones no se estiende hasta no reconocer el papel directo que juegan los nervios sensibles e irritados de la mucosa en la produccion de los desórdenes reflejos.

Los estudios de Moldenhauer encaminados a salvar esta division de pareceres, lo han conducido, por experiencias prácticas, a explicaciones mui aceptables. Como Hack cree que la réplecion del tejido cavernoso juega un gran rol en la trasmision de los reflejos secundarios, pero no jeneraliza esta teoria ni la hace tan esclusiva como él. Así hai muchas otras causas que producen reflejos, causas que en la mayoría de los casos, es cierto se acompañan de infarto del tejido vascular de la mucosa. De aquí se desprende que no en todos los casos, cuando se produce un fenómeno reflejo iremos a cauterizar o destruir la mucosa eréctil de un cornete, siendo que esta conjection está mantenida por otro

proceso patológico, un pólipo o vegetaciones adenoideas, por ejemplo, causa primera, orijinadora del aumento del cornete i del reflejo.

Así como la ereccion del tejido venoso de un cornete puede producirse por una excitacion directa, (estilete, cuerpos pulverulentos, etc.) podemos encontrarnos, pues, en presencia de un doble fenómeno reflejo, es decir, primero una causa que orijine la replecion venosa de la mucosa (pólipos, vegetaciones o mas lejana, aparato jenital, aparato digestivo, etc.) i segundo el fenómeno reflejo consecutivo a tal alteracion.

Otra de las causas susceptibles de producir perturbaciones reflejas es aquella orijinada por dos superficies mucosas que se ponen en contacto, cuando normalmente permanece alejada una de otra. Muy frecuente es observar esta circunstancia al nivel del cornete medio, que por estar tan cercano al tabique, una hipertrofia o degeneracion de aquél acarrea el contacto entre las dos superficies mucosas. De la misma manera, el cornete inferior, tan continuamente atacado por la congestion de su mucosa, concluye al fin por sufrir una hiperplasia, una verdadera hipertrofia de sus elementos constitutivos, hipertrofia que siendo permanente llega a la degeneracion (mixomatosa, fibro mixomatosa) a ponerse en contacto con el tabique, obstruir la nariz i a producir síntomas reflejos.

Sin embargo, para algunos autores la mucosa hiperplasiada o degenerada es ya incapaz de orijinar perturbaciones reflejas.

Las deformaciones del esqueleto nasal, estenosis, ya sean congénitas o adquiridas, las crestas del tabique, sinequias mucosas, cuerpos estraños, rinolitos, son otras tantas causas productoras de fenómenos reflejos. Agreguemos a esto los pólipos mucosos sobre todo aquellos de pedículo largo i que les permite irritar con sus movimientos a la mucosa pituitaria.

Es en la cavidad retronasal donde se esconden muchas veces otras causas productoras de los mismos síntomas, así tenemos la vegetaciones adenoideas, catarro crónico retronasal, pólipos naso-farinjeos, etc.

Es digno de notar las perturbaciones que producen sobre todo las vegetaciones adenoideas en el niño. Las cefaleas, neuraljias, tos espasmódica, laringitis estridulosa, incontinenencia nocturna, aprosexia, ataques epilépticos, etc., son síntomas que comunmente acompañan a las vegetaciones, como lo observa Bonain. Es mas raro observar estas perturbaciones en el adulto, en primer lugar porque ya las vegetaciones adenoideas desaparecen, i ademas que el desarrollo de la cavidad naso-farinjea hace la respiracion mas completa. Sin embargo, Raulin ha hecho notar casos contrarios, es decir, vegetaciones adenoideas que determinan in-

suficiencia respiratoria junto con una tumefaccion de la mucosa del cornete inferior i fenómenos reflejos consiguientes.

Las irritaciones de los nervios sensitivos especiales pueden obrar sobre los órganos eréctiles de la nariz i producir un fenómeno reflejo secundario; es lo que pasa con las excitaciones del óptico o del olfatorio. La sensacion, por ejemplo, que proviene de una luz viva sobre el ojo se traduce a veces por estornudos i secrecion serosa; lo que pasa aquí no es mas que un doble fenómeno reflejo: excitacion del óptico, excitacion de los filetes del trijémino i simpático que presiden a la turjencia del tejido cavernoso, i ereccion de este tejido; la hiperexitabilidad nasal aumenta i sobrevienen los estornudos e hidrorrea nasal (coriza vaso motor).

Las irritaciones del *olfatorio* obran mas o ménos del mismo modo. Joal ha estudiado detenidamente estas cuestiones («Olores i su influencia sobre la voz»—«Afonias de orijen olfativo»). Debemos repetir pues con este autor *que las irritaciones terminales del olfativo, provocan, por accion refleja la turjencia del tejido eréctil de la nariz i la excitacion de los filetes del trijémino*, de donde resultan reflejos secundarios.

* * *

Conocida ya la importancia que tiene la conjestion de la pituitaria aumentando su hiperexitabilidad, no olvidemos que hai otros órganos alejados que pueden a su vez venir a provocar la hiperemia de la mucosa nasal. Fliess ha estudiado las relaciones que existen entre la nariz i el aparato sexual i ha visto producirse hiperemias con estenosis nasal, epistaxis i fenómenos reflejos durante la menstruacion i aun durante el coito.

Las perturbaciones dijestivas producen tambien una tumefaccion del tejido eréctil de la pituitaria, predisponiéndola a orijinar reflejos secundarios. De la misma manera obran las emociones.

* * *

¿Se necesita una predisposicion del organismo, para la produccion de las neurosis reflejas, que estudiamos? Naturalmente que sí, pues de otra manera no se comprende que personas con lesiones a veces mui grandes de la mucosa nasal no tienen perturbaciones secundarias. Por el contrario, la mas lijera conjestion mucosa en otros organismos predispuestos, basta para orijinar un reflejo.

Casi siempre al examinar estos enfermos, se descubre en ellos un estado de neurosismo mas o ménos marcado (histeria, neurastenia). Segun Bayer, un estado patológico del sistema nervioso no solo favorece la esplosion de los síntomas reflejos sino que puede él mismo ser la causa de una lesion de la mucosa

nasal, por perturbacion de los centros vaso-motor i trófico. Lichtwitz hace notar que hai casos de personas histéricas que acusan al exámen zonas histerójenas de la mucosa nasal como se encuentran al nivel del ovario.

