AÑO 1908 — Nº 1901

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DEFORMACIONES DEL TABIQUE NASAL

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ALEJANDRO CABANNE

Cirujano - Dentista

Practicante del servicio de Oto-rino-laringología del Hospital Rivadavia

(1905 - 1906 - 1907)

«LA CIENCIA MÉDICA»

LIBRERIA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES

1908

1469

Deformaciones del tabique nasal

AÑO 1908 Nº 1901

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DEFORMACIONES

DEL

TABIQUE NASAL

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ALEJANDRO CABANNE

Cirujano - Dentista

Practicante del servicio de Oto-rino-laringología del Hospital Rivadavia

(1905 - 1906 - 1907)

«LA CIENCIA MÉDICA»

LIBRERIA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES

1908

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

Articulo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón

Vice decano

Dr. D. José Penna

Consejeros

Dr. D. Eufemio Uballes (con lic.)
» » Pedro N. Arata
» » Pedro Lagleyze
» » José Penna
» » Luis Güemez
» » 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
Zoologia Médica	Dr. *Pedro Lacavera*
Fisica Médica	» *Jaime R. Costa* con lic.
Química Médica	» *Atanasio Quiroga*
Botánica Médica	» *Lucio Durañona*
Química aplicada á la Medicina . .	» *Pedro N. Arata*
Histologia teórico-pratica	» *Rodolfo de Gainza*
Anatomia Descriptiva , ...	» *Joaquin Lopez Figueroa*
Anatomia Descriptiva	» *José Arce* en ejerc-
Semiologia y ejercicios clinicos. . .	» *Gregorio Araoz Alfaro*
Anatomía Topográfica	» *Juvencio Z. Arce*
Fisiología General y Humana . . .	» *Horacio G. Piñero*
Anatomía Patológica	» *Telémaco Susini*
Bacteriologia	» *Carlos Malbran*
Higiene Pública y Privada	» *Ricardo Schatz*
Materia Médica y Terapéutica . . .	» *Justiniano Ledesma*
Patologia 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 Mejia*
» Médica	» *Luis Güemes*
» Médica	» *Francisco A. Sicardi*
» Oftalmológica	» *Pedro Lagleyze*
Patologia Interna	» *Marcial V. Quiroga*
Medicina Legal	» *Francisco de Veyga*
Clínica Quirurgica	» *Antonio C. Gandolfo*
» Médica	» *Ignacio Allende*
» Obstétrica	» *Samuel Molina*
Toxicología Experimental.	» *Juan B. Señorans*
Clínica Pediátrica	» *Angel M. Centeno*
» Médica	» *Abel Ayerza*
» Genito-Urinaria	» *Pedro Benedit*
» Psiquiátrica	» *Domingo Cabred*
» Quirúrgica	» *Diógenes Decoud*
» Obstétrica	» *Eliseo Cantón*

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedraticos extraordinarios
Anatomia Patológica	Dr. *Josè Badìa*
Clínica Ginecológica	» *Alfredo Lagarde* *Josè F. Molinari*
Clínica oftalmológica	» *Teòfilo A. Moret*
Clínica Quirúrgica	» *Daniel J. Cranwell* *Avelino Gutierrez*
Clínica Dermatol. Sifilográfica . .	» *Maximiliano Aberastury*
Clínica Neurológica	» *Josè A. Esteves* *Josè R. Semprun*
Clínica Psiquiátrica	» *Benjamin T. Solarì*
Clínica Pediátrica	» *Antonio F. Piñero*
Medicina Legal	» *Domingo S. Cavia*
Fisica Médica	» *Juan Josè Galìano*

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoologia Médica	Dr.	*D. J. Greenway*
Física Médica	»	*Vacante*
Química Médica	»	*Vacante*
Botánica Médica	»	*Rodolfo Enriquez*
Química aplicada á la Medicina . .	»	*Vacante*
Histologia	»	*Julio G. Fernández* *Alois Bachmann*
Anatomia Descriptiva.	»	*Vacante*
» »	»	*Vacante*
Semiologia y ejercicios clínicos . .	»	*Vacante*
Anatomía Topográfica	»	*Vacante*
Fisiologia General y Humana . .	»	*Vacante*
Anatomía Patológica	»	*Vacante*
Bacteriologia	»	*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*
Patologia externa	»	*Carlos Robertson* *Ricardo S. Gómez*
» interna	»	*Vacante*
Clínica oftalmológica	»	*Enrique Demaria*
» 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*
Toxicológia Experimental	»	*Vacante*
Clínica Pediátrica	»	*Manuel A. Santas* *Mamerto Acuña*
» Génito-urinaria	»	*Bernardino Maraini*
» Psiquiátrica	«	*Josè T. Borda*

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Gated. 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 Obstétrica . .	» *Vacante*

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Cated. titulares
Anatomia, Fisiologia, Patologia	*Dr. León Pereyra*
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica Terapéutica dentarias, Medicina legal	» *N. Etchepareborda*

Asignaturas	Cated. sustitutos
Anatomia, Fisiologia, Patologia	*Vacante*
Cirugia Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica Dentarias, Medicina Legal. . .	*Vacante*

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas		Catedraticos
Zoologia general, anatomia y fisiologia comparada	Dr.	*Angel Gallardo*
Botánica y mineralogia	»	*Adolfo Mujica* con lic.
Química inorgánica aplicada.	»	*Miguel Puiggari*
Química orgánica aplicada	»	*Francisco Barraza*
Farmacognósia y posologia razonada	»	*Juan A. Boeri*
Física farmacéutica	»	*Julio J. Gatti*
Química analítica y toxicológica (primer curso)	»	*Francisco P. Lavalle*
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	»	*Ricardo Schatz*

Asignaturas		Catedraticos sustitutos
Zoologia general, anatomia, fisiologia		
Química inorgámica aplicada	»	*Vacante*
Química orgánica aplicada	»	*Vacante*
Farmacognósia y posologia razonada	*Sr. Juan A. Dominguez*	en ejer.
Fisica farmacéutica	»	*Vacante*
Química analitica y toxicológica (primer curso)	»	*Vacante*
Técnica farmacéutica	»	*Vacante*
anQumicaalitica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	»	*Vacante*
Higiene, legislación y ética farmacéutica	»	*Vacan e*

PADRINO DE TÉSIS

DR. ALBERTO MAIDANA

A MIS PADRES

A LOS MIOS

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Presentamos á vuestra consideración este modesto trabajo, dando asi cumplimiento á la formalidad exigida para optar al título de Doctor en Medicina.

Al abandonar las aulas, séanos permitido manifestar nuestro agradecimiento hacia todos los profesores que han intervenido en nuestra educación científica, tanto en esta Facultad como en la de Córdoba, cuyos cursos seguimos durante el año 1906; y en particular al Dr. Alberto Maidana, Jefe del Servicio de Oto-rino-laringología del Hospital Rivadavia, que nos concede el honor de acompañarnos en este acto.

Anatomía del tabique nasal

El tabique ó septum nasal es una lámina ósteo-cartilaginosa colocada de canto, que desciende de la bóveda hasta el piso nasal. Es un rectángulo irregular cuyo borde superior está unido á la lámina cribada del etmóides; el inferior á la cresta palatina y al sub-tabique, el anterior responde al dorso de la nariz y el posterior se articula arriba con el esfenóides, siendo abajo libre y formando el borde interno del orificio coanal.

Sus dimensiones son: en el sentido ántero-posterior (largo) 7 á 8 centímetros; de altura, 4 á $4\,^1/_2$ centímetros; de espesor, 2 á 3 milímetros en la porción ósea, y de 3 á 7 milímetros en la cartilaginosa; el máximum de espesor se encuentra en la articulación etmóido-condral (tubérculo de tabique),

El septum nasal está formado por el vómer, la lámina perpendicular del etmóides y el cartílago

cuadrangular recubiertos por una mucosa, la pituitaria. Entran en su formación, además dos pequeños cartilagos llamados cartílagos vomerianos ó de Huschke. La parte visible, más bien dicho, la manifestación externa de la existencia del tabique lleva el nombre de sub-tabique, y en su formación intervienen la rama interna del cartílago del ala de la nariz y los tegumentos. Recibe también el nombre de septum membranoso.

