

nasal, que en cierto modo constituyen un lavado de la superficie mucosa; suspensión respiratoria durante la inspiración, seguida de espiración brusca y espasmódica, llamada estornudo, que determina la expulsión simultánea de los líquidos segregados y de la substancia que accidentalmente se ha introducido en aquellas vías.

En estado patológico, no siempre sucede lo mismo; así puede observarse, en determinadas circunstancias, una disociación anormal de la sensibilidad común y de la sensibilidad refleja de la pituitaria. La hiperestesia de la sensibilidad común de la mucosa nasal, que antes hemos descrito, hace que aumente la sensación dolorosa provocada por el contacto de los objetos, las diferencias de temperatura, etc.; pero casi siempre es independiente de lesiones locales, y las intervenciones terapéuticas locales sólo la modifican cuando producen la anestesia temporal ó la destrucción de las terminaciones nerviosas; en este último caso, no siempre la modifican en sentido favorable. Es indudable que entonces la perturbación funcional tiene su asiento en los órganos de recepción mejor que en los de transmisión. Las afecciones de la mucosa nasal, aun cuando sean agudas, no suelen determinar la hiperalgesia; el contacto de un estilete explorador que se pase por la pituitaria de un enfermo de coriza aguda no es doloroso, y á veces lo es menos que en un individuo sano. Lo que generalmente determinan estas afecciones es una hiperexcitabilidad refleja, que suele traducirse por una exageración de las reacciones normales, y, en ocasiones, por la aparición de reacciones anormales, patológicas, pero siempre del mismo orden que las anteriores.

Importa consignar que la fácil aparición de estos fenómenos y la intensidad con que se desarrollan, no sólo se hallan en relación directa con la naturaleza y grado de la afección nasal de que derivan, sino que además varían en los diferentes sujetos enfermos. Aun en aquellos cuyo sistema nervioso se halla en perfecto estado de equilibrio, la exageración de los reflejos normales dependerá de la agudeza é intensidad de la afección nasal, seguirá una evolución paralela, será mas bien moderada y no presentará nada de particular, y en los neuropatas ó en los individuos con antecedentes neuropáticos, no guardará proporción el grado de la lesión, y podrá revelarse, no sólo por una excesiva intensidad de las reacciones normales, sino también por la aparición de reflejos anormales y puramente patológicos que van á unirse á los primeros. Además, la aparición de estas reacciones reflejas anormales en tales sujetos no supone siempre la evolución previa de toda la serie de reflejos normales, podrá sobrevenir, aun cuando falten algunos de estos, por lo menos. Por último, se presentará con ó sin ellos, cuando existan lesiones nasales agudas, ligeras é intermitentes, ó afecciones crónicas triviales, cuyas consecuencias del mismo orden serían nulas é insignificantes en sujetos no afectados de nervosismo.

Se necesitan poseer tres nociones fundamentales: 1.º, independencia relativa de la hiperestesia de la sensibilidad común y de la hiperestesia de la sensibilidad refleja de la pituitaria; 2.º, independencia relativa de la hiperestesia de la sensibilidad refleja y de lo que podría llamarse *parestesia* de la sensibilidad refleja de la pituitaria; 3.º, predisposición excesiva de los neuropatas á la hiperexcitabilidad, y más aún á esta hiperexcitabilidad refleja de la pituitaria. Sin esas nociones, es imposible comprender y juzgar la cuestión, tan interesante y

controvertida, de las *neurosis reflejas de origen nasal*, que después de haber tenido gran resonancia y arrastrado gran número de prosélitos, tiende hoy á caer en un olvido injustificado: esto se debe á las exageraciones absurdas en que incurrieron algunos defensores de la teoría, y sobre todo, á sus intempestivos entusiasmos terapéutico y operatorio. En mi concepto, es imposible negar que la mucosa de las fosas nasales constituye el punto de partida de reacciones nerviosas, espasmódicas ó vaso-motoras, con mucha más frecuencia que las mucosas inmediatas, que la del tubo digestivo y órganos genitales: la observación clínica, lo mismo que la experimentación fisiológica, demuestran que esta opinión se apoya en una base sólida ó positiva.

