

EFECTOS
DE LA
REDUCCIÓN NASAL

TESIS

PRESENTADA AL GRADO

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA

PRESENTADA POR

D. JOSÉ MARTÍN Y SERRANO

MÉDICO DE LA BENEFICENCIA PROVINCIAL,
ENCARGADO DE UNA CLÍNICA
DE ENFERMEDADES DE LA GARGANTA, NARIZ Y OÍDOS
EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DE CIUDAD-REAL



CIUDAD-REAL

ESTABLECIMIENTO TIP. DEL HOSPICIO PROVINCIAL

1910

S.L.C.
51-10



15044
Caja 16
11

EFEITOS
DE LA
OBSTRUCCIÓN NASAL





21015230

S.L.C.
51-10

EFECTOS
DE LA
OBSTRUCCIÓN NASAL

TESIS

PARA ASPIRAR AL GRADO
DE
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

PRESENTADA POR

D. JOSÉ MARTÍN Y SERRANO

MÉDICO DE LA BENEFICENCIA PROVINCIAL,
ENCARGADO DE UNA CLÍNICA
DE ENFERMEDADES DE LA GARGANTA, NARIZ Y OÍDOS
EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DE CIUDAD-REAL

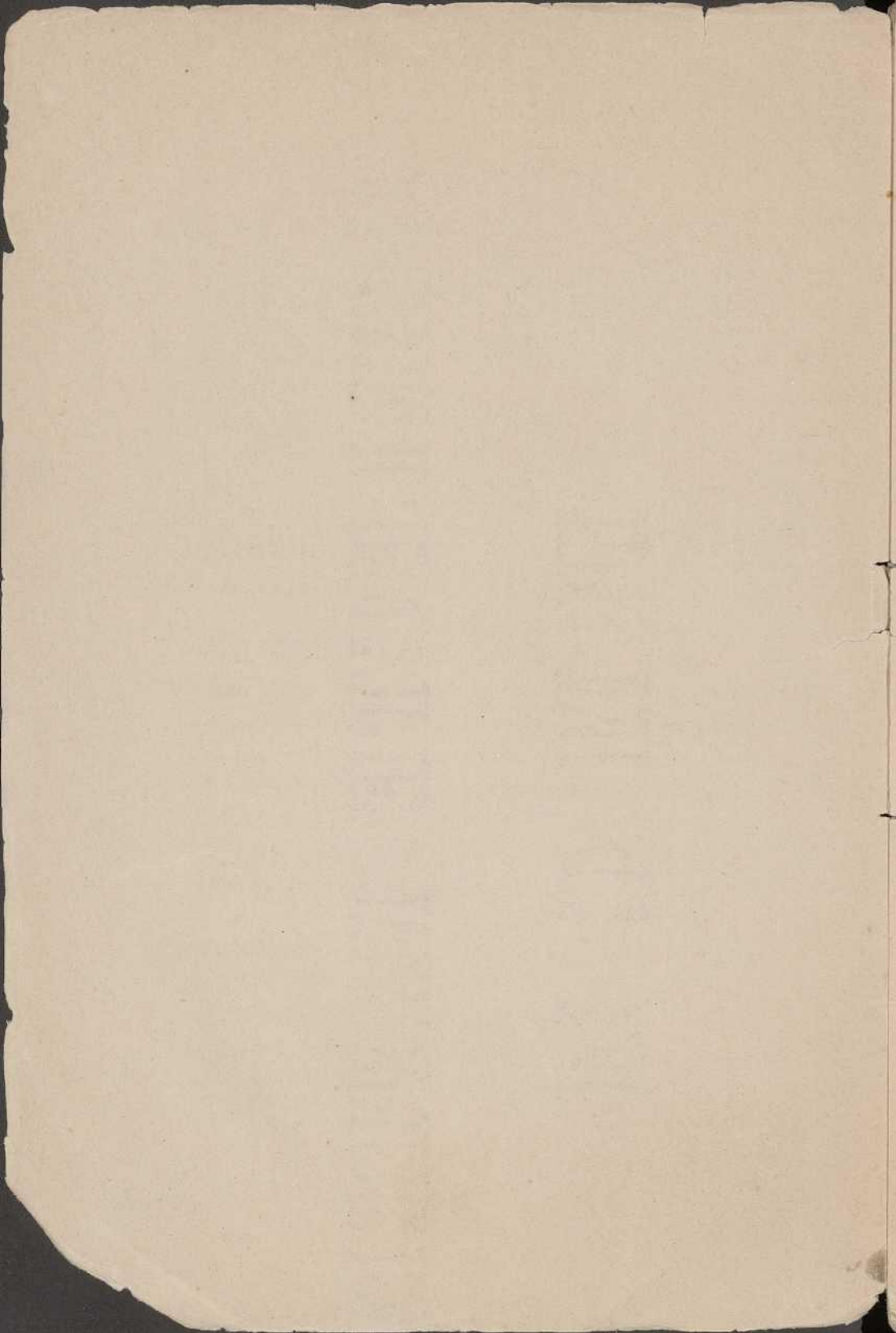
R. 13 354

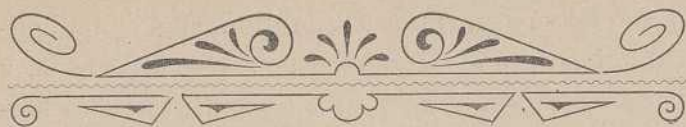


CIUDAD-REAL

ESTABLECIMIENTO TIP. DEL HOSPICIO PROVINCIAL

1910





EFFECTOS DE LA OBSTRUCCIÓN NASAL

Señores:

Sumida en lamentable atraso la patología nasal, puede decirse que era desconocida en gran parte hasta no hace mucho tiempo; mas hoy ha reaccionado, no pudiendo sustraerse al adelanto que las ciencias médicas experimentan, y su progreso, su perfeccionamiento es de tal magnitud, que hay en la actualidad motivo para maravillarse de él.

“Los últimos serán los primeros,„. También aquí se cumple esta sentencia.

La rinología, desconocida para nuestros padres, toma la revancha, saliendo de la nada, y alcanza en los veinte últimos años uno de los lugares más preeminentes de la nosología, que acredita de esta manera su constitución en este escaso periodo de tiempo.

De tal suerte, que sus conocimientos han adquirido pleno dominio en los estadios de la ciencia, y han demostrado que la nariz tiene alguna otra función que desempeñar que la de la olfacción; función respiratoria de la mayor importancia, puesto que por ella llega el aire á nuestros pulmones en perfectas condiciones de pureza, humedad y temperatura, siendo indispensable este perfecto funcionalismo, porque con él es como únicamente está garantido el equilibrio fisiológico.