El etmóides cede al tabique su porción llamada lámina perpendicular que constituye la porción superior y posterior del septum nasal. El vómer ocupa la parte posterior é inferior y el cartílago completa el tabique hacia adelante.

Vamos á describir por separado estos diversos elementos; analizaremos luego su modalidad de unión y terminaremos con el estudio de la mucosa que tapiza ambas caras del septum.

La lámina perpendicular del etmóides es un segmento del precitado hueso que afecta la forma cuadrangular; podemos considerar en ella dos caras y cuatro bordes. Las primeras relativamente lisas, presentan sin embargo, en su tercio superior algunos surcos verticales que irradian del borde superior; representan las impresiones de los filetes olfatorios que al abandonar el bulbo del primer par por las cribas de la lámina horizontal del etmóides

se aplican á la lámina vertical por debajo de la mucosa; en la parte media presenta otras impresiones de dirección antero-posterior producidas por vasos y nervios.

El borde superior horizontal se confunde con la lámina cribada; el borde posterior con la cara anterior del cuerpo del esfenóides (cresta vertical); el borde anterior contorneado en forma de S itálica, es por encima cóncava hacia adelante y abajo y luego cóncavo hacia arriba y hacia atrás; se articula con la espina nasal del frontal, los huesos propios de la nariz y el cartílago cuadrangular; el borde inferior horizontal ó ligeramente oblícuo hacia adelante y abajo y finamente dentado en toda su extensión, se articula con el borde ántero-superior del vómer.

Según Sappey, la lámina perpendicular se osífica de arriba abajo, siendo el punto de partida la apífisis crista-galli que presenta dos puntos laterales de osificación que extendiéndose hacia abajo, forman primero la lámina cribada y luego la perpendicular, lo que demuestra que esta última es doble en cierta época.

El vómer es un hueso impar, aplanado, con dos caras y cuatro bordes; superior, inferior, ántero-superior y póstero-inferior. Sus caras presentan surcos más ó menos marcados que corresponden á

vasos y nervios; uno de ellos más pronunciado y dirigido de arriba abajo y de atrás adelante corresponde al nervio esfeno-palatino interno.

Su borde superior se articula con la cresta inferior del cuerpo del esfenoides; tiene el aspecto de una ranura ántero-posterior oblicua hacia abajo y atrás. Los labios de esta gotera muy pronunciados reciben el nombre de alas del vómer y por su articulación con el esfenoides forman un canal llamado esfeno-vomeriano por donde pasa una rama arterial que la mayor parte de las veces sigue por el espesor del vómer hasta un punto cualquiera del borde condral. Esta arteria irriga el cuerpo del esfenóides y la región del cartílago.

El borde inferior encaja en la gotera que por su reunión forman los dos maxilares superiores y las láminas horizontales de los palatinos hasta la espina nasal inferior. El borde ántero-superior, oblícuo hacia abajo y adelante, se articula en su mitad superior con la lámina del etmóides; se separa de ella en su mitad anterior abriendo un ángulo agudo de 50 grados destinado á contener el cartílago cuadrangular. El borde póstero-inferior separa en la línea media las dos coanas.

Se compara clasicamente el hueso que estudiamos con una reja de arado. El vértice formado por la unión de los bordes ántero-superior é inferior

llega hasta la espina nasal inferiór; este vértice, independiente en el feto, se conoce con el nombre de hueso sub-vomeriano, que por regla general se suelda más tarde á la parte principal.

El cartílago cuadrangular es una lámina delgada que ostenta dos caras y cuatro bordes; un borde póstero-superior que se une á la lámina perpendicular del etmóides; un borde póstero-inferior que responde al vómer y en el interior del cual se prolonga bajo forma de una lengüeta; (prolongamiento caudal); un borde ántero superior que responde á los cartílagos laterales de la nariz; y un borde ántero-inferior, muy corto y oblícuo que separa los dos cartílagos del ala de la naríz.

Dice Sappey, al estudiar el desarrollo del tabique nasal, que está constituido durante la primera mitad de la vida fetal exclusivamente por un cartilago que se extiende de la bóveda al piso y de la abertura anterior á la posterior de las fosas nasales.

En la segunda mitad de la vida intra-uterina se hacen presentes las dos láminas que representan el vómer, pero de tal manera dispuestas que el cartílago no desaparece, queda simplemente flanqueado por ellas de ambos lados. Después del nacimiento, la parte anterior y superior del tabique se osifica y toma el nombre de lámina perpendi-

cular del etmóides; el proceso de esta osificación ya ha sido mencionado al hablar de dicha lámina. En la misma época la parte póstero-inferior del tabique, es decir, la porción que quedó encerrada entre las láminas vomerianas, se reabsorbe; éstas se juntan y no queda como cartílago sino la porción ántero-inferior del tabique.

Los cartílagos de Huschke ó vomerianos son dos laminillas que se encuentran en el borde póstero-inferior del cartílago cuadrangular; comienzan al nivel de la espina nasal inferior, se dirigen hacia arriba y atrás costeando el cuadrangular y llegan hasta el vómer. Este cartílago recibe también el nombre de cartílogo de Jacobson por su frecuente relación con el órgano del mismo nombre que describiremos más adelante.

Las piezas descriptas se unen entre sí de la siguiente manera: el etmóides con el esfenóides y el cortílago cuadrangular por dos suturas armónicas y con el vómer por una sutura dentada; el vómer forma con los maxilares y los palatinos una sutura armónica y con el esfenóides una articulación especial llamada esquindilesis.

Considerando el tabique en su conjunto, se observa que la unión de sus diversas piezas forma primero una sutura simple que se bifurca en seguida en forma de una Y acostada ⊀.

Ambas caras del septum nasal están tapizadas por una membrana mucosa llamada pituitaria ó membrana de Schneider, de coloración rosada y de aspecto liso y brillante. Por su cara profunda se une íntimamente con el pericondrio y el periostio al punto que algunos la consideran como una fibromecosa. Entran en su constituciòn en su parte superficial un corión y un epitelio cilíndrico vibrátil en parte diferenciado en virtud de la especial función á que está destinado.

Se observan en la pituitaria gran cantidad de glándulas tubulosas que segregan mucus.

Cerca del borde posterior del tabique la mucosa presenta algunas veces (4 sobre 110 casos) una serie de pliegues paralelos, vestigio de un aparato muy desarrollado en ciertos animales; y á dos centímetros del vestíbulo y uno y medio del piso, un pequeño orificio, poco visible en el hombre, continuado por un canal en el espesor de la mucosa en una extensión de dos y más milímetros. Tal es el órgano de Jacobson, vestigio de un aparato existente en los rumiantes y que puede ser el asiento de quistes y también de abcesos capaces de perforar el cartílago, debidos á la penetración de polvos suspendidos en el aire respirado. (Hajeh, Potiquet).

La pituitario es muy rica en vasos; contribu-

yen á irrigar el tabique, la arteria esfero-palatina, las etmoidales, la arteria del sub-tabique, rama de la coronaria superior, etc.

Las arterias nombradas contribuyen á formar una región especial que se encuentra á un centímetro por encima de la espina nasal anterior, al nivel del cartílago por el que se efectúa comúnmente la hemorragia nasal (varices del tabique).

Los nervios provienen de dos fuentes: del primer par los destinados á la olfación; del trijémino los destinados á la sensibilidad general.

Etiología

Muchas son las teorias ideadas para explicar el porqué de las deformaciones del tabique nasal.

Su enumeración constituirá el presente capítulo, y, en cuanto al valor de cada una de ellas, expondremos los argumentos, críticas de los maestros y nuestra modesta opinión personal.

Las causas de las deformaciones del tabique han sido divididas por algunos (Castex entre ellos) en predisponentes y determinantes; entre las primeras han colocado la edad y la raza; la edad porque antes de los siete años la afección es rara, manifestándose de los diez á los diez y seis; la raza porque entre los negros y los pieles rojas, pueblos en que el macizo óseo de la cara está más desarrollado relativamente al cráneo, la desviación es rara, contrariamente á los europeos en que es común.