El temperamento neuro artrítico debemos colocarlo en primer lugar, como un estado predisponente; despues podemos citar todas aquellas lesiones del organismo que obran perturbando la inervacion: afecciones gastro-intestinales, afecciones del aparato sexual (uterinas, menopausia) etc.

*
*
*

Una vez ya descritas las causas jenerales de las *neurosis reflejas de origen nasal*, pasemos en revista las principales de ellas, su diagnóstico i tratamiento para completar el estudio de las observaciones que nos da este trabajo.

Entre las alteraciones reflejas nasales que produce la replecion del tejido eréctil de la pituitaria, debida a un obstáculo a la circulacion tenemos como tipo los fenómenos observados en un estado inflamatorio de la mucosa (coriza aguda); la dificultad respiratoria, las cefaleas frontales, la conjestion de las conjuntivas, la dificultad de la concepcion intelectual, el oscurecimiento de la memoria, son todas producto del estancamiento sanguíneo propagado a las partes vecinas. La secrecion nasal, los estornudos i a veces la cefalea son fenómenos reflejos originados por este estado inflamatorio.

La *hidrorrea nasal* es un fenómeno reflejo caracterizado por una secrecion abundante mucosa o acuosa, acompañada de crisis de estornudos. Este síntoma hidrorrea, que va acompañada en la jeneralidad de los casos por otros mas o ménos semejantes a los del coriza, ha sido descrito por Schech i Zarniko (1894) con el nombre de rinitis vaso motriz, coriza nervioso. Moritz Schmidt, lo considera igualmente como una rinitis vaso motriz; para otros no seria mas que una forma atenuada de fiebre o coriza de heno.

Bosworth divide los casos de hidrorrea nasal en dos formas: una indolora en que el derrame seria casi el único síntoma, i otra acompañada de síntomas de irritacion interna como se observa en la fiebre de heno.

Considerando la periodicidad con que aparece en algunos casos, Fink los ha considerado como manifestacion del paludismo i ha presentado enfermos que tenian durante los accesos de hidrorrea, calofríos i elevacion de temperatura.

Observada en muchos otros casos, la hidrorrea presentaria así una etiología multiple.

Segun Jankelevitch los pólipos mucosos desempeñarían el principal papel irritando la mucosa, predispuesta por un estado jeneral. Pero Bosworth i Moure consideran a los pólipos mu-



cosos como una consecuencia de la hidrorrea, sin contar que Fink detalla casos de curacion con la estirpacion de pólipos.

Bosworth cita aun otros casos en que la hidrorrea seria debida a una parálisis del trijémino (a frigori), haciéndose el derrame sin que el enfermo lo note.

Agregaremos que algunas afecciones del aparato jenital pueden por vía refleja determinar la hidrorrea acompañada tambien de hipersecrecion salivar (Jankelevitch).

El *exámen rinoscópico* demuestra una turjencia de la pituitaria, de una coloracion rosada, análoga a lo que se observa en el coriza agudo. A veces durando ya la afeccion un cierto tiempo puede observarse la degeneracion de la mucosa (degeneracion mixomatosa del cornete medio e inferior).

El *coriza de heno* es considerado tambien por J. Mackenzie como un coriza vaso-motor periódico, como una rinitis hiperes-tésica por Sajous; el exámen rinoscópico en esta afeccion revela mas o menos las alteraciones antes enunciadas, es decir una tumefaccion i rubicundez de la pituitaria. Joal ha hecho un estudio mui detallado sobre la patojenia de este coriza—guiado por muchos otros trabajos—Gream, Binz, Blackley etc.

La forma clínica de esta enfermedad se caracteriza por estornudos, lagrimeo, rinorrea, fluxiones vaso motrices de los bronquios, crisis disneicas etc., es decir prevalece aquí el elemento reflejo, sobre todo cuando toma el tipo asmático.

De los estudios de Joal, se deduce que para la produccion de estos fenómenos, el enfermo debe estar bajo la influencia: 1) de un temperamento artrítico; 2) de un estado neurasténico, i 3) de hiperexcitabilidad nasal.

Hopkins cita 3 factores como causa de la fiebre de heno: 1) Obstruccion crónica nasal; 2) condiciones atmosféricas especiales, i 3) irritacion del sistema nervioso que tiene bajo su direccion los vasos nasales.

Bronner en un trabajo sobre asma i coriza de heno, da tambien i en primer lugar la obstruccion nasal como causa: 2) una irritacion de las fibras terminales del trijémino ocasionada ya por una conjestion o hipertrofia que ponga dos superficies mucosas en contacto, ya por pólipos de largo pedículo, ya por cuerpos extraños; 3) el asma de heno seria consecuencia de una neurosis central.

Tomando en cuenta la periodicidad del asma de heno, como tambien que para su produccion obran ciertos agentes o sustancias irritantes sobre la mucosa nasal, podemos citar varios trabajos a este respecto. Bostock (1819) comunica que el calor i los rayos solares son las principales causas de la afeccion. W. Gordon (1829) da como causa la impresion de los olores de las plantas de los campos en especial del *Anthoxanthum odoratum*

i explica la periodicidad de la afeccion por la aparicion i desaparicion de las flores de esta planta. Gream (1850) emitió la teoria de la irritacion por los polvos atmosféricos i Blackley (1873) por el pólen de ciertas plantas.

Tales son las diversidades de causas a que se atribuye la produccion del coriza de heno. Veremos al revistar el asma reflejo que su produccion depende de la misma predisposicion individual i de las mismas alteraciones de la mucosa nasal.

Las *epistaxis reflejas*, señaladas, por J. Mackenzie, C. Schneider, Bruyerinus i otros, han sido bien tratadas por Joal («Epistaxis debida a los olores»). Estas epistaxis naturalmente de variedad vaso-motriz son producidas por una tumefaccion del tejido erétil, tumefaccion que puede ser primitiva (exit. directa de las fibras del trejémino) o bien la exitacion es secundaria i toma su partida, ya en la irritacion del nervio olfativo o del óptico u órganos mas alejados (aparato dijestivo o jenital).

