AÑO 1908 Nº 1882

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

RINOLITIASIS

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

TITO F. COLETTI

Ex-practicante mayor del Hospital Nacional de Alienadas (1906-907-908)

«LA CIENCIA MEDICA»

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES

1908

7448

RINOLITIASIS

A MIS HERMANAS

AÑO 1908 Nº 1882

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

RINOLITIASIS

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

TITO F. COLETTI

Ex-practicante mayor del Hospital Nacional de Alienadas (1906-907-908)

«LA CIENCIA MEDICA»
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES
1908

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tésis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón

Vice decano

Dr. D. José Penna

Concejeros

Dr. D. Eufemio Uballes (con lic.)
» » Pedro N. Arata
» » Pedro Lagleyze (con lic.)
» » José Penna
» » Luis Güemes
» » Eliseo Cantón
» » Enrique Bazterrica
» » Antonio C. Gandolfo
» » José M. Ramos Mejía
» » Juan A. Boeri (supl.)
» » Baldomero Sommer
» » Gregorio Araoz Alfaro
» » Abel Ayerza
» » José R. Semprun
» » Jaime R. Costa (con lic.)
» » J. Manuel Irizar

Secretarios

Dr. D. Jonás Larguía (Consejo Directivo)
» Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	» Jaime R. Costa con lic.
Química Médica	» Atanasio Quiroga
Botánica Médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología teórico-pretica	» Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	» Joaquín Lopez Figueroa
Anatomía Descriptiva	» José Arce en ejerc.
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía Patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología Externa	» Obdulio Hernandez con lic.
Medicina Operatoria	» Leandro Valle con lic.
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Pascual Palma
Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luis Guemes con lic.
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze con lic.
Patología Interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina Legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología Experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Angel M. Centeno
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Genito-urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr.	D. J. Greenway
Física Médica	»	Vacante
Química Médica	»	Vacante
Botánica Médica	»	Rodolfo Enriquez
Química aplicada á la Medicina	»	Vacante
Histología	»	Julio G. Fernández Alois Bachmann
Anatomia Descriptiva	»	Vacante
» »	»	Vacante
Semiología y ejercicios clínicos	»	Vacante
Anatomía Topográfica	»	Vacante
Fisiología General y Humana	»	Vacante
Anatomía Patológica	»	Vacante
Bacteriología	»	Juan Carlos Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	»	Felipe Justo
Materia Médica y Terapéutica	»	Vacante
Medicina Operatoria	»	Vacante
Clínica Ginecológica	»	Vacante
» Oto-rino-laringológica	»	Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	Vacante
Patología externa	»	Carlos Robertson Ricardo S. Gómez
» interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Enrique Demaría
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Francisco Llobet Marcelo Viñas (en ejer.) Marcelino Herrera Vegas José Arce
» Neurológica	»	Mariano Alurralde
Medicina Legal	»	Pedro Barbieri
Clínica Médica	»	Patricio Fleming en ejer. Ricardo Colón Luis Agote
» Obstétrica	»	Enrique A. Pardo Enrique Zarate Alberto Peralta Ramos Arturo Enriquez
Toxicología Experimental	»	Vacante
Clínica Pediátrica	»	Manuel A. Santas Mamerto Acuña
» Génito-urinaria	»	Bernardino Maraini
» Psiquiátrica	»	José T. Borda

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Anatomía Patológica	Dr. José Badía
Clínica Ginecológica	» Alfredo Lagarde » José F. Molinari
Clínica Oftalmológica	» Teófilo A. Moret (en ejerc.)
Clínica Quirúrgica	» Daniel J. Cranwell » Avelino Gutierrez
Clínica Dermatog. Sifilográfica	» Maximiliano Aberastury
Clínica Neurológica	» José A. Esteves » José R. Semprun
Clínica Psiquiátrica	» Benjamín T. Solari
Clínica Pedriática	» Antonio F. Piñero
Medicina Legal	» Domingo S. Cavia
Física Médica	» Juan José Galiano

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedraticos titulares
Zoología general, anatomía y fisiología comparada	Dr. Angel Gallardo
Botánica y mineralogía	» Adolfo Mujica (con lic.)
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognósia y posología razonadas	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica	» Julio J. Gatti
Química analítica y toxicológica (primer curso)	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	» J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.	» Ricardo Schatz

Asignaturas	Catedraticos sustitutos
Zoología general, anatomía, fisiología comparada	Vacante
Botánica y Mineralogia	Vacante
Quimica inorgánica aplicada	Vacante
Quimica orgánica aplicada	Vacante
Farmacognosia y posologia razonada	Sr. Juan A. Dominguez (en ejer.
Fisica farmacéutica	Vacante
Quimica analitica y toxicológica (primer curso)	Vacante
Técnica farmacéutica	Vacante
Quimica analitica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	Vacante
Higiene, legislación y ética farmacéutica.	Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica . .	Dr. Fanor Velarde
Parto distócico y Clínica Obstétrica . . .	

Asignaturas	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica. . .	Dr. Miguel Z. O'Farrell
Parto distócico y Clínica Obstetrica . . .	» Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Cated. titulares
Anatomía, Fisiología, Patología.	Dr. León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y	»
Terapéutica dentarias, Medicina legal . .	N. Etchépareborda

Asignaturas	Cated. sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología.	Vacante
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y y Terapéutica Dentarias, Medicina Legal	Vacante

---

PADRINO DE TÉSIS

DR. JUAN JOSÉ GALIANO

A MIS PADRES

SEÑOR DECANO:

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Presento á vuestra ilustrada y benévola consideración este modesto trabajo, última prueba que la Facultad me impone para optar al título de Doctor en Medicina.

Antes de entrar en materia, séame permitido manifestaros mi agradecimiento por vuestras sábias lecciones y muy especialmente á los doctores: José A. Estevez, Profesor Sustituto de Clínica Neurológica; Manuel T. Podestá, Adolfo Valdéz, Lucas Ayarragaray, Daniel Pombo, Juan A. Farini y Daniel R. Molina quienes además me han honrado con sus finas atenciones durante mis años de internado en el Hospital Nacional de Alienadas.

A mi maestro el Profesor Eliseo V. Segura, en cuya clínica del Hospital San Roque he practicado durante dos años que me ha ilustrado con sus sabias enseñanzas y guiado con sus cariñosos consejos, mi mas sincero agradecimiento.

Al Doctor Juan José Galiano, que me acompaña en este acto con su alta autoridad científica, mi respeto y gratitud.

CAPÍTULO I

Etiología y Patogenia

Según su patogénia los rinolitos han sido clasificados en dos grandes grupos: primitivos y secundarios. Los primeros serían aquellos formados expontáneamente, es decir sin la intervención de ningún cuerpo extraño que sirviera de punto de partida, de núcleo central.

Los secundarios reconocerían siempre como nócleo de orígen un cuerpo extraño por regla general venido del exterior, pero pudiendo también ser constituido por elementos orgánicos naturales como sangre, mucus, etc., y alrededor del cual se formarían las concreciones salinas que constituyen el rinolito.