Puerta de entrada amplia y expedita por donde pueden ingresar en nuestra economía multitud de agentes nocivos que se sirven del aire como vehículo, mas en su exacto fisiologismo tenemos la garantía suficiente de la pureza del aire que por la nariz penetra; cantidad y pureza son, en mi concepto, los fundamentos que debe llenar la nariz en su función respiratoria, porque, si es cierto que el aire impuro puede conducir á determinadas enfermedades, no es menos cierto que en cantidad insuficiente las produce y nó en escaso número; no otra causa reconocen las inflamaciones frecuentes de las mucosas, de las amígdalas del anillo de Waldeyer, que, aumentando la receptividad individual favorecen la invasión de agentes morbosos externos, principalmente el de Koch; de la misma manera gran número de degenerados, sordo-mudos y raquíticos, no reconocen otro origen que una alteración en el funcionalismo de la nariz.

Es, por consecuencia, el mayor beneficio que de

esta especialidad puede sacarse, el de enseñar al Médico general los peligros que á la obstrucción nasal se siguen.

Las causas de la obstrucción nasal, los afectos que pueden determinarla, son variadísimos, y empezando en el adulto por las desviaciones del tabique, espinas del mismo, hematoma de índole traumático, pólipos nasales ó naso-faríngeos, toda clase de tumores benignos ó malignos, rinitis hipertrófica y tantos otros como pudiera citarse, encontramos en el niño causas, si nó tan abundantes, no menos capaces de ocasionar la obstrucción, como sucede con el coriza purulento ó sifilítico, vegetaciones adenoideas, cuerpos extraños ó deformaciones congénitas, y siempre y en cualquier edad, una hipertrofia acentuada de las amígdalas palatinas ó una amplia perforación velo-palutina, conducen al mismo resultado.

Pasemos á conocer los efectos de la obstrucción nasal comenzando por los reflejos nasales, dirigiendo sobre ellos una rápida ojeada, por conceder principal atención á las alteraciones que en la respiración se operan como consecuencia de la obstrucción nasal.

Reflejos nasales: asunto éste de la patología nasal, que si en otro tiempo fué objeto de sátiras que le ridiculizaban en buena ciencia, hoy no hay más remedio que admitirlos, no ya por hipótesis más ó menos ingeniosas, si no por la verdad incontestable de los hechos. Condición necesaria é indispen-

sable para que se realicen, es que exista una susceptibilidad particular en la mucosa nasal, una hiperescitabilidad exagerada; en una palabra, una verdadera predisposición nerviosa; y de esta manera se explica cómo estas alteraciones no se observan más que en sujetos neuropáticos, artríticos ó neurasténicos; en ellos, una lesión insignificante, es el punto de partida de perturbaciones reflejas, mientras que lesiones más importantes no provocan en otros sujetos alteraciones de ningún género.

Estas perturbaciones nerviosas fueron en principio desconocidas en tanto los trabajos de Voltolini y Hack las dieron á conocer, las divulgaron; mas no sin que se cayera en un extremo vicioso, llegando hasta el ridículo, puesto que hubo tiempo en que no había alteración que no fuera atribuída á un desorden funcional de la nariz.

Como es consiguiente, estas exageraciones han traído consigo la necesaria reacción y colocado las cosas en su justo medio, gracias á trabajos en este sentido practicados por Heryng, Ruault y otros, considerando únicamente como reflejo nasal todo fenómeno neurótico relacionado con una afección de la mucosa de la nariz.

Como cualquier otro órgano y aún más que otro, la mucosa nasal, es el punto de partida de numerosos reflejos, como lo han demostrado Gourewitck, Franck y otros fisiólogos, los cuales, ocasionando irritaciones prolongadas en la mucosa nasal, han obtenido los tipos más frecuentes de reflejos pato-

lógicos, como espasmos diversos, estornudo, rino-
rrea, etc.

Estas demostraciones se producen á cada momento en la clínica en que accesos espasmódicos, cefalalgias y tantas otras manifestaciones ceden prontamente á la acción de una anestesia local, y por último, terminan con un tratamiento conveniente que haga desaparecer la lesión que las origina, ó una modificación de la mucosa en aquellos casos que se presentan sin lesión material apreciable y que son siempre en menor número.

Como queda expuesto, se exageró bastante al aceptar la existencia de los reflejos nasales; pero descontando toda exageración y desde luego rechazando el sinnúmero que de los mismos se han descrito, hoy está fuera del alcance de toda discusión la aceptación de tres, por los menos: el estornudo, la rinorrea y la obstrucción repentina y pasajera de una ó ambas fosas nasales. Yo me atrevo á añadir una cuarta variedad, tan frecuente como las anteriores y como ellas perfectamente definida: me refiero al asma de origen nasal.

A expresarme en este sentido me obliga un caso habido en mi práctica; á no haber visto ningún otro ni tenido el más mínimo concepto de tal alteración, por sí solo hubiera sido bastante para aceptar el asma como un reflejo nasal. No he de entrar en detalles de una historia clínica, mas si diré que se trataba de un sugeto joven, bien constituido, sin antecedentes morbosos de ningún género; pues bien,

la primera vez que le ví era presa de un violento acceso de asma, que no era el primero, pues había sufrido en épocas anteriores otros como el que yo presenciaba; habiendo sido negativo el examen del aparato respiratorio hecho en época conveniente, me decidí á practicar una rinoscopia anterior, á pesar de que el sugeto nada aquejaba en la nariz, y con efecto, fui gratamente sorprendido con la existencia de una enorme hipertrofia de la cabeza del cornete inferior de un lado. Digo gratamente, porque en aquel hallazgo preveía el éxito de una intervención operatoria que le había de conducir á una curación definitiva, como así sucedió una vez operado.

Creo el caso lo bastante elocuente para aceptar desde luego y de modo seguro la existencia del reflejo aludido.

Otros reflejos hay, pero ni son tan constantes, ni están tan plenamente confirmados; tal sucede con los accesos de tos quintosa, espasmos facial y velopalatino, perturbaciones visuales, neuralgias faciales, etc.

Como mi objeto al hablar de reflejos no es más que enunciarlos como una posible consecuencia de la obstrucción nasal, no he de tratar ni de su patogénia, ni sus síntomas, curso, tratamiento y cuanto acerca del particular pudiera exponerse, para dedicar toda la atención á un tema más principal; como es el efecto que la obstrucción nasal ejerce sobre el aparato respiratorio.

Es este un punto de la rinología que permanece

casi desconocido, que aún no se ha llegado á su total dominio, sin perjuicio de las repetidas tentativas que en tal sentido se han hecho.

Dos efectos pueden considerarse en la obstrucción nasal: unos, inmediatos; otros, á distancia; entre los primeros se hallan las alteraciones nasales próximas al punto de la obstrucción, y entre los segundos encuéntranse las alteraciones diversas en el lado correspondiente de las vías aéreas, perturbaciones de crecimiento en la cara, columna vertebral, torax, alteraciones de la voz; y por último, alteraciones generales por perturbación de las funciones nutritivas.

