

ción minuciosa, sobre todo en los casos de unilateralidad de los síntomas, de que no existe supuración en los senos y particularmente en los senos maxilares. Cuando el pus procede de éstos, ó de los senos frontales, ó también de las células etmoidales anteriores, corre por el meato medio, en cuya entrada pueden verse frecuentemente sus vestigios; además, sigue también por la cara superior del cornete inferior y desde allí cae frecuentemente en la faringe, dejando en muchos casos un rastro sobre el velo palatino.

En los casos de supuración del seno maxilar, el derrame purulento es de ordinario intermitente, y en particular por la mañana, al levantarse, se presenta en cantidad más considerable. El pus, aunque puede contener grumos caseosos, es más fluído y menos viscoso que el moco-pus del ozena. Por último, el olor es diferente, soso y dulzaino, que recuerda al del yeso húmedo, como el de la dilatación bronquial, según se presenta en los casos todavía recientes, se hace picante y análogo al del pescado podrido ó al de las conservas añejas de arenques en los casos antiguos. Este último olor, es también característico de los empiemas viejos de la cueva de Highmore. El enfermo se queja de este olor y del gusto fétido del pus que cae en su garganta, mientras que el ozeno nada de esto siente. La neuralgia supra ó infra-orbitaria es muy común en los casos de empiema de la cueva. Por último, la anamnesia y la coexistencia tan frecuente de lesiones dentarias (caries antiguas de los grandes molares superiores), nos darán indicaciones complementarias preciosas. Cuando á la comprobación de estos signos, se añade la de la opacidad del maxilar correspondiente, descubierta por el examen de la traslucidez de la cara, iluminada de dentro hacia afuera por una lamparita eléctrica introducida en la boca y encendida después de cerrada ésta y colocado el enfermo en una habitación oscura, el diagnóstico se hace absolutamente cierto (1). Para que este signo sea claro y decisivo, es preciso que el párpado inferior del lado sano aparezca muy iluminado, con la forma de una media luna de color rojo de fuego, mientras que el párpado correspondiente del otro lado, queda oscuro. Es, pues, preciso buscar las diferencias de iluminación debajo del ojo y no al nivel de los pómulos, porque éstos pueden aparecer casi tan claro el uno como el otro, en casos en que un solo párpado se presenta iluminado. Ya he llamado la atención, hace mucho tiempo, acerca del valor de este signo, cuya importancia ha sido indicada por Vohsen. Tampoco es dudoso para mí, que la obscuridad del párpado, cuando coincide con una traslucidez más ó menos clara de las regiones del carrillo correspondientes á los dos tercios inferiores de la cavidad de la cueva de Highmore, es un signo de supuración del seno maxilar, de valor muy superior á la obscuridad total é igual de arriba á abajo del carrillo y del párpado. Esta puede depender de una asimetría de los maxilares ó de la de sus cavidades ó del grosor insólito de la pared inferior del hueso y encontrarse, aunque falte todo signo de probabilidad de una afección de los senos; se le observa con frecuencia en uno ó en los lados, en los adultos, y especialmente en los viejos, y no debe dársele gran importancia.

El diagnóstico de la supuración de las células etmoidales anteriores y la de los senos frontales, es mucho más delicado; pero la dificultad consiste sobre

(1) Heryng, *Annales des maladies de l'oreille*, 1890.—Vohsen, Congreso internacional de Berlín, 1890.—Ruault, *Revue de laryngologie*, pág. 409, 1891.

todo en diferenciarlas de las de la cueva de Highmore y no en distinguirlas de un ozena. No nos detendremos aquí en este asunto, cuyo estudio apenas está esbozado; por lo demás, el pus en tales casos, corre de igual manera por el meato medio, y la presencia de este líquido en cantidad variable en el seno maxilar, es casi constante.

En cuanto á las supuraciones de los senos esfenoidales y de las células etmoidales posteriores, son hechos tan excepcionales, que casi no hay que contar con ellos. La rinoscopia posterior permite á veces ver una gran extensión de pus, unilateral, que parte de las regiones superiores de las fosas nasales y recubre los tres cornetes, de lo cual he publicado un ejemplo (1). Los enfermos se quejan de cefalalgia, de sensaciones vertiginosas y de un gusto fétido en la boca; pero es raro que el olor sea fuerte, y el pus, si el enfermo se suena á menudo, es expulsado de su orificio posterior de la fosa nasal, y rara vez permanece en regiones visibles por medio del espéculum.