No me detendré en exponer consideraciones históricas acerca de este punto (1); ni en recordar los trabajos de Trousseau, Blackley, Voltolini, Hack, Sommerbrodt y tantos otros, cuyas exageraciones quizá hicieron caer el ridículo sobre estas doctrinas. Me bastará con citar las investigaciones experimentales de Francisco Franck (2) y recordar algunos hechos clínicos que todo médico puede observar á menudo, si en ello fija su atención, para justificar ampliamente las proposiciones preliminares que formulé al principio de este capítulo.

El aumento de la sensibilidad refleja de la pituitaria, bajo la influencia de la inflamación, es un hecho baladí; sabido es que, en un individuo que padece coriza aguda, la más ligera corriente de aire frío, como la que se produce al abrir una puerta ó una ventana, basta para provocar violentos accesos de estornudo, cuando se pone en contacto con las vías respiratorias superiores. Si penetra en la nariz, en condiciones análogas, un aire algo cargado de polvo, se observa igual resultado. El Dr. Francisco Franck, ha utilizado esta noción de la hiperexcitabilidad refleja, debida á la inflamación de la pituitaria, para estudiar experimentalmente las reacciones determinadas por la irritación *localizada* de esta membrana inflamada, y averiguar si era posible reproducir algunos de los síntomas cuya existencia, en los enfermos de lesiones nasales, ha sido comprobada por los clínicos. Los resultados han sido positivos, y, además de la rino-rra y del estornudo, Franck ha visto la tos, el espasmo glótico, el espasmo bronquial generalizado, la lentitud del corazón y ciertas reacciones vaso-motoras, consistentes en una vaso-dilatación cefálica y una vaso-constricción del resto del cuerpo. Si antes de irritar la pituitaria inflamada, el experimentador la anestesiaba localmente con la cocaína, no obtenía ninguna reacción.

La posibilidad del origen nasal de ciertas neurosis respiratorias de orden espasmódico y de algunas congestiones cefálicas activas, ha sido previamente demostrada por la experimentación. Pero, por otra parte, la observación clínica demuestra que en *cierto número* de individuos, cuando los accesos de espasmo glótico, de asma bronquial, de tos seca, de jaqueca, de neuralgia de las ramas superiores del trigémino ó de cualquier cefalalgia, coinciden con una congestión marcada de la mucosa nasal, es fácil conseguir que cese casi instantáneamente el acceso, aplicando á la pituitaria una disolución concentrada de cocaína. ¿No

(1) Consultese Hack, obra citada — Cartas, *France médicale*, 1885. — Heryng, *Annales des maladies de l'oreille*, 1886. — Ruault, *Gazette des hôpitaux*, 1887 — Voltolini, *Die Krankheiten des Nase*, Breslau, 1888.

(2) Francisco Franck, *Archives de physiologie*, núm. 3, pág. 538 y siguientes, Julio, 1889.

tiene este hecho el valor de un experimento fisiológico? ¿No demuestra á la vez que los síntomas que se ha conseguido disipar eran de orden reflejo y de origen intranasal, y que estos síntomas, solos ó asociados, pueden manifestarse bajo la influencia de una simple irritación congestiva de la pituitaria en los individuos *predispuestos*? Digo en los *predispuestos*, porque suelen faltar, aun cuando existan lesiones nasales importantes, en individuos exentos de toda diátesis, mientras que son muy frecuentes en los *neuro-artríticos* y los *nerviosos en general*.

Se impone, pues, la investigación de los síntomas nasales, en los individuos que padecen accesos de estornudo, tos nerviosa de causa no bien conocida, espasmo glótico por accesos, asma bronquial, cefalalgias y jaquecas recidivantes y tenaces. Si este examen permite reconocer la existencia de lesiones permanentes, vicios de conformación, tumefacciones congestivas intermitentes, se deberá recurrir á la aplicación de la cocaína, y *si esta prueba da resultados positivos*, podrá *esperarse* que el tratamiento de las lesiones nasales produzca, al mismo tiempo que la curación ó mejoría de éstas, la de los síntomas asociados que de ellas dependan. Si la aplicación de la cocaína no da resultados, es de temer un fracaso casi cierto; y, aun en el caso contrario, será prudente no prometer al enfermo una curación que siempre es problemática.