A propósito de esto último, diremos con Schech que es raro observar un individuo con su tabique

nasal recto. Los autores que han estudiado el punto, han encontrado la convexidad de la desviación con más frecuencia hácia la derecha é interesando sobre todo los dos tercios anteriores del tabique.

He aqui algunos datos estadísticos al respecto: Zukercandl examinando 370 cráneos, ha comprobado la asimetría del tabique en más de la mitad de ellos, casi siempre en su parte anterior.

Mackenzie en 2152 cráneos ha encontrado un 77 % de tabiques deformados.

En general se admite, como se ha dicho anteriormente, que la deformación es siempre ó casi siempre anterior, pero hay que hacer notar que algunos autores, entre ellos Juraez; Stier y Hopman han encontrado con mucha frecuencia en sus investigaciones, asimetría en las coanas.

Estas estadísticas se refieren á observaciones hechas en el cadáver; los autores que han anotado sus observaciones sobre el vivo, dan un poco porcentaje de tabiques deformados más elevado que los anteriores; así tenemos: Heymann dá un 96 %; Simanowsky 95 %; Sendziak 83 %, etc. Han constatado con respecto al sexo que las deformaciones son más frecuentes en el masculino.

Siguiendo con las teorias en particular, citaremos la de Baumgarten, quien sostiene que la inflamación hipertrófica del cornete, frecuente en la

niñez, empuja hácia el lado opuesto al tabique, poco resistente á esa edad, observándose al mismo tiempo un menor desarrollo del cornete del lado de la convexidad.

Esta teoria tiene en su contra lo siguiente: 1° que el cornete no puede ejercer una presión capaz de desviar el tabique, porque aún en los casos de mayor hipertrofia en que á la vista están en contacto, se puede pasar fácilmente un estilete entre ambos; 2° que se observa amenudo el contacto entre ambas partes del lado de la convexidad, mientras que del lado de la concavidad no solamente no se tocan cornete y tabique sino que la separación es tan pronunciada que demuestra la imposibilidad de la acción del uno sobre el otro; por consiguiente se debe admitir qne la deformación, por regla general, es anterior á la hipertrofia de los cornetes. Se admite, sin embargo, que en la edad avanzada, la dilatación ampular del cornete medio es capaz de ejercer presión sobre el tabique.

Zukercandl, Anton y Welcker admiten, aunque en un corto número de casos la influencia hereditaria, por haber encontrado desviaciones en niños recien nacidos y en menores de siete años.

Haciendo incapié en la influencia de la raza antes mencionada, el mismo Zuckercandl, Delaban y Mackenzie han sostenido que entre las causas

que en las razas civilizadas producen las deformaciones del tabique está el raquitismo, atribuyendo á este último el paladar ojival con atresia del maxilar y anomalías dentarias de posición y dirección. Esta disposición del paladar, traería por consecuencía la disminución del espacio en que se desarrolla el tabique y éste se vería obligado á incurvarse.

Tiene en contra esta teoria un argumento capital, y es que las desviaciones del tabique se hacen sobre todo después de los siete años, edad en que el raquitismo desaparece generalmente, y además que se observan grandes anomalías en individuos de paladar ancho y chato, diciendo el mismo Zuckercandl que nunca ha encontrado una desviación cuya causa primordial fuera el raquitismo.

Pansch dice y Chiari lo admite, que en muchos casos la causa de la desviación estriba en la asimetria de las dos mitades de la cara, y que esta asimetria debe ser más pronunciada en aquel sitio en que las dos mitades se adaptan la una á la otra, es decir, en la región del tabique.

Esto admitido, debe de haber mayor formación de tejido del lado en que el crecimiento sea más activo, y como se produce casi siempre una convexidad porque el tabique cede más ó menos, es del lado de la cara convexca que por el hecho de

su forma presenta mayor superficie, que esa mayor actividad se manifiesta. Esta explicaeión está de acuerdo con la edad en que aparecen las deformaciones, es decir después de los siete años, que es la época en que los maxilares y por consiguiente la cara se desarrollan rápidauente.

Pueden citarse también como teorías las de Welcker é Hirtl.

Dice el primero, refiriéndose á las desviaciones, que ellas se deben á la costumbre de dormir siempre sobre el mismo lado, lo que trae el desplazamiento en sentido opuesto del lóbulo de la nariz y del tabique; y el segundo las atribuye á la costumbre de sonarse con la mano derecha.

Citaremos por último dos teorías que según Castex explican la gran mayoría de las deformaciones, y son: la teoría traumática, y la teoría del vicio de desarrollo.

La primera ha sido defendida por Bresgen, Mackenzie, Scheffer y Rosenthal.

El traumatismo obra de tres maneras:

1ª. Produciendo la luxación de las articulaciones condro-vomeriana ó etmoido-vomeriana (rara esta última).

2ª. Produciéndo la fractura completa ó incompleta del cartílago; y

3ª. Provocando una inflamación en la articu-

lación etmoido-vomeriana debida á la transmisión del choque.

En el primer caso, las partes luxadas quedan superpuestas, correspondiendo á la depresión de un lado el espesamiento del otro; la pericondritis consecutiva produce aumento de volúmen en la parte ya expresada.

En los casos de fractura del cartilago, éste se repliega sobre si mismo; se produce una hemorragía que despega la mucosa de cada lado con formación de un hematoma en bisac. Si éste no supura, se reabsorbe; el cartilago se consolida en una posición vicíosa bajo el aspecto de un ángulo diedro con su arista saliente en una de las fosas y una depresión en la otra.

Esta teoría explica satisfactoriamente la génesis de muchas desviaciones y espesamientos, pero no los explica todos, y como algunos de sus defensores lo han querido hacer absoluta, ha sido pasíble de las siguientes objeciones: 1°. que no explica porque las deformaciones son más frecuentes después de los siete años; 2°. que tampoco explica la falta de deformación del tabique en ciertas razas tan expuestas al tranmatismo como las demás; y por último, que sí explica muchas desviaciones verticales no trae ninguna luz respecto á las horizontales.

La Teoria del vicio de desarrollo, dá como causa de las deformaciones una anomalía en el desenvolvimiento del tabique durante la segunda infancia; por consiguiente no se trata en elln, como á primera vista parece, de procesos fetales ni de trastornos congenitos.

Según se ha visto en la parte anatómica el tabique es un plano ósteo-cartilaginoso que divide en dos partes una cavidad esquematicamente cúbica, cuyos límites superiores esfán formados por dos huesos crancanos (etmóides y esfenóides) y cuyos límites inferiores están constituídos por dos huesos de la cara (maxilar inferlor y palatino).

El complejo ósteo-cartilagínoso que constituye el tabique está enccrrado en un marco muy resistente formado por la espina nasal del frontal arriba y adelante; el etmoides arriba, el esfenoides atrás y lás láminas horizontales de los palatinos y los maxilares superiores abajo.

Embriológicamente el tabique proviene del brote frontel, mientras que su marco proviene en su mayor parte de los brotes maxilares. Si el desarrollo de ambos es paralelo no habrá ninguna perturbación; pero si no lo es, el contenido más débil que el continente, cederá y se doblará.

Debido á la presencia de articulaciones entre las piezas del tabique y entre estas últimas y las

partes que las rodean, tenemos que existen en el tabique y en sus límites puntos de menor resistencia, siendo tres aquellos en que con mayor frecuencia se manifiestan las consecuencias.

El primer punto débil no reside sin embargo en una articulación; está constituído por una especie de estrangulamiento situado en la parte media de la lámina perpendicular del etmoides, apreciable sobretodo en un corte vértico-transversal; el segundo punto débil está constituido por la articulación del borde anterior del vomer con la lámina perpendicular y con el borde postero-iuferior del cartílago cuadrangular; hablando con propiedad, no es un punto, es una línea débil y que presenta una dirección oblícua hácia abajo y adelante. El terce punto débil está constituido por la soldadura del borde inferior del vómer con las apófisis palatinas de los maxilares.

