

manifiesto al considerar las *alteraciones preexistentes de la mucosa nasal* como causa principal de la enfermedad. Las causas predisponentes, como queda dicho, son múltiples y de diversos órdenes; la causa determinante es una, y ella da á la enfermedad su sello particular y la asigna cierta autonomía nosográfica, que los teóricos no llegarán á destruir.

SINTOMATOLOGÍA.— El catarro de heno se presenta bajo dos formas clínicas diferentes: la *forma óculo-nasal ó catarral* y la *forma dispnéica ó asmática*. Frecuentemente, aunque no siempre, la última sucede á la primera al cabo de algunos años. También puede asociarse á ella desde poco después del principio ó desde los primeros momentos, y hasta presentarse sola primitivamente. La intensidad de los síntomas varía mucho en cada individuo y aun en el mismo sujeto puede también variar mucho según los años. A veces sigue, con respecto á este punto, una marcha creciente; débil al principio, puede hacerse mucho más acentuada después y alcanzar un *máximum* que conserva durante mucho tiempo.

1.º *Forma catarral.*— En esta forma, el acceso principia bruscamente con una sensación extremadamente penosa de picor, ya en el ángulo interno del ojo, ya en la nariz ó á la vez en la conjuntiva y en la pituitaria. Después se hincha mucho la mucosa de la nariz, y pronto se presentan accesos de estornudos repetidos, muy violentos á veces, y una rinorrea serosa abundante acompañada de lagrimeo. El picor puede adquirir en ocasiones una intensidad tal, que le hace muy doloroso: los dolores neurálgicos orbitarios ó cervico-occipitales no son raros, y en ciertos casos los párpados se ponen edematosos. Algunos enfermos tienen la urticaria durante los accesos: éstos principian en la inmensa mayoría de los enfermos, en el momento en que se exponen á la acción del aire cargado de polen. En muchos habitantes de París, que vienen á la población por sus ocupaciones durante una parte de la semana y permanecen en el campo el resto del tiempo, el acceso principia después de la partida en el ferrocarril y en el momento en que el tren pasa los arrabales y atraviesa los primeros campos cultivados. El acceso dura un tiempo muy variable, desde algunas horas á varios días, después de haber presentado variaciones sucesivas de intensidad de los síntomas, á veces bastante acentuado para constituir verdaderas intermitencias: las secreciones nasales, serosas al principio, se hacen pronto mucosas, y, por último, moco-purulentas. La desaparición del acceso es generalmente rápida. Algunos sujetos tienen bronquitis, pero es raro que haya fiebre, y si la hay, es ligera en la mayor parte de los casos. El fin del acceso puede marcarse por fenómenos de orden crítico, por ejemplo, de orinas abundantes y cargadas de sedimentos (Leflaive).

2.º *Forma asmática.*— En la forma asmática, los accesos no difieren de los del asma bronquial común, pero se presentan á menudo durante el día. Su duración es muy variable; pueden desaparecer en algunas horas ó durar muchos días, presentando remisiones más ó menos acentuadas. Morell-Mackenzie insiste en la rareza de las lesiones bronco-pulmonares consecutivas; sin embargo, he observado muchos sujetos que desde sus primeros accesos de catarro de heno, de forma puramente catarral, padecían bronquitis y poco después accesos de asma, y aunque durante todo el tiempo eran intermitentes los accesos de asma, persistían sin embargo, los signos de bronquitis. En estos casos, pa-

rece difícil admitir que puedan los sujetos tener bronquitis tres meses por año sin que, en un momento dado, se presenten lesiones bronco-pulmonares permanentes.

PRONÓSTICO.— El catarro de heno es una afección benigna, pero de una tenacidad extraordinaria. Cuando un sujeto lo ha padecido por primera vez, es casi seguro que tendrá los mismos accidentes en los años sucesivos, y nada nos permite preveer, en cada caso particular, si la afección desaparecerá al cabo de algunos años ó durará hasta la edad madura ó aun hasta la vejez.

DIAGNÓSTICO.— Los síntomas son bastante característicos, para que el diagnóstico sea muy fácil: la época del año en que principia y la comprobación de las condiciones en que los accesos aparecen, casi no dejan lugar á duda. Pero es preciso evitar la confusión del catarro de heno con accidentes análogos que se presentan en otras épocas del año, por la influencia del polvo de la atmósfera ó de determinadas substancias que se encuentran en suspensión en la misma, de ciertos olores, y, á veces también, por influencias psíquicas (coriza de las rosas, por ver una rosa artificial, accesos de coriza que se presentan á consecuencia de excitaciones sexuales, etc.), fenómenos cuyo estudio se confunde con el de las neurosis nasales y que nos limitamos á indicar aquí.