Como efecto inmediato considero las alteraciones en el punto mismo de la oclusión: allí, la mucosa, está escoriada, seca, irritada; el tejido eréctil está falto de su lisura y turgencia; la mucosa se anemia; el moco se altera, y juntamente con la retención de productos sépticos se opera una transformación en la cual los elementos de defensa de la cavidad nasal se hallan seriamente comprometidos.

Estos productos sépticos que se originan en la cavidad que se forma detrás del obstáculo, inician la flógosis que después se acentúa, dando origen á flujos de la misma naturaleza.

La irritación de las vías aéreas la he mencionado á título de complicación á distancia, y es tan frecuente que en muchas ocasiones puede considerarse como causa predisponente de catarros traqueo-bronquiales, bronquitis crónicas, enfisemas, no habiendo autor que no las mencione.

Siguiendo las complicaciones á distancia encuéntrase la de la voz, que no se exime tampoco del influjo de la obstrucción nasal, se hace ronca, y en muy contadas ocasiones se la encuentra con su normal tonalidad. El lenguaje también se altera, pierde su limpieza, sobre todo las consonantes nasales, mas cuando se hace totalmente nasal es en los casos de insuficiencia velo-palatina, en que la obstrucción no es completa, y entonces se verifica lo que Küssmaul ha denominado "rinolalia abierta,,. En oposición á ésta puede considerarse la "rinolalia cerrada,, y puede hacerse bajo dos formas: una, cuando el obstáculo se halla en la parte posterior de las fosas nasales, caso de voluminosas vegetaciones; entonces las perturbaciones fonéticas son muy acentuadas, determinándose lo que Meyer llama "voz muerta,,; y otra, cuando el obstáculo radica en la parte anterior de las fosas nasales, la voz se hace gangosa en alto grado, porque entonces éstas hacen el papel de caja de resonancia, comunicándole á la voz esa modalidad.

Tampoco se exime de los efectos de la obstrucción la laringe, que á más de accesos de estridulismo puede presentar agravación de las lesiones preexistentes; de la misma manera, y por igual causa, el éxtasis laríngeo y pulmonar se presentan con gran facilidad por hallarse dificultada la espiración.

Siguiendo el estudio de las complicaciones á distancia, hállanse las de la cara, que son muy típicas;

la facies adenoidea, pómulos aplanados, prominencia de los dientes, escavación palatina, son otras tantas dignas de mención.

No menos importantes son las alteraciones que en el pecho pueden estudiarse, como efecto siempre de la obstrucción, sobre todo en la época del desarrollo; así lo acreditan trabajos de Dupuytren, Vidal de Cassis y otros acerca del particular; admitiendo dos variedades; una en "reloj de arena", en la que el torax presenta una depresión circular próximamente en su parte media; otra el "pecho en forma de nave", en que el esternón es prominente con la parte inferior deprimida, estando ambos lados del pecho como aplanados.

Como corolario de las deformidades del pecho se presentan las del ráquis, en el que pueden hallarse, aún cuando no sean muy pronunciadas, escoliosis, lardosis y cifosis.

No hay para qué decir que todos los estados que perjudican ó alteran la nutrición del tejido óseo, como la osteomalacia y raquitismo, favorecen las deformidades esqueléticas del pecho ó del ráquis, consecuencia de la obstrucción nasal.

Tanto ó más interesantes son los efectos de la obstrucción sobre el estado general: este defecto conduce al organismo al aniquilamiento y depauperación, por ser la hematosis insuficiente. La respiración nasal no puede efectuarse; es sustituida por la bucal, y en estas circunstancias es sabido que el aire no puede llegar en las condiciones necesarias

de temperatura y pureza, como cuando atraviesa las fosas nasales; influyendo, á no dudar, en la calidad del aire inspirado; mas sucede lo mismo en lo que á la cantidad hace referencia. Mendel ha fijado el volumen de aire que pasa por la nariz y por la boca en la proporción de 120 á 100, respectivamente, de donde se deduce que cuando se respira por la boca solamente, la cantidad de aire inspirado es inferior al normal, no bastando para suplir el déficit el aumento en el número de inspiraciones.

Pero hay más; en la respiración bucal, la amplitud de los movimientos torácicos está disminuida, y no puede ser suplida con el mayor esfuerzo inspiratorio, como han demostrado en sus experiencias Poli y Mendel. Además, la respiración se hace defectuosa, sobre todo en los vértices; la capacidad pulmonar está disminuida; consecuencia inmediata de esto es que, siendo el aire más escaso y en peores condiciones, la hematosis se halla comprometida, y por consecuencia el estado general por perturbación nutritiva.

La prueba más elocuente de todo cuanto acabo de exponer está en esas endebles y pobres criaturas mal desarrolladas, sujetas á desdichas sin cuento, con manifiesta ineptitud para todo trabajo material ó intelectual por el empobrecimiento de su cuerpo y raquitismo de su inteligencia, que les hace aptos para sufrir toda clase de padecimientos y constituyen el tipo que tan bien ha descrito Guye con el nombre de "aproxéxia".

Creo ir demostrando la gran influencia que la obstrucción nasal ejerce sobre el resto del organismo, y es verdaderamente extraño que no haya sido más y más estudiada; que no se haya experimentado sobre el particular para despejar sus muchas nebulosidades y sacarlo de la categoría en que ahora se halla de asunto desconocido ó poco menos. Darle á conocer, siquiera sea superficialmente, es la única finalidad de este modestísimo trabajo.

He de hacer presente que las investigaciones acerca del particular son tan escasas, que creo no equivocarme si digo que no excede de media docena el número de autores que forman la literatura de la obstrucción nasal, en relación con los efectos que sobre el organismo ejerce.

No está á mucha más altura la investigación experimental. Cousteau, Tissié y algún otro han hecho experimentos en este sentido, taponando una fosa nasal en un perro ó en un conejo, y han obtenido, bien un aplastamiento de la cara; bien una retracción torácica, ó una desviación de la columna vertebral. Esto que el Laboratorio descubre en los animales, es exactamente lo mismo que enseña la clínica para el hombre; de manera que, tanto aquél como ésta, se hallan de acuerdo en sus conclusiones, puesto que iguales han sido los resultados que han obtenido.

Es un hecho clínico indiscutible, que el murmullo vesicular es distinto, según se respire por la boca ó por la nariz. Cuando se respira por ésta el mur-

mullo es más limitado que cuando se hace por aquélla. Y tan es esto así, que es sabido lo frecuente que es en la clínica invitar al enfermo á que respire por la boca, porque al hacerlo de esta manera las inspiraciones son más amplias y pueden apreciarse mejor las modificaciones en la función respiratoria.

Las observaciones clínicas en este sentido han sido practicadas en sugetos sanos primero, y en enfermos de nariz ó pulmón solamente ó de ambas partes á la vez, después.