En la época del nacimiento el volúmen del cráneo es muy considerable con relación al de la cara; en las fosas nasales las porciones superiores (células etmoidales, laberinto olfatorio) están bien desarrolladas mientras que las inferiores que forman la región respíratoria son estrechas; pero después del nacimiento el maxilar superior vá creciendo proporcionalmente más que el cráneo; las fosas nasales se desarrollan sobre todo

en su porción inferior y al mismo tiempo el diámetro antero-posterior de la faringe aumenta debido al desarrollo del cuerpo del esfenoides.

En consecuencia, el tabique sufre una doble impulsión, desciende por el desenvolvimiento del maxilar y avanza por los progresos del cuerpo del esfenoides. Ahora bien, si ninguna causa destruye la armonia del desarrollo entre el septum y su marco, tendremos un tabique recto; en el caso contrario, este último se verá obligado á deformarse ya sea en el sentido horizontal, ya en el vertical.

Ahora bien, dos son las causas capaces de perturbar esa armonia; una fisiológiea, la otra patológica.

La primera es propia de la raza. Cuanto más civilizada sea ésta, su desarrollo cercbral será mayor y por consiguiente su cráneo habrá alcanzado mayor desenvolvimiento; de ahí nace la desproporción; la anatomía comparada dá interesantes datos al respecto, y, por lo demás es de observación común que, los tabiques rectos son el patrimonio de aquellas razas inferiores que presentan cráneos pequeños, cara ancha, pómulos salientes y paladares aplanados.

Por lo que respecta á la dirección de las desviaciones, pueden ser como ya hemos dicho, horizontales ó verticales.

Las deformaciones horizontales son las más frecuentes; reconocen como causa la desproporción entre el volúmen del cráneo y de la cara ó sea del maxilar superior, que trae por consecuencia un paladar en ojiva y la imposibilidad para el tabique de adoptar su posición normal; este último presenta al corte vertical el aspecto de una ese mayúscula (S).

Las deformaciones verticales se producen porque el desarrollo de las células esfenoidades empuja hácia adelante al vómer y á la lámina perpendicular, que transmiten esa fuerza al frontal por arriba y al maxilar superior por abajo; si no hay desarrollo paralelo por parte de éste, el tabiqne se dobla, para ganar espacio, presentando entonces una desviación vertical que dá al corte antero-posterior una ese mayúscula acostada.

La causa patológica de las deformaciones depende de la presencia de las vegetaciones adenoideas, cuya influencia sobre el desarrollo del maxilar superior es bíen conocida. No insistiremos mayormente sobre este punto por tratarse de una cuestión extensamente estudiada en los tratados de vegetaciones adenoideas.

La teoria del desarrollo defendida por Castex, Menier y otros es á nuestro juicio la verdadera para explicar la génesis de la mayor parte de las

deformaciones; y decimos de la mayor parte puesto que hay un número de ellas cuya etiología está en un traumatismo anterior; por consiguiente ambas teorias, la del vicio de desarrollo y la traumática, lejos de excluirse, se complementan.

La etiología de las crestas, espolones, & es más visible; reside en la hipertrofia de los cartílagos de Huschke, del hueso sub-vomeriano, de la espina nasal, del borde antero-postsrior del vómer, &. Serán tratadas con más detención en el capíulo siguiente.

Anatomía patológica

El primer punto que vamos á estudiar en este capítulo es la variedad de formas que pueden presentar las deformaciones.

Consideremos dos eventualidades: que las dos láminas constituyentes del tabique hayan quedado paralelas ó que no lo sean.

En el primer caso tendremos la desviación propiamente dicha; el tabique no espesado hará saliencia en una de las fosas nasales, cuya capacidad disminuirá mientras el otro lado aumentará. En el segundo caso el tabique espesado traerá por consecuencia la mayor ó menor obstrucción de una ó de las dos fosas nasales, segun que el espesamiento afecte á una ó á las dos láminas.

Los espesamientos reciben distintos nombres á saber: espolón cuando la base es circular; cresta, cuando la base es alargada; y espina, cuando se trata de un espolón á base muy pequeña.

Todas estas anomalías tienen su lugar de predilección en los puntos débiles ya estudiados; y su situación en el tabique está localizada en los dos tercios anteriores, rara vez en el cuarto posterior.

Hemos estudiado también en el capítulo anterior las desviaciones verticales y horizontales. En los de esta última clase que dan al corte vértico-transversal una S, la desviación suele ser doble; y en regla general la superior tiene su convexidad hacia la derecha, y la inferior hacia la izquierda.

El sitio anatómico de la primera es la lámina perpendicular del etmóides (primer punto débil); el de la segunda en la articulación condro-vomeriana (segundo punto débil).

Ahora bien, es muy frecuente encontrar, no un tipo puro que responda á una de las clases de deformaciones ya enumeradas, sino una combinación de ambas, lo que ha traido por consecuencia que los autores las dividan en grupos y se esfuercen en clasificarlas.

Citaremos la clasificación de Rosenthal, el cual describe seis géneros de deformaciones del tabique y luego la de Chiari.

Clasificación de Rosenthal

a) Tabique incurvado simplemente sin espesamientos; el corte vértico-transversal tiene la forma de una C.

b) Tabique incurvado con espesamentos que proeminan del lado convexo de la desviación.

c) Desviaciones sigmoideas en el sentido vertical ó en el ántero-posterior.

d) Desviaciones anteriores acompañadas de espesamientos.

e) Tabique con espolones, espinas ó crestas, pero sin desviación.

f) Desviación en zig-zag.

Chiari dice lo siguiente sobre las formas de desviación:

1° La forma que se encuentra más frecuentemente consiste en la salida ampular del tabique cartilaginoso de un lado correspondiéndole un hundimiento del otro. La mucosa en ambas caras es delgada y muy unida al cartílago; el tabique en su parte posterior es vertical y ocupa su posición en la línea media. Esta variedad llamada desviación en C puede existir en diferentes grados, desde una salida poco marcada hasta una ampolla hemisférica.

2º En la parte anterior del tabique cartilaginoso existe en uno de los lados una salida simple hemisférica ó aplanada, mientras que del otro lado existe una convexidad semejante, pero situada más atrás. Resulta de ello una desviación en forma de S á dirección ántero-posterior. La parte posterior de la incurvadura interesa también una porción de la lámina perpendicular y del vómer-

3º En la parte inferior del septum cartilaginoso y parcialmente en el septum óseo se encuentra una convexidad dé un lado y más arriba otra convesidad en el lado opuesto. En la incurvación en S vertical; estas dobles incurvaciones se deben á que después de la formación de la primera aparece una segunda compensadora.

4º El tabique puede ser el asiento de dos salidas alargadas á dirección horizontal entre las cuales existe amenudo un hundimiento considerable y estrecho. A este hundimiento corresponde sobre la otra cara una salida en forma de cresta limitada hacia arriba y hacia abajo por una concavidad tubular. Estas salídas poseen algunas veces bordes cortantes que les dan mucha semejanza con los cornetes. Esta forma rara debería su origen la mayor parte de las veces, á una infracción del septnm (desviación por infracción de Schech).

5º A todas estas desviaciones pueden asociar-

se crestas, cuyo sitio de predilección está en la convexidad, porque allí es donde se efectúa sobre todo la aposición da tejido. Existen casos, sin embargo, en que las crestas se desarrollan del lado de la concavidad, resultando en consecuencia un estrechamiento de la luz de ambas fosas nasales. Hasta aquí Chiari.