TRATAMIENTO.— Fuera de la estación de la fiebre de heno, el médico debe limitarse á tratar las lesiones nasales, si es que existen. Sin que nos creamos autorizados para esperar que estas intervenciones locales han de impedir la vuelta de la afección en la época habitual, esta práctica, no obstante, nos permitirá contar con una disminución de intensidad de los síntomas en cierto número de casos. Pero deberemos proceder con una prudencia muy especial, cuando tengamos que practicar estas operaciones rino-quirúrgicas, porque la mayoría de los enfermos presentan, como consecuencia de ellas, reacciones excesivas, uno de cuyos mayores inconvenientes, sino el único, puede ser el de interrumpir un tratamiento que, ejecutado radicalmente, les hubiese sido en muchos casos de una utilidad real. Si no existen lesiones intra-nasales muy acentuadas, se debe dejar tranquilo al enfermo, y, sobre todo, evitar cuidadosamente someterlo á las cauterizaciones ígneas ó de otras clases, y, en general, á intervenciones violentas, siempre inútiles y á menudo nocivas.

La medicación hidro-termal, presta servicios indudables á buen número de enfermos. Las aguas arsenicales, y particularmente las de Mont-Dore y la Bourboule, parece que son, en tales casos, mucho más eficaces que las aguas sulfurosas.

Cuando ha llegado la estación del catarro de heno, y no ha sido posible sustraer al enfermo á sus ataques enviándolo al mar ó á las montañas, según los casos, rara vez se llegará al mismo resultado por los diversos medios profilácticos mecánicos que han sido propuestos con este objeto. El empleo de lentes de cristal ahumado, con enrejado y armaduras de tafetan de los *respiradores* algodonados para filtrar el aire respirado, los tapones intra-nasales de algodón, etc., no siempre alcanzan el objeto propuesto é imponen á los enfermos molestias á que no se someten con gusto. Cierta número de enfermos, que he cuidado durante los tres últimos años, han obtenido ventajas con el empleo de las pulverizaciones intra-nasales de aceite de vaselina hechas antes de emprender el viaje. Cuando estas pulverizaciones se hacen bien y bastante pro-

longadas, ó se reemplazan por la introducción en la nariz de vaselina blanca ordinaria, seguida de la colocación de pequeños tapones de algodón en la entrada de las fosas nasales, protegen la mucosa é impiden *algunas veces* el acceso. Tres de mis enfermos lograron evitar éste tomando, algunas horas antes de exponerse á las causas que le hacían aparecer de ordinario, de 1 á 3 gramos de antipirina al interior; pero el resultado no siempre fué constante en ellos, y otros muchos individuos sólo obtienen de esta medicación resultados medianos, insignificantes ó completamente nulos.

La antipirina y el sulfato de quinina son útiles á muchos enfermos, cuando toman estos medicamentos eficaces poco después del principio del acceso: frecuentemente abrevian su duración; en ciertos casos, evitan la traqueo-bronquitis y en otros atenúan los accidentes disnéicos. Los síntomas de la forma óculo-nasal disminuyen notablemente en muchos casos, y á veces se detienen por medio de pulverizaciones intra-nasales de cocaína (solución al 2 por 100), ó de insuflaciones de un polvo que contenga el mismo medicamento en mayor proporción (clorhidrato de cocaína, de 1 á 2; azúcar en polvo, de 4 á 6). Se debe insuflar este polvo en cantidades muy pequeñas ó bien recomendar que se pulverice muy poca cantidad de líquido á fin de evitar todas las probabilidades de intoxicación. Debemos recordar también, que el empleo prolongado de la cocaína no está exento de inconvenientes; algunos sujetos la soportan mal, y bajo su influencia padecen insomnios rebeldes, excitación nerviosa, anorexia y desórdenes dispépticos, etc.; en tales casos, se deberá resueltamente renunciar á esta medicación, que sus resultados puramente paliativos no autorizan á utilizar con detrimento de la salud general.