Los mejores resultados que he podido obtener en mi práctica, se refieren á *hemicráneas*, *neuralgias supraorbitarias*, *tos nerviosas por accesos*, accesos de *espasmo glótico* (1) y *estornudos* por accesos que duraron años enteros, seguidos con frecuencia de abundantes *rinorreas*. En ciertos sujetos, estas corizas vasomotores dieron lugar á *bronquitis húmedas*, que duraron dos ó tres semanas más que el constipado que marcó su principio: curando la nariz, hice que desaparecieran esos accidentes. En gran número de casos, conseguí que desaparecieran rebeldes *pesadillas*; finalmente he visto individuos *hipocondríacos*, que padecían una verdadera *obsesión nasal* y no podían hacer ningún esfuerzo intelectual; sus médicos los trataron como enfermos imaginarios, y sin embargo, al curar las lesiones nasales y naso-faríngeas, recobraron tales sujetos su actividad y alegría perdidas.

Respecto á los *asmáticos* que tienen lesiones nasales (2), los he tratado en gran número desde 1885. Dos terceras partes de ellos padecían pólipos mucosos bilaterales, y creo haber curado á algunos de un modo radical. Otros curaron temporalmente; pero, después de una, dos ó tres recidivas de los pólipos y de los accesos asmáticos, dejaron de presentarse los accidentes. Estas curaciones, radicales ó temporales, correspondieron á enfermos con pólipos, excepto un niño de diez años, curado en 1885, en quien sólo existía la hipertrofia de los cornetes inferiores; representan algo más del cuarto y un poco menos del tercio de mis enfermos. En otros dos tercios sólo consiguieron beneficios indirectos, pues desapareció la obstrucción nasal que padecían, pero el asma continuó como antes de la intervención quirúrgica, ó por lo menos el alivio fué pasaje-

(1) Ruault. Le spasme glottique d'origine nasale; *Archives de laryngologie*, 1888.

(2) Consúltese Joal, Des rapports de l'asthme et des polypes muqueux du nez; *Archives générales de médecine*, 1882. — Voltolini *loc. cit.* — Bosworth, Diseases of the nose; New York, 1888. — Potiquet, L'asthme et le nez médecine moderne, 1890 (análisis y crítica del trabajo de Schmiegelow, á cerca del mismo asunto).

ro é insignificante. Por último, en dos casos, llegó á agravarse el asma á consecuencia de la intervención, y esto fué tanto más sensible, cuanto que tales enfermos sólo presentaban cierta tumefacción congestiva de los cornetes inferiores.

¿Qué puede deducirse de estos resultados, obtenidos entre unos 100 asmáticos á quienes pude seguir después, y de los que tuve noticias posteriores, durante un período de tiempo que varió de uno á siete años? Una afirmación de bastante interés clínico: si bien es indudable que las lesiones nasales, y en particular los pólipos mucosos, figuran entre las causas determinantes más seguras del asma crónico, no es menos positivo que su desaparición no siempre produce la curación de los fenómenos asmáticos. El asma es una neurosis compleja, patrimonio casi exclusivo de los neuroartríticos ó de los neuropatas hereditarios. No es asmático quien quiere, y el que lo ha sido, bajo la influencia de tal ó cual causa determinante, puede serlo también por otra influencia; queda siempre la predisposición, y después de haber tenido asma de origen nasal, el mismo individuo puede volver á padecer asma relacionado con la mucosa bronquial ya interesada, con el aparato gastro-intestinal, etc.