Berlioz niega la existencia de rinolitos primitivos y Monnié en su tesis titulada: «Contributión á l'etude des rhinolithes» sostiene esa misma teoría que O. Chiari (1905) acepta considerando que en la mayor parte de los casos de cálculos

de la nariz que han sido descritos, se ha podido demostrar la existencia, en su centro, de un cuerpo extraño ó restos de éste y si algunas veces no se ha hallado, encontramos en cambio una pequeña cavidad llena de un liquido en el cual se reconoce al microscopio restos de cuerpos extraños, tales como fibras de plantas ó de papel. En fin, hay cálculos en las cavidades de los cuales no se encuentra cuerpo extraño alguno. Admítese entonces que se trata de costras de mucus alrededor de las cuales se ha hecho un depósito de sales calcáreas.

Mackenzie, Brun y Didsbury citan observaciones de rinolitos considerados como primitivos y que en rigor serían secundarios, puesto que en su núcleo se ha comprobado la existencia de coágulos sanguíneos, como en el caso que Moure publicó en la «Gazzette hebdom. des Sciences medicales» de Burdeos (6 de Agosto de 1893) y del que M. Sabrazés hizo un exámen histológico de los más minuciosos: «Las areolas, dice, están limitadas por tabiques » salinos ó por fibrillas fibrinosas. Estas parecen » dirigir los procesos de impregnación de las » sales de calcio y de magnesio». Y más adelante agrega: «En resúmen, este rinolito es una mezcla » de detritus hemorrágicos y de zonas fosfáticas. » Los primeros, representados por fibrina granu- » losa y fibrilar invadidos por un gran número » de micro-organismos, parecen haber presidido » la evolución del cálculo. Este hecho explica la

» irregularidad extrema de las estratificaciones
» que dividen en todo sentido al *coágulo primi-*
» *tivo*, sobre el cual han venido á concretarse
» los fosfatos de cal y de magnesio que compo-
nen al rinolito». Vemos que es el *coàgulo primi-tivo* el que ha actuado como un cuerpo extraño cualquiera dirigiendo, como opina el mismo Sabrazés, el proceso de impregnación de las sales de calcio y de magnesio, para llegar á constituir lo que Moure llama impropiamente un rinolito primitivo.

Debemos aceptar con Herisset, que si en todos los otros casos considerados como de rinolitos expontáneos, se hubiera hecho su estudio con una técnica tan rigurosa como la de M. Sabrazès, Jefe del Laboratorio de las Clínicas de la Facultad de Burdeos, seguramente se hubieran encontrado el núcleo de orígen, punto de partida del cálculo, como en la citada observación de Moure; y es posible que aquellos mismos rinolitos considerados como primitivos, cuyo centro está ocupado por un líquido albuminoso, hayan tenido en su principio un núcleo sólido que ha desaparecido después por degeneración granulo-grasosa de sus elementos.

No es rigurosamente necesario que el cuerpo extraño, como ya lo hemos dicho, venga del exterior para que el cálculo se forme, porque las concreciones humorales (sangre, mucus) los detritus caseosos, como también colonias microbianas

(Czarda ha encontrado leptotrix y micósicos) pueden servir de núcleo de orígen. Scheppegrell, en la «Revue internat. de Rhinol., d'otol., etc.» (1896), publica una observacion en la que el cálculo extraído fué analizado por Metz, según el cual el núcleo estaba formado por un coágulo de sangre, cuya composición apareció bien netamente por medio del espectroscopio.

Una variedad enorme de cuerpos extraños pueden dar orígen á rinolitos, siendo los mas comunes: los núcleos de cerezas (Horn, Ruault) semillas de naranjas, limones, (Moure, Chiari) pequeños trozos de madera, botones de pequeñas dimensiones, etc.

Estos se introducen en la cavidad nasal unas veces por el orificio anterior, caminan entonces á lo largo del piso para detenerse en la parte anterior del meato inferior, donde por las condiciones anatómicas de dicha fosa es retenido Otras veces penetra al travez del orificio posterior durante un estornudo, acceso de tos ó «vómito violento, se dirigen al meato medio, que es el más accesible y se van á fijar á su parte posterior, llegando rara vez por esta vía al meato inferior· Solo excepcionalmente se encuentran cálculos en el meato superior, demasiado estrecho y elevado para permitir la llegada hasta él de un cuerpo extraño.

Una vez que el núcleo de orígen ó sea el cuerpo extraño, se pone en contacto con la mucosa nasal, se produce en ésta una reacción inflamatoria que trae como consécuencia alteraciones en la secreción de las glándulas, que aumentan su actividad y producen una mayor cantidad de mucus. Estas modificaciones cualitativas y cuantitativas de la secreción nasal, provocan alteracivnes en la flora microbiana que aumenta er cantidad y exalta su virulencia, actuando sobre ese mucus yá más ó menos alterado. Este proceso inflamatorio se propaga al traves del canal nasal hasta la mucosa lagrimal, la que arroja á la fosa nasal una abundante cantidad de líquido elaborado por sus glándulas, que vá á sufrir las mismas alteraciones que el mucus nasal. Comc consecuencia de todos estos fenómenos, las sales que esos humores contienen se precipitan y se van depositando lentamente alrededor del cuerpo extraño constituido así en núcleo de origen de un rinolito.

Czarda publicó en la «Gazzette Medicale de París» (1894), un artículo titulado: «Des corps etrangers du nez et des concretiones calcaires» donde cree en una micosis como etiología posible de la rinolitiasis: «Como lo demuestran hasta ahora los estudios microscópicos se encuentran depósitos abundantes de leptrotix en la nariz, los que no han sido todavía observados bajo este punto de vista.» Moure participa de estas mismas

ideas, pero Chiari, aunque le dá una gran importancia á la acción de los micro-organismos en general, niega la del leptrotix: «Cuando se hacen » cortes, dice, y se le someten al exámen histoló- » gico, se nota que ellos contienen grandes canti- » dades de microbios, especialmente cocos y baci- » los». Si se extraen las sales calcareas, toda la masa residual se muestra constituida por una acumulación de microbios, colonias de cocos y otras bacterias, pero no se ha podido jamás demostrar con evidencia la existencia del leptotrix, aunque Moure considera á estos como la causa de la formación del cálculo, por ser ellos los únicos capaces de formar sales. Es por esto que nos debemos preguntar si, como yo creo, los rinolitos provienen de la acumulación de las sales calcareas que los microbios por sus reacciones vitales extraen del mucus y que ellos las depositan en capas sobre la superficie de un cuerpo extraño o bien si los microbios deben ser considerados como un material de construcción puramente pasivo.

Gerbert admite que las concreciones son el resultado de la actividad microbiana.

Nosotros creemos que es dentro del estudio de las modificaciones físicas y químicas del mucus nasal que debemos buscar la etiología del rinolito, pues es indudable que las alteraciones en la cantidad ó calidad deben tener una influencia decisiva en la producción del cálculo, cualquiera sea su orígen.

