

dad en el servicio de M. Bouillaud, á donde se encuentra hoy.

Este profesor hizo examinar al enfermo por el laringoscopista M. Moura, quien diagnosticó igualmente la parálisis de la cuerda vocal.

Sospechando M. Bouillaud, que el mal fuera de naturaleza sífilítica, sujetó al enfermo al uso de los mercuriales, haciéndosele todos los días el cateterismo.

Abril 6 (1868). A mi vuelta de España me he informado de este enfermo, y supe que despues de una corta permanencia en el hospital, adonde no notaba alivio, salió á atenderse en su casa en la que murió á poco tiempo. El Dr. Libermann solicitó el permiso para hacer la autopsia, pero le fué negado, lo que es muy de sentirse, pues esta hubiera revelado la causa de la enfermedad.

IGLESIAS.

APÉNDICE

RINOSCOPIA

La *rinoscopia* ó exploracion por la boca de la parte posterior de las fosas nasales, es un complemento de la laringoscopia. Se hace con los mismos aparatos é instrumentos que ella, y con reglas muy semejantes, pues basta que la cara reflejante del espejo en que se ve la laringe se dirija hácia arriba, y se le dé una inclinacion conveniente para que se vean las fosas nasales, ó mas bien, la cavidad faringo-nasal.

Quedaria pues incompleta esta pequeña obra, si no hablase en ella de la manera de aplicar la rinoscopia, y de reconocer el estado normal y el patológico del interior de la nariz, cuyo estudio presenta un interés no despreciable. Pero absorbido mi tiempo por el estudio aun mas importante de la laringoscopia, así como de algunos otros ramos de mi profesion, no he podido

practicar la rinoscopia lo bastante para hablar de ella por mí mismo. Así es que me limitaré á traducir lo que sobre este ramo dice Morell-Mackenzie¹.

Afortunadamente tenemos en México al notable rinoscopista el Sr. Semeleder, quien podrá con ventaja llenar este vacío.

Historia. La idea de examinar la abertura posterior de las narices y las trompas de Eustaquio, colocando en el fondo de la boca un espejo cuya superficie reflejante esté dirigida oblicuamente hácia arriba, parece haberle ocurrido á Bozzini, Baumés, Wilde y probablemente otros muchos; pero la aplicacion práctica de este método de exámen es debida, sin duda alguna, al profesor Czermak. El arte de la rinoscopia data de una Memoria que publicó en el mes de Agosto de 1859. De entonces acá Semeleder, Stoerk, Voltolini, Wagner, etc., etc., han publicado trabajos sobre este asunto. Pero el primero de estos médicos es principalmente quien ha desarrollado, simplificado y probado el valor práctico de la rinoscopia.

Teoría. La rinoscopia se funda en un solo principio, el de la reflexion, y, como para la laringoscopia, es necesario iluminar las partes que se quiere examinar. Se coloca un espejo pequeño en el fondo de la gar-

¹ Obra citada, pág. 143 y siguientes.

ganta bajo un ángulo tal que los rayos luminosos que la hieran sean reflejados á las fosas nasales, y al mismo tiempo, la imágen formada sobre el espejo se hace visible al observador.

Práctica. Para examinar la parte posterior de las fosas nasales se necesita : 1° un espejo pequeño ; 2° un reflector ; 3° un abate-lengua ; 4° un gancho palatino para levantar la úvula y llevarla hácia adelante. El espejo está construido lo mismo que el laringeo, pero su superficie reflectora no debe tener mas de cinco octavas de pulgada de diámetro, y conviene que esté formando ángulo recto con la varilla. El reflector es el mismo que el empleado en laringoscopia. El abatidor de lengua se construirá de manera que la parte introducida en la boca tenga una pulgada mas de longitud y forme con el mango un ángulo mas agudo que en el instrumento ordinario. El gancho palatino generalmente es de plata alemana ; su longitud es de cuatro pulgadas, es estrecho hácia la estremidad que se fija al mango, y se ensancha gradualmente hácia la estremidad opuesta ; esta se encorva en ángulo recto un cuarto de pulgada antes de su estremidad. Este instrumento, aunque aconsejado por Czermak, rara vez es útil. Este profesor aconseja tenerlo de tamaños y curvaturas diferentes, y dice tambien que, en ciertos casos, es conveniente tenerlos fenestrados.