Sin embargo, importa consignar que el número de curaciones sería indudablemente mucho mayor, si nuestros métodos de terapéutica rinológica fueran más seguros y perfectos. Si en la mayor parte de los casos, la cirugía consigue restablecer la permeabilidad nasal extirpando los pólipos, resecaando las elevaciones del tabique, cauterizando los cornetes hinchados, estamos muy distantes de curar siempre las perturbaciones secretorias, y acaso nunca conseguiremos devolver á la mucosa su estructura normal. A esta insuficiencia de los medios terapéuticos, creo que debo atribuir sin duda los fracasos observados en muchos individuos en quienes pude, sin embargo, detener los accesos de asma por la pulverización intranasal de una disolución de cocaína. Añadiré que uno de mis enfermos, cuyo asma en nada se modificó por la ablación de pólipos mucosos, mejoró algún tiempo después, cuando le operé (por la vía bucal alveolar) un empiema del seno maxilar que había pasado inadvertido. La frecuencia de las supuraciones de los senos en los enfermos de pólipos mucosos, ó, mejor dicho, la frecuencia de los pólipos mucosos consecutivos á antiguas supuraciones de los senos, es un hecho perfectamente conocido hoy: así es que insistiré en la necesidad de examinar siempre el estado de los senos en los asmáticos que padecen pólipos, á fin de intervenir en ese sentido si es preciso.

Para terminar, diré que la curación del asma, si llega á obtenerse, no representa siempre la curación del enfermo. Tres de mis operados, cuyo asma curé, padecen hoy tic de la cara. Otro, en quien el asma se modificó muy poco, padece la enfermedad de Raynaud.

Estos hechos merecen ser tenidos muy en cuenta, aunque sería absurdo fundarse en ellos para abstenerse, sistemáticamente, de intervenir «por temor de que el mal aparezca en otro punto», porque este razonamiento no debe hacerse hoy día. Con todo, parece que vienen en apoyo de la opinión, tan juiciosamente defendida por Brissaud (1), que considera á muchos asmáticos como

(1) Brissaud, De l'asthme essentiel chez les névropathies, *Revue de médecine*, Diciembre 1890.

nerviosos hereditarios, en los cuales el asma sólo constituye un síntoma aislado de su estado general, con igual título que el tic convulsivo y las neurosis vaso-motoras ú otras que pueden padecer al mismo tiempo ó poco después.

### CAPITULO III

#### CORIZAS AGUDAS

##### I

#### Coriza aguda simple. — Romadizo ó constipado vulgar.

**ETIOLOGÍA Y PATOGENIA.** — La coriza aguda, vulgar ó romadizo, es la inflamación catarral aguda de la pituitaria; afección baladí de la que nadie escapa, que á menudo cura espontáneamente en una semana ó menos, sin dejar indicios apreciables en el enfermo. En tales casos, sólo se recurre al médico en circunstancias especiales, bien porque las recidivas son bastante frecuentes para que el enfermo se preocupe de ellas, bien porque, al manifestarse un ataque aislado, adquiere cierta intensidad la traqueobronquitis que le acompaña.

El catarro nasal agudo, suele marcar el principio de la forma más común de la gripe epidémica; es constante al principio del sarampión, del tifus, y puede observarse también en otras enfermedades generales infecciosas. En esos diversos casos, ora se trate de una localización específica, ora de una infección secundaria, presenta caracteres particulares. En este lugar no nos ocuparemos de esas variedades secundarias de la coriza, y sólo estudiaremos la coriza aguda simple, el catarro vulgar, que constituye por sí solo toda la enfermedad.

La coriza es más frecuente en los niños que en los adultos, y más común en éstos que en los viejos. Ciertos sujetos tienen especial susceptibilidad en ese sentido: tal sucede en los niños linfáticos con hipertrofia moderada de la amígdala faríngea, y en los individuos que padecen catarro nasal crónico, si quiera sea poco intenso. En estos individuos, cuando son atacados, no presenta la coriza tanta violencia como en los demás; los sujetos que se constipan muy á menudo, sólo tienen ligeros ataques agudos ó más bien subagudos: mientras que en los que padecen uno ó dos constipados cada año, los síntomas son mucho más intensos.