Por lo que respecta á crestas, etc. en particular, Zuckercandl ha demostrado que existe frecuentemente una cresta más ó menos desarrollada en un sitio determinado que corresponde exactamente al borde superior del vómer; explica su formación de la signiente manera: el vómer en su orígen eslá formado por dos láminas cariilaginosas que se osifican y se sueldan. En el borde superior del vómer que contribuye, como se sabe á formar las articulaciones etmoideo-vomeriana y condro-vomeriana, persiste á veces un resto de cartílago. Este puede proliferar más tarde sobre todo en la época de la segunda dentición y empujar hácia afuera las dos láminas ya osificadas del vómer, ó más aún sobre pasarlas formando una salida que partiendo de abajo y adelante se dirige hácia atrás y arriba hasta llegar al pico del esfenoides en muchos casos; es la llamada cresta lateral del tabique ó cresta de Zuckercandl. La cresta puede ser óseo hácia afuera y cartilaginosa adentro, ó todo lo contrario ó á veces completamente ósea.

Bien se comprende que según sea más ó menos completo su desarrollo, tendremos ó una cresta ó un espolón ó una espina. Además puede ser bilateral; cuando lo es, la bilateralidad se encuentra, por regla general, al nivel del cartílago cuadrangular, en la parte posterior es casi siempre unilateral.

Las deformaciones del tabique de orígen traumático producen salidas horizontales en la parte anterior del tabique debidas á la desviación de la espina ó cresta nasal, de las láminas palatinas, de la luxación del borde inferior del cartílago ó de la combinación de ambos mecanismos. Las crestas de este orígen son poco salientes y cortas.

Se observan tambien crestas verticales debidas á fracturas del tabique consecutivas á traumatismos que han obrado sobre un lado de la nariz.

Otra deformación del tabique tiene por orígen la proliferación bajo la influencia de causas irritantes del llamado tubérculo del tabique, irritaciones que produce una acumuiación del tejido cavernoso y glándulas.

Por último diremos que ciertas enfermedades, como la sífilis, la tuberculosis, los neoplasmas, etc localizaron algunas de sus manifestaciones en el tabique produciendo como consecuencia en ciertos casos, deformaciones.

El estudio histiológico no tiené mayor interés

en la afeccion de que tratamos. Nos enseña qus las crestas, espinas, etc. son á veces óseas, á veces cartilaginosas, clasificándose en el primer caso como hipepostosis y en el segundo como hipercondrosis; o bien mixtas, cartilaginosas en su parte anterior, oseas en la posterior (Hipercondrostosis).

Sieur y Jacob dicen que las células cartilaginosas de los bordes etmoidal y sobre todo vomeriano del septum cuadrangular están en activa proliferacion. De esta observacion deducen su teoria sobre la formación de la cresta lateral.

La edad del sujeto es digno de tenerse en cuenta con relación á la estructura histológica de las crestas, generalmente cartilaginosas en el niño, óseas en el adulto y aún más en el viejo por osificación secundaria.

Sintomatología

Las perturbaciones derivadas de las deformaciones del tabique consisten en la disminución de la permeabilidad nasal y la producción de accidentes reflejos.

La estenosis dá nacimiento á la insuficiencia nasal con todas sus consecuencias. Estas son tan graves y tan comprometedoras para el paciente en muchos casos, que nos ha parecido conveniente hacer una breve exposición de ellas en este trabajo, á pesar de tratarse de un punto muy estudiado y sobre el cual llaman la atención todos los autores.

Entre nosotros el Doctor Eliseo Segura ha insistido sobre el punto en un trabajo del cual nos permitimos extractar el presente capítulo.

Estudiaremos los síntomas en dos grupos: en el primero los funcionales; en el segundo los reflejos.

Síntomas funcionales—El capital es la producción de la insuficiencia nasal.

La función fisiológica de la naríz bajo el punto de vista respiratorio, se condensa en estas tres palabras: purificar, calentar y humedecer el aíre respirado, y bien se comprende que existiendo en las fosas nasales una causa capaz de impedir esta triple acción, se producirán numerosos trastornos en el organismo. Que el aire se purifica es un hecho probado por muchísimos autores; en el vestíbulo nasal se encuentran ya con este fin, pelos que entrecruzándose, forman un tamiz algo grosero pero que retiene muchas partículas sólidas. En las fosas nasales, la mucosa que en primer lugar presenta gran superficie debido á las anfractuosidades de la pared externa; en segundo lugar á la capa de células vibrátiles que la recubren, y en tercer lugar la secreción viscosa que la lubrifica continuamente, contribuyendo á la purificación del aire, reteniendo la mayor parte de las partículas atmosféricas; ésto haría que la cavidad de las fosas nasales fuera una de las partes más sépticas del organismo, contrariamente á los resultados de la observación clínica, pues es sabido con que benignidad evolucionan las heridas producidas por las intervenciones diarias en la cirujía intra-nasal. ¿A qué responde ello? A dos factores principales: el poder

bactericida del mucus nasal y el tejido adenoideo abundante en la mucosa estudiada. El primer factor ha sido estudiado por Wurtz y Lermoyer que en trabajos efectuados en el laboratorio de Strauss, experimentando la acción del mucus nasal respecto á la bacteridia carbunclosa, dicen lo siguiente: «el mucus sembrado con bacilos antraxis y colocado á la estufa por espacio de 24 á 48 horas ha sido inoculado bajo la piel de los cobayos en dosis variables hasta 0.03 cc de mucus. Estas inoculaciones se han mostrado constantemente inofensivas, en tanto que los animales testigos sucumbían con iguales dósis de cultivos en los medios ordinarios». Estas experiencias han sido confirmadas por Klibstein, Thompson, Hewlett y Piaget, el cual ha comprobado que la parte anterior de las fosas nasales es más rica en microbios que la posterior, y asocia en sus estudios á la acción del mucus la acción fagocitaria; esta última aserción está muy defendída por Zuckercandl, por consiguiente debemos admitir como probadas las ideas expresadas por los autores antedichos, pues se apoyan no solamente en la experimentación sino en la observación clinica, á pesar de la opinión contraria de Park y Wright que sostienen lo contrario por haber encontrado bacilo de Lóéffer en las fosas nasales de enfermos convalescientes de difteria, argumento sin

valor, puesto que normalmente se encuentra ese y otros bacilos en individuos sanos, sin ningún carácter patógeno. Como medio de defensa, tiene la mucosa nasal otros varios que se hacen presentes ante los agentes nocivos de cualquier naturaleza, tales son la reducción momentánea de la permeabilidad por congestión de la mucosa, la exageración de las secreciones con aumento de sus propiedades bactericida y fagocitaria y las expiraciones bruscas y espasmódicas llamadas estornudos; un ejemplo sintetizara lo espuesto: la incrustación de partículas sólidas en el pulmón (pneumokoniosis) ya sean del carbón (antracosis) ya de hierro (siderosis) común en los mineros se encuentran sobre todo en los que padecen de insuficiencia respiratoria nasal; y es muy lógico, porque modificada la integridad fisiológica de la nariz por cualquier padecimiento que modifique sus elementos normales, la purificación del aire queda profundamente perturbada.

El aire á su paso por las fosas nasales se *calienta*, hecho comprobado por muchos experimentadores, siendo de notarse á este respecto que aunque en la respiración bucal también sucede lo mismo, siempre ésta queda con desventaja, pues al cabo de unas cuantas respiraciones se seca y pierde sus propiedades termógenas, al contrario de lo que sucede con la mucosa nasal en que la mayor

irrigación sanguínea y la presencia de cuerpos cavernosos traen un aflujo mayor de sangre que mantiene la temperatura constante á pesar del calor cedido. El aire se *humedece* á su paso por las fosas nasales.

Para comprobarlo basta citar la experiencia de Schütter en un enfermo, traqueotonizado, en el cual comprobó que cinco litros de aire que habían atravesado la nariz contenían 0.142 milig. de agua, mientras que la misma cantidad de aire pasando por la boca tenía solamente 0.126 milig. de agua.

Otro hecho importante que hay que hacer notar es la cantidad de aire que penetra en el pulmón en la respiración nasal y en la respiración bucal; sería un poco largo exponer las consideraciones en que se basa la conclusión que vamos á dar; bástenos saber que ha sido estudiada y fundada por muchos autores y es la siguiente: que la respiración bucal, que según hemos visto, es inferior en calidad con respecto á la nasal, lo es también bajo el punto de vista de la cantidad de aire que penetra al pulmón.

