

solo una leve coriza, que no presenta otros síntomas que un poco de estorbo y un ligero aumento de secrecion de moco; pero al cabo de cierto tiempo se manifiestan los síntomas graves que se han descrito mas arriba, y despues de su aparicion hacen continuos progresos. Esto es lo que explica por qué Percy y Laurent (*loc. cit.*) han dicho que la ocena empieza siempre por una coriza simple; asercion que está lejos de ser exacta, como lo demuestran las observaciones. En algunos casos los autores afirman que el principio se ha marcado por la aparicion de una coriza intensa. ¿Pero se trataba de una inflamacion simple? Las investigaciones hechas son demasiado insuficientes para que se pueda responder á esta cuestion.

En cuanto á la *duracion* de la afeccion es indeterminada, pues se la ha visto prolongarse durante mas de cincuenta años. Por lo general, cuando no se ha usado tratamiento eficaz, la coriza ulcerosa no tiene ninguna tendencia á la curacion.

Teniendo cuidado de estudiarla con separacion, como hemos hecho, de los cánceres y pólipos de mala naturaleza, se puede decir que la coriza ulcerosa, con ó sin fetidez, sifilítica ó no sifilítica, no tiene una *terminacion* funesta; pues aun en los casos de ocena sifilítica, cuando sobreviene la muerte, esta es ocasionada por una enfermedad de diferente naturaleza sifilítica, ó por una lesion profunda sifilítica cuyo asiento se halla en otro órgano.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Al hacer la descripcion de las ulceraciones, estudiadas como síntomas, hemos dado tantos pormenores acerca de ellas, que queda muy poco que añadir. Desprendimientos de la mucosa, su engrosamiento, reblandecimiento y destruccion en muchos puntos, porciones de hueso puestas á descubierto; otras desprendidas, rugosa, desmenuzables, parduscas ó negruzcas; senos que contenian una sanies fétida; tales son las lesiones que se han visto en los cadáveres: así se confirma la opinion de los antiguos, los que en su mayor parte admitian la existencia de úlceras en esta enfermedad, aunque en muchos casos no habian podido percibirlas.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico. Se presentan un gran número de cuestiones en el diagnóstico de la ocena. En efecto, es preciso distinguir esta afeccion de todas aquellas que pudieran parecerse á ella, y además estudiar con cuidado las diversas especies de coriza ulcerosa, porque cada una de ellas puede exigir un tratamiento particular. Es, pues, necesario un gran orden en la esposicion de este diagnóstico, y por esto dividimos este párrafo en dos partes distintas: en la primera se trata de las diversas

especies de coriza ulcerosa, y en la segunda de cuáles son los signos distintivos de las enfermedades que se pudieran confundir con ellas:

A. *Diversas especies de la coriza ulcerosa comparadas entre sí.*

Segun Deschamps y Boyer, que son los que mas se han dedicado á distinguir las úlceras simples ó benignas de las úlceras malignas de la membrana pituitaria, la coriza ulcerosa simple se diferencia de la coriza ulcerosa maligna é inveterada, en que en la primera las ulceraciones son poco dolorosas, el moco nasal no está alterado, y solo algunas veces sale mezclado con un poco de sangre: no hay olor fétido y la curacion es mas fácil. No tengo precision de hacer notar cuán vago é incierto es este diagnóstico, el único que tenemos. El poco dolor de las ulceraciones puede encontrarse en corizas ulcerosas muy fétidas y muy difíciles de curar; el olor fétido no solamente puede desarrollarse en ulceraciones que primitivamente parecian simples, sino que tambien se tiene noticia de un gran número de hechos en los que todo inducia á creer que ni siquiera habia ulceracion; en fin, no puede invocarse la mayor ó menor eficacia del tratamiento, á no ser que por continuados esperimentos, que todavia no se han hecho, se llegue á probar que tal medicacion produce efectos especiales en la coriza ulcerosa simple y en la coriza ulcerosa maligna.