Considerado el sugeto sano con fosas nasales y pulmón normales, se ocluye una fosa nasal, y tan pronto como esto acontece, se observa una modificación en el ritmo respiratorio, consistente en una disminución en el tono é intensidad del murmullo vesicular, el cual se hace más imperceptible; la espiración también es más corta y debil; estas modificaciones no son siempre constantes y permanentes, es cierto; pues muchas veces tras la oclusión se verifican algunos movimientos respiratorios completamente normales, pero que no tardan en presentar el carácter propio que la obstrucción imprime; las modificaciones apuntadas se realizan únicamente en el lado en que se ha practicado la obstrucción nasal; en el opuesto hay también debilidad del murmullo vesicular, pero nunca es tan marcada como en el lado de la obstrucción. Pues bien, esto que acontece siempre, puede denominarse, con razón, "modificación típica.". Una vez desaparecido el obstáculo

nasal, el murmullo, antes disminuido, se eleva de tono é intensidad para volver á la normalidad.

Perceptibles las modificaciones apuntadas en cualquier parte del pulmón, aprécianse con más claridad en el vértice que en el resto del órgano. Dichas modificaciones no son patrimonio exclusivo de los ruidos normales, porque también los patológicos se encuentran influenciados, aún cuando nó todos; porque si bien es verdad que la broncofonía y las sibilancias se hacen de tonalidad más baja, pero más perceptibles y más claras, hasta el punto de constituir la oclusión nasal un medio diagnóstico para ponerlas de manifiesto en los casos que, sin ese medio, no se apreciaran, en cambio hay otros caracteres del murmullo vesicular, como son: inspiración ruda, espiración prolongada, que no se modifican en manera alguna.

Otro caso á considerar es aquél en que el pulmón está sano, pero las fosas nasales sufren una lesión, sea de la índole que quiera, pero que determina una obstrucción nasal unilateral; aquí también se modifica el tono é intensidad del murmullo vesicular, con la diferencia de que esta modificación toma un carácter especial á consecuencia de la permanencia del obstáculo, y es tan clara que basta en ocasiones reconocer el pecho de un sugeto para de su examen deducir la presencia de una enfermedad en la nariz, sea de la índole que quiera, pero que conduce siempre á una obstrucción de la fosa nasal, con la consiguiente dificultad para el paso del aire.

He tenido ocasión de observar un sugeto en el cual una de sus fosas nasales estaba obstruída por un verdadero conglomerado de pólipos mucosos; pues bien, en el lado afecto el murmullo vesicular era tan debil que apenas se percibía; en cambio en el lado sano, aún cuando también se debilitaba algo, era, sin embargo, más perceptible. La única condición á que había que someter al enfermo para apreciar esas diferencias era la de que respirara con la boca cerrada.

Los efectos que acabo de apuntar serán mucho más acentuados, no ya sobre el pulmón del lado de la obstrucción solamente, si no también del lado opuesto, cuando se produzca la oclusión de la fosa permeable, lo cual concuerda perfectamente con lo que queda convenido al estudiar los efectos de la obstrucción en el hombre sano.

Una nueva variedad puede ser objeto de estudio: aquella en que la nariz es normal, pero los pulmones están enfermos, como sucede en los tuberculosos ó en los afectos de congestión pulmonar doble. Claro que si la lesión es bilateral y alcanza la misma extensión, entonces los efectos de la obstrucción nasal unilateral estarán en un todo sometidos á cuanto queda dicho para el caso primero; es decir, cuando nariz y pulmón están sanos. Sin embargo de ser la lesión bilateral, si en un lado es más extensa que en otro, entonces la obstrucción imprimirá modificaciones más perceptibles y más claras en el lado menos enfermo.

Algo parecido sucede en un caso análogo: en aquél en que las fosas nasales están libres, son permeables, pero un pulmón está enfermo; si se obstruyen ambas fosas, se perciben las alteraciones características ya descritas en el pulmón sano, y en el otro pulmón, en el enfermo, iguales modificaciones, también en su parte sana, comprobando una vez más lo expuesto en el caso primero.

Esa comprobación es únicamente para las partes sanas, porque las partes enfermas del pulmón no se comportan de igual manera. La obstrucción nasal sobre ellas ejerce efectos muy variables; no se ajusta á la modificación que se considera típica, y tiene facil explicación. Mientras en el pulmón sano el aire penetra con facilidad, en el pulmón enfermo con una congestión, por ejemplo, el acceso del aire, ó es nulo, ó está muy comprometido.

Según esto, supongamos una lesión que invade parte de un pulmón, sea en el lado izquierdo; cerramos la nariz derecha y tendremos la modificación típica; pero ocluyamos la del lado izquierdo, la del lado enfermo, y entonces se apreciarán las modificaciones del murmullo vesicular, pero en relación con la extensión, y mejor aún, con la intensidad de la lesión; así, siguiendo el mismo ejemplo anterior, ó sea el pulmón afecto de una congestión, en este caso el aire no puede llegar, no puede distribuirse por los ámbitos pulmonares; de ahí que la oclusión de la nariz izquierda no surtirá efecto alguno en el pulmón de este lado, pero en cambio determinará la

modificación típica en el pulmón opuesto, que es el que consideramos sano, siguiendo nuestro ejemplo.

Conclusión que de aquí se deduce: la de que lo primero que se debe hacer es tratar de conocer las lesiones que dificultan ó impiden el paso del aire á los alveolos pulmonares, partiendo de la base de que es necesaria una lesión muy intensa para que la penetración no tenga lugar, existiendo multitud de procesos que, si no lo imposibilitan, por lo menos lo dificultan, como acontece con la congestión ya mentada, la esclerosis y hasta la bronquitis catarral con exudado abundante.

Pero existen casos en que las alteraciones indicadas no suceden con tanta sencillez, porque juntamente con la obstrucción nasal hay una lesión pulmonar más ó menos extensa, sea de uno ú otro lado; y se comprende que en esas circunstancias las modificaciones del murmullo vesicular han de estar influidas, tanto por la obstrucción nasal, como por el estado del pulmón, haciéndose mucho más complejas, hasta el punto de que en algunas ocasiones cabe dudar de las leyes fisiológicas que regulan la función respiratoria

Mas esas dudas que surgen ante la observación pulmonar no deben extrañar si se tiene en cuenta que la manera de distribuirse el aire por los pulmones, ya se considere en conjunto ó separadamente, nos es conocida de una manera imperfecta.

Donde los efectos de la obstrucción nasal sobre la respiración tienen un máximo interés, es sobre los

“soplos respiratorios,, por ser la variedad de los mismos mucho mayor y más grande el número de interpretaciones que se pueden dar. Hay aquí una verdadera gradación regulada por los afectos que determinan el soplo; de manera que las modificaciones que imprime la obstrucción nasal no son siempre las mismas: así obsérvanse soplos que no se modifican en lo más mínimo, como ocurre en los pneumónicos, mientras que el murmullo vesicular sufre las modificaciones características.