La insuficiencia nasal trae como consecuencia innumerables trastornos cuya somera descripción sera el sujeto de los párrafos siguientes.

Insuficiencia de la hematosis.—Los estudios sobre este punto han sido brillantemente demostra-

tivos por lo que respecta á los adenoideos, en quienes, en razón de la edad, se manifiesta este síntoma con mayor intensidad. También se le observa en las demás causas de obstrucción nasal y es fácil darse cuenta recordando lo dicho sobre la respiración nasal; el individuo que no pueda efectuarla tendrá continuamente un déficit en el aire respirado, que se avalua en 137 litros diario de oxigeno.

Afecciones inflamatorias de la faringe y de la laringe.—La supresión del pasaje del aire por la vía nasal y su pasaje por la vía bucal, trae dos órdenes de fenómenos; por lo primero, hay estancamiento de las mucosidades, alteración de la mucosa y perturbaciones de la secreción nasal; por lo segundo, alteraciones bucales y faríngeas.

La mucosa naso-faríngea se inflama y se establece el catarro molesto, rebelde y amenazador para el oído. La respiración bucal altera la mucosa, la saliva, los dientes y sobre todo la capa epitelial de las amígdalas, abriendo una puerta á la infección y cambiando completamente de función á un órgano de defensa; en consecuencia son frecuentes las amigdalitis, los flemones amigdalinos y peri-amigdalinos, la hipertrofia, etc. Es tan notable la vulnerabilidad de la glándula, que en los que sufren, cada cambio de temperatura se acompaña de una angina.

La mucosa faríngea se seca, los folículos lin-

fáticos se hipertrofian, y bien se comprende que todas estas mucosas alteradas ofrecerán poca resistencia á la penetración de ciertos bacilos, tales como el de la difteria, etc.

La laringe también paga su tributo á la insuficiencia nasal debido al pasaje contínuo del aire en malas condiciones y por la propagación de las afecciones faringeas.

Afecciones auriculares.—Entre las complicaciones más frecuentes de la insuficiencia, se encuentran las afecciones auriculares, y no sería tan absoluto como á primera vista pareciera, el afirmar que, salvo raros casos en que derivan de un padecimiento general, su etiología está en el naso-farinx.

Este principio ha llevado en el servicio del Hospital Rivadavia á examinar la nariz y la faringe en todos los casos de afecciones del oído medio, comprobándose en la generalidad de los casos la insuficiencia nasal debida á desviaciones, cornetes hipertrofiados, etc.

El tratamiento nasal es de norma en todos estos casos y los resultados excelentes.

Respecto al mecanismo y modalidades de las alteraciones del oído medio por medio de la trompa de Eustaquio, no vale la pena de entrar en detalles por tratarse de un hecho estudiado y admitido como fundamental.

Complicaciones de órden reflejo.—Se ha atribuído á la insuficiencia nasal, y á veces en particular á algunas de las causas que la producen, entre ella con mucha frecuencia á las crestas y espolones, la producción de accidentes dc órden reflejo, tales como asma, tos quintosa, accidentes histeriformes y epileptiformes, terrores nocturnos, etc.

Se ha llegado á la exageración en esta cuestión; sin embargo existen casos bien probados del orígen nasal de esas afecciones.

Como regla general se debe admitir con François Franck, para aceptar la relación de causa, efecto, entre una irritación nasal y un fenómeno nervioso, las siguientes reglas:

1ª Que el trastorno uervioso pueda ser provocado por la irritación del punto nasal sospechado;

2ª Que desaparezca cuando se anestesie ese mismo punto, sea por la cocaina ú otro anestésico cualquiera;

3ª Que sea de hecho suprimida por la cauterización de la mucosa atacada, y

4ª Que ningun medio revulsivo aplicado en otra parte haga sido capaz de modificar los accidentes.

El mismo autor ha comprobado la producción de ciertos reflejos de origen nasal, como el espasmo

de la glotis, la tos quintosa, el retardo en las contracciones cardíacas y reacciones vaso-motrices, ajustándose todos á las cuatro reglas anteriores.

Trastornos de la fonación.—Los tres factores principales que intervienen en la producción de la voz se encuentran alterados en la insuficiencia nasal.

Existe una menor cantidad de aire expirado, pues sabemos que en dicha afección la cantidad inspirada es menor que la normal; por consiguiente hay una disminución de la fuerza motriz, primer factor.

Las cuerdas vocales que constituyen el aparato vibrador (2º factor) están alteradas;—y por último, las cavidades de resonancia buco-faríngea y nasal (3er fractor), alteradas en sus dimensiones y en su estructura, modifican el timbre de la voz en un sentido desfavorable.

A la disminución del volúmen de la corriente expiratoria, se atribuye la formación de los nódulos vocales ó nódulos de los cantores.

Dice el Doctor Botey, al ocuqarse de la capacidad respiratoria en el canto, que sujetos cuya capacidad era de tres mil á tres mil quinientos centímetros cúbicos, llegaron á tener tres mil ochocientos y cuatro mil después de tratar su insuficiencia nasal.

Para concluir este capítulo, hay que hacer notar que la insuficiencia es muchas veces la causa de deformaciones del esqueleto y que tratada á tiempo se observan resultados sorprendentes.

Diagnóstico y pronóstico

Síntomas subjetivos. — Las deformaciones del tabique no traen fatalmente las perturbaciones ya enumeradas. Casos hay en que se descubren accidentalmente; se trata de pequeñas crestas ó espolones. De más está decir que en estos casos no hay ninguna indicación de tratamiento.

El paciente que sufre la afección se queja generalmente de insuficiencia nasal con predominio de uno ú otro de los accidentes descriptoo. Algunas veces es un traumatismo el que lleva al enfermo al consultorio ó bien se trata de un niño de 9 á 10 años cuyos padres observan que á partir de los 8 su nariz comienza á desviarse hácia un lado.

Síntomas objetivos. — *Exámen externo* -- No son muchos los casos en que la deformación del tabique se trasluce al exterior, siendo uno de ellos aquel en que se vé el borde del cartilago por uno de los orificios y que se hace más aparente levan-

tando el lóbulo. Casos hay en que la nariz está desviada totalmente observándose algunos en que á esta desviación no corresponde una semejante por parte del tabique.

Sucede alguna vez (muy raro) que nn espolon ó cresta alcanza tal volúmen que empuja la nariz del lado correspondiente.

Generalmente en los casos de desviación de la punta, ésta lo hace hácia el lado de la concavidad de la deformación del tabique.

Rinoscopia anterior. — Ella permite observar una fosa nasal más ó menos obstruída por un tumor duro de forma prismática á base interna y vértice externo recubierto por mucosa; inmóvil, situado generalmente en la parte anterior más ó menos extendido hácia arriba y atrás y tan considerable á veces que estorba la colocación del speculum. La conainización de las fosas nasales, por la retracción que trae de los cornetes, aisla en cierto modo el tumor cuya situación y tamaño se pueden apreciar mejor.

Conviene establecer si se trata de una simple desviación, de una cresta, de una desviación complicada, etc.; para ello es útil el exámen de la otra fosa nasal.

Es posible encontrar á veces adherencias secundarias debida al contacto continuo de un espolón y un cornete.

Observanse también mucosidades, alteraciones de la mucosa, en una palabra, todas las consecuencias de la estenosis nasal.

La rinoscopia posterior demuestra una sola cosa y es que casi nnnca se encuentran deformacione en la parte posterior del tabique y que si alguna vez de cada lado del vómer se presenta algo que pudiera tomarse por tal, no se trata sino de simples hiperplasias de la mucosa, frecuentes en el catarro naso-faríngeo; se trata por consiguiente de un episodio de la alteración de la mucosa, común en la insuficiencia nasal.

Hay que tener en cuenta que la insuficiencia proviene, en ciertos casos, del hundimiento del ala de la nariz en cada inspiración, ya sea por debilitamiento del elevador ó sea por un movimiento peculiar que hace el enfermo con el objeto de aspirar con más fuerza.