Entre la *coriza ulcerosa no sifilítica* y la *coriza ulcerosa sifilítica* ¿hay diferencias que pueden servir para distinguir una de otra? Ya hemos dicho que si se buscaban estas diferencias en los síntomas propios de estas dos enfermedades no se hallarian. El dolor, el estorbo en las fosas nasales, la fetidez, la necrosis de los huesos de la nariz, todos estos caractéres pueden serles comunes. Por consiguiente es absolutamente necesario recurrir á los datos que se puedan adquirir sobre los antecedentes del enfermo, y examinar las demás partes del cuerpo para cerciorarse de que existe algun otro sintoma de sifilis constitucional. Los tumores gomosos, las ulceraciones de la faringe y las sifilides aclararán el diagnóstico. Así es como en una observacion que tengo á la vista se usó con feliz éxito el mercurio, que hasta entonces se habia olvidado, luego que la aparicion de gran número de efélides ilustraron al médico sobre la naturaleza específica de la enfermedad.

La *naturaleza escrofulosa* de muchas corizas ulcerosas, de las que nos han dejado ejemplos los autores, y J. J. Cazenave ha citado un caso muy probable, no puede igualmente descubrirse sino por los antecedentes, y sobre todo por las señales de escrófulas que existan en las demás partes del cuerpo, tales son: las oftalmias crónicas, el infarto de los gánglios cervicales, los abscesos, etc.

En cuanto á la *ocena herpética* ya he hecho ver que no era otra cosa que el impétigo de las narices ú otra enfermedad de la piel que pre-

senta caracteres especiales, y que no se la debia confundir con la coriza ulcerosa.

La *ocena escorbútica* ha sido admitida por casi todos los autores antiguos; pero en vano se buscarian ejemplos incontestables en sus escritos: su existencia es dudosa, y por consiguiente no se podria establecer su diagnóstico diferencial.

B. *Coriza ulcerosa comparada con otras enfermedades con que se la pudiera confundir.*

Estas enfermedades no pueden tener otro asiento que en las fosas nasales, y se deben colocar en el orden siguiente: coriza simple, cáncer, pólipos, abscesos, tumores sanguineos y flujo del muermo crónico.

La *coriza ulcerosa simple* se distingue de la *coriza puramente inflamatoria* en el flujo de sangre, que segun dice Deschamps, es frecuente y en las costras negruzcas que cubren las aberturas de la nariz; pero estos signos son muy inciertos, y solo viendo las ulceraciones se pueden quitar dudas.

La fetidez no es un carácter suficiente para distinguir la *coriza crónica* de la simple *coriza ulcerosa*. Como de todos los caracteres distintivos el reconocimiento es sin contradiccion el mas importante y el único infalible, importa indicar cómo se ha de proceder á hacer el examen de las fosas nasales.

Exploracion de las fosas nasales (1). Se hará sentar al enfermo enfrente de una ventana por la que entre mucha luz, y haciéndole inclinar la cabeza muy hácia atrás, se procurará que los rayos luminosos penetren todo lo más que sea posible en las fosas nasales. Para hacer esta exploracion puede bastar la luz de una bugia, dirigida convenientemente. Si el moco concreto ó costras cubriesen la membrana pituitaria, se las hace desprender por medio de lociones emolientes y fumigaciones, pero no se las deberá arrancar. En estando la mucosa libre, se descubren las ulceraciones, si están próximas á la abertura anterior de las fosas nasales.

En el caso que nada se sacase de esta exploracion, se toma un estilete obtuso, flexible y encorvado en su estremidad en forma de gancho; se le introduce en la fosa nasal lo mas profundamente que se pueda, y trayéndole despues de atrás adelante y comunicando algunos ligeros movimientos de rotacion, se explora con la estremidad obtusa toda la superficie de la membrana pituitaria. Si no hay ulceracion, el estilete se deslizará sin detenerse, porque las anfractuosidades que en el esqueleto se advierten en las fosas nasales no existen á causa de estar cubiertas por las partes blandas. Si por el contrario hay ulceracion

(1) En estos últimos años se han hecho considerables perfeccionamientos en los medios de explorar las diversas cavidades. Véase para lo concerniente á las fosas nasales el artículo consagrado mas adelante á los nuevos medios de explorar las vias respiratorias superiores.

nes, la estremidad del estilete se detendrá por los bordes prominentes ó desprendidos. Segun las observaciones de J. J. Cazenave, se debe explorar con mucho cuidado la parte del tabique inmediato á la bóveda de la nariz y esta bóveda misma, porque este es el asiento que con preferencia ocupan las úlceras.