A estos fenómenos vaso-motrices es necesario atribuir tambien la *conjestion i tumefaccion de la piel de la nariz i mejillas*, señalados como síntomas reflejos de orijen nasal.

La *parestesia nasal* ha sido mencionada muchas veces. Citaremos solo un caso de Ayres: una enferma que padecia ocho años de una sensacion de quemadura con tumefaccion del lóbulo de la nariz, acompañado de malestar jeneral, depresion intelectual, amnesia etc. La hablacion de una cresta del tabique que tocaba a un cornete hizo desaparecer todos los síntomas acusados.

Pero debemos tener bajo cuenta que esta parestesia la acusan frecuentemente personas neurasténicas, e histéricas que no padecen afeccion nasal alguna; eso si que no solo la tienen en la nariz sino tambien en la farinje, amígdala, larinje i aun en la tráquea.

Hiperosmia, parosmia, cacosmia. Una irritacion de las fibras terminales del olfativo, por una inflamacion o mas bien dicho conjestion de la mucosa nasal, produce a veces una delicadeza anormal del olor. Esta hiperosmia la acusan con frecuencia personas histéricas, neurasténicas, o en caso de trastornos jenitales, menstruacion, embarazo.

Srebný cita el caso de un enfermo que tenia una sensibilidad exajerada al olor del tabaco, i que curó de esta molestia con la cauterizacion de la mucosa nasal. La cocaina en estos casos hace tambien desaparecer tales perturbaciones. La hiperosmia reconoce a veces un orijen central i acompaña a otros fenómenos mentales que tienen como causa un reflejo orijinado en la pituitaria.

La *parosmia* constituye un accidente penoso a muchos enfermos. En unos casos es considerada como dependiente de un de-

sarrollo anormal de fibras nerviosas, en otros hai verdaderas alucinaciones; el enfermo percibe olores, sin haber fuerte olorosa.

Un enfermo de Srebrny se quejó durante 15 dias de un olor a café tostado, despues de un ataque de influenza. Otro enfermo sentia un olor fuerte a aniz cada vez que tomaba antipirina.

La impresion subjetiva de un mal olor reconoce tambien una impresion llevada al olfativo o una afeccion mental (cacosmia).

—El *aparato visual* es suceptible de presentar alteraciones que tienen como punto de orijen las fosas nasales. Sin hablar de la propagacion directa de un proceso inflamatorio a travez del conducto nasal, nos referimos solo a aquellos estados patológicos que reconocen como causa las conexiones venosas i nerviosas óculo-nasales. Si tomamos, por ejemplo, el lagrimeo, dejaremos sentado que puede ser debido a una obstruccion del conducto nasal (desviaciones del tabique, hipertrofia i degeneracion de los cornetes), pero hai casos en que este lagrimeo se observa sin que haya tal obstruccion, siendo entónces de orijen reflejo (Lermoyez).

La retraccion del campo visual, astenopia acomodativa, estrabismo, escotomas, exoftalmia, etc., son fenómenos que a veces se refieren a reflejos de orijen nasal; debe tenerse en cuenta en estos casos los fenómenos conjestivos de la mucosa nasal, obrando por continuidad i entravando la circulacion venosa del ojo.

Tres teorías se señalan para la esplicacion de estos fenómenos (Castex):

1.º Teoría lacrimonasal, propagacion directa por el canal lacrimonasal; 2.º teoría vascular; dentrarian aquí todas las afecciones nasales que entravan la circulacion sanguínea, produciendo un éxtasis venoso en el ojo; 3.º teoría nerviosa o refleja, o sea irritaciones llevadas a las fibras terminales del trijémino.

Ziem ha observado que las gálvano-canterizaciones de la mucosa nasal, son suceptibles de producir exoftalmias i conjuntivitis, i lo explica por un rechazo brusco de la sangre a las conjuntivas i procesos ciliares.

—Las *cefaleas*, tan comunes en las afecciones nasales i que no ceden muchas veces a un tratamiento médico, se localizan ya a un lado de la frente, en el ángulo interno del ojo; otras veces son supraorbitarias u oxipitales, en otros casos, en fin, son difusas. En la mayoría de los casos dependen de una obstruccion nasal, orijinada por la conjestion de la mucosa, en especial del *cornete medio*.

Estas cefaleas se producen a veces por una propagacion directa de un proceso inflamatorio a los senos frontales, pero jeneralmente son producto de la mucosa nasal conjestionada e irritada (Wagner de Lille).

A la misma causa obedecen las neuraljias faciales; se produ-



cen en el mismo lado correspondiente al cornete enfermo.

Palmer dice que es frecuente despues de un ataque de gripe ver sobrevenir junto con una decadencia nerviosa, falta de enerjía e ideas confusas, dolores frontales rebeldes; un exámen nasal revela entónces una hipertrofia de los cornetes medios de ámbos lados, cuya destruccion acarrea la curacion.

En la *Larinje* han sido señalados entre los fenómenos reflejos de origen nasal, las conjestiones larínjeas, los espasmos, afonías i disfonías.

La replecion de los vasos sanguíneos en la mucosa larínjea puede ser producida ya por una exitacion directa o local del órgano o bien por una exitacion lejana o refleja. Este fenómeno que se verifica pura i esclusivamente en los vasos sanguíneos sin tomar parte los demas elementos de los tejidos, en una palabra, no habiendo proceso inflamatorio, diferencia estas conjestiones de las larinjitis.

Se desprende de aquí que estas conjestiones larínjeas desaparecen de un momento a otro sin dejar huellas de su paso.

De las esperiencias de Joal se deduce que el mecanismo como se producen estas conjestiones depende de la susceptibilidad del individuo i de la lesion nasal que las origina.

Se pueden señalar las siguientes circunstancias como causantes de estas alteraciones larínjeas:

1.º *Estenosis nasal*. Se comprende que no pudiendo el aparato nasal llenar su papel, de calentar i purificar el aire, éste llegando impuro i frio da origen por irritacion a la conjestion de la mucosa larínjea. Es comun observar este mecanismo en los niños, sobre todo en la noche cuando duermen i respiran con la boca abierta; se asocian a veces a estos fenómenos accesos de sofocacion constituyendo el cuadro de la *larinjitis estridulosa*. Este cuadro patológico, como dice Joal, no es propiamente hablando una larinjitis, pues no hai mas que una conjestion de la mucosa, como se vé por la corta duracion del acceso, del hinchamiento i de la tos.