Por lo demás, todas estas lesiones de los senos son muy raras en los jóvenes y casi únicamente en los niños, ó cuando más, en los adolescentes linfáticos es donde se observa la forma de ozena que he señalado como susceptible de confundirse con ellas. También debemos pensar, sobre todo en los casos en que los accidentes son unilaterales, en la existencia de cuerpos extraños, cuando se trata de niños, y en la de los rinolitos, cuando de los adultos.

En todos los casos, debemos darnos cuenta exacta del estado de todas las regiones accesibles á la vista, procediendo para esto, antes de terminar el examen, á un lavado prolongado y á una limpieza completa de las fosas nasales. Es indispensable asegurarse también de que la sífilis no es la causa de todo y de que no existen secuestros todavía adheridos ó, y esto podría ser desconocido con más facilidad, libres en las cavidades nasales. Se debe siempre investigar si depende de una sífilis adquirida ó de una sífilis hereditaria, no sólo en la forma precoz, sino que también en la forma tardía, una de cuyas manifestaciones más frecuentes son las osteitis necróticas intra-nasales. He observado varios casos de este género, y entre ellos dos que se refieren á dos muchachas, en las que se podían observar, al mismo tiempo que la atrofia generalizada de la mucosa nasal, el estado rudimentario de los cornetes inferiores, y la retención de las secreciones concretadas y extremadamente fétidas, coexistiendo con pólipos mucosos típicos, pediculados, que nacían por encima del cornete medio y de las regiones superiores del etmoides evidentemente enfermo. Hechos idénticos, por lo demás, han referido diversos autores, y Zuckerkandl entre otros.

No insisto aquí en el diagnóstico del rinoescleroma, porque se observa de una manera completamente excepcional en Francia, ni en el de la tuberculosis nasal, ni en el del muermo, que en nada se parecen al ozena. Pero señalaré la posibilidad de la confusión del ozena con la lepra, si la naturaleza de las lesiones cutáneas ó de otra clase de esta última enfermedad escapara al examen. La rinitis leprosa determina, en efecto, en un momento dado, una atrofia generalizada de la pituitaria y de los cornetes, con acumulación de costras idénticas á las del ozena. He citado un hecho de este género en 1888 (2), y

(1) De un caso de empiema del seno esfenoidal, *Archives de laryngologie*, 1890.

(2) Examen de la laringe y de la nariz de un leproso; *Archives de laryngologie*, 1888.

Wagnier (1) publicó al año siguiente, un segundo caso análogo, y otros autores han hecho también observaciones semejantes. Sin embargo, en todos los casos de rinitis atrófica leprosa, la fetidez es de ordinario poco acentuada, y hasta puede faltar.

TRATAMIENTO. — La multiplicidad de los tratamientos preconizados contra la rinitis atrofiante fétida (2), es la mejor prueba que se puede invocar en apoyo de la extrema tenacidad de la enfermedad y de su resistencia á todos los medios terapéuticos que se le han opuesto hasta ahora. No creo, sin embargo, que sea exacto decir, que el ozena es incurable. La observación clínica demuestra que, aun sin tratamiento, se detiene en ocasiones su evolución, y esto, sea cual fuere su manera de empezar, la edad en que el enfermo haya sido invadido y el tiempo durante el cual ha seguido una marcha progresiva ó estacionaria. No quiero hablar aquí de los casos, bastante numerosos, como ya he dicho antes, en que sólo el olor desaparece espontáneamente, ó al menos disminuye en proporciones tales, que casi equivalen á su desaparición, mientras que es menos evidente la disminución de las secreciones, y las costras continúan formándose y adhiriéndose á las paredes atrofiadas. Hablo de aquellos en que no solamente cesa el olor, sino que además las secreciones se modifican favorablemente, vuelven á adquirir, más ó menos por completo, su fluidez y cesan de concretarse en forma de costras adherentes, al mismo tiempo que la mucosa pierde su sequedad y su aspecto pálido y arrugado, volviendo á hacerse rosado y húmedo, y parece vascularizarse más ó menos notablemente. Conserva sus alteraciones de estructura definitivas, porque queda fibrosa y adelgazada; pero las glándulas que estaban solamente enfermas, parece que vuelven á adquirir sus funciones y parece probable que las lesiones del epitelio y la infiltración celular de la capa superficial se modifiquen también favorablemente. Estos hechos de curación, relativa si se quiere, pero equivalente para el enfermo á la curación absoluta, son innegables, y aunque son más frecuentes en los niños, se ven también en los adultos, y pienso que todo especialista que tenga una práctica algo larga y extensa, habrá tenido de seguro ocasión de observar algunas, si ha prestado en ello bastante atención. Si estos fenómenos pueden presentarse espontáneamente, no hay razón alguna para admitir que un tratamiento conveniente y suficientemente prolongado, no pueda facilitar la aparición de los procesos de este género y no sea capaz, si no de curar la enfermedad, al menos de ayudarla á curar en los casos favorables.