Quando el estilete se detenga se notará con cuidado el punto en que se haya detenido, y dirigiendo su estremidad en todas direcciones, se procurará determinar la estension de la úlcera, pues estas precauciones son muy importantes para aplicar los cáusticos.

El *reconocimiento* es uno de los mejores medios de distinguir la *coriza ulcerosa* de los *pólipos de las fosas nasales*, cualquiera que sea su naturaleza; porque además de que la vista de las ulceraciones no deja duda alguna acerca de la existencia de la ocena, se puede en algunos casos de pólipos percibir bastante distintamente el tumor. Pero tenemos otros medios de llegar á formar el diagnóstico que no dejan de ser de algun valor. En efecto, introduciendo el dedo meñique en las fosas nasales se consigue reconocer la existencia de los pólipos; algunas veces se pueden sentir y aun ver en el fondo de la garganta detrás del velo del paladar; la obstruccion que producen es mas considerable que la ocasionada por la coriza; además es muy variable, pues en ciertos momentos, segun que el tumor está mas ó menos infartado de líquidos, la dificultad de respirar por la nariz es muy considerable ó casi ninguna.

Respecto al *cáncer* es mas difícil distinguirlo de la *coriza ulcerosa*, principalmente por la costumbre que hay de hacer largo tiempo de confundir estas dos afecciones. En todos los autores antiguos se encuentran reunidos ejemplos de coriza ulcerosa, sífilítica ó no sífilítica, con casos en que los dolores muy vivos, la hinchazon de la nariz, la inversion de todos sus tejidos, que despues de haber tomado un color rojo oscuro ó livido acaban por destruirse rápidamente causando grandes pérdidas de sustancia, no dejan duda alguna acerca de la naturaleza cancerosa de la afeccion. El carácter comun, la fetidez, cuyo valor he apreciado hártas veces, ¿basta para hacer considerar como una misma enfermedad dos estados patológicos que se diferencian bajo tantos aspectos? Sin duda que no; y añadiría que si en ambos casos hay ulceracion de los tejidos, esta ulceracion tiene una importancia muy diferente segun que se la examina en la coriza ulcerosa, en la que constituye casi toda la enfermedad, y en el cáncer, en el que si bien es terrible porque acelera la destruccion de la nariz, es, sin embargo, secundaria, puesto que la enfermedad puede hallarse bien caracterizada sin ella. Asi, pues, cuando los tejidos estén profundamente afectados, con dolor vivo, tumefaccion considerable, rubicundez oscura ó livida, y aparezca mas tarde una ulceracion que haciendo sin cesar progresos llega á destruirlos profundamente, se tendrá que tratar un cáncer y no una simple coriza ulcerosa.

Los *tumores sanguineos* y los *abscesos del tabique nasal*, los cuales ha

descrito Fleming (1), pudieran en algunos casos ser tomados por una *coriza ulcerosa*; por lo tanto importa mucho indicar los principales caracteres. Estas lesiones tienen de común con las ulceraciones de la membrana pituitaria, el que ocasionan la obstrucción de las fosas nasales, una dificultad notable de respirar por la nariz, y además en los casos de abscesos una viva rubicundez de la pituitaria. Los caracteres diferenciales son los siguientes: los *tumores sanguíneos* tienen su asiento en uno de los lados del tabique ó en ambos á la vez; se perciben fácilmente separando el ala de la nariz, y se presentan bajo la forma de una prominencia bien limitada, algunas veces muy considerable, dura, renitente y de color de púrpura negruzco. En cuanto á los *abscesos*, en todos los casos en que Fleming los ha hallado, ocupaban ambos lados del tabique formando un tumor de base ancha, doloroso al tacto, rojo á causa de la inflamación de la pituitaria, y que dejaba salir por la incisión una materia, por lo común poco trabada, serosopurulenta, que adquiría mas tarde una consistencia glutinosa. No hay necesidad de hacer ver en qué se diferencian estas enfermedades de la *coriza ulcerosa*; únicamente diremos que Fleming no hace mención alguna de la fetidez, aunque parezca muy verosímil que este signo puede existir en los casos de abscesos ya abiertos, sobre todo en las personas escrofulosas, que según este autor, están predispuestas á esta afección. Si la fetidez no existe, es una probabilidad mas, pero no una certeza de que no hay ulceración.