Otra variedad es aquella en que el soplo es modificado por la oclusión nasal de un modo fijo y constante; tal sucede con el soplo cavernoso de los tuberculosos, en los que, cerrando la nariz del mismo lado, el soplo desciende de tono é intensidad. Si la nariz que cerramos es la del lado opuesto, entonces se nota en el pulmón del mismo lado la modificación típica del murmullo vesicular, y en el opuesto, es decir, en el de la caverna, el soplo disminuido en intensidad. Exactamente igual acontece con el soplo pleurítico.

Una consecuencia se deduce de cuanto queda expuesto: la de que todos los soplos no se comportan de la misma manera en presencia de una obstrucción nasal. Y con efecto, entre el soplo tubario, que no sufre alteración alguna, y el cavernoso, que se modifica, hay notables diferencias, no sólo en su naturaleza, sino en su modo de producción.

El soplo cavernoso es debido á una modificación de la corriente aérea, la cual, encontrándose con una

dilatación, es capaz de producir un soplo; mientras que el soplo tubárico, el de la pneumonía, no se produce por una modificación en el calibre del tubo, ó mejor dicho, del bronquio, si no por una alteración á través del parénquima condensado del ruido bronco-vesicular, cuya génesis aún está por conocer de una manera positiva. Lo que sucede en este caso es que el murmullo que se produce en el pulmón sano se transforma á través de la condensación pulmonar, dando lugar á un soplo, con razón llamado de condensación.

Ahora bien, esta distinción no puede ser absoluta, porque la caverna es cierto que origina soplo cavernoso; pero siempre está envuelta por una porción de tejido condensado que puede contribuir á producir el soplo.

Reasumiendo: el soplo respiratorio no tiene siempre el mismo origen, unas veces producido por desigualdades en el calibre bronquial, otras por una condensación pulmonar, mas en ambos casos el efecto de la obstrucción nasal es distinto; en el primero, el soplo se modifica; en el segundo, permanece invariable.

Claro que estas afirmaciones no pueden aceptarse como hechos concluyentes, como leyes definitivas; necesitan aún pasar por el tamíz de una experimentación clínica, prolija y duradera, para que sean admitidos como buenos ó por falsos rechazados. Hoy por hoy no tienen más base que la de una experimentación pobre y deficiente: mas es indudable

que la "prueba de la obstrucción nasal," llegará día en que por todos sea admitida, gozando de un valor diagnóstico digno de estimar.

Tan es de creer que así sucederá, que hoy ya permite establecer diferencias y determinar si un pulmón está ó nó condensado; si un soplo es producido en sitio determinado ó propagado, teniendo presente la gran facilidad con que los soplos se propagan, máxime cuando hay condensación de las partes vecinas; supongamos un sugeto que presenta una caverna en el lado derecho; el soplo se propagará fácilmente al otro lado; en estas condiciones la obliteración de la nariz izquierda, lado al que el soplo se propaga, no determinará modificación alguna en el mismo, y en cambio la obliteración derecha, lado de producción, modificará desde luego el soplo, tanto el propagado como el que se realiza en su punto de origen.

Consecuencia inmediata que de aquí se deduce es la de que existe una íntima correlación entre la función respiratoria de cada pulmón y la fosa nasal del mismo lado.

Para explicar esta conexión se han formulado dos hipótesis: una sostiene que, siendo dobles las fosas nasales, doble será la corriente de aire, conservando esa dualidad desde su punto de origen hasta su terminación en los gruesos bronquios. En este supuesto, el aire que penetra en cada bronquio proviene de la fosa nasal correspondiente. La segunda hipótesis sostiene que, á fosas nasales libres y pulmones

sanos, corresponde cierta independencia funcional en los músculos de cada uno de los hemitorax; para traer al pulmón correspondiente cierta cantidad de aire los músculos inspiradores actúan en cada inspiración, mas el que penetra por una nariz es atraído perfectamente por el pulmón correspondiente. En esta hipótesis puede admitirse que las corrientes aéreas se mezclan apenas atravesadas las fosas nasales, mas la penetración por esas fosas se hace normalmente á beneficio de la potencia muscular de cada uno de los hemitorax, que encuentran la compensación en la cantidad de aire que llega á cada lado cuando la función se hace con normalidad.

Lógicamente se deduce que cuando una nariz está obstruida, el hemitorax del lado correspondiente no encuentra la cantidad de aire que le es necesario, mientras que el opuesto continúa funcionando con normalidad, y por tanto, en el lado obstruido habrá una inspiración deficiente, porque la mayor parte del aire inspirado irá al pulmón del lado donde la fosa nasal es permeable.

Por tanto, al pulmón del lado obstruido llegará aire, pero con menos presión, en menor cantidad, y aquí está la explicación del por qué el murmullo vesicular disminuye en tono é intensidad en el lado correspondiente á la obstrucción.

Las dos hipótesis enunciadas son admisibles, mas la segunda parece explicar mejor los hechos expuestos.

Supóngase un individuo que respire ámpliamente

por la boca y que tenga sus fosas nasales permeables; la respiración se verifica con regularidad; se cierra bruscamente una naríz, y se observará la modificación típica del murmullo, tantas veces nombrada, en el lado correspondiente. En estas condiciones una pequeña cantidad de aire pasa por las fosas nasales; los hemitorax conservan un perfecto fisiologismo entre sí, y con dichas fosas, pero obstruida una de ellas, ocasiona por vía refleja una defensa muscular en el hemitorax del mismo lado, y como consecuencia se produce la modificación típica enunciada.

Reasumiendo: no se puede negar la existencia de una doble corriente ni la correlación fisiológica entre la permeabilidad nasal y las fuerzas musculares que intervienen en la respiración. De donde se deduce que si bien es cierto que hoy por hoy no pueden sentarse leyes fundamentales en esta materia, no es menos cierto que estos conocimientos pueden ser el punto de partida de nociones que aclararán muchas dudas, contribuyendo con ello al ideal de nuestra ciencia; es decir, á conocer las causas de las enfermedades para oponerles el remedio necesario.

Sentado lo precedente voy á ocuparme de dos cuestiones sobre las cuales hay entablada animada controversia.

Asuntos que son objeto de la atención de los clínicos, y por considerar que entran de lleno en la índole de este trabajo, me ocupo de ellos.

Me refiero á las modificaciones del murmullo vesicular en el vértice derecho que se observa en los presuntos tuberculosos: tema discutido y estudiado en Francia, y otro estudiado en Alemania acerca de la condensación confirmada en el vértice derecho en ciertos casos de obstrucción nasal crónica. Por lo que á la primera cuestión afecta, los clínicos se dividen en dos campos: unos que consideran esas modificaciones como indicio de una tuberculosis pulmonar, y otros que relacionan su presencia con una obstrucción nasal.

