

Sesión científica del 30 de octubre de 1920

PRESIDENCIA DEL DOCTOR CARULLA

Tratamiento de la obstrucción nasal por la luxación del cornete inferior

POR EL DOCTOR R. BOTEY

Es clásico tratar la rinitis hipertrófica con el gálvano-cauterio, cuando el engrosamiento obstruyente es debido a la mucosa, y con la concotomía cuando depende del hueso.

En el primer caso, la cauterización destruye una porción de pituitaria, con las glándulas que la humedecen, pero no cura precisamente el mal; sobreviniendo una reacción inflamatoria que, en las personas sensibles, se complica de cefalalgia y calentura. En otros términos, origina una pequeña enfermedad.

Efectuadas las consabidas reiteradas cauterizaciones de los cornetes inferiores, y eliminadas las escaras, el enfermo respira mejor por la nariz, pero pocas veces de modo amplio y definitivo. Más o menos tarde reaparece la deficiente permeabilidad nasal, principalmente si el sujeto hallase al mismo tiempo afectado de un espesamiento del séptum.

En el segundo caso, la concotomía ocasiona a menudo copiosas hemorragias, y deja tras ella, cuando es total, una nueva afección: *La rinitis seca*. En efecto, las secreciones son entonces escasas, espesas y difíciles de expulsar, entrando el aire bruscamente en la faringe a través de unas cavidades nasales demasiado libres.

Este estado de cosas molesta de tal modo a determinados pacientes, que en alguno de ellos he debido emplear, para remediarlo, las inyecciones submucosas de parafina, como si se tratase de un ozena.

Lo racional sería, por lo tanto, establecer la permeabilidad de la nariz sin alterar sus condiciones fisiológicas, suprimiendo tejidos y órganos útiles.

Siendo la causa habitual de la obstrucción de la nariz la hipertrofia de los cornetes inferiores, cabe, en mi sentir, un camino para facilitar el paso del aire por las fosas nasales sin alterar su contextura: el apartar estos cornetes hacia fuera.

No se crea que este tratamiento sea únicamente aplicable a los casos en que un cornete enorme se dirige contra el séptum. Este sistema conviene, en mi opinión, a la mayoría de casos de rinitis hipertrófica bien definida. Tan sólo cuando un cornete reducido se halla como incrustado en la pared externa de una fosa nasal estrecha de por sí, es cuando resulta ilusorio el tratamiento que propongo.

Si la hipertrofia de la mucosa del cornete inferior es moderadamente acentuada, existiendo más bien una congestión del mismo, como acontece con frecuencia, figúrome que continúa estando indicada la gálvanocauterización de aquélla.

En cuanto a la concotomía, únicamente la empleo en los infrecuentes casos de una mucosa muy hipertrofiada, lo propio que el esqueleto, no sacrificando sin embargo entonces más que una pequeña porción de los mismos a fin de evitar la mentada sequedad y amplitud excesiva de las fosas nasales.

Excuso indicar ahora que cuando la obstrucción nasal es causada por una desviación del tabique, no cabe otra terapéutica que la resección submucosa del mismo, operación perfectamente racional, porque rectifica el séptum, respeta la integridad anatómica de la mucosa de la nariz y deja permeables ambas fosas nasales.

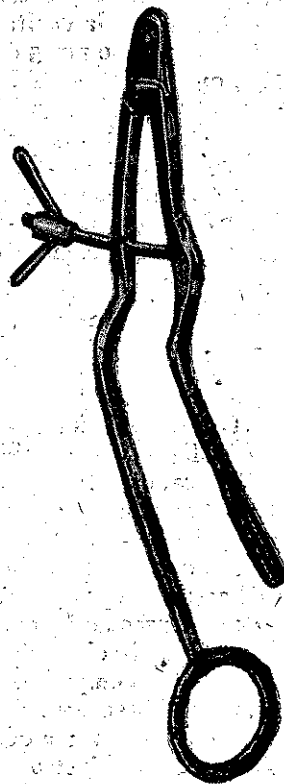


Figura n.º 1

He aquí como procedo:

Previo anestesia de la pituitaria con la cocaína al décimo, o mejor aun, inyectando además bajo la mucosa del cornete inferior, principalmente en su base, una solución de novocaína o de sincaína al centésimo; introduzco la rama estrecha de este instrumento (fig. n.º 1) a lo largo de la fosa nasal, paralelamente al suelo, hasta tocar con el índice izquierdo metido por la boca, y dirigido tras del velo palatino en busca de la coana, el extremo de la rama. Retiro entonces ésta algunos milímetros y aplico la otra rama sobre un lado de la cara, junto a la oreja, previamente protegido por una tortá de algodón.