En el *muermo* se observa un flujo mas ó menos abundante de moco alterado, con síntomas de *coriza*. ¿Podría confundirse esta enfermedad con la *ocena*? En cuanto al *muermo agudo* no se debería suscitar semejante cuestión, pues tiene síntomas tan violentos y tan numerosos, que no se puede tomar por toda la enfermedad al flujo mucoso purulento por la nariz. En el *muermo crónico* no sucede lo mismo, porque los síntomas que tienen su asiento en las fosas nasales pueden llamar exclusivamente la atención. Pero si las alteraciones que se verifican en otras partes del cuerpo son menos notables, no por eso son menos constantes, como se puede ver en la sabia Memoria de Rayer (2), en la del doctor W. Hardwicke (3) y en la de A. Tardieu (4). Así, pues, en todos los casos citados por estos autores, se han presentado dolores, hinchazón en las articulaciones, gánglios infartados, abscesos, ulceraciones en el paladar, de la laringe, etc.; y yo añado que no se ha observado la fetidez del aliento nasal.

(1) Fleming, *Dublin Journal* extractado en la *Gaz. méd.*, 1833, t. 1, p. 798.

(2) Rayer, *De la morve chronique et du farcin chez l'homme*; Paris, 1837.

(3) Hardwicke, *Two cases of chronic glanders in the human subject* (*British Annals of med.*, feb., 1837).

(4) Tardieu, *Archives de méd.*, Paris, 1841, t. XII, pag. 459. *De la morve et du farcin chronique chez l'homme*, Paris, 1843, in 4.º Véanse también las observaciones recogidas en los hospitales y la discusión á que dieron lugar en la Academia de medicina (*Bull. de l'Acad.*, t. III, p. 68 y sig., t. VII, p. 182 y sig.)

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.º *Signos distintivos, según los autores, de la coriza ulcerosa simple y de la coriza ulcerosa maligna ó fétida (ocena propiamente dicha).*

CORIZA ULCEROSA SIMPLE; ULCERA BENIGNA. (Boyer, Deschamps.)	CORIZA ULCEROSA FÉTIDA; ULCERA MALIGNA INVETERADA. (Deschamps, Boyer.)
--	---

Ulceraciones poco dolorosas.

Ulceraciones dolorosas, y á veces en mucho grado (dudoso).

Moco nasal sin alteración, solo algunas veces está mezclado con un poco de sangre.

Moco nasal, verdoso, pardusco, purulento y fétido.

Fácil de curar.

Difícil de curar.

2.º *Signos distintivos de la coriza ulcerosa no sifilítica y de la coriza ulcerosa sifilítica.*

CORIZA ULCEROSA NO SIFILÍTICA.

CORIZA ULCEROSA SIFILÍTICA.

No ha habido infección sifilítica anterior (dudoso).

Infección sifilítica anterior y principalmente úlceras venéreas.

No hay vestigios de infección sifilítica en ninguna otra parte del cuerpo.

Síntomas de sífilis constitucional en otras partes del cuerpo; por ejemplo, tumores gomosos, sífilides, etc.

Acción lenta ó nula del mercurio (dudoso).

El mercurio produce una curación rápida.

No se encuentra en las lesiones que corresponden á estas dos especies ningún carácter que las distinga perfectamente.

3.º *Signos distintivos de la coriza ulcerosa sin fetidez, y de la coriza simple.*

CORIZA ULCEROSA SIN FÉTIDEZ.

CORIZA SIMPLE.

Flujo de sangre en épocas mas ó menos aproximadas (Deschamps).

El flujo de sangre es mas raro (dudoso).

Costras negruzcas en las aberturas de la nariz (Deschamps).

Faltan las costras negruzcas (dudoso).

Inspección. Se perciben las ulceraciones (único signo positivo).

Por la inspección no se ven ulceraciones. (Este signo deja algunas dudas, puesto que las úlceras pueden estar fuera del alcance de la vista.)

Exploracion con el gancho obtuso, este es detenido (Cazenave).

En la exploracion con el gancho obtuso este no se detiene. (Tambien este signo deja dudas, porque las úlceras pueden estar situadas a donde no llegue el estilete).

4.° Signos distintivos de la coriza ulcerosa y de los pólipos de las fosas nasales.

CORIZA ULCEROSA.

Reconociendo se ven con frecuencia ulceraciones.

Tacto mediano; por medio del gancho obtuso se puede sentir la pérdida de sustancia ocasionada por la ulceracion.