Bezançon, en una comunicación dirigida á la Sociedad Médica de los Hospitales de París, hace presente que la disminución del murmullo vesicular, en su concepto, es debido, bien á un ataque tuberculoso curado, bien á una tuberculosis tórpida en evolución, ó á una lesión pulmonar no tuberculosa, emitiendo la hipótesis de que esa alteración está relacionada, en la inmensa mayoría de los casos, con una insuficiencia nasal.

Abundan en la misma manera de pensar Barbier y Lermoyez, aduciendo el último que en su concepto la obstrucción ligera produce mejor la modificación descrita por Bezançon que no la obstrucción total. Tras prolija discusión en la Sociedad de los Hospitales, dicho autor hace una comunicación al Congreso de Génova, en el pasado año, en la cual expone que en los enfermos que presentan signos claros de tuberculosis pulmonar desde un principio, no ha apreciado la disminución del murmullo vesicular.

cular en el vértice más que en contados casos, y sigue opinando que este signo se encuentra, sobre todo, en las tuberculosis tórpidas, atenuadas ó curadas.

Cierto que buen número de esos enfermos presentan una insuficiencia en la respiración nasal, ya por vegetaciones, ya por amigdalitis, ó bien por rinitis hipertrófica; mas sea por lo que fuere, es lo cierto que la alteración del murmullo vesicular desaparece tan pronto como son operados.

Además, admite la mayor frecuencia en el lado derecho, por ser también más frecuentes las adenopatías en este lado. Y termina aceptando una insuficiencia funcional del lóbulo superior del pulmón derecho en relación con la alteración funcional de la nariz.

Por otra parte, se ha experimentado en un crecido número de niños, y se ha sacado la consecuencia de que en un treinta por ciento, la respiración es más baja, más debil, menos amplia en el vértice derecho: estos niños ni tenían antecedentes tuberculosos ni hábito de tal enfermedad (Monteli).

Son muchos los que opinan que la modificación en el murmullo vesicular del vértice derecho debe considerarse como normal y fisiológica, recordando á este propósito la opinión de Eichhorst y Kennedy, según los cuales el murmullo vesicular es normalmente más acentuado en el lado izquierdo.

No tengo para qué discutir el valor semeiológico de la disminución del murmullo vesicular en el vér-

tice derecho como signo precóz de tuberculosis pulmonar; pero sí he de hacer constar que esas modificaciones son más frecuentes en el lado derecho, ya recaigan en sugetos tuberculosos, ya en otros con una simple congestión, ó bien en sugetos normales sin lesión pulmonar ni de las fosas nasales.

Mas de todos modos, en la patogenia de esta alteración hay que reclamar lugar preferente para las dos condiciones etiológicas siguientes:

1.^a Una lesión pulmonar consecutiva á un flujo nasal de mucho tiempo de duración, se manifiesta en su forma estacionaria por signos que recuerdan una tuberculosis atenuada.

2.^a La obstrucción nasal derecha, más frecuente que la izquierda, se acompaña en el vértice pulmonar del mismo lado de un descenso en el tono é intensidad del murmullo vesicular.

Siempre debe pensarse en estas circunstancias cuando de etiología se trate. En consecuencia, este factor etiológico viene á complicar más aún la difícil y oscura semeiología de los vértices pulmonares, pues podemos formular un pronóstico benigno en presencia de una afección pulmonar que, á primera vista, hace pensar en la tuberculosis.

Por lo que á la escuela alemana hace referencia, Blúmel, el año pasado, para rechazar un trabajo de Krönig, publicó un artículo en el cual describe una lesión del vértice derecho que ha observado con relativa frecuencia en individuos cuyas edades oscilan entre 15 y 30 años, sin antecedentes fímicos,

pero de ordinario débiles. Pues bien, tras de largo tiempo todos presentan una obstrucción nasal más ó menos pronunciada.

Las manifestaciones sintomáticas de tales casos son: laxitud generalizada, accesos de tos frecuente, hemoptisis raras, dolores en el pecho, disnea al menor esfuerzo, palpitaciones, sueño intranquilo, facies adenoidea; todo lo cual no impide al enfermo dedicarse á sus habituales ocupaciones. También existe una hipersecreción nasal con abundante flujo posterior, sequedad de la garganta, tos irritativa, frecuentes accesos de amigdalitis y bronquitis.

Continúa Blúmel describiendo: hay perfecto desarrollo del torax, los movimientos se conservan en ambos pulmones, si bien algo más restringidos para el lado derecho.

Sub-macidez ligera en el vértice derecho, situada por delante á nivel del primero y segundo espacio intercostal, y por detrás hasta la espina del omoplato.

Ordinariamente la respiración es elevada, con carácter bronquial; la espiración se prolonga, la expectoración abundante y acuosa nunca tiene bacilos de Koch. Ahora bien, en la porción superior de las vías aéreas se observa frecuentemente una obstrucción nasal ó naso-faríngea que puede tener como origen las causas múltiples ya citadas en el curso de este trabajo y que fatalmente conducen á dicha obstrucción; hipertrofias de la mucosa nasal, vegetaciones adenoideas, etc., etc.; afecciones todas

que dificultan ó impiden el paso del aire por la nariz, con todas las consecuencias que esto implica para el resto del aparato respiratorio. De esta manera las mucosas todas se acatarran, la laringe misma no se exime de esa perniciosa acción que la obstrucción nasal ejerce y sus cuerdas aparecen rojas y engrosadas, siendo la voz, como es de presumir, más ó menos bronca, pero nunca con su tono normal.

Blúmel ha hecho presente el resultado favorable que ha obtenido, tanto en las vías aéreas superiores como en los bronquios, mediante la intervención operatoria de la obstrucción nasal; mas para los pulmones el estado es estacionario, practíquese ó nó intervención alguna.

Una afección expuesta en los términos que quedan indicados compréndese lo facil que es poderla confundir con la tuberculosis pulmonar; así, el diagnóstico diferencial hay que hacerlo con gran cuidado para no caer en el error, pues aquí no se trata de afección alguna tuberculosa, sin dejar de reconocer que el estado de las vías aéreas superiores puede ser una causa predisponente para padecer tal enfermedad.

Pero aquí no hay que pensar en tal cosa; los enfermos no presentan el hábito tuberculoso, ni el torax paralítico; la movilidad en ambos pulmones en sus bases es normal; la afección no radica jamás en el pulmón izquierdo, y en fin, ni hay proceso ulceroso ni extensión de la lesión.

Todavía hay más para valorar el diagnóstico

diferencial: no existen antecedentes hereditarios; no hay exarcebaciones agudas, ni fiebre, ni hemoptisis; no hay, tampoco, enflaquecimiento ni caquexia; plenamente se demuestra que la afección no tiene nada de tuberculosa.