Generalmente el rinolito es único y unilateral, como en nuestras observaciones. Kern ha encontrado tres cálculos en una fosa nasal. Blandin y Axmann refieren haber hallado un número mayor, y Pusateri (1904) extrajo treinta y cinco cálculos de la fosa nasal de una mujer, Cozzolino relata un caso en que cada fosa era el sitio de un rinolito.

La forma difiere según el sitio que ocupa en la cavidad. Redondeado y con prolongaciones, losángico ó piramidal (Clay); pero generalmente se aproxima á la esférica, presentando una cara convexa granulosa, irregular, surcada de depresiones y anfractuosidades generalmente llenas de un pus sumamente fétido, que corresponde á la superficie libre en la cavidad y otra lisa, ligeramente cóncava que está sobre la mucosa, superficie adherente y verdadero molde del órgano en contacto del cual se ha desarrollado (cornete, meato, etc.) Alrededor de este tipo, que es el comun, las formas más bizarras pueden presentarse.

El peso es variable. Generalmente fluctúa entre 2 y 6 gramos. S. Stucky publicó en «The laringoscope» (Agosto de 1890), una observación en la que el cálculo extraído pesaba 70 gramos. En 1905 Presencia refiere en los «Archivo Latinos», haber hallado un rinolito de 85 gramos y Botey en 1906 encuentra uno enorme de 110 gramos Estos son los tres rinolitos más grandes descubiertos hasta ahora.

El volúmen, como podemos deducir del peso, varia desde el de una lenteja hasta el de una naranja mandarina (Botey).

El color es blanco grisaceo, con manchas parduzcas y negras.

La consistencia es también muy variable. En todas nuestras observaciones hemos tenido que recurrir á la sierra para poderlos dividir, tal era su dureza; aunque no siempre es así, pues se hallan algunos blandos y friables.

Haciendo un corte transversal de un rinolito en su mas largo diámetro, podemos observar dos zonas más ó menos bien limitadas: una central, formada por el núcleo de origen y otra periférica, constituida por una série concéntrica de capas calcáreas superpuestas.

Sometiendo al analisis químico esta zona periferica, hemos obtenido el resultado siguiente:

Agua	3.55
Materia orgánica	11.70
Fosfato de cálcio	59.00
Fosfato de magnesio . .	8.35
Carbonato de cálcio . . .	15.25
Carbonato de magnesio	2.15
Cloruros alcalinos	Vestigios
Sulfatos alcalinos	»
Hierro	»
Acido úrico	No

Vemos que su composición química es semejante á la del mucus nasal, que según C. Robin «Traité des humeurs», es el siguiente:

Principios de la primera clase:

Agua	933.08 á 947.00
Cloruros alcalinos	5.60 á 5.00
Fosfatos calcáreos y alcalinos . .	3.50 á 2.00
Sulfato de soda	No dosado

Principios de segunda clase:

Lactato de soca	7.00 á 5.00
Princlpios orgánicos cristalizado	2.00 á 1.50
Cuerpos grasos y colestearinas	0.00 á 5.01

Principios de tercera clase:

Mucosina	53.00 á 34.80

Pero sabemos que no solo el mucus nasal contribuye con sus sales á la formación del rinolito, sinó que también las lágrimas toman parte en ella. Su composición química, según Lerch, es la siguiente:

Agua	982.00
Elementos sólidos . . .	18.00
Albúmina	5.00
Cloruro de sodio	13.00

Una gran parte del agua del mucus nasal y lagrimal es eliminada por la abundante secreción nasal, que como sabemos, es uno de los síntomas más importantes de la rinolitiasis. En ella van disueltos los cloruros y lactatos, sales que por su gran solubilidad son facilmente arrastradas al exterior, dejando apenas, los primeros, vestigios en los rinolitos apesar del porsentaje elevado que acusan los análisis de esos humores.

La presencia de los sulfatos en los cálculos naseles es debida á la descomposición de las sustancias protéicas y de sus derivados, á espensas de las cuales aquellos se forman.

La cantidad de hierro es apenas apreciable y su presencia debida á concreciones sanguineas.

No hemos podido constatar sales úricas, apesar de las aseveraciones de Graeffe.

La causa determinante más frecuente, es la introducción en las fosas nasales de un cuerpo extraño. Es indispensable su presencia, para formar el núcleo alrededor del cual se haran los depósitos sucesivos de sales calcáreas.

Las concreciones humorales (sangre, mucus, etc.) actuando como núcleo, pueden también llevarnos á la rinolitiasis y es así como llegan á formarse los pretendidos rinolitos primitivos.

Son causas predisponentes: las inflamaciones

crónicas de la mucosa nasal que llevan aparejadas modificaciones en la secreción corizas, rinitis crónicas, etc.

El ozena, afección eminentemente costrosa, por las lesiones que sufre la mucosa con las alteraciones consecutivas de la secreción glandular, la atrofia de los cornetes, el agrandamiento considerable de la cavidad que hacen que la columna de aire espirado pierda su intensidad normal y barra con dificultad las mucosidadds desecadas y endurecidas, hacen posibles que estas hacen retenidas en un punto y que acumulándose lleguen á constituir un rinolito.

También el coriza caseoso con su abundante secreción de mucus espeso, es otra causa de rinolitiasis.

Las epístaxis repetidas, por las concreciones sanguineas que pueden determinar, serían otra causa de rinolitiasis y las observaciones ya citadas de Moure y Scheppegrell, así lo prueban.

Según Herisset, todas las enfermedades que modifican la naturaleza ó secreción de las lágrimas, favorecen la producción de rinolitos.

Las desviaciones y espolones del tabique nasal, así como también las hipertrofias de los cornetes pueden, disminuyendo la cavidad, dificultar la excreción de sus productos, que acumulándose tras el obstáculo que se opone á su vaciamiento, llegaran á constituir un cálculo nasal.

Las afecciones del velo del paladar que llegan

hasta su destrucción total ó parcial (perforaciones específicas, tuberculosas, traumáticas, etc.); ó las parálisis de este órgano (diftéricas, lesiones bulbares, histéricas, etc.); ó su falta congénita (fisura palatina) son también causas predisponentes á la rinolitiasis.

Ni la edad. ni el sexo tienen influencia sobre esta afección. Citelli publicó en los Arch. Ital de Rinol. é Laringol de 1905, un caso de rinolitiasis en una niña de 4 años.

La diátesis gotosa, invocada por Graeffe, no ha sido probada todavía.

Sintomatología

La rinolitiasis comienza habitualmente por un cuerpo extraño que ha llegado á la cavidad nasal siguiendo dos vías: el orificio anterior ó el orificio posterior de las fosas nasales.

1º *Por los orificios anteriores*—Dado su fácil acceso, es el camino que más frecuentemente sigue, sobre todo en los niños, quienes solamente por ahí podrán llevar á su cavidad nasal un objeto cualquiera, que si luego no logran eliminar, procurarán ocultar cuidadosamente para sustraerse á un castigo al que se consideran acreedores.