Obstruccion de las fosas nasales mas continua y marcada.

Ordinariamente fetidez del aliento; olor á chinchas.

5.° Signos distintivos de la coriza ulcerosa y del cáncer de las fosas nasales.

CORIZA ULCEROSA.

Ulceraciones superficiales al principio.

Hinchazon moderada de la nariz.

El color de la piel de la nariz es natural á no ser que exista un abceso sub-cutáneo.

La ulceracion hace progresos lentos, y la destruccion de los tejidos se halla limitada á la mucosa y á los huesos necrosados.

Dolores moderados.

PÓLIPOS.

Por el reconocimiento se ve algunas veces el tumor, ya en las fosas nasales, ya detrás del velo del paladar.

Tacto inmediato; por medio del dedo meñique introducido en la cavidad nasal, se reconoce la presencia del pólipo.

Obstruccion de las fosas nasales mas marcada y menos continua.

Falta de fetidez, á no ser que el pólipo sea de mala naturaleza.

CÁNCER.

Los tejidos se afectan muy pronto en todo ó casi todo su espesor.

Hinchazon considerable.

La piel de la nariz es de color rojo oscuro ó livido.

La ulceracion progresa con rapidez, se destruyen todos los tejidos.

Dolores vivos, sobre todo cuando se ha formado la ulceracion.

6.° Signos distintivos de la coriza ulcerosa sin fetidez, y de los tumores sanguineos del tabique de las fosas nasales.

CORIZA ULCEROSA SIN FETIDEZ.

Puede existir, tanto en la bóveda como en el tabique de las fosas nasales. Por el reconocimiento se ven ulceraciones.

La causa es las mas veces desconocida.

7.° Signos distintivos de la coriza ulcerosa y de los abscesos del tabique de las fosas nasales.

CORIZA ULCEROSA.

Sitio: Puede existir, tanto en la bóveda como en el tabique de las fosas nasales.

Por el reconocimiento se ven ulceraciones.

Fetidez del aliento; olor á chinchas.

8.° Signos distintivos de la coriza ulcerosa y del flujo del muermo crónico.

CORIZA ULCEROSA.

El sitio de la enfermedad está limitado á las fosas nasales.

No hay dolores, ni hinchazon en las articulaciones, ni abceso, ni infarto de los ganglios, etc. á no ser que haya complicacion.

Fetidez frecuente.

TUMOR SANGUÍNEO.

Tiene su asiento en el tabique.

Por el reconocimiento aparece un tumor limitado, algunas veces considerable, duro, renitente, de color de púrpura negruzco.

La causa es un golpe ó una caída.

Sitio: están situados en ambos lados del tabique (Fleming).

Inspeccion: tumor de base ancha rojo y doloroso al tacto.

No se ha advertido la fetidez en las observaciones que tenemos.

9.° Signos distintivos de la coriza ulcerosa y del flujo del muermo crónico.

FLUJO DEL MUERMO CRÓNICO.

Es una enfermedad general de la que el flujo solo es un sintoma.

Hay dolores, hinchazon de las articulaciones, abceso, infarto de los ganglios, etc.

No se ha observado la fetidez.

Pronóstico. Las enfermedades crónicas de la boca y de la faringe, los trayectos fistulosos antiguos, las cáries dentarias van acompañadas algunas veces de mal olor del aliento; para evitar el error, que sería funesto, es menester no confundir el mal olor nasal con el bucal ó faringeo; es suficiente las mas veces un examen directo y recomendar al enfermo cerrar alternativamente la nariz ó la boca cuando respira. La produccion de la fetidez se manifiesta por si misma.

1.º ¿La coriza simple puede degenerar en ulcerosa? Nada probaba que sea así.

2.º ¿La coriza ulcerosa benigna y sin fetidez puede degenerar en coriza ulcerosa maligna y fétida? Por una parte tenemos motivo para creer que úlceras que en el principio se miraban como benignas tenían ya el gérmen de la malignidad, para servirnos del lenguaje escolar, y por otra no está perfectamente probado que en los casos en que la coriza ha continuado siendo benigna hubiese realmente ulceración, pues el estado de la mucosa invadida por un impétigo podía muy bien inducir á error.