El exámen se practicará de la manera siguiente : estando colocada la lámpara en la misma posicion que

para la laringoscopia, el observador dirigirá con el reflector los rayos luminosos hácia la parte inferior de la garganta. El enfermo estará en pie, con la cabeza derecha ó ligeramente inclinada hácia adelante (como lo aconseja Moura-Bourouillon), para que la úvula cuelgue en este sentido; se aconseja entonces al enfermo que abra ámpliamente la boca y se comprime la lengua abajo y adelante con el abatidor; se introduce en seguida el espejo, y se le coloca en la parte posterior de la garganta (su borde superior un poco arriba de la úvula), de manera que su superficie reflectora forme con el horizonte un ángulo de 150°. Si la úvula está retraída arriba y atrás, se dice al enfermo que haga lentamente la espiracion ó que emita algun sonido nasal. Es necesario evitar toda inspiracion profunda y forzada. El práctico encontrará una gran ventaja en introducir primero el pequeño espejo entre el pilar anterior y la úvula, de un lado, y despues sacarlo é introducirlo de nuevo de la misma manera del lado opuesto. Por este medio examinará de una manera completa las narices posteriores, é inclinando el espejo de un lado y despues del otro, verá los orificios de las trompas de Eustaquio. Despues de haber introducido el espejo segun acabamos de indicar, el observador puede fijarlo apoyando sus dedos medio y anular sobre la mandíbula inferior del enfermo. Como lo he dicho ya, el profesor Czermak recomienda el empleo del gancho-palatino para levantar y llevar adelante la úvula.

Este procedimiento da buen resultado á veces cuando la sensibilidad de la faringe esta embotada y que la úvula es larga, pero muy rara vez me ha facilitado el exámen del orificio posterior de las fosas nasales. Cuando se emplea el gancho palatino, es necesario primero calentarlo y despues pasarlo detrás de la úvula, la cual se lleva en seguida suavemente hácia adelante.

Yo habia hecho construir un instrumento en el cual el espejo estaba fijado al abatidor de la lengua, pero he sabido despues que un rinoscópico semejante era empleado y muy recomendado por el Dr. Voltolini (de Breslau). Sobre la parte lingual del abate-lengua se encuentra una pequeña ranura, en la cual desliza el mango del espejo, el que puede así introducirse mas ó menos lejos en la faringe, siguiendo las dimensiones de la boca. Esta combinacion del abate-lengua y del espejo será realmente muy útil en los casos en que exista un gran espacio entre la úvula y la pared posterior de la faringe, y cuando el sugeto pueda soportar el gancho palatino.

Imágen nasal. La imágen rinoscópica, que da el espejo, es muy diferente del aspecto que presentan estas partes consideradas bajo el punto de vista de su composicion huesosa. Por otro lado, como estas partes rara vez se hallan espuestas á la vista en las salas de diseccion, el principiante en el estudio de la rinoscopia tiene pocos datos con respecto á la apariencia de las narices vistas de atrás adelante. Con el espejo, rara vez

se vé toda la estension de las fosas nasales posteriores, porque la parte blanda del paladar oculta generalmente el tercio inferior de ellas.

En medio se vé el tabique de las fosas nasales. En esta parte, la membrana mucosa es estremadamente delgada y parece casi blanca á causa de la saliente del hueso colocado debajo.

Generalmente el tabique está inclinado de un lado comunmente á la izquierda; rara vez es simétrico.

Se ve de cada lado, desprendiéndose de la pared esterna de las fosas nasales y adelantándose adentro hácia el tabique, los cornetes medios, cubiertos de una membrana mucosa pálida (bajo de la cual se encuentran muchas veces algunas fibras musculares); se presentan bajo el aspecto de dos tumores oblongos que se asemejan mucho á los pólipos¹. Los cornetes superiores son poco distintos; se manifiestan bajo el aspecto de una saliente estrecha de forma triangular, cuya cima se dirige abajo, adentro y atrás. En la parte inferior de las fosas nasales se ven los cornetes inferiores que se asemejan á dos tumores sólidos arredondados de color pálido y que se adelantan mucho menos hácia

¹ Los cornetes medios se asemejan de tal manera á los pólipos, que no há mucho tiempo un cirujano, poco familiarizado con la rinoscopia me envió un enfermo en el que creyó haber descubierto un pólipo en cada nariz. Solo despues de haberle enseñado muchos casos semejantes fue cuando quedó convencido de que estos pretendidos pólipos no eran en realidad mas que los cornetes de la nariz en el estado normal.

el tabique que los cornetes medianos. Los meatos superiores son los mas anchos de los tres espacios vacios situados entre los cornetes; los meatos medios son mas distintos hácia la pared esterna de las fosas nasales, y los inferiores aparecen solamente bajo el aspecto de una estrecha línea negra. De cada lado de los cornetes inferiores, mas atrás y sobre otro plano se ven los orificios de las trompas de Eustaquio; se presentan bajo el aspecto de una abertura irregular volteada abajo y afuera. « El borde superior y posterior de la trompa de Eustaquio estando cortada en bisel, la superficie interna del labio anterior que penetra en la pared de la faringe, tiene un color mas claro que el de la mucosa que le rodea y presenta un tinte amarillo que le comunica el cartílago sub-yacente. » (Walker.)