En prueba de que estos accesos dependen de la conjestion larínjea i de la consiguiente afeccion nasal; Coupard espone que en 56 enfermos de vegetaciones adenoideas, 45 eran atacados de estridulismo. El raspado de las vegetaciones hizo desaparecer los accesos.

2.º *Propagacion de una fluxion vaso-motriz de origen nasal*.— La observacion clínica hace ver que este mecanismo no puede dar lugar a dudas. Así sobreviene una fluxion nasal con estornudos, hormigueo i rinorrea que se estiende luego hasta llegar a la larínje i producir una conjestion, (ronquera, tos, silvidos) i desaparecer en breve plazo.



3.º *Accion refleja por ereccion del tejido cavernoso.*—Hack i Sommerbrodt han señalado larinjitis reflejas por esta circunstancia. Añaden aun que hai bronquitis que resultan nada mas que de una dilatacion refleja de los vasos sanguíneos. Ruault i Moure señalan casos de congestiones laríngeas i brónquicas continuas, curadas por un tratamiento nasal.

Las alteraciones en la fonacion, ronquera, aфонia, disфонia, se encuentran en relacion con los síntomas congestivos enumerados. Se han producido experimentalmente estos fenómenos laríngeos en algunas personas exitando directamente las terminaciones del trijémino i del olfativo. Ademas, la cocaína obrando sobre la causa productiva puede desvanecer estos fenómenos laríngeos.

La tos refleja no es mas que el resultado de estas congestiones laríngeas; se hace quintosa cuando la sensibilidad está mui exagerada. Clement espone que hai *larinjitis reflejas* que tienen como origen una rinitis, de lo cual se puede sacar indicaciones útiles para el tratamiento de esas variedades de tos en que no juegan ningun papel los bronquios.

Chabory emite dos teorías para esplicar la tos refleja de origen nasal 1.º la excitacion sería primero conducida al bulbo i de allí a los nervios respiratorios, que se contraen espasmódicamente; 2.º un reflejo de origen vaso motor produce por intermedio del ganglio cervical una hiperemia laríngea, causa inmediata de la tos.

La hiperemia laríngea de causa nasal, puede segun Garel i Collet producir el *ictus laríngeo*, exitando el laríngeo superior. La irritacion de este nervio excitaria el centro expiratorio provocando las quintas de tos; al mismo tiempo exitando el centro moderador del corazon, le haria detener, produciendo la anemia cerebral i la pérdida del conocimiento. Moll describiendo sus observaciones de ictus laríngeo deduce que no es necesaria una lesion material de la mucosa laríngea para la excitacion del laríngeo i los consiguientes fenómenos; sin lesion de la mucosa respiratoria, i solo por el hormigueo laríngeo ocasionado por via refleja nasal esplica en sus casos estos síntomas.

*
*
*

El asma reflejo es una de las neurosis mas importantes del aparato respiratorio, i que ha servido de base a las investigaciones de Hack i otros sobre las demas neurosis reflejas. Casi no tenemos para que repetir lo que ya hemos espuesto sobre el papel que juega el tejido erétil de la pituitaria en la produccion de los accesos asmáticos i obrando en un terreno apropiado (artritismo, neurastenia).

La relacion entre un acceso asmático i una lesion nasal ha sido provada hasta la evidencia por las estadísticas de Schech: En 47 casos de asma, ha encontrado 30 veces lesiones manifestadas de las fosas nasales; lo que arroja un 63.8%.

Sabemos que el acceso de asma está constituido por espasmos brónquicos a lo que se agregan los síntomas nasales, (picoteos, estornudos, cefaleas rinorrea) estertores sibilantes, tos i ectasia pulmonar (ectasia pulmonar aguda de Liebermister) Suelen acompañarse estos accesos de otras perturbaciones reflejas diversas.

Broner espone que el acceso asmático puede ser: 1.º La consecuencia directa de una obstrucción nasal; 2.º una irritación de las extremidades del 5.º par por pólipos, cuerpos extraños, hipertrofia i sinequias mucosas etc., 3.º consecuencia de una neurosis central.

Hack explica el acceso de asma de dos maneras, segun que los síntomas de catarro predominen o no: en el primer caso se trataría de una imbibición serosa de la mucosa brónquica, i en el segundo de un estado espasmódico de los músculos brónquicos, Los accesos de tos i estornudos acompañan a este carácter espasmódico.

*
* *

En las *neurosis cardiacas* de origen nasal encontramos descritas las neuralgias cardiacas, sensaciones de pesadez i angustia a la rejion, alteraciones en el ritmo cardiaco i palpitaciones Gunder (Genova) ha estudiado detenidamente el efecto de las irritaciones de la pituitaria sobre los movimientos del corazon i del pulso. La obra de Heymann estudia tambien la cuestion en detalle. Brown Séquar i experimentando en animales ha llegado a probar que una irritación por lijera que sea en un punto donde se distribuyen las fibras del 5.º par, puede ocasionar la detención de una funcion importante, como el corazon o la respiración. Una excitación de la pituitaria, dice, es el origen de reflejos a los cuales se deben casos de muerte súbita o síncope; seria así la nariz poseida de condiciones semejantes al hueco epigástrico, cuya sensibilidad es conocida.

F. Franck, experimentado en perros, gatos, conejos, irritando la mucosa nasal despues de una inflamación prévia, ha observado reflejos que se presentan en el hombre (asma, espasmos, laríngeos i brónquicos); respecto a las perturbaciones cardiacas deduce que la irritación de la pituitaria sobre todo al nivel del cornete inferior, produce una lentitud en los movimientos cardiacos. En el hombre, cita una observación de un neurasténico, que acusaba una aceleración del pulso por una excitación al nivel del cornete inferior.

Por lo demas, hechos clínicos tienden a probar estas aseveraciones. Algunos enfermos atacados de estenosis nasal se quejan de sensaciones de opresion i angustia precordial, sensaciones que son jeneralmente continuas i a veces hai verdaderos paroxismos dolorosos de gran intensidad.