En el adulto puede puede ocurrir lo mismo por error ó accidente.

2º *Por los orificios posteriores de las fosas nasales*—Esta vía no es tan rara como podría suponerse. Durante un acceso de tos, los esfuerzos del vómito ó un estornudo, el cuerpo extraño puede ser proyectado al naso-farinx y de allí, al través de las coanas, penetrará á la cavidad. Horn publica en el Schmucker (1878), el caso de un individuo que comiendo cerezas estornudó y dos años des-

pués fué necesario extraerle un cálculo constituido por un núcleo de cerezas. Haymes «A case of rhinolith», London (1892) refiere que un niño comiendo naranjas, tuvo un acceso de tos y seis años mas tarde, se le extrajo un rinolito formado alrededor de una semilla de esa fruta. Las observaciones de esta clase son numerosísimas.

Llegado el cuerpo extraño á la cavidad nasal, provoca una abundante secreción frecuentemente estriada de sangre, con estornudos etc.

Estos síntomas cesan más ó menos rapidamente para dar paso á un periodo de calma relativa. Si la naturaleza del cuerpo extraño lo permite, este puede permanecer durante mucho tiempo en contacto con la mucosa, sin provocar otros fenómenos que una lijera dificultad respiratoria, estornudos y corizas repetidos, con secreción nasal más abundante del lado enfermo. Hay también sensación de plenitud y pesadez del mismo lado, presentándose á veces epistaxis poco abundantes.

Poco á poco, bien porque la mucosa sufra modificaciones ó porque el rinolito aumente de volúmen, los síntomas anteriores se van acentuando y aparecen al mismo tiempo otros nuevos.

La hipersecreción nasal toma caracteres particulares. Es unilateral, habitualmente muy abundante y formada por muco-pus á veces sanguinolento ó por una serosidad icorosa y fétida. Creswel Baber refiere una curiosa observación, en que el escurrimiento era acuoso de día y purulento de

noche. Estas diferencias son determinadas por la situación del rinolito y los cambios de posición del paciente.

La fetidez se debe á la descomposición del mucus, á la presencia del pus y de una materia caseosa que llega á veces á llenar completamente la cavidad. Esta sustancia está constituida por glóbulos de pus y celulas epiteliales deformadas; y es debida á la irritación crónica provocada por la presencia del rinolito. Esta fetidez expone á confundir la rinolitiasis con los tumores malignos (Jacquemin) y el ozena. Hys publicó, en el Americain Journal (1848), la interesante observación de una señora de 25 años que había sido atendida, desde su infancia, por una ozena constitucional y que curó después de extraersele un cálculo nasal, cuyo núcleo estaba formado por un botón de vidrio, que había sido retenido por más de veinte años en las fosas nasales. Phontiere en 1905, refiere en la «Revue herdomedaire de laring, otol. y rinol.», una observación idéntica. Vemos pues la posibilidad de cometer un error de diagnóstico cntre el ozena, los tumores malignos y la rinolitiasis, cuando nos dejamos impresionar por el mal olor que despiden las fosas nasales de los sujetos atacados por estas afecciones. Mas tarde, al tratar del diagnóstico diferencial, veremos como se reconocen cada una de ellas.

Esta secreción, aunque es generalmente continua puede presentarse también bajo una forma

intermitente y ciertos enfermos arrojan á intervalos enormes cantidades de pus. Estas intermitencias se explican por los desplazamientos que puede sufrir el cálculo, permitiendo así la salida del pus acumulado detras de él.

Su evacuación se hace por la nariz ó por el naso-farinx, según sea el sitio ocupado por el rinolito. En el primer caso puede provocar alrededor de los orificios anteriores y sobre los labios, lesiones eczematosas y ulcerosas que se extienden hacia las partes vecinas, habiéndose observado también erisipelas á repetición. Lo segundo ocurre cuando el cálculo está colocado cerca de las coanas ó cuando el orificio anterior está completamente obstruido. Observamos entonces lesiones catarrales de la mucosa naso-faringea, faringitis crónicas é inflamaciones de la mucosa de la trompa de Eustaquio.

En los casos en que la secreción nasal encuentra obstruidas las dos vían anteriores, se arroja al exterior al través de un trayecto fistuloso que ella misma se abre. T. Hendley (1886) publicó una observación de este género.

La secreción nasal es el síntoma que más molesta al enfermo, siendo también el más constante, pues lleva á veces á ser el único que se presenta.

A medida que el cálculo aumenta de volúmen, la insuficencia respiratoria nasal se hace mayor, llegando casi siempre á la obstrucción completa. En este caso el enfermo se vé obligado á respi-

rar con la boca abierta y conocemos demasiado bien todos sus inconvenientes para insistir en ellos. Es en los niños donde este síntoma adquiere especial gravedad, pues en ellos el aparato respiratorio está en pleno desarrollo y este puede ser perturbardo, produciénñose así lesiones irreparables.

Cuando una causa cualquiera llega á inflamar la mucosa, se producen accesos de sofocación que á la manera de los pólipos nasales, pueden llegar á provocar ataques de asma en los sujetos predispuestos.

La compresión é irritación constante de los nervios producida por el rinolito, provoca el síntoma dolor. Este es generalmente gravativo, se localiza en las partes profundas de la cara y de sus senos, presentándose por accesos irregulares sin exacerbaciones nocturnas. Es frecuente la cefalalgia frontal, que se hace sentir mas especialmente en el seno del lado enfermo y que tiene, para Heymann y Hack, una importancia casi patognomónica. Otras veces adopta el tipo neurálgico atacando la mitad de la cabeza con irradiaciones orbitarias, presentándose a la manera de las neuralgias del facial, con lagrimeo, enrojecimiento y congestión de las conjuntivas, como en el enfermo de Verneuil. Esta es una de las formas mas penosas y pertinaces.

Es en la rica inervación de la membrana pituitaria, donde debemos buscar la explicación de es-

tos fenómenos. Esta recibe en efecto: 1° Filetes nerviosos provenientes del trigémino: *a)* de la rama oftálmica, rama etmoidal del nervio nasal;) *b)* del maxilar superíor y de su ganglio anexo el esfeno-palatino· (nervios palatinos: anterior, medio y posterior, el esfeno-palatino con sus ramas terminales: la externa y el naso-palatino de Scarpia y el nervio faringeo de Bock); nervios todos de sensibilidad general, que al destribuirse por las diversas regiones de la mucosa, presiden la secreción de sus glandulas. 2° Los filetes del nervío olfativo que se ramifican solamente en la región olfativa propiamente dicha y que contribuyen á la sensibilidad especial del órgano.

Según el sitio que ocupa el rinolito en las fosas nasales, produce perturbaciones sensitivas distintas.

Ataca al aparato visual, cnando estando situado en el meato inferior se halla en la vecindad del orificio del canal nasal, al que comprime y obstruye produciendo epíforas secundarias (Noquet y Garel), poussées de conjuntivitis, blefaritis, keratitis con manchas de la córnea y disminución de la agudeza visual (Ponthiere).