En cuanto á patogenia, puede explicarse en esta forma: prescindiendo de las modificaciones patológicas que puedan presentarse en el esqueleto torácico, los vértices pulmonares tienen anatómica y fisiológicamente un estado diferente del resto del órgano.

Como consecuencia de estas disposiciones, juntamente con la manera de distribuirse los bronquios en el interior del pulmón, existe en los vértices una expansión más fuerte en la inspiración y una retracción más debil en la espiración que en el resto del pulmón, y de esta forma se explica que se encuentren focos de pneumoconiosis más frecuentemente en el vértice que en la base del pulmón, y en el pulmón derecho más que en el izquierdo, porque según Hirsch-feld, es más amplia y más activa la respiración en aquél.

Tal es la teoría por Blúmel expuesta, que en manera alguna puede admitirse en su totalidad, puesto que hoy por hoy no se ha demostrado que la respiración pulmonar sea más activa en el vértice que en la base; esa afirmación sustentada por Blúmel pugna con lo que la fisiología y la clínica enseñan.

Aduce como argumento en apoyo de esa teoría

la mayor frecuencia de la pneumoconiosis en los vértices, mas es un argumento con escaso valor, porque bien puede atribuirse esa mayor frecuencia á una mayor actividad de los linfáticos de esa parte del pulmón.

Creo que la obstrucción unilateral de las fosas nasales, disminuyendo el acceso del aire en los pulmones, sobre todo, en los vértices, contribuye en gran manera á crear este tipo, tan bien descrito por Blúmel, que no reconoce, en mi concepto, otro origen que la obstrucción nasal; siendo precisamente ese el motivo que me ha obligado á exponerlo en detalle en el curso de este trabajo.

Para terminar, cuestiones son estas sobre las cuales la experiencia es muy escasa; pero teniendo gran importancia, ofreciendo un interés que será mayor cuanto más conocidas se vayan haciendo, no cabe duda que tanto el laboratorio, como la clínica, han de fijar en ellas su atención preferente.

CONCLUSIONES

1.^a De las diversas funciones que la nariz desempeña, es la respiratoria la de mayor importancia; cualquier dificultad en esa función lleva, como consecuencia, un sinnúmero de perturbaciones.

2.^a La etiología de la obstrucción nasal es de lo más variada: sus efectos son inmediatos, de naturaleza flogística, ó á distancia, habiendo entre ellos la mayor variedad; reflejos nasales, estados

irritativos de las vías aéreas, perturbaciones de la voz, alteraciones típicas de la cara, deformidades del torax y como corolario de éstas las del ráquis.

3.^a Los estados ocasionados por la obstrucción nasal tienden indefectiblemente al empobrecimiento del organismo, porque haciéndose menor la capacidad respiratoria, la hematosis es más deficiente.

4.^a La obstrucción nasal unilateral determina indefectiblemente una disminución en el tono é intensidad del murmullo vesicular del lado de la obstrucción.

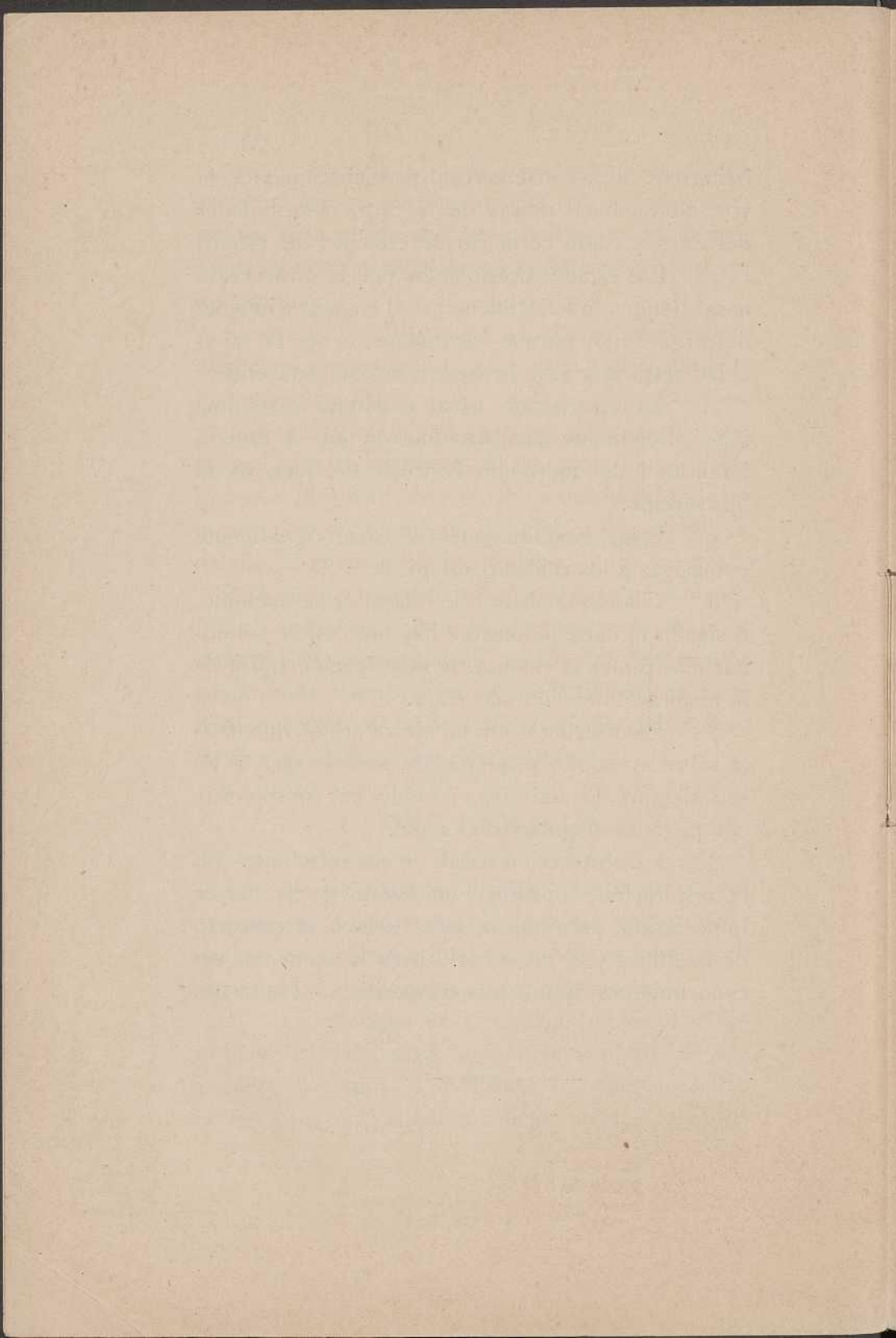
5.^a Estas modificaciones se hacen igualmente extensivas á los ruidos patológicos.