Para terminar diremos que la insuficiencia es de origen histérico en algunos casos; Lermoyer ha llamado la atención sobre ello. Se reconoce en que subjetivamente hay obstrucción, y objetivamente no la hay. Cita el mismo, una enferma que despierta, respiraba por la boca y que dormida lo hacía por la nariz.

Todo esto tiene su importancia para no atribuir á una deformación efectos que no le pertenecen.

Pronóstico—Está en relación con el grado de obstrucción nasal, la intensidad de las complicaciones y los accidentes reflejos.

Tratamiento

En tésis general, el tratamiento de las deformaciones del tabique debe ser quirúrgico.

Partiendo de este principio, conviene hacer una reseña de los métodos puestos en práctica con el fin antedicho, discutiéndolos bajo el punto de vista de la indicación, de la técnica y de los resultados.

Las indicaciones se desprenden de lo cxpuesto en capítulos anteriores; las contraindicaciones se refieren á la edad y al estado general; no se debe operar en niños menores de cinco años; la edad más propicia es de los quince á los veinte. Sin embargo, cuando en los pequeños existe una impermeabilidad nasal capaz de impedir absolutamente la respiración, producir trastornos auriculares ó una deformación nasal, la intervención está indicada á pesar de la edad para corregir un estado desfavorable para la evolución del niño.

Según el estado general, las contraindicaciones

pueden dividirse en absolutas y temporarias; las primeras se refieren á ciertas enfermsdades crónicas como la tuberculósis, la diabetis; las segundas á inflamaciones nasales agudas, tales como el coriza, la sífilis nasal, el lupues, etc. (1).

Para muchos autores, una vez decidida la intervención, se impone la elección del método operatorio y subordinan éste á la naturaleza, forma y sitio de la deformación.

Así dice Laurens: los procedimientos varían según que la desviación,

a) ocupe el segmento cartilaginoso ó el óseo;

b) obstruya parcial ó totalmente las fosas nasales;

c) sea del tipo angular ó convexo.

Respecto á las diferentes intervenciones, trae el signiente cuadro:

I.—Desviaciones cartilaginosas

A) Con obstrucción incompleta de las fosas nasales.

a) Desviación angular, sección con el bisturí ó el septótomo.

---

(1) Sin embargo, dice Lemoine que conviene tratar la insuficiencia nasal en los primeros grados de la tuberculósis para favoreeer la inspiración y cita en apoyo dc su afirmación varios casos de mejoria.

b) Desviación convexa, según el grado de extensión, resección por el procedimiento de Moure, enderezamiento por la septotrisia.

B) Con la obstrucción total,

a) Desviación angular, sección con el septótomo;

b) Desviación curvilineo, sección con la pinza saca-bocado.

II.—Desviaciones óseas

a) Desviación convexa, resección subperióstica (Bönninghaus).

b) Desviación angular, movilización del septum (Harrisson); septotomia.

Sería una tarea interminable la descripción completa de todos los métodos puestos en práctica. Bastará citar lo fundamental de cada uno ya que todos ceden el puesto ante la resección sub-mucosa que será tratada con más detención.

Procedimientos de sección

Bisturí — Indicado en las desviaciones puramente cartilaginosas anteriores y complicadas de espesamientos.

Se usa un bisturí largo, angosto con su extremidad en botón, de preferencia. Prévia anestesia,

se le introduce bajo la desviación, la cual se secciona de abajo arriba. Para efectuar bien esta maniobra es necesario introducir primeramente el bisturí en posición horizontal y seccionar hasta el plano medio, dando vuelta el filo enseguida hacia arriba se procede á la sección vertical. Ha de tenerse cuidado en no lesionar la mucosa de los cornetes para evitar sinequias consecutivas; otros detalles completan la perfección de la técnica.

Este modo de operar deja una superficie cruenta más ó menos extendida de larga cicatrización, pero su mayor inconveniente es que perfora muchas veces el tabique, que aunque al decir de Laurens no importa nada, ha inducido á ciertos operadores (Escat entre ellos) al practicar la intervención á despegar la mucosa del lado opuesto á la deformación, por una inyección prévia de agua, destruyendo así el ángulo que caería fatalmente en el plano de sección.

Todos estos inconvenientes no lo recomiendan como método de elección ni aún en los casos particulares que llenan todas las condiciones requeridas, es decir, desviaciones cartilaginosas, angulares con obstrucción incompleta de las fosas nasales.

Sierra.—Este método es idéntico al anterior; ha sido preconizado en los casos en que la deformación comprende, además del cartílago, una parte

de la porción ósea. Ha sido muy utilizado en la ablación de las crestas (1).

El modelo de sierra más comunmente usado es el de Bosworth; exige ciertos detalles de técnica para seccionar bien y no herir el cavum; presenta los mismos inconvenientes que el método anterior.

Septotomia.—Se efectúa por medio del septótomo, que es un cuchillo fenestrado á filo interno; existen varios modelos: Moure, Delie, Carnalt, Jones, Laurens, etc.

Este método ha sido indicado para la extirpación de crestas y espolones cartilaginosos muy angulares; se encaja dentro del marco cortante la parte posterior de la deformación y haciendo presión contra la pared del septum para que no escape el instrumento, se dá un tirón seco que trae toda lo parte afectada. Es un procedimiento bastante brutal que deja una superficie cuenta de larga cicatrización y abundante en costras.

Pinza saca-bocado. — En los casos de desviaciones cartilaginosas muy convexas se ha utilizado este instrumento que saca todas las partes salientes de la deformación, facilitando por consiguiente

---

(1) En los casos de tabique recto con cresta lateral muy desarrollada, la sierra sigue siendo el instrumento de elección.

la permeabilidad nasal, no por el orificio que deja, sino porque destruye el obstáculo. Según los defensores de este método, no presenta inconvenientes para el futuro; sin embargo los bordes de la perforación son en el sitio de elección de costras en botón muy rebeldes y de pequeñas hemorragias; —este estado dura indefinidamente.

Sierra y téprano eléctricos.—Se utilizan estos instrumentos por algunos especialistas para la extirpación de crestas, etc.; tienen los mismos inconvenientes que los métodos análogos y exigen un dispssitivo costoso y un cuidade especial que los resultados están lejos de compensar.

Procedimientos de movilización.—Existen varios: unos, que obran sobre el tabique cartilaginoso; otros, sobre el óseo. Entre los primeros se pueden citar los de Hajek, Moure, Asch y la septotrisia; entre los segundos, el de Harrisson.

Procedimiento de Hajek. — Se puede aplicar únicamente á las desviaciones cartilaginosas situadas en la parte anterior y poco incurvadas. Por el lado cóncavo se hacen varias incisiones que trapasan el cartilago de manera á formar un postigo cuyo eje de movimiento esté en la sutura condro-etmoidal; obtenido esto se empuja del lado desviado hácia el cóncavo y hasta que el borde infe-

rior quede como enganchado en el piso; luego ta-ponamiento etc.

Este método es de aplicación limitada; salta á la vista que no coincidiendo las superficies, la cicatriz será exhuberante y esta deformación secundaria obligará á una nueva intervención con el osteótomo, cuyos inconvenientes han sido indicados, ó con el escoplo.

Procedimiento de Moure.—Se pone en práctica por medio de dos incisiones sobre el cuadrangular; la primera paralela al dorso nasal, la segunda rasando rasando el piso, usandose para ello una pinza cortante especial. Queda formado un colgajo movible unido por la parte anterior del sub-tabique y por la posterior á la lámina etmoidal y al vómer.

Para efectuar el enderezamiento se utiliza un dilatador á ramas paralelas; la externa rijida toma punto de apoyo en el cornete inferior, la interna más ancha, de metal maleable, sobre el lado desviado; por medio de una pinza se empuja la rama interna sobre la parte movible hasta que quede en la línea media; el dilatador se deja ocho días.

Los resultados son: reacción inflamatoria bastante viva, necesidad de llevar un aparato durante una semana; sécreción muco-purulenta, costras, cicatriz imperfecta porqué los bordes crüentos no

coinciden, puesto que se trata de relacionar una superficie curva á un plano recto.