3.º ¿La coriza ulcerosa tiende siempre á destruir cada vez mas las partes, ó puede permanecer estacionaria? Si estuviere seguro de que la ocena es sífilítica, la respuesta sería fácil; porque se puede ver por numerosos ejemplos que en semejante caso si no se dispone un tratamiento conveniente, la enfermedad hace progresos continuos y acaba por producir una deformidad considerable de la nariz. ¿Pero cómo se puede saber si la coriza es ó no sífilítica? Esta es una dificultad que la observacion no ha resuelto aun, y que hace las mas veces imposible la resolucion del problema.

§ VII.—Tratamiento.

El tratamiento de la coriza ulcerosa fétida, generalmente conocida bajo el nombre de *ocena*, es muy antiguo, pues una multitud de autores se han ocupado de él en todos los tiempos.

Dividiremos en dos partes la esposicion del tratamiento de la ocena. La *primera* contendrá los métodos generales de tratamiento propuestos por los hombres mas célebres de los siglos pasados, pero cuya eficacia no podemos apreciar rigurosamente por falta de hechos; y en la *segunda* se presentará el tratamiento de la ocena tal como resulta de las investigaciones hechas en los autores, tanto antiguos como modernos, que han citado hechos en apoyo de él.

Seccion 1.ª Aul. Corn. Celso (1) ha distinguido las úlceras de las fosas nasales en dos clases; las que no tienen olor y las que dán la fetidez al aliento, á cuya division pueden referirse las de Deschamps y Boyer. Este célebre médico empleaba contra la ocena un tratamiento que puede resumirse en la prescripcion siguiente:

Prescripcion I.

TRATAMIENTO DE CELSO.

1.º Introducía en la fosa nasal enferma una pequeña sonda rodeada de lana y empapada en una mezcla de miel y de una corta canti-

(1) Celso, *De re medica*, lib. VI, cap. V, sect. I.

dad de aceite de trementina, y recomendaba al enfermo que aspirase hasta que llegase á sentir el gusto de la esencia.

2.º Despues de haber hecho aspirar al enfermo el vapor del agua caliente, se introducía una pequeña cantidad de *amurca* (orujó de aceituna hecho astringente por haberle hervido en una vasija de cobre), de zumo de menta ó de marrubio, ó vitriolo blanco (*atramentum sutorium candens factum*). Estas sustancias debían mezclarse con una corta cantidad de miel, escepto el vitriolo, en el cual la proporción de miel debe ser tal, que el remedio fuese líquido. Se debía conducir el linimento á las fosas nasales por medio de la sonda rodeada de lana, como la precedente, y se hará esta aplicacion dos veces al dia en invierno y primavera, y tres en el verano y otoño.

3.º Si estos remedios no bastan, Celso aconseja, apoyándose en la autoridad de cierto número de prácticos, recurrir á la cauterizacion por medio del cauterio actual de la manera que sigue: Se toma una canulita, se la introduce en la nariz hasta que llegue al sitio del mal, y por ella se conduce un hierrecito calentado hasta el rojo blanco. Algunos médicos hacían tambien una incision desde la parte interior de la nariz hasta la boca, para ver la úlcera que habia que cauterizar. Despues de la *cauterizacion* es menester untar el parage quemado con una mezcla de *verde gris* y de miel.

En resumen, Celso solo recomienda una medicacion tópica que consiste en el uso de los astringentes y del cauterio actual.

Galeno empleaba por lo general el linimento siguiente, y es el único medicamento que podemos tomar de él:

Tópico de Galeno.

T. Litargirio blanco (spuma argenti) . . .	42 gram.
Albayalde	8 gram.
Cáscara de granada	} aa 8 gram.
Alumbre de roca	

Se reduce estas sustancias á polvo fino, y se mezclan con cuidado en un mortero añadiendo:

Vino aromático 100 gram.

Cuando la mezcla tenga la consistencia se añade:

Aceite de mirra 420 gram.

Se reduce á la consistencia de miel, y se conserva para el uso.

Se introduce este medicamento en las fosas nasales, por medio de un pedazo de lienzo arrollado ó de la sonda envuelta como hacia Celso.

En cuanto á Rhazes (1) no diremos mas que cuatro palabras, pues como de costumbre prescribe muchos medicamentos estraños; pero

(1) Lib. IV, tract. 2. *De fátore narium*. VALLEIX.—TOMO II. 22

me ha parecido muy importante hacer notar que él fué el primero que aconsejó las insuflaciones en las narices, hechas con una sustancia muy activa, pues no se trata nada menos que del *arsénico rojo*.