6.^a Cuando la obstrucción nasal es permanente, ó siendo la nariz permeable hay una lesión pulmonar más ó menos extensa, la modificación típica de la respiración es aún más clara.

7.^a La obstrucción nasal ejerce acción manifiesta sobre los soplos respiratorios, mas los efectos no son siempre los mismos, estando en corsonancia con la causa originaria del soplo.

8.^a La obstrucción nasal, en sus relaciones con la respiración, constituye un asunto de la mayor importancia, pero que necesita todavía el concurso de la clínica y el laboratorio para fundamentar sus conocimientos de una manera positiva.—HE DICHO.







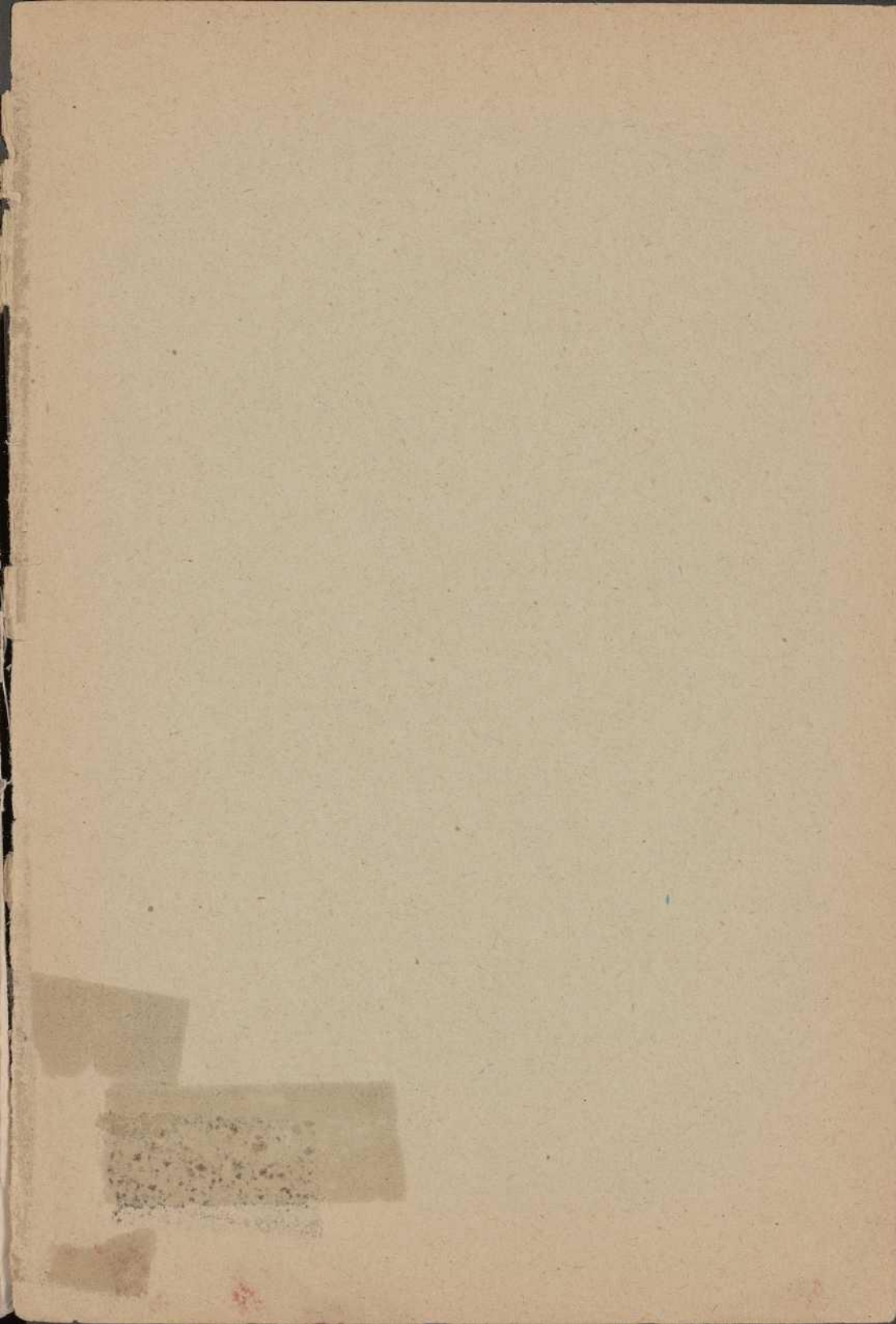
BIBLIOGRAFÍA

- Ariza.*—ESCRITOS MÉDICOS, 1888.
- Barth.*—SEMIOLOGIE DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE, 1908.
- Brindel.*—SINUSITES ET COMPLICATIONS BRONCHO-PULMONAIRES, 1898.
- Botey.*—ESTUDIOS CLÍNICOS SOBRE LARINGOLOGÍA, OTOLOGÍA Y RINOLOGÍA, 1901.
- Botey.*—HECHOS CLÍNICOS DE OTO-RINO-LARINGOLOGÍA, 1901.
- Botey.*—TRATADO DE OTO-RINO-LARINGOLOGÍA.
- Botey.*—ARCHIVOS DE RINOLOGÍA, LARINGOLOGÍA Y OTOLOGÍA, AÑOS 1906, 1907, 1908 Y 1909.
- Bezanson.*—SUR LA VALEUR SEMEIOLOGIQUE DE LA DIMINUTION DU MURMURE VESICULAIRE AU SOMMET DU POU MON DROIT, 1908.
- Castex.*—MALADIES DU LARYNX DU NEZ ET DES OREILLES, 1899.
- Cartaz.*—MALADIES DU NEZ ET DU LARYNX, 1908.

- Dieulafoy.*—MANUAL DE POTOLOGÍA INTERNA.
- Landois.*—TRATADO ELEMENTAL DE FISIOLÓGÍA HUMANA, 1894.
- Lermoyez.*—THERAPÉUTIQUE DES MALADIES DES FOSSES NASALES DES SINUS DE LA FACE ET DU PHARINX NASAL, 1896.
- Moure et Bouyer.*—DES TROUBLES NEURO-CONGESTIFS EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE, 1908.
- Mendel.*—MEMENTO THERAPÉUTIQUE DES MALADIES DES ORGANES RESPIRATOIRES, 1907.
- Moure.*—ENFERMEDADES DE LA GARGANTA Y DE LAS FOSAS NASALES, 1896.
- Oertel.*—THERAPÉUTICA RESPIRATORIA, 1893.
- Rueda.*—ARCHIVO DE OTO-RINO-LARINGOLOGÍA, 1909.
- Sota.*—ENFERMEDADES DE LA NARÍZ Y DE SUS SENOS ACCESORIOS, 1899.

(Junio 1909).





18.