Las palpitaciones cardiacas pueden presentarse a veces con tal intensidad que dominan completamente la atencion. Estos accesos de palpitaciones han sido denominados *taquicardia paroxística* de Eichhorst, *anjina pectoris vaso motris de Fliess* etc.

Kupper llamó la atencion por primera vez sobre esta forma de palpitaciones, a propósito de una enferma rebelde a todo tratamiento médico i en que las canterizaciones repetidas de los cornetes medio e inferior condujeron a la enferma a una curacion radical. Spencer Watson de Lóndres ha publicado casos de pólipos asociados a taquicardias etc.

Fliess en 132 enfermos que ha examinado, 29 se quejaban de palpitaciones.—Retty en 131 casos de hipertrofia poliposa de la estremidad posterior de los cornetes ha encontrado 14 enfermos con palpitaciones i 5 con sensaciones de opresion i disnea i curado todos por un tratamiento endonasal.

J. N. Mackenzie, Hopmann i Hack ocupandose de estas clases de reflejos tratan de esplicarse por este mecanismo la produccion de la *enfermedad de Basedow* Hack, admitiendo como siempre la ereccion del tejido cavernoso de la pituitaria, espone que produciéndose una irritacion periférica de las fibras del simpático, esta irritacion obra sobre los vasodilatadores, orijinando en el ojo la exoftalmia (por replecion del tejido vascular).

Se esplica así junto con B. Fraenkel i Masucci algunos casos de curacion de Basedow por el tratamiento de la mucosa nasal.

No tenemos para que repetir aqui el papel que juegan los nervios senibles de la mucosa nasal en la produccion de estos fenómenos cardiacos, teniendo en cuenta la irritabilidad, exagerada por la mucosa anormal i recordando la disposicion.

Debemos esponder en último término la teoría de Stein que esplica la produccion de estos reflejos por una falta de evaporacion de agua en la mucosa nasal, que normalmente es de $\frac{1}{2}$ litro; ésta agua no eliminándose del torrente sanguineo produciendo un aumento de trabajo cardiaco con todas sus consecuencias.

*
* *

Perturbaciones cerebrales

Aunque la mayor parte de las afecciones que dentran aqui, no son propiamente hablando fenómenos reflejos puros, segun se desprende de las investigaciones de Retznis, Key, Ziem, etc., sin

embargo se clasifican entre los reflejos de origen nasal, por ser fenómenos a distancia que toman su punto de partida en la nariz.

No nos referimos aquí a procesos inflamatorios o supuraciones que invadan directamente la cavidad craneana i meníngeas sino a las perturbaciones producidas por una interrupcion en la circulacion intracraneana.

Son numerosos los fenómenos observados de esta índole: epilepsia (Quesse-epilepsia i vejetaciones adenoideas, cuerpos extraños nasales), delirios pasajeros (Luzzati) aprosexia nasal, incontinenia nocturna, perturbaciones del sueño, memoria perezosa, perturbaciones del olor de origen central etc.

Al hablar de las causas jenerales de las neurosis refleja nasales, hemos mencionado ya el papel que desempeñan los vasos linfáticos, de la pituitaria en la produccion de estos trastornos cerebrales. De las investigaciones de Key i Retznis que deducen comunicaciones entre los linfáticos nasales e intracranianos, toma origen la teoria que explica estos trastornos como consecuencia de compresiones en rejiones dadas de la corteza cerebral. Estas compresiones se producen a su vez por un extasis linfático en las meníngeas, orijinada por un obstáculo nasal.

Ziem no cree necesario explicar estos fenómenos por la circulacion linfática, sino por una conjestion pasiva i permanente que resulta de la circulacion venosa entravada en la rejion nasal.

Otros autores buscan explicacion en una compresion ejercida en los ventrículos cerebrales por un derrame de líquido o por un engurjitamiento de los plexos coroides ¿Qué hai en ello de verdad? La esperimentacion en animales i las autopsias en el hombre han probado dice G. Braune que los ventrículos no contienen líquido i las paredes permanecen adosadas unas a otras (cortes hechos en cadáveres helados i esperiencias en gatos, conejos i pichones). Tomando en cuenta estos resultados, Adam kiewicks considera la acumulacion de líquido en estas cavidades como anormal i debida a un obstáculo a la circulacion; aquí tomarian su parte los vasos venosos. Los plexos coroides de los ventriculos siendo considerados como un tejido mas o menos erectil, sería influenciado en primer lugar por un extasis venoso. Se desprende de aquí que el engurjitamiento de los plexos situados en el fondo del 4.º ventrículo produciría accesos de asma o epilepsia; el engurjitamiento de los plexos de los ventrículos laterales irá acompañado de perturbaciones de la palabra; de los laterales inferiores que conducen a la circulacion del asta de Amnon traerá perturbaciones centrales del olor; de los plexos coroides anteriores (parte anterior de los ventrículos) produciria casi siempre la pasion i la cólera (Ziem).

De lo espuesto deduciremos:

1.º No cabe duda sobre el importante papel que desempeña la circulacion nasal entravada.

2.º El mecanismo como obra el estancamiento sanguineo sobre diversos puntos de la masa cerebral se ofrece todavia a nuevas investigaciones.

Vértigos Los vértigos de orijen nasal han sido puestos fuera de duda, desde que se observan con frecuencia en las congestiones intensas de la mucosa nasal i en casos de pólipos mucosos. Las impresiones olfativas dan con frecuencia lugar a la produccion de vértigos, acompañados de cefaleas; otras veces hai síncope.

Uno de los enfermos que presento en mis observaciones, presentaba tan continuos vértigos que le era imposible andar solo por las calles, por temor de caer a cada paso; tuvo una vez un síncope de una hora segun dice él. La cocaína que obraba favorablemente sobre la congestion enorme de la pituitaria alejaba considerablemente estas sensaciones vertiginosas.

En cuanto a las *perturbaciones digestivas*, pasajeras o permanentes, pesantez, plenitud al estómago, inapetencia, náuseas i aun vómitos, que se presentan aveces en las lesiones de la mucosa nasal, van acompañadas casi siempre de un estado neurasténico mui acentuado.