CAPITULO IV

CORIZAS CRÓNICAS

La denominación de *coriza crónica*, sólo puede conservarse como nombre genérico aplicable á toda una serie de estados patológicos diferentes de la mucosa nasal, y que merecen esta calificación común, porque se los considera á todos como manifestaciones de la inflamación crónica de esta membrana. Pero cuando se quiere proceder á su clasificación y agruparlos en variedades anatómicas ó en formas clínicas particulares, vemos que los caracteres diferenciales sobre los cuales debe basarse esta clasificación, tienen un valor muy secundario.

Los procesos inflamatorios crónicos de la mucosa nasal, son todavía, en efecto, muy imperfectamente conocidos. El estudio de las lesiones histológicas de fecha muy reciente, está sólo esbozado, y la relación de estas lesiones con cierto número de síntomas, inconstantes por lo demás, á los que están asociadas, apenas comienzan á ser entrevistas. Por último, los datos positivos que poseemos acerca de la histología de estas afecciones, ó son comunes á la mayor parte de ellas, ó bien los que se aplican á variedades distintas, son inciertos ó poco precisos. En cuanto á nuestros conocimientos sobre su patogenia y

su fisiología patológica, son completamente rudimentarios. En estas condiciones, no puede evidentemente intentarse una clasificación metódica y satisfactoria de las *rinitis crónicas*, y nos encontramos reducidos á separar del grupo un poco confuso que entre todas forman, cierto número de variedades cuya autonomía es discutible; pero que, sin embargo, presentan entre sí diferencias relativas, ya en su sintomatología, ya el modo de efectuar su evolución ó ya en las lesiones anatómicas que á ellas se refieren, y en las que, por lo demás, parece que la inflamación, propiamente dicha, desempeña un papel muy desigual.

Lo que se llama ordinariamente *coriza crónica simple*, ha sido ya descrita en este artículo, con motivo de la hiperemia de la pituitaria. La hinchazón de la mucosa de la nariz, consecuencia más bien de la repleción sanguínea de sus capas profundas, casi exclusivamente formadas por senos vasculares, cuya estructura se parece á la del tejido eréctil, que de las lesiones epiteliales y glandulares con engrosamiento del corion mucoso, es el signo característico de este estado. Los desórdenes secretorios son inconstantes y variables y el nombre de *catarro crónico* de la pituitaria, que erróneamente se le da á veces, no es, en manera alguna, el más apropiado. En realidad, la inflamación no influye gran cosa en este desorden morboso, que más bien depende de procesos hiperémicos; pero, como ya he dicho antes, ocurre en muchos casos que este estado, primero intermitente y después permanente, da origen á modificaciones de estructura de la mucosa, de una naturaleza completamente especial, que se han descrito otras veces con el nombre de *engrosamiento de la pituitaria*, y más recientemente con el de *hipertrofia de la mucosa nasal*, de *rinitis hipertrofica*.

El estudio histológico de estas lesiones, al que Chatellier ha consagrado durante muchos años numerosos trabajos (1), demuestra que, en realidad, no se trata en tales casos de una hipertrofia, propiamente dicha, sino más bien de un proceso neoplásico, de una *transformación mixomatosa de la pituitaria* ya alterada y afectada de ectasia de sus vasos profundos y de relajación consecutiva y de engrosamiento por infiltración celular de su corion mucoso. El estudio clínico de esta afección, debe hacerse junto con el de los pólipos mucosos de las fosas nasales; de igual manera que estos últimos, da origen á síntomas que demuestran directamente la obstrucción nasal, y que no puede modificarse por un tratamiento médico, sea el que fuere, ni por ninguna medicación tópica que no tenga por efecto la destrucción de los tejidos enfermos. Estos deben separarse por procedimientos de orden quirúrgico ó destruirse por la cauterización química ó ígnea. La historia de esta enfermedad no tiene, pues, sitio apropiado en un tratado de medicina; pertenece á la cirugía y debe, por lo tanto, estudiarse en los tratados de patología externa y en las obras especiales.

Al lado de estas diversas corizas crónicas, caracterizadas sobre todo por la obstrucción nasal que determinan, existen otras formas, en que ésta es nula ó poco acentuada, y en la que dominan los desórdenes secretorios. Ciertos individuos, los viejos sobre todo, se quejan de un flujo seroso que les obliga á limpiarse continuamente con el pañuelo. Otros moquean mucho, pero en lugar de ser las secreciones fluídas, son manifestamente mucosas, opacas y su abundan-

(1) Chatellier, *Annales des maladies de l'oreille*, 1885, 1886 y 1889. *Bulletin de la Soc. anatomique*, C. R. Du Congrès d'otologie de Bruxelles, 1890.