Figura n.º 2

Vista la distancia, graduada en milímetros, en el tallo de la rama introducida, aprieto la paloma hasta hallar resistencia muy marcada. Luego aflojo aquélla y retiro el instrumento algunos milímetros más, para volver a apretar la paloma, repitiendo la maniobra las veces necesarias, hasta haber conseguido la fractura, la luxación y el consiguiente aplastamiento de todo el cornete inferior contra la pared nasal externa.

La luz de la fosa nasal queda, desde aquel instante, muy ensanchada, permitiendo ver, por la rinoscopia anterior, la pared posterior de la faringe.

La hemorragia tras esta luxación del cornete inferior es insignificante o nula, no sobreviniendo apenas reacción inflamatoria.

Cuando la obstrucción nasal es doble, empleo otro instrumento (figura n.º 2). Introduzco una y otra rama en ambas fosas nasales, hasta las coanas; metiendo el índice izquierdo por la boca hacia el cávum nasofaríngeo, para que no sobresalgan por ellas.

Doy vueltas a la rueda hasta el máximo posible; retiro el instrumento un poquito, volviendo a apartar las ramas a beneficio de la rueda las veces necesarias, hasta conseguir la amplitud deseada de las fosas nasales.

Si el enfermo es muy sensible o algo pusilánime, prefiero cloroformizarle, tanto más cuanto se trata de una intervención a veces algo dolorosa a pesar de la anestesia local y que da lugar a un crujido del hueso al fracturarlo, crujido que impresiona desagradablemente al operado.

Para evitar la vuelta del cornete a su posición primitiva, insinúo un tubo de goma de 8 a 10 milímetros de grueso por 5 ó 6 centímetros de largo, por entre el cornete apartado y el tabique nasal. El tubo, que se sostiene solo y queda completamente oculto en el interior de la nariz, facilita la respiración por ella y la expulsión de las secreciones nasales. Dejo puesto este tubo por lo menos una semana, durante la cual lavo el interior de la nariz con una solución salina tibia al centésimo, tres veces al día, a beneficio de una perita de goma. Quitado el tubo el cornete queda fijado en la nueva posición.

Los resultados obtenidos por mí con esta operación en los casos de obstrucción nasal por rinitis hipertrofica, han sido casi siempre de todo punto excelentes, pareciendo duraderos, puesto que desde hace tres años que empleo este tratamiento mis operados han seguido respirando bien por la nariz.

DISCUSION

Doctor L. SUÑÉ Y MEDAN.—La idea de la luxación submucosa para el tratamiento de la rinitis hipertrofica es ya conocida hace más de un año, por haberse publicado un artículo del doctor Pognat, de Génova, en la Revue del doctor Moure (creo que corresponde al número de 31 de mayo de 1919), con un enunciado muy semejante al de la comunicación del doctor Botey. Nuestro colega extranjero, basándose en una proposición alemana referente al tratamiento de la rinitis atrofica por medio de la luxación del cornete inferior en dirección al tabique nasal para reducir la luz de las fosas, se le ocurrió hacer lo propio, pero en sentido contrario, para corregir la hipertrofia endonasal. Para ello, se vale de unas pinzas de Laurens cuyas ramas apoya en el tabique y en el cornete, abriéndolas lentamente hasta producir el efecto deseado.

Como se comprende, el procedimiento es mucho más sencillo que el empleado por el doctor Botey. Sin embargo, considero más lógica la idea de apoyar una rama por fuera de la fosa nasal en sentido opuesto al de la rama que contacta con el cornete, porque el méato inferior estando ocupado por una sola porción del instrumento, queda más visible para ejecutar mejor la operación, y además porque siguiendo el método del doctor Pognat parece que en lugar de subluxarse el cornete se expone uno a subluxar el tabique si la resistencia de la concha ósea fuese considerable.