Una hiperestesia de la mucosa olfativa produce jeneralmente estado nauseoso i aun vómitos en ciertas personas. Algunas de ellas hai que tienen adversion a ciertos olores, porque su impresion produce a menudo vértigos acompañados de vómitos i cefaleas (Réthi)

Diagnóstico. A primera vista nos parece difícil establecer el diagnóstico de las diversas neurosis reflejas que hemos enumerado; la diversidad de los síntomas i de las rejiones a veces alejadas donde se presentan, complicarian la situacion si no estuviéramos en presencia de datos que nos guiaran.

Estas neurosis reflejas van acompañadas o precedidas de fenómenos que denuncian a las fosas nasales como orijinatoras del mal. La obstruccion momentánea, intermitente o permanente de la nariz, los flujos serosos pasajeros, los estornudos espasmódicos son signos de utilidad práctica que no debemos olvidar i que nos conducen a efectuar un exámen atento de la nariz, donde muchas veces se esconde el factor que orijina tantas perturbaciones. La reproduccion de los accidentes reflejos por la excitacion de la mucosa al estilete, el descubrimiento de puntos hipe-

restésicos en los cornetes, la existencia de producciones poliposas, de hipertrofias, infarto del tejido erectil etc., i por fin la desaparicion de los síntomas reflejos por la cocainizacion de la mucosa son datos que nos ponen en via del diagnóstico.

Tratamiento. Conocidas ya las diversas lesiones que debemos tratar, no pasaré en revista aqui los diversos tratamientos médicos empleados, polvos, vaporizaciones, inyecciones, irrigaciones etc., todos sin ningun éxito. Es la cirugía nasal, la que proporciona curas radicales; sus métodos empleados son diversos: la electrolisis, la gálvano-cáustica (cuchillos, puntas, asas, gálvano-cáusticas), el raspado, la reseccion con diversos cinceles, sierras, pinzas etc. Cada uno de estos métodos, tiene por supuesto sus aplicaciones; pasaremos a la lijera estas indicaciones.

Desde luego, los infartos del tejido erectil de los cornetes se combaten sobre todo por la galvano-cáustica; unas cuantas incisiones lineares en las mucosa de un cornete bastan en muchos casos para provocar la retraccion de este tejido; estas incisiones se practican con un cauterio plano i afilado i de adelante a atras, despues de haber anestesiado previamente la mucosa con una solucion de cocaína al 10 %. Se debe tener especial cuidado en destruir la parte anterior del cornete inferior donde el hinchamiento es con frecuencia mas marcado. Se produce a menudo una reaccion mas o ménos viva siguiendo a ésta canterizacion, lo que obstruye completamente la nariz; por eso conviene operar solo en un lado. Se debe estar precavido contra los complicaciones que pueden sobrevenir, inflamaciones propagadas a la farinje i sobre todo al oido medio.

Cuando la ereccion del tejido cavernoso del cornete ha creado ya una hipertrofia i mas tarde una degeneracion, se hace necesario resecar una parte del cornete degenerado o de la mucosa hiperplasiada. Se ha recomendado el asa fria para extraer estos verdaderos tumores, sobre todo la estremidad posterior del cornete inferior, que tan amenudo degenera, provocando la obstruccion nasal. Las cauterizaciones con ácido crómico puro, ácido tricloraocético son tambien empleadas, pero producen con frecuencia rinitis.

La electrolisis uni i bipolar da mui buenos resultados para la destruccion de las crestas i degeneraciones del tabique, siempre que éstas no sean mui grandes i óseas, que no dejen penetrar la aguja. Las escaras que se forman, al caer dejan una buena pérdida de sustancia que al cicatrizar retraen los tejidos i dejan al tabique mas o ménos en buenas condiciones. Como este método es lento, se debe disponer de un cierto tiempo para la curacion.

Si las crestas o desviaciones del tabique fueran mui grandes se recurrirá ya a la reseccion por medio de cincel, sierras apropiadas o pinzas cortantes.

La estraccion de pólipos mucosos con los diversos polipótomos i el raspado de las vejataciones adenoideas con las cucharillas de Trautmann, Lange i Gottstein constituyen los principales métodos de tratamiento quirúrgico.

Para concluir agregaremos que el tratamiento jeneral se reducirá solo a combatir el estado nervioso jeneral que acompaña la escena. Los bromuros, la belladona, la valeriana, la hidrote-rapia etc., como las medidas hijiénicas, son resortes todos que deben ponerse en juego.

Asi como en una lesion diagnosticada a tiempo, se formula un pronóstico favorable, pues se espera todo del tratamiento, no sucede lo mismo en una perturbacion refleja que data ya de mucho tiempo, i que ha creado alteraciones duraderas en el sistema nervioso; en estos casos el tratamiento endonasal se hace impotente para combatir las perturbaciones jenerales

Observaciones

OBSERVACION PRIMERA

U. A. de 27 años, soltero, nacido en Santiago.

Antecedentes hereditarios. Padre murió de tuberculosis. Madre es histérica.

Antecedentes personales.—Desde la edad de 12 años se siente molesto de la nariz; notaba obstrucciones a los 2 lados mui pronunciados sobre todo en la noche i que le impedían dormir, despertando a veces como sofocado.—Desde esa edad hasta ahora último ha padecido de continuos romadizos.

Hace 12 años se le declaró una afección de la piel (acné rosá-seo) que se localizó en la nariz i parte de las mejillas; esta afección produjo un aumento de volúmen de las partes, que mejoró con ayuda de escarificaciones repetidas.

Casi al mismo tiempo refiere el enfermo una otitis media supurada del lado izquierdo, supuracion que dura hasta hoy.

Hace 2 años fué operado de una hipertrofia de la amígdalas. A principios de Mayo del presente, se presentó a la consulta del Dr. Albarracín quejándose de una obstrucción nasal casi completa que le impedía el sueño o cuando nó era molestado por pesadillas; las cefaleas que antes le eran soportables se han hecho intensas estendidas a toda la frente, mas al lado izquierdo, e irradiadas al oxipecio—La morfina las calma al principio para hacerlas mas penosas i durar 2 o 3 dias.