Cuando en cambio, está cerca del orificio posterior, es el aparato auditorio al atacado. Hay entonces obstrucción mas ó menos completas de la trompa de Eustaquio, con ruidos de oidos continuos y penosos, otorreas á repetición con alteraciones cicatriciales de la caja del tímpano y de la

membrana, pérdida de la agudeza auditiva que puede llegar á ser tan marcada, que en ciertos casos ha podido creerse en una esclerosis del oido medio con participación del laberinto. (Grüber, Rohrer). Esta situación del rinolito se hace sentir también sobre las amígdalas (frecuentemente hipertrofiadas), el velo del paladar (ulceraciones, etc., con trastornos para la deglución), úvula etc.

La sensibilidad olfativa puede también ser atacada. Efectivamente está casi siempre disminuida del lado enfermo, pudiendo llegar hasta la anosmia más ó menos completa. Esta es debida á la interposición del cuerpo extraño entre el *locus luteus* de Told y las sustancias odorantes, pues una vez eliminado el obstáculo la sensibilidad reaparece·

Hay también cacosmia objetiva, que se diferencia de la del ozena en que el sujeto percibe con su lado sano los malos olores que despide la fosa nasal enferma.

Los síntomas generales son habitualmente poco acusados.

Miot, en la «Revue hebdomedaire» del 10 de Setiembre de 1898 refiere:

«En mi enfermo, hay síntomas numerosos, que «pueden ser divididos en:

«Neurosis de las funciones intelectuales (hipocondria) y digestivas (bulimia).

«Perturbaciones tróficas: coloración de las uñas «é hinchamiento de las encias;

«Reflejos sensitivos (hiperestesia de la piel) y «motores (contracciones espasmódicas de los or «biculares.)»

Existe una variedad de cefalalgias llamadas reflejas, que se acompañan de vértigos, vómitos, estornudos, accesos de tos, accidentes epileptiformes ó coreiformes.

Heymann considera todas estas perturbaciones como reflejos debidos á las sensaciones producidas por el contacto anormal del cálculo con la membrana de Schneider. Wepfer es de la mlsma opinión.

Por más numerosos que sean estos síntomas funcionales, son casi siempre insuficientes y tendremos que recurrir á los signos físicos para obtener mayor seguridad diagnóstica.

La inspección de la nariz dá muy escasos datos. En general no hay deformación de este órgano, ni de la cara, pues es necesario que el cálculo adquiera un volúmen enorme para manifestarse al exterior con lesiones de esta clase, lo que sucede muy rara vez.

La palpación de la nariz nos dará una una sensación de de resistencia mayor del lado enfermo que contrasta con la blandura del lado opuesto. Pero para que esto pueda ocurrir debe el cálculo estar en condiciones en que por otra parte, escasísimas veces se presenta.

Gracias á la rinoscopia el estudio de la rinolitiasis ha entrado en una época de progresos y des-

cubrimientos; y es valiendonos de los medios que ella pone á nuestro alcance como reconoceremos la presencia de los cálculos de las fosas nasales.

Examinando con cuidado el interior de la cavidad nasal por medio de la rinoscopia anterior, despues de desembarazar á la mucosa de la sustancia caseosa y de las mucosidades que la recubren, es como podremos llegar á descubrir, en caso de rinolitiasis, un cuerpo blanco, ligeramente grisáceo, que está como engarzado en un rodete rogizo, formado por la mucosa tumefacta, fuertemente vascularizada, fungosa, con granulaciones constituidas por un tejido glandular adenomatoso, con proliferaciones superficiales abundantes, frecuentemente exulceradas y que sangra facilmente.

Nos valdremos del estilete para obtener mayor certeza. Efectivamente golpeando el cálculo obtendremos un ruido mate y seco, y por intermedio de aquel reconoceremos también su superficie irregular y su consistencia.

Otro hecho, que diversos autores han señalado y que efectivamente tiene importancia, nos lo dà la exploración con el estilete. Este es la movilidad del cálculo y mas tarde, cuando estudiemos el diagnóstico diferencial con ciertas exóstosis, apreciaremos su utilidad.

Por medio de la rinoscopía posterior descubriremos los rinolitos situados muy atrás en el meato medio ó en la vecindad de las coanas, veremos

el estado del naso-farinx y podremos también apreciar las lesiones que tienen por sitio esta región.

La rinoscopia nos permitirá además estudiar las ulceraciones que acompañan á los cálculos y que son á veces tan profundas, que llegan hasta las partes óseas y provocan su necrosis.

La perforación del tabique nasal es frecuente cuando el cálculo adquiere cierto volúmen.

El estado de los cornetes, la atrofía ó degeneración de la mucosa que los recubre, las desviaciones del tabique podrán ser así apreciadas.

En fin, terminaremos con el exámen de la boca, faringe y oído para constatar las lesiones posibles de estos órganos.

Diagnóstico

La secreción nasal unilateral, abundante y fétida, las crisis dolorosas á la manera de la neuralgia del facial, la cefalalgia con punto doloroso en el seno frontal, la insuficiencia respiratoria nasal, coincidiendo con la introducción de un cuerpo extraño en la cavidad en una época más ó menos remota, nos harán sospechar la rinolitiasis. Pero es mediante la rinoscopia anterior y posterior, como podremos constatar la presencia del cálculo (cuerpo blanco grisáceo, más ó menos negruzco), que la exploración con el estilete nos permitirá verificar su movilidad, su superficie irregular y su consistencia, pues al chocar con él obtendremos un ruido seco casi metálico.

La radiocospia será un elemento de diagnóstico precioso. El rinolito, debido á su opacidad á los rayos X, podrá ser más ó menos facilmente descubierto y por su intermedio, determinaremos no solo su forma y dimensiones sinó también su ubicación exacta en las fosas nasales. Sabemos la inmensa importancia que tienen estos datos,

para la elección del método que pondremos en práctica para su extracción.

Haremos notar la frecuencia con que á nuestro interrogatorio niega el enfermo el haberse introducido un cuerpo extraño cualquiera en su cavidad nasal y si bien puede existir mala fé en el niño por temor, no ocurre lo mismo en el adulto, quien lo hace por ignorancia cuando ha sido la vía coanal la seguida por el objeto para llegar á la cavidad. Otras veces recien después de haber enseñado al paciente el cuerpo extraño de que era portador, recuerda haber sufrido el accidente que había olvidado, yá por el largo tiempo transcurrido (veinte y seis años, caso de Ponthiere, cuarenta años como en el de Cosson), ya porque creyera haberlo eliminado.

Vemos, pues, que si bien tiene importancia el hecho de que el enfermo afirme que retiene un cuerpo extraño en su cavidad nasal, su negativa en cambio no implica de ninguna manera la idea de que no puede existir un rinolito en sus fosas.