En síntesis, pues, es digna de alabanza la manera de proceder del doctor Botey con su nuevo instrumento, el cual quizá peca de excesivamente grande en sus dimensiones y hace complicado el tratamiento de una afección relativamente benigna y que se combate con otros medios más suaves y prácticos. En efecto, mediante la galvanocauterización cuidadosamente hecha, se consigue casi siempre un resultado favorable, y si bien puede ocurrir que se presente cefalalgia, reacción febril y a veces hemorragia, se trata de casos raros, con síndrome de poca duración y sin gravedad alguna. Creo que el método de la sublucación únicamente debería reservarse para aquellos casos en que haya fracasado la cauterización ígnea, y cuando se aprecia bien con el estilote una hipertrofia o abombamiento de la concha ósea.

Tengo también ciertas dudas respecto de los resultados lejanos del expresado procedimiento (los casos del doctor Pognat databan de algunos meses al ser publicado el trabajo y los del doctor Botey ignoro el curso ulterior de los mismos) por lo que atañe a la compresión que puede sufrir el orificio inferior del conducto lacrimo-nasal al ser luxado contra la pared externa de la fosa nasal un cornete hipertrofiado: las consecuencias serían, como es de comprender, la obstrucción de dicha vía y la epifora consiguiente.

Me sugiere esta idea el hecho, bastante frecuente, de haber practicado muchas cauterizaciones de la cabeza de los cornetes inferiores, a ruego de compañeros oftalmólogos, para curar una obstrucción inferior de dicho conducto, todo lo contrario de lo que realiza la luxación submucosa.

Mi felicitación al doctor Botey por su constante trabajo en favor de nuevos métodos e instrumentos de nuestra especialidad.

RECTIFICACION

Rectificación.—El doctor Botey agradece las observaciones hechas por el doctor Suñé, manifestándole que ignoraba que el doctor Pognat hubiese publicado un trabajo sobre este asunto en la *Revue* del doctor Moure, que no recibe desde hace dos años a causa de haber suspendido el propio doctor Botey la publicación de sus *Archivos de Rinología*.

La cuestión, por otra parte, carece de importancia. En estos asuntos no le preocupa ya al doctor Botey la prioridad, por estar desde tiempo acostumbrado a que pocas veces le citen cuando se trata de trabajos cuya originalidad le pertenece.

Entre otros acontecidos de esta índole, cita la comunicación que el profesor Bouchard, de París, leyó en su nombre en la *Académie des Sciences*, el 21 de julio de 1890, hace por lo tanto treinta años, sobre la *Posibilidad de las inyecciones traqueales como vía de introducción de los medicamentos*. En ella, antes que nadie demostró el doctor Botey esta posibilidad; y sin embargo de haber éste después publicado, en los *Annales des Maladies des oreilles, du nez et du larynx*, un trabajo sobre ello, todos los que más tarde utilizaron la vía traqueal, y que son legión, con un fin terapéutico, se olvidaron en absoluto del autor de la idea.

Lo mismo casi puede decirse de su espejillo intratimpánico. Este espejillo, consignado hace 20 años en la tercera edición del *Tratado de Otología* del profesor A. Politzer de Viena y usado corrientemente en las clínicas de la capital de Austria y en algunas de Alemania, ha sido, ello no obstante, reproducido por autores y fabricantes de cuyo nombre no quiero acordarme, sin hablar de su fe de bautismo.

Lo propio le ha acontecido al doctor Botey con su *intercrico-tirotomía por punción, como operación previa en los casos de traqueotomía de extrema urgencia*. Aparte los elogios estampados en la prensa médica por el doctor Antolín Candela, de Valencia y los del doctor A. G. Tapia, de Madrid, que calificó la idea de genial, el método en cuestión ha sido reinventado en Francia, en Alemania y en Inglaterra sin mentar el verdadero padre de la criatura.

Idéntica suerte le cupo a la *Resección submucosa del séptum nasal*, ideada por el doctor Botey nueve años antes que el doctor Killian, y que fué objeto de una comunicación, en 1894, en el Congreso Médico Internacional de Roma, con el título de *Tratamiento de la desviación vertical del tabique cartilaginoso, con desviación de la punta de la nariz*, etc., etc.

Podría citar otros casos que mostrasen la distracción de algunos de mis compañeros. Esta distracción o lo que fuere, me ha inducido a no quemarme las pestañas rebuscando la bibliografía de una cuestión científica antes de publicar algo.