A éstos fenómenos, añade el enfermo los vértigos que al principio eran distanciados para llegar a ser despues frecuentes e intensos, impidiéndole salir a la calle so pena de caer al suelo a cada momento.—En la posicion sentada el enfermo dice tener que estar con la cabeza apoyada para impedir la oscilacion.—A fines de Marzo perdió una vez el conocimiento, durante una hora.

El estado jeneral del enfermo era poco satisfactorio—sumergido en un profundo abatimiento, presintiendo o temiendo algo, estado de exaltacion nerviosa marcado i respirando con la boca abierta.

Guiado por estos datos acusados por el enfermo i sobre todo por la obstruccion nasal permanente, se dirije el exámen a las fosas nasales i encontramos: *Lado derecho.* La mucosa del cornete inferior ingurjitada i tocando en gran estension al tabique. Este cornete bastante aumentado sobre todo en su parte anterior no se deprime al contacto del estilete sino mui poco. La aplicacion de una solucion de cocaína al 10 % retrae un poco el cornete i deja ver que en el tabique existe una eminencia o cresta como de 1 centímetro de diámetro en su base, eminencia que se pone en contacto con la parte media del cornete inferior.

El cornete medio aumentado i degenerado, completa la obstruccion de este lado de la nariz poniéndose en contacto con la parte saliente del tabique. Resumen: hipertrofia de los cornetes medio e inferior i desviacion del tabique que determinan una estenosis nasal casi completa. La aplicacion de cocaína consigue reducir una parte del volúmen de los cornetes.

Lado izquierdo. Alteraciones mas o menos análogas a las anteriores. La obstruccion nasal no es tan completa. Con una lijera cocainizacion de la mucosa se nota en la parte posterior del tabique una hendidura antero posterior, limitada por dos bordes salientes o crestas. La hipertrofia del cornete inferior no es tan marcada i cede en gran parte a la cocaína.

Farinje nasal. La mucosa mui roja. Cola del cornete inferior derecho mui abultado. La farinje bucal contiene granulaciones pequeñas i grandes formadas por folículos fusionados (farinjitis granulosa).

Oido izquierdo.—El exámen al otoscopio da a conocer la falta de tímpano i la mucosa de la caja a descubierto, con su superficie granulada. Esto se nota con un lavado prévio, que barra con el pus. (Otitis media supurada cronica).

En presencia de estas alteraciones observadas, dirijimos el tratamiento 1.º a desconjestionar la mucosa, aplicacion de cocaína al 10 %. La mejoría momentanea del enfermo no se deja esperar; las sensaciones de opresion i vértigo desaparecen i el enfermo parece respirar mejor. Se sigue a esto una sesion de electrolisis (10 m. a. 5 minutos bipolar) en la desviacion del tabique lado



derecho. Continúa el tratamiento, cada semana una sesión de electrolisis; en un intervalo una aplicación galvano cáustica en el cornete inferior. La reacción inflamatoria que siguió a esta canterización, reprodujo los vértigos. Se recetó entonces al enfermo unos polvos de salicilato de bismuto i cocaína, (cloridrato) con lo que los accidentes pasaron.

Agosto 4.—El enfermo se ha aplicado como 15 sesiones de electrolisis. La cresta del tabique se ha reducido mas de la mitad. El cornete inferior se ha retraído satisfactoriamente. La respiración se efectúa mejor, los vértigos no se han vuelto a reproducir i las cefaleas han desaparecido casi por completo.

En este estado de mejoría presento al enfermo en esta observación i creo que la desaparición completa de la desviación junto con la retracción de los cornetes medios, que no se dejará esperar con una o dos sesiones de electrolisis, afianzaran la curación.

OBSERVACION SEGUNDA

Micaela S. 42 años, casada, nacida en Santiago. Mayo de 1897. Antecedentes hereditarios, neuropáticos.

Antecedentes personales.—Desde los 10 u 11 años padeció continuas faringitis, con secreción abundante.

Ha tenido 7 hijos, 3 muertos a corta edad.

No recuerda bien la fecha cuando se le inició la enfermedad actual. Hace años dice fué notando sensaciones de opresión i angustia que le impedían respirar; estas molestias fueron aumentando hasta convertirse en accesos bien caracterizados: coincidiendo con obstrucción nasal casi completa, notaba de repente que se ahogaba, le venían accesos de tos espasmódica i estertores numerosos con escasa secreción bronquial. Este estado le duraba hasta 3 días i en los intervalos sentía un estado de prostración marcada, con angustia i dolor a la región cardíaca. Los accesos al principio alejados unos de otros, hace 2 años se hicieron mas frecuentes, cada semana. Consultó entonces a un médico i le dió una solución de cocaína para aplicarse en las narices, con que logró hacer cesar la duración de los accesos i distanciarlos mas.

En este estado se presentó a la Policlínica de Oídos Nariz i Laringe, quejándose de dificultad para respirar por la nariz i cefaleas persistentes. La enferma está bajo el influjo de un temperamento nervioso.

La *rinoscopia* nos revela una desviación doble del tabique en el lado izquierdo que estenosa el conducto, junto con una turbercia de la mucosa en los cornetes medio e inferior. *Lado derecho:* hipertrofia del cornete inferior, mucosa sumamente abultada i dejándose deprimir por el estilete. El contacto del estilete provoca al momento estornudos i secreción.

Por lo demas la estrechez i forma especial de la nariz de la enferma hace que estas perturbaciones sean mas notadas. Diagnóstico. Asma reflejo de orijen nasal.

Tratamiento. Se canterizó primero la mucosa de los cornetes inferiores con gálvano canterio, insiciones lineales i paralelas con un cauterio plano, cada cauterizacion con una semana de intervalo. Los accesos asmáticos no se reproducen tan seguidos, i se atenuaron. El mes de Octubre (97) se resolvió reseca la cresta del tabique que mantenía la mucosa siempre tumefacta; efectivamente se hizo con buen resultado i la enferma mejoró como a los 15 dias. Los accesos asmáticos desaparecieron.

La enferma ha vuelto en el trascurso de este año a la Policlínica; hace 9 meses que el asma no se reproduce, pero las cefaleas persisten aunque no muy intensas. Le hicimos varias aplicaciones electrolíticas en los cornetes medios con lo que la enferma se siente bien.