Si á los datos erróneos que nos suele dar el interrogatorio, agregamos las dificultades que hay á veces en descubrir el rinolito, que se oculta tras un repliegue de la mucosa, veremos la importancia que adquiere, en estas condiciones, el diagnóstico diferencial con las otras afecciones de la nariz de sintomatología parecida.

El escurrimiento mucoso persistente, los estornudos, etc., pueden hacernos pensar en un coriza

crónico, pero la bilateralidad de la secreción y los datos ricoscópicos: hipertrofia de los cornetes inferiores recubiertos de mucosidades, etc., fijarán el diagnóstico.

Cuando la hipersecreción nasal es muy fétida, podría hacernos creer en el ozena, error de diagnóstico frecuentemente cometido. Sinembargo nada es más fácil que distinguir estas dos afecciones. En la rinitis atrófica no hay secreción sinó producción bilateral de costras amarillos verdosas, horriblemente fétidas y el enfermo ignora el mal olor que despide su nariz.

En la rinolitiasis hay en cambio secreción nasal abundante y unilateral, siendo el enfermo la primera víctima del mal olor que desprende su fosa nasal y que él percibe con el lado sano. Hay cacosmia objetiva.

En fin, él exámen rinoscópico nos demostrará una cavidad nasal enorme, con su mucosa y cornetes atrofiados y recubierto por costras, en los casos de rinitis atrófica.

Por otra parte, no debemos olvidar que el ozena puede llevarnos á la rinolitiasis por acumulación de costras.

Al estudiar la sintomatología de la rinolitiasis, hemos visto que las ulceraciones que los acompañan son á veces tan profundas, que llegan hasta el hueso y provocan su necrosis. Indicamos también como posible la perforación del tabique nasal. La sífilis y la tuberculosis pueden producir fenó-

menos parecidos; y son principalmente, las lesiones terciarias ú oseas las que más dificultan el diagnóstico por la analogía de ciertos síntomas: catarro nasal con abundante secreción más ó menos fétida, cefalalgia, dolores neurálgicos., etc.

El interrogatorio y el exámen general del sujeto nos dirá si se trata de un sifilítico ó de un tuberculoso, y la rinoscopia y la exploración con el estilete, nos permitirá constatar las lesiones propias de estas afecciones.

La sífilis ó la tuberculosis nasal pueden coexistir con la rinolitiasis y depende entonces de la sagacidad del médico, el determinar cuales son las lesiones producidas por cada afección, hecho que tiene importancia, tanto para el pronóstico como para el tratamiento.

Los pólipos mucosos por su color blanco rosado, su consistencia gelatinosa y su forma; los angiomas de color violáceo, de consistencia casi elástica, con su modo y punto de implantación característicos; y por fin, los fibromas del naso-farinx con su sintomatología bien marcada, constituyen una variedad de tumores de las fosas nasales que son fáciles de diferenciar de los rinolitos.

Los sarcomas y carcinomas son tumores malignos, que por su rápido desarollo y por la repercusión precoz sobre el estado general del enfermo, dejan muy dificilmente dudas sobre su identidad.

El osteoma de las fosas nasales presenta una

série de síntomas idénticos á los de la rinolitiasis, pero las deformaciones de la nariz (levantamiento del ala, desaparición del surco naso-geniano,) megillas y frente, y la constatación, por medio de la rinoscopia, de un tumor negruzco y duro, así como la resonancia ósea y la inmovilidad absoluta, determinadas por la exploración con el estilete, nos demostrará la presencia del osteoma. En caso de duda, se ha aconsejado la exploración por medio de la aguja de acupuntura, que podrá atravesar un rinolito pero que no lo hará jamás con un osteoma. Tambien el exámen de parcelas extraidas del tumor nos permitirá verificar si se trata de un depósito de sustancias cretáceas (cálculos) ú óseas (osteomas).

A la radioscopia recurriremos en todos los casos en que el diagnóstico sea dudoso y ella nos permitirá asegurar, no solo si existe ó nó un rinolito, sinó también su sitio, tamaño y forma. La imagen proyectada por este, está constituída por una sombra bien marcada, con una zona central más ó menos oscura (núcleo) y otra periférica netamente limitada.

El pronóstico es en general benigno y está en relación con la precocidad del diagnóstico.

CAPÍTULO III

Tratamiento

Una vez diagnosticada la rinolitiasis, debemos proceder inmediatamente á la extracción del cálculo.

La situación, movilidad, volúmen, consistencia del rinolito y por otra parte, el estado de la cavidad y de sus orificios, son factores, que pueden combinarse de los mas diversos modos, lo que hace casi imposible dar un método general.

Cuando el rinolito es pequeño, los medios más sencillos son suficientes.

Dodd en «The lancet», (Noviembre 1888), aconseja las duchas de aire. Weber propone las inyecciones de agua cloruro-sódica calientes. Para esto, hace uso del sifón que lleva su nombre y mediante él proyecta por la fosa nasal sana el líquido, qne al refluir por el lado enfermo hace presión sobre el cálculo obligándolo á salir por el orificio anterior.

Estos procedimientos tienen el inconveniente de la dificultad que hay en medir la presión del aire (Dodd) ó del agua (Weber), que á veces, por la resistencia que opone el cálculo puede llegar á tal grado que sea peligrosa para la trompa de Eustaquio y para el oido, pues provocan con frecuencia lesiones inflamatorias de estos órganos que son consecutivas á la penetración de mucosidades, cargadas de gérmenes infecciosos.

Felizet practica el escobillonaje de la fosa nasal.

Estos medios mecánicos solo son utilizables cuando el cálculo además de pequeño, es muy movible y facilmente accesibles.

Berget en un caso en que el volúmen del rinolito dificultaba su eliminación por el orificio anterior, se valió de la acción química disolvente que tiene el ácido clorhidrico sobre las sales que forman el cálculo, para reducirlo y extraerlo después, con toda facilidad. Para ello hizo uso de una sonda, en forma de espiral y pocas aplicaciones fueron suficientes.

La gran irritabilidad de los vapores clóricos para la mucosa respiratoria, hacen sumamente penoso para el enfermo este procedimiento.

Recordaré simplemente el método antiguo de las pomadas llamadas resolutivas, que nada resolvían y que, cuando eran inofensivas, no hacían otra cosa que agregar con el fratamiento, una molestia mas al enfermo.

Cuando los medios arriba citados no dieran re-

sultado, recurriremos al siguiente procedimiento:

Empezaremos por limpiar la fosa nasal con gasa ó algodón hidrófilo y haremos enseguida uso del tópico siguiente:

Clorhidrato de cocaina 15 gramos.

Solución de adrenalina al milésimo 50 gramos que por su acción vaso-constrictora enérgica, obligará á la mucosa nasal congestionada y sensible, á retraerse aumentando así el espacio libre, dándonos más campo operatorio y al mismo tiempo evitará la pérdida de sangre que en mayor ó menor cantidad, acompaña á esta clase de intervenciones y que si bien nunca llega á hacer peligrar la vida del enfermo, es siempre molesta para el operador. Además el uso de este tópico por su acción anestésica local, producirá una insensibilidad suficientemente profunda y prolongada, para evitar durante la operación toda clase de molestias al paciente.