De todos modos, si la probabilidad de una curación radical es en la gran mayoría de los casos muy débil, sólo se aumenta en pequeñísimas proporciones por la intervención terapéutica; por más que ésta conduce, sin embargo, á paliar y á disminuir, ya que no á hacerlo desaparecer, el síntoma capital de la enfermedad, la fetidez. Pero desde el punto de vista de las relaciones sociales y de la carrera del enfermo, esto constituye un resultado enorme y que es preciso perseguir con perseverancia, sin desalentarse jamás.

El medio más seguro de alcanzar este resultado, es el de someter al enfermo

(1) *Annales de dermatologie*, 1889.

(2) Consúltese el trabajo de Lacoarret, Tesis de Burdeos, 1888. Véase también Renault, *Archives de laryngologie*, 1887, 1888 y 1889, y Deumier, Tesis citada.

á las irrigaciones nasales antisépticas repetidas, que debe hacer mañana y tarde cuando menos, y tres ó cuatro veces por día si es preciso, haciendo pasar cada vez por las fosas nasales, por medio de un sifón de Weber ó de una jeringa inglesa, tres cuartos de litro ó un litro de una solución tibia. El líquido de elección es, á mi parecer, el agua bórica, saturada y adicionada de 10 á 25 centigramos de naftol por litro. Si se hace bien la irrigación, determina la expulsión de las secreciones acumuladas en la nariz, y el resultado de su acción desinfectante es el de suspender durante un tiempo variable la reaparición del mal olor. Pero las irrigaciones, por repetidas que sean, no bastan para producir una mejoría real, es decir, para disminuir la secreción y su tendencia á desecarse para modificarla, haciéndola perder más ó menos completamente su mal olor y para dar á la mucosa enferma un aspecto mejor. Para llegar á este resultado, es preciso hacer seguir los lavados inmediatamente después que la nariz está libre de las últimas gotas del líquido empleado y se encuentra seca, de aplicaciones medicamentosas apropiadas. He insistido, hace ya muchos años, sobre las ventajas de las aplicaciones de los cuerpos grasos imputrescibles é inoxidables (vaselina y petroleína) sobre la mucosa nasal de los ozenosos. Estas aplicaciones impiden el desecamiento de la mucosa y de sus secreciones y modifican muy favorablemente una y otras. Yo aconsejo, pues, en el intervalo de los lavados (que se deben considerar sobre todo como un medio de limpieza mecánico), que se hagan en las fosas nasales pulverizaciones de aceite de vaselina (1), repetidas lo más á menudo posible, y una vez por día, ó cada dos ó tres días, según los casos, hacer durante el día ó por la mañana un embadurnamiento de la mucosa nasal con un pincel plano especial ó con un portalgodón armado y bien empapado de naftol sulfuricinado (2) á 10 por 100, empleado puro: gracias á estos medios, si son regular y convenientemente empleados, se obtienen, en un número importante de casos, resultados muy satisfactorios. Pero para que haya probabilidades de que sean duraderos estos resultados, es preciso continuar el tratamiento durante dos años, cuando menos, y á veces tres y hasta cuatro años. Con esta condición, solamente se pueden esperar mejorías lentamente progresivas y curaciones relativas, susceptibles de persistir, á pesar del abandono gradual de las curas y de los lavados. También constituyen estos casos una minoría muy grande, y casi siempre es necesario que el enfermo continúe durante mucho tiempo sometiendo su nariz á una limpieza matinal casi diaria.

(1) Estoy satisfecho de la adición al aceite de vaselina puro, de una débil proporción de esencia de geranio (aceite de vaselina, 30 gramos; esencia de geranio rosado, VI á X gotas). Las pulverizaciones se hacen con un pequeño pulverizador Richardson, provisto de una pelota de cautchuc, de forma especial, que Galante ha construido según mis indicaciones, resultando un modelo muy adecuado.

(2) El naftol sulfuricinado, solución de naftol β en el sulfuricinato de sosa con reacción ligeramente ácida, se prepara de la misma manera que el fenol sulfuricinado (puede verse con este motivo la nota de la pág. 184 del tomo III de la presente obra).