Una faringitis (nasal) concomitante ha sido tratada por la solución de Mandl. N.º 1. El tratamiento jeneral que ha seguido al local ha consistido en antiespasmódicos para moderar la excitación nerviosa de la enferma.

OBSERVACION TERCERA

Carmela D., 33 años, soltera. Los Andes.

Antecedentes hereditarios. Padre murió de una afección cardíaca.

Desde la edad de 15 años padece la enferma cefalalgias pertinaces, dolores supra orbitarios i raíz de la nariz.

Hace 3 años después de un ataque de gripe tuvo un catarro que se hizo crónico, las cefaleas se hicieron persistentes, el sueño era agitado i sentía dolores reumáticos a todo el cuerpo.

Hará 8 meses que tiene dificultad para respirar por la nariz i le parece que se sofoca a cada momento, no puede casi andar porque siente mucho cansancio. Estornudos repetidos, que solo se calman con el abrigo de la cama, vahidos de cabeza i a veces ronquera forman el conjunto de síntomas que acusa la enferma.

El examen de la nariz revela: hipertrofia i degeneración de los dos cornetes medios; entre éstos i el tabique no se puede pasar un estilete. Tabique, ligera desviación posterior e inferior hacia el lado derecho.

El cornete inferior de ambos lados tiene una ligera hipertrofia. El tratamiento lo hemos dirigido a los cornetes medios, 2 sesiones de electrolisis en el izquierdo i 3 en el derecho han curado completamente a la enferma. El tratamiento duró mes i medio.

4 a



OBSERVACION CUARTA

Sara M., 22 años.

Enferma que hacia 2 años padecia dolores a un lado de la frente (derecho) ángulo interno del ojo i estendidos a veces a todo un lado de la cara. Los accidentes vertijinosos, las perturbaciones del sueño i los zumbidos de oidos eran habituales. En el mes de Junio del presente año vino a la Policlínica, i acusaba los mismos síntomas, un estado saburral de la boca al despertar, zumbidos de oidos mui pronunciados, la memoria embotada, i obstruccion nasal con secrecion muco-purulenta.

Examen de la enferma. *Farinje*. Granulaciones escasas en la farinje, amígdala izquierda voluminosa. La rinoscopia posterior reveló una tumefaccion de la mucosa faríngea i la estremidad posterior de los cornetes inferiores tambien tumefactos.

Oído izquierdo. Timpano de coloracion mas o menos normal. mui hundido, triángulo luminoso casi borrado. *Oído izquierdo*. Mas o menos las mismas perturbaciones. El *examen del seno frontal* por (alumbrado eléctrico) trasparencia no revela nada de particular.

Rinoscopia anterior.

Mucosa de los cornetes inferiores sumamente conjestionada. La aplicacion de la cocaina al 10 % los retrae completamente i deja ver un cornete medio (derecho) enorme i prolongandose en punta hacia abajo; el estilete da una consistencia un poco firme, deprime mui poco o casi nada. Tabique con una lijera desviacion.

El tratamiento ha consistido en sacar la parte del cornete medio que avanza hacia abajo con asa galvano cáustica, i en la canterizacion posterior de los cornetes inferiores.

Farinje nasal. Pincelaciones con solucion de Mandl.

Oído. Cateterismo de la trompa i duchas de aire.

Con este tratamiento, llevado con constancia, conseguimos que las cefaleas i vértigos, zumbidos, etc. desaparecieran junto con la retraccion de los cornetes i la desconjestion de la mucosa.

OBSERVACION QUINTA

Celia A. 26 años. Neurasténica i con perturbaciones dispépticas desde los 15 años. Hace como un año que padece de una inyeccion conjuntival a los 2 ojos, que se acompaña de ardor i fotofobia. Al mismo tiempo aparecieron cefaleas frontales i perturbaciones del sueño por falta de respiracion nasal. Fué mandada de la clinica de ojos para examinarse la nariz por la persistencia de inyeccion conjuntival i por la obstruccion nasal continua de que se queja.

El exámen endonasal demostró la degeneracion mucosa de los

cornetes medios obstruyendo gran parte de las cavidades nasales, i la congestión de la mucosa nasal que desaparecia con la solución de cocaína.

La electrolisis aplicada en 6 sesiones ha disminuido el tamaño de los cornetes medios que obrando por compresión producían antes la hiperemia conjuntival i de la mucosa nasal. Estos junto con las cefaleas casi han desaparecido.

OBSERVACION SESTA

H. L. enfermo de 26 años que se queja desde la edad de 15 años de estenosis nasal i cefalalgia frontal i occipital; estado agravado últimamente por malestar jeneral, falta de voluntad, i ofuscamiento de las ideas que le impiden dedicarse a sus ocupaciones. La estenosis nasal aumenta al acostarse i le impide dormir. Amanece todas las mañanas ronco i con dificultad para hablar. El *examen rinoscópico* revela una hipertrofia de los 2 cornetes inferiores (mucosa hiperplasiada) i una desviación del tabique al lado izquierdo que obstruye completamente este lado.

Operado dos meses después por el Dr. Albarracín (resección de la cresta del tabique) i posteriormente aplicaciones galvano-cáusticas que le he hecho en los cornetes inferiores han restablecido la respiración nasal i la curación consiguiente de los fenómenos enunciados.

El examen de la larinje, practicado varias veces nos reveló solo una ligera hiperemia de los repliegues aritenoidales epiglóticos i vandas ventriculares que desapareció pronto.

CONCLUSIONES

1.º Siempre que los fenómenos enumerados como neurosis, van acompañados o precedidos de síntomas nasales, estenosis, estornudos, rinorrea, estamos en el deber de hacer un examen atento de las fosas nasales.

2.º El pronóstico de las neurosis reflejas de origen nasal, será tanto mas favorable cuanto mas pronto se investigue i trate la causa.

3.º Muchas de las neurosis llamadas reflejas, no son hablando en propiedad, sino fenómenos congestivos originados por un entorramiento en la circulación venosa o linfática endonasal.

4.º Debe tenerse en cuenta ciertas hiperemias de la mucosa nasal frecuente en las personas histéricas.

5.º La cocaína es un excelente medio de diagnóstico en las neurosis reflejas de origen nasal.

6.º El éxito del tratamiento está vinculado al examen atento de la causa productora de la neurosis refleja.