Llenadas estas indicaciones, procederemos á la extracción del cálculo.

Para ello se han hecho uso de los instrumentos mas diversos. Pinzas rectas ó curvas, como las de Moldenhauser, de ramas largas y acodadas en ángulo obtuso, ganchos, estiletes, curetas, etc. Durham emplea una pinza desmontable, que tiene la forma de un pequeño forcepos. Una rama se introduce por el orificio anterior de la nariz y se coloca debajo del rinolito, al que se procura movilizar desprendiéndolo de la mucosa á la que está

mas ó menos adherido. Hecho esto, se coloca la segunda rama y mediante pequeñas tracciones, el cálculo es extraido.

Un instrumento de fácil manejo y que tiene indiscutibles ventajas sobre todos los demás, es el asa metálica, que Voltolini utilizó por primera vez. Los cálculos esféricos ó muy voluminosos, que no pueden ser tomados con pinzas, pues se escapan bajo la presión de sus ramas ó bien estas, por razones anatómicas, no se podrán separar lo suficiente para pinzarlos, serán en cambio, facilmente extraidos con el asa metálica, por más alejados que estén del orificio anterior de las fosas nasales.

Cuando el volúmen del cálculo, haga imposible su pasaje por el orificio nasal anterior, procuraremos fraccionarlo haciendo uso de una fuerte pinza ó de un aparato litotriptor cualquiera. Actuaremos luego sobre cada uno de los fragmentos, como hemos hecho anteriormente.

Una vez extraido el cálculo, haremos sonar la nariz enferma para que el muco-pus que ella retiene sea arrojado al exterior, junto con los fragmentos del rinolito que pudieran haberse desprendido durante la operación.

Diversos autores aconsejan, en cambio, se haga un lavaje de la nariz.

Ya hemos hecho notar sus inconvenientes al hablar del método de Weber, por lo que creemos que estos deben ser formalmente proscriptos,

sobre todo, si tenemos en cuenta que aquellos están contra indicados toda vez que haya pús en una fosa nasal estrechada y la existencia de un rinolito supone esas dos condiciones. Vemos, y desgraciadamente con harta frecuencia, concurrir á las clínicas individuos con afecciones de la trompa de Eustaquio, otitis media agudas, sinusitis frontales y maxillares, etc. que tiene por origen la práctica imprudente de esos lavajes que son una verdadera arma de dos filos.

Las granulaciones que recubren la mucosa desaparecerán una vez extraido el rinolito, pero en el caso de que estas fueran muy abundantes deberán ser destruidas con el galvano-cauterio ó con una cureta pequeña y de bordes cortantes.

Si el traumatismo de la mucosa ha sido muy extenso será necesario taponar con cinta de gasa yodoformada ó salolada, con el objeto de evitar sinequias que frecuentemente se producen- Si nó el uso, mañana y noehe, de la siguiente pomada es suficiente:

Tetraborato de soda	3.00	gramos
Mentol	0.15	»
Vaselina blanca	15.00	»

Cuando el volúmen, la dureza y la adherencia del rinolito inutilicen los anteriores procedimientor, recurriremos á la rinotomia con el fin de abrir ampliamente la cavidad nasal. Haremos la extracción en un segundo tiempo.

El prof. Segura, para evitar una operación tan cruenta, como es la rinotomia externa, en un caso en que el cálculo ocupaba el meato inferior, practicó la resección de la cabeza del cornete que lo apasionaba facilitando así su extracción. Este procedimiento práctico y sencillo, fué el empleado en la observación II.

Garangeot aconseja la rinotomia por vía externa siguiendo el surco naso-geniano, que permite disimular, en algo, la cicatriz post-operatoria. Lawreance hace la resección temporaria de la nariz y su incisión pasa por el surco naso-labial. Estos métodos dan poca luz.

La rinotomía lateral de Chassaignac, y principalmente la osteotomía vertical bilateral de Ollier, por el método sub-periostico, dan evidentemente más campo operatorio, pero solo son utilizables cuando el cálculo ocupa los meatos superiores.

La rinotomía externa tiene el inconveniente de que la cicatriz de la herida operatoria es muy visible lo que hace que ciertos enfermos la resistan.

La vía palatina, con la incisión en T de Nelaton, es utilizable cuando el cálculo está cerca de las coanas.

La rinotomia sub-labial ú operacion de Rougé, en que la incisión operatoria sigue el surco gingivo-labial superior, es preferible á las anteriores. No deja trazas de su ejecuciòn, pues la cicatriz

queda oculta bajo el labio y descubre ampliamente la abertura anterior de las fosas nasales, lo que nos permite operar holgadamente en la cavidad. Además exige un instrumental muy reducido y puede ser repetida cuantas veces sea necesario. A ella recurriremos siempre que nos sea posible, dada las ventajas que nos ofrece.

Cuando el cálculo está cerca de las coanas, una vez determinada su ubicación exacta mediante la rinoscopia posterior, procederemos á su extracción al través del orificio posterior de las fosas nasales, mediante pinzas curvas.

CAPITULO IV

Historias Clínicas

Estas historias me han sido amablemente cedidas por el doctor Eliseo V. Segura, perteneciendo las dos primeras á la Clínica particular y la tercera al servicio de oto-rino-laringolosis que este distinguido profesor tiene en el Hospital San Roque.

OBSERVACION I

Alfredo P., de 54 años, hombre de campo.— En 1890, en el mes de Diciembre, tuvo miasis que empezó en la fosa nasal derecha, siendo destruidos por los gusanos los cornetes inferior y medio casi en su totalidad.

Por esta misma causa sufrió una perforación del tabique al nivel de su parte cartilaginosa.

Curó de su miasis, notando desde entonces la formación de abundantes costras en su nariz las que llegaban á veces á dificultarle sériamente la respiración nasal.

Refiere que hacen 3 años más ó menos, que despide por la nariz derecha una abundante secreción espesa y amarillenta teñida muchas veces de sangre, haciéndosele difícil la respiración por dicha fosa nasal.

Alarmado por una hemorragia un poco más abundante, que le sobrevino después de haberse sonado con fuerza su nariz, vino à consultarme en el mes de Mayo de 1906.

Al exámen encontré una abundante secreción purulenta espesa en la fosa nasal derecha que impedía ver nada de su interior. Con hisopos de algodón se fué extrayendo esta, permitiendo entonces apreciar el estado en que se encontraba la fosa nasal.

Apenas franqueado el vestíbulo se notaba la existencia de granulaciones ó exuberancias carnosas que llenaban casi la luz de la fosa nasal, las que sangraban al menor contacto.

Desde el primer momento nació en mi la idea de un cuerpo extraño por el aspecto y la unilateralidad de la lesión, aunque el enfermo lo negaba en absoluto.

La exploración con el estilete me dió pronto la razón comprobando la existencia de un cuerpo extraño muy grande al parecer, duro y de superficie rugosa quedandome solamente la duda de si era un cuerpo extraño realmente ó un secuestro.