Esta afección reina de preferencia en los climas templados y variables, durante la estación fría y húmeda, y sobre todo, en los meses de transición, fines de otoño y fines de invierno. Su causa determinante más común es el enfriamiento prolongado y sobre todo, el de las extremidades inferiores, cuando éstas se hallan expuestas, al mismo tiempo que á la acción del frío, á la de la humedad.

Parece indudable que el romadizo vulgar, lo mismo que todas las inflamaciones agudas ó subagudas de las membranas mucosas, es de índole infecciosa. La vulnerabilidad de la pituitaria, la facilidad con que presenta reacciones

vaso-motoras bajo la acción de influencias múltiples, las alteraciones de diverso grado que esas simples hiperemias, al repetirse, llegan á imponer á su estructura, y, por otra parte, la penetración constante en su superficie de los diversos micro-organismos arrastrados por el aire inspirado, explican fácilmente la frecuencia de las inflamaciones superficiales de esta membrana. Por lo demás, ciertos micro-organismos capaces de convertirse en patógenos, puedan vivir y reproducirse en la superficie de la membrana de Schneider: así, en los sujetos sanos, pueden verse en ella estafilococos, neumococos, bacilos encapsulados, y también (con mucha mayor frecuencia que en la boca) estreptococos. Es muy posible que los ataques de coriza aguda sean debidos á esos diversos microbios, aislados ó asociados; sin embargo, la enfermedad suele ser una inflamación ligera y que carece de especificidad. Sea como quiera, parece indudable el contagio de la coriza; aunque muy débil, se presenta á menudo á nuestra observación. En los niños, este contagio es más evidente que en los adultos; basta fijar un poco la atención para conocer con cuánta frecuencia las amas de cría, lo mismo que las niñeras, transmiten la afección á los niños de que están encargadas; muchas veces este contagio se manifiesta á los dos ó tres días. Los resultados, negativos hasta ahora, de las tentativas experimentales de inoculación, no pueden ser invocados en contra de la transmisibilidad; es evidente que esos casos sucesivos de coriza no se desarrollan bajo la influencia de un enfriamiento que haya atacado á todo el mundo á la vez, y que sólo el contagio explica dicha propagación; en algunos casos, ha podido demostrarse el contagio por medio de los pañuelos.

El frío no es la única causa determinante de la coriza aguda, puede sobrevenir por la permanencia prolongada en una atmósfera caliente ó cargada de polvo; por el contacto de ciertos vapores ó substancias irritantes ó por la ingestión de ciertos medicamentos (ioduros, bromuros). Pero esas diversas variedades etiológicas de coriza, suelen afectar un curso subagudo, y atacan sobre todo, á las personas predispuestas.

**SÍNTOMAS Y CURSO.** — El constipado de mediana intensidad, suele comenzar bruscamente. El enfermo nota que se ha enfriado, experimenta ligero malestar, pesadez de cabeza y quizás ligeros escalofríos. Al propio tiempo, nota sensación de sequedad y después obstrucción nasal. Bien pronto, hay hormigueo en las fosas nasales, y después estornudo. Tan pronto como aparecen los estornudos, que se manifiestan por la menor impresión de frío, comienza el flujo por la nariz: la secreción es acuosa, transparente y fluida, de abundancia variable, pero siempre notable, y el enfermo, obligado á sonarse constantemente para limpiar el flujo espontáneo, comienza á sentir irritación y hasta erosiones de los orificios nasales y de su contorno, por los roces repetidos con el pañuelo. Al mismo tiempo, se acentúa la cefalea frontal, desaparece el olfato, disminuye el gusto y no tarda en alterarse la voz. El enfermo come casi siempre sin apetito, mientras que su sed suele aumentar más ó menos y se acuesta á disgusto. La rinorrea cesa durante el sueño (1); pero en cambio, éste es agitado y con pesadillas. En ocasiones, se nota cierta sequedad y calor en la piel. El enfermo despierta al siguiente día con la garganta y la boca

(1) Véase Moure, Manuel des maladies des fosses nasales, pág. 38. París, 1886.