En cuanto a lo que teme el doctor Suñé de que la fractura del cornete inferior pudiese causar la oclusión de la abertura inferior del conducto naso-lagrimal, no lo cree el doctor Botey fácil de acontecer, dado que esta fractura es irregular y además no ha observado en sus operados que a consecuencia de aquella se originara epifora.

Sea como quiera, el hecho estriba en que Pognat y Botey tuvieron la misma idea, realizándola cada uno con un instrumental distinto.

Pognat utilizó, según el doctor Suñé, la pinza nasal de Laurens, abriendo sus bocados para apartar el cornete; instrumento poco adaptado al uso que se le destinaba y que puede lesionar el séptum en vez de luxar el cornete. Botey realiza el apartamiento del cornete con un instrumento más perfecto y adecuado y que obra tan sólo sobre el cornete inferior.

Evolución histórica de la Medicina

Capítulo VI, Sección 2.^a: LA HERENCIA

POR EL DOCTOR I. VALENTÍ VIVÓ

Estudian la Herencia humana, en estos últimos lustros, incontables experimentalistas botánicos, zoólogos, médicos, estadistas, que se proponen conocer las Leyes naturales de la transmisión de caracteres ingénitos y adquiridos en cada individuo, poseedor de energetismo conservador y fecundo o morbo y degenerativo. La Medicina siempre ha aportado datos de Nosología descriptiva concretos a la heredad orgánica, de anomalías y especies morbosas, sobre todo las graves e incurables, sin poder en los más de los casos demostrar la *cacocrasis* separada del *contagium*, ἀπόρροια—flujo, emanación—por deficientes medios de exploración íntima del espermatozoide y el óvulo, y de ambos, conteniendo la mayor integración de fuerza viva exteriorizada y formativa del nuevo ser en «vaso idóneo», el útero.

La Analítica biométrica actual muestra con bastante seguridad relativa, en agrupaciones familiares desde el siglo XVII, en nueve generaciones (1), la sanidad y la morbosidad, o sea la aptitud conservada mental y somática o corpórea, a la vez que la persistente degradación aumentativa de afectos internos: catarata, hemofilia, sordomudez, cáncer, miopía, raquitismo, vesania, delictuosidad, avariosis, escrófula, alcoholismo, y otras taras funestísimas para los Pueblos y las Razas. Es copiosísima la Bibliografía concreta a la Botánica y la Zoología analíticas de la Heredad general y de la humana.

En cuanto a esta última dentro del ámbito de la Medicina experimental, se reúnen ya muchos investigadores en Corporación, que han logrado colocar en primer término los problemas de nuestra Vitalidad a *Natura* y de nuestra Sanidad a *Societate*. Los adelantos más recientes de la Biología médica ponen de manifiesto como la heredad en nosotros obedece a las Leyes universales de la vida y a las condiciones de la convivencia demótica o cívica. El «medio» material cósmico es común a todo ser organizado, el «ambiente» es obra racional nuestra exclusiva; en el primero la fatalidad atómica está toda en todo conjugada y perpetuamente; en el segundo la labor humana secular consiste en aprovechar lo favorable atómico para conservación y mejoramiento de la estirpe. La idealidad suprema de ésta consiste en saber adaptarse al medio utilizando los dones de la herencia ancestral, proava y parental en junto, evolutivas y continuas, órgano-dinámicas.

La doctrina de la evolución se confirma por experimento en los vegetales y animales; los adaptados son fecundos, engendran otros iguales aptos para resistir las contrariedades mesodiniámicas de las cuatro estaciones, y los ataques del parasitismo, así también los del comensalismo topográfico no exagerado; pueden existir y propagarse; el tipo persiste, alcanza la plenitud de su energética productiva con sujeción a su edad propia, mueren longevos. La selección natural se opera gradualmente en condiciones climatológicas favorables a la nutrición; el cultivo y la cría añaden a aquéllas las de la selección artificial; así pueden obtenerse variedades nuevas intercurrentes o duraderas. La savia y la sangre provistas, por doble selección, de elementos asimilables, aseguran el *tonus* celular de cada parte, y el funcionalismo normal de ella en el todo viviente, y la salud es el producto apetecido y logrado.

(1) E. Nettleship. Trans. Ophthalm. Soc. 1909. Hemeralopia. Cf. L. Doncaster. Heredity i. th. light. o. recent research. 1912, pág. 106.