Para no fatigar al enfermo lo cité para un día después, prometiendome salir de la duda.

Vuelto el enfermo empecé por hacer una buena aplicación de cocaina y adrenalina para anestesiar y hemostasiar bién la región, y poder así extirpar las granulaciones antes indicadas despejando el campo. Esto fué hecho con gran facilidad con la pinza de Lue, pudiendo luego dejar á la vista un enorme cuerpo extraño de coloración negruzca, de superficie áspera que reposaba sobre el piso de la fosa nasal, siendo esta sumamente vasta debido sin duda á los estragos de la miasis.

El cuerpo extraño se encontraba como fijado en su sitio, ofreciéndo muy poca movilidad y dando lugar cuando esto se intentaba á una abundante pérdida de sangre.

No pudiendo resistir á la tentación de extraerlo, repetí las aplicaciones de cocaina y adrenalina y con una asa montada en el constrictor de Lermoyez. que creí el instrumento más adecuado, lo tomé de su parte anterior. Con tracciones suaves lo atraje hasta el vestíbulo, pero de allí no pude hacerlo pasar, por cuanto su diámetro era mucho mayor.

Pensé entonces en hacerlo salir por la abertura posterior de las fosas nasales teniéndo presente que esta es más del doble más amplia que la anterior. Para esto tomé al cuerpo extraño con una pinza nasal y fuí rechazándolo hasta que no sin cierta resistencia conseguí hacerlo franquear la coana. Previne al enfermo de que no fuera á hacer una inspiración profunda, ni un acto de de-

glución, y empujé un poco más y largué al cuerpo extraño en el espacio naso-faringeo, el que cayò por su peso á la faringe y fué arrojado por el enfermo.

Se trataba de un enorme rinolito bastante más grueso que el pulgar y de forma alargada y de un peso extraordinario.

Por un acto de complacencia preste el rinolito al enfermo, quién quería enseñarlo á su familia, y el que me dijo después que había pesado más de cincuenta gramos.

Ordené una pomada con resorcina y mentol para poner abundantemente en la fosa nasal, dos ó tres veces por día, sonando con frecuencia pero muy levemente.

Pocos días después la supuración había casi completamente desaparecido y el enfermo no acusaba ninguna molestia.

OBSERVACION II

En el mes de Enero de este año, ví al señor Manuel P., de 35 años que se quejaba de una rinorreo unilateral derecha sin causa que lo explicara.

Al exámen encontré la parte anterior de la fosa nasal sumamente estrechada en particular por un aumento de volumen y alteraciones en la superficie de la cabeza del cornete inferior.

La exploración cuidadosa me hizo descubrir un

cuerpo extraño alojado en la perte anterior del meato medio justamente por debajo de la cabeza del cornete, el qne lo ocultaba.

Después de anestesia y hemostasia por la cocaina y adrenalina, intenté extraerlo con una pinza, dandome cuenta que se encontraba fuertemente fijado en su posición en particular por la cabeza del cornete inferior.

Antes de pensar en ninguna de las operaciones propuestas en casos semejantes y que son más ó menos graves, resolví amputar la cabeza del cornete, esperando que así se facilitaría la extracción.

El resultado fué completo, pues inmediatamente de sacada la cabeza del cornete, el rinolito fué movilizado y extraido con una pinza, siendo su tamaño de una nuez pequeña.

Las consecuencias de esta pequeña operación, de las más simples curando el enfermo en pocos días.

OBSERVACION III

María R., 38 años, argentina, soltera.

Hacen dos años próximamente que de su fosa nasal derecha, obstruída completamente, fluye de un modo contínuo un líquido muco-purulento sumamente fétido y abundante que le molesta grandemente.

A la inspección no se nota deformación ninguna de la nariz.

Al exámen rinoscopico se constata en la parte antero-inferior del tabique, de la fosa nasal derecha, un mamelón carnoso que sangra facilmente.

La exploración con el estilete nos permite descubrir un cuerpo extraño de color blanco grisáceo, de forma irregular, sumamente duro y que dá á la percusión un sonido mate y secc.

Prévia anestesia y hemostasia por la cocaina y adrenalina, es extraído con una pinza mediante suaves tracciones, no sin que opusiera alguna resistencia debido á las adherencias que seguramente se habían establecido con la mucosa de la cavidad nasal.

El rinolito extraído es de forma esférica con mamelones y anfractuosidades llenas de un mucopus sumamente fétido. Su tamaño es el de una nuez pequeña. Pesa 3.80 grs. Su dureza nos obliga á hacer uso de una pequeña sierra para poderlo dividir, lo que una vez hecho, nos permite verificar que su parte central está constituida por un núcleo de cereza perfectamente conservado y que se separa expontáneamente de la parte calcárea que lo aprisiona.

El análisis químico de la zona periferica nos ha dado el siguiente resultado:

Agua	3.55
Materia orgánica	11.70
Fosfato de calcio	59.00
Fosfato de magnesio	8.35
Carbonato de calcio	15.25

Carbonato de magnesio....	2.15
Cloruros alcalinos.....	vestigios
Sulfatos alcalinos.....	»
Hierro.....	»
Acido úrico.....	No

Dos días después es examinada de nuevo la cavidad nasal de María R. y vemos que la parte cartilaginosa del tabique ha sido fuertemente rechazada hácia el lado opuesto al ocupado por el rinolito, presentando una convexidad que recuerda la forma de éste. El cornete inferior del lado derecho está completamente deprimido contra la pared externa de la fosa nasal y el medio rechazado hácia arriba. Todas estas modificaciones constituyen una vasta cavidad, que había sido ocupada por el rinolito. Las partes ulceradas y vegetantes se han modificado.

Al interrogársele sobre si sabía que su fosa nasal retuviera un cuerpo extraño, dice que nó y se muestra sorprendida cuando se le enseña el núcleo de cereza, punto de partida de su rinolito.

Harémos notar una vez más, la frecuencia con que los enfermos niegan, y á veces en una forma absoluta, de que sus fosas nasales retengan un cuerpo extraño.

Junio de 1908.

TITO F. COLETTI.

Buenos Aires, Junio 20 de 1908.

Nómbrase al señor consejero doctor Pedro Lagleyze, al prefesor titular doctor Eduardo Obejero y al profesor suplente doctor Eliseo V. Segura, para que constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tésis, de acuerdo con el art. 4.° de la ordenanza sobre exámenes.

E. CANTÓN.
R. S. Gómez,
Secretario.

Nómbrase en reemplazo del doctor Obejero al doctor Carlos Robertson.

E. CANTÓN.
R. S. Gómez,
Secretario.

Buenos Aires, Julio 4 de 1980.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tésis, según consta en el acta núm. 1882 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTÓN.
R. S. Gómez,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

1º Patogénia de la epífora de orígen nasal.

2º Complicaciones que pueden ocasionar los rinolitos.

3º Patogenia de los osteomas de las fosas nasales.