Insuflaciones arsenicales de Rhazes.

Rhazes mezclaba en pequeña cantidad:

El arsénico rojo (sulfuro rojo de arsénico, rejalgar).

El cólcotar (*atramentum rubrum*, óxido rojo de hierro).

Después los incorporaba con polvos olorosos de mirra, de amomo, etc., y hacía con esta mezcla pulverulenta *insuflaciones* en la fosa nasal enferma.

Según dice Rhazes, Ruffus combatía la enfermedad de que se trata, ya instilando en las fosas nasales el zumo de *mentastra* (menta de hoja redonda) ó *mastranzo*, ya haciéndole aspirar, después de haberle desecado y reducido á polvo. Como esta sustancia fué después muy recomendada, convenía darla á conocer é indicar quién había sido el primero que la había puesto en uso.

A estos medicamentos tópicos, Avicena (1) ha añadido algunos de muy poca importancia, tales como el *albayalde* y el *litargirio* que empleaba bajo la forma de emplasto. Pero interesa manifestar que él fué quien empezó á usar nuevos medicamentos, tales como la abertura de la vena de la extremidad de la nariz y los purgantes. En suma, su tratamiento para nosotros es de muy poco valor.

Más adelante Fernelio (2) puso en práctica otro tratamiento mucho más completo, que ha tenido gran voga en los siglos que han precedido al nuestro y que la mayor parte de los autores posteriores no han hecho más que copiar. Presentando aquí los puntos principales, habré dado á conocer casi toda la práctica antigua.

Prescripción II.

TRATAMIENTO DE FERNELIO.

Fernelio tenía mucha confianza en el agua aluminosa é indica un medio que desde él hasta nuestros días se ha aconsejado. Queremos hablar del agua de sublimado de la que se encuentra la siguiente fórmula en Jourdan (3).

T. Sublimado corrosivo. 4 gram.
Agua destilada. 369 gram.

Disuélvase.

(1) Avicena, *De ulceribus in naso*, lib. III, cap. III et IV, tract. 2, p. 390, ed. de 1595.

(2) Fernelio, *Pathol.*, lib. V, cap. VII, *De morb. narium*, ed. 1679.

(3) Jourdan, *Pharmacopée universelle*, 2.ª ed., París, 1840, t. II, p. 65.

Por desgracia Fernelio no entra en suficientes pormenores acerca del uso de este remedio.

En seguida vienen otros medios que vamos á esponer en la prescripción siguiente:

Prescripción III.

1.º Estando la úlcera bien detergida, se la espolvoreará con polvo de rosas rojas secas ó bien con polvos de pórfolix (protóxido de zinc) y de coral.

2.º Se hace uso (según G. Rondelet) de las fumigaciones que siguen:

T. Oropimente. 4 gram.
Cinabrio. 4 gram.

Añádase:

Mirra.
Incienso.
Almáciga.

Se formará por medio de la trementina, un *trocisco* para cada fumigación. Se pone el trocisco sobre un hierro hecho ascua ó sobre las ascuas, y el enfermo aspirará por las narices el humo que se dirigirá con la extremidad de un embudo.

Más adelante veremos como Werneck ha hecho estas fumigaciones.

3.º Se hace también uso frecuente del *errino* siguiente:

Almizcle. 3 decigram.
Ambar. 4 decigram.
Clavo. 2 gram.
Nuez moscada. 8 gram.

Se pone en una muñeca de trapo, se hace macerar en

Agua de salvia. 4000 gram.
Agua de rosas. 180 gram.

4.º Uña ó muchas sangrías.

5.º Purgantes.

Tales son los principales medios de tratamiento usados por Fernelio, y más adelante tendré ocasión de volver á tratar de algunos de ellos.

Cauterio actual. Ya hemos visto que Fernelio no había hablado del cauterio actual. Fabricio de Acuapendente (1) hace mención de él para reprobárselo y para sustituirla con la desecación de la úlcera por medio de la acción del *cauterio objetivo*. Propone introducir una cánula cerrada en la nariz, é introducir en ella, y durante muy poco tiempo en cada vez, un hierro hecho ascua de manera que

(1) Cap. XXVI. *De ozæna, narium ulcere*, Lug., 1628, p. 93.