Se ve tambien una cresta estendiéndose abajo y adentro del borde inferior de cada orificio de Eustaquio (producido por la saliente del músculo elevador del paladar de cada lado), y una depresion de la membrana mucosa sobre el borde superior de la abertura de Eustaquio, estendiéndose arriba y adentro. Abajo de las fosas nasales se encuentran la parte blanda del paladar, úvula, etc.

Dificultades especiales. Las principales dificultades de la rinoscopia residen en la longitud y la latitud de la úvula y en el poco espacio que existe entre los pilares anteriores del velo del paladar y la pared posterior de la faringe. El primer obstáculo puede vencerse

siguiendo las indicaciones que hemos dado ya; en cuanto al segundo, es insuperable. En algunos casos es imposible practicar la rinoscopia, y examinando la garganta es fácil ver si este espacio es suficiente para permitir una exploracion de las fosas nasales posteriores.

Usos de la rinoscopia. Aunque de un uso comparativamente limitado y de una aplicacion difícil, el arte de la rinoscopia es muy útil en la obliteracion de las fosas nasales causada, sea por pólipos, sea por el engrosamiento de la membrana mucosa, en la ozena, y en las ulceraciones de diversa naturaleza de las partes blandas y duras de la parte posterior de la nariz. En los casos de sordera que depende de una obliteracion de la trompa de Eustaquio, este medio de exploracion permite al práctico establecer el diagnóstico y practicar el cateterismo de la trompa de Eustaquio con seguridad y precisión. Los médicos que se ocupan de las enfermedades del oido divergen de opinion sobre la importancia del tratamiento dirigido hácia las trompas de Eustaquio, pero yo creo que, cuando se adopta este medio de tratamiento, la utilidad del espejo está fuera de duda. Los doctores Gruber y Politzer (de Viena) emplean la rinoscopia en los casos de enfermedades de las trompas de Eustaquio. Las dos observaciones siguientes harán ver el valor de la rinoscopia, y llamamos la atencion sobre el caso muy interesante de pólipo nasal publicado en Enero de 1864 en el

Medical circular, en el cual el Dr. Johnson empleó la rinoscopia con el mejor éxito.

OBSERVACION PRIMERA

Obliteracion de la fosa nasal izquierda producida por el engruesamiento de la membrana mucosa que cubre el cornete medio izquierdo. Sensacion constante de molestia en la nariz; imposibilidad de hacer pasar el aire por el lado izquierdo. — Curacion por un tratamiento local.

M^a E., de 41 años de edad, me consultó en Junio de 1865. Se quejaba de una sensacion constante de molestia y de una comezon desagradable en la nariz. Hacia tres años que sentía frio en la cabeza y que no habia ninguna secrecion mucosa en la nariz. Se veia constantemente obligada á sorber por el lado izquierdo de ella; habia tomado numerosas purgas y aspirado alumbre, pero sin resultado. La conformacion de las paredes era favorable á la exploracion rinoscópica, y el espejo hizo ver que la membrana mucosa que envolvía el cornete medio estaba tan hinchada que obstruía completamente el espacio nasal izquierdo. Estaba ademas fuertemente enrojecida la mucosa. Con un pincel encorvado apliqué diversas soluciones cáusticas sobre las partes enfermas. Emplee por espacio de

muchas semanas soluciones de nitrato de plata, de sulfato de cobre y de iodo; este último medicamento produjo los mejores efectos. Al cabo de cuatro meses los síntomas subjetivos de la enfermedad habian cedido y la enferma se consideraba como curada. El estado inflamatorio habia desaparecido; pero la membrana mucosa estaba aun hinchada aunque sin congestión. Cuatro meses despues de la última aplicación medicamentosa la enferma estaba perfectamente curada.

OBSERVACION II

Ozena que databa de dos años, producido por ulceraciones situadas sobre el vómer y sobre el cornete medio derecho. Curación por un tratamiento local.

H. W., zapatero, de edad de 41 años, vino al hospital de enfermedades de la garganta en Enero de 1864. Se quejaba de un flujo nasal y de la garganta que llevaba un año de hacerle sufrir. La laringe estaba sana; pero se distinguía claramente una ulceración que estaba situada en la parte superior del tabique y otra sobre el cornete medio derecho. Sondeando la úlcera del tabique con un estilete de aluminio convenientemente encorvado, se sentían muy bien las rugosidades del hueso. Dos años antes el enfermo habia

tenido la sífilis constitucional. El ioduro de potasio al interior y aplicaciones locales de nitrato de plata produjeron una curación completa en seis semanas.

Estas observaciones han sido escogidas entre un gran número de casos que han sido tratados con buen éxito.

FIN.