Procedimiento de Asch. — Se ha aplicado unicamente en las desviaciones de la parte media del cartílago. Consiste en practicar dos incisiones en cruz por medio de una pinza cortante y la formación de cuatro colgajos que se empujan hácia el lado de la concavidad donde se mantienen por medio de tuboa de ebonita.

Este procedimiento es aplicable á muy pocos casos y aún en estos el resultado es poco satisfactorio; si la deformación es baja no se pueden movilizar los colgajos inferiores.

Los tubos deben ser sacados todos los días; esta pequeña operación es intolerable para el enfermo, puesto que ɐquellos siempre adhieren á la superficie de la incisiones.

Septotrisia. — Método preconizado por Laurens y poco utilizado, porque, aparte de que su aplicación es muy limitada, sus resultadoos no satisfacen.

Procedimiento de Harrison. — Consiste en esencia, en una traslación del tabique por *desinserción* de la espina nasal y del bor de inferior del septum.

Se procede así: se encinde el surco gingivo-labial, se descubre la espina nasal, se legra

el periostio y se desinscerta el vómer en su bor de inferior en una extensión de cuatro á seis centímetros: por último, se procede á la traslación en masa del tabique hácia el lado contrario á la desviación.

Este método tiene todos los defectos de otros ya citados respecto á la cicatrización, es preciso usar en él el escoplo y el martillo, lo que supone uns série de golpes desagradables para el enfermo y por último su rehultado no es completo y dá lugar generalmente á una nueva intervención.

Resección sub-mucosa.—Hemos llegado al procedimiento ideal para el tratamiento de las deformauiones del tabique: si hemos citado métodos abandonados es para hacer resaltar más la bondad de un método al que no se le puede tachar sino su ejecución laboriosa en ciertos casos.

El término de resección sub-mucosa se utiliza, dada la estructura de la mucosa que se confunde por su cara profunda con el pericondrio y el periostio, pudiéndola considerar, por consiguiente una fibro-mucosa.

Este método es eminentemente conservador; sacrifica la deformación sin comprometer la arquitectura de la nariz y deja el tabique en apariencia intacto. Suprime las superficies cruentas de larga cicatrización, las costras, las hemorragias, las per-

foraciones, etc. y su misma laboriosidad en ciertos casos es la piedra de toque del especialista.

El primero en usar el método fué Petersen, quien limitó la intervención al cartilago; de ahí la resección sub-pericóndrica de Petersen, Krieg fué el primero que extendió la resección hasta la porción ósea, pero sacrificaba el colgajo mucoso del lado convexo. Bönninghaus dió su nombre á la resección sub-perióstica y otros autores modificaron más ó menos estos procedimientos, hasta que Kiilian de Freiburg presentó el 22 de Septiembre de 1899 á la Sociedad Médica de Munich el procedimiento que aunque no es original, constituye el perfeccionamiento del método sub-mucoso.

Entre nosotros, uno de los más ardientes defensores y propagadores de la resección sub-mucosa, es el Doctor Eliseo Segura, quien con enfermos presentados y trabajos publicados ha hecho resaltar las bondades del procedimiento.

Este método con ligeras modificaciones es el que se sigue actualmente; nosotros lo describiremos tal como se ha ejecutado en el servicio á que hemos pertenecido.

Preparación del enfermo—Conviene en muchos casos, un tratamiento médico prévio con el objeto de disminuir las secreciones y en casi todos los

casos, el uso de una pomada antiséptica nasal para preparar lo mejor posible el campo operatorio.

El enfermo en condiciones, pasamos á la intervención que comprende varios tiempos.

Anestesia y hemostasia. Estos son dos puntos de capital importancia, pués bien hechos, aseguran la docilidad del paciente y disminuyen la cantidad de sangre que en caso contrario invade continuamente el campo operatorio, constituyendo una de las dificultades más molestas por tratarse de una intervención en la que hay que ver bien para continuar.

Hemos usado comúnmente una solución fresca de cloridrato de cocaina y adrenalena al 1 °/₀₀ en proporción de 10 para el primero y 100 para la segunda. aplicada por medio de hisopos con los cuales frotamos la mucosa de ambos lados hasta obtener la insensibilidad de un campo mayor que el que vá á abarcar la intervención.

Recurrimos á la inyección sub-mucosa de uno ó dos centímetros cúbicos de solución de cocaina al 1 % con dos gotas de adrenalina por c.c. solamente en los casos en que por ser muy anterior la desviación, tenemos que incindir la piel del vestíbulo. Es conveniente tocar con la solución los cornetes vecinos para provocar la retracción, lo que trae por consecuencia mayor campo para el manejo de los instrumentos.

Operación—Es conveniente tener por lo menos un ayudante para alcanzar los instrumentos y secar el campo operatorio. Hemos utilizado siempre en los primeros tiempos de la intervención un especulum de Palmer que ofrece las siguientes ventajas; tener constantemente abierta el ala de la nariz, quedar fijo en su sitio, permitiendo al operador disponer de sus dos manos, ser confiado á un ayudante y permitir por lijeros movimientos explorar toda la parte anterior del campo operatorio, teniendo además, la gran ventaja de que por su forma y poco volúmen facilita el trabajo de los intrumentos introducidos en la nariz.

Primer tiempo—Consiste en la incisión de la mucosa. Algunos operadores lo hacen, sistemáticamente, de un solo lado; creemos con Killian que por regla general, la sección de la mucosa debe hacerse del lado convexo. Basta para efectuarla un bisturí pequeño de filo ligeramenfe incurvado. Si el cartílago está desviado en su borde anterior, se seciona sobre este borde; en los demás casos, á medio centímetro de él, en sentido vertical comprendiendo en el corte mucosa y pericondrio; esto es indispensable para la buena marcba de la intervención, y es tácil cerciorarse de la bondad de la incisión separando ambos labios; en el fondo debe aparecer el cartílago liso y brillante; según la forma y direc-

ción de la desviación, se puede agregar á la incisión vertical una horizontal, sea en la parte superior ó sea en la inferior.

Se procede en seguida á despegar á la fibro-mucosa del cartílago por medio de una legra; como en la parte anterior el pericóndrio está bastante adherido al cartílago, puede utilizarse una legra cortante, por ejemplo la de Killian, continuando con una espátula. La separación se hace con facilidad en el cartílago y en el hueso, esceptuándose los casos de adherencias por cauterización en los ángulos agudos de las crestas inferiores. Siempre, y sobre todo en estos últimos casos ha de tenerse especial cuidado en no perforar la mucosa.

Segundo tiempo -Sección del cartílago.

Se efectúa al nivel de la incisión vertical con mucha prudencia, con el objeto de no perforar la mucosa del lado opuesto; este accidente no sucede practicando la incisión poco á poco ó introduciendo como control, el dedo meñique de la mano que no opera, en la fosa correspondiente.

Tercer tiempo—Reparación de la mucosa del lado opuesto. Para efectuarla, se introduce por la incislón cartilaginosa la legra roma ó la espátula, que aplicada sobre la cara condral, despega la fibro-mucosa fácilmente, siempre que el plano de clivage haya sido bien hecho. Tanto esta separa-

ción como la del primer tiempo deben ser proporcionalmente mayores que la parte á resecar.

Cuarto tiempo—Resección del cartílago. Es necesario para efectuar este tiempo, aislar el tabique de las dos mucosas, lo cual se pone en práctica por medio de un especulum nasi común un poco largo ó para mayor comodidad con el especulum para rinoscopia media de Killian que se introduce de modo que quede el cartílago limpio entre las dos ramas. La resección propiamente dicha se efectúa con el cuchillo en forma de tenedor y la pinza en pico de pato de Killian ó eon la pinza de Hartmann con la cual se vá tan lejos como se quiera. Estos instrumentos de Kitlian son muy cómodos, pero no son necesarios esceptuando el especulum; la pinza de Hartmann es suficiente.

En los casos en que al desprender la mucosa se ha tropezado con la dificultad de un angulo muy saliente con adherencias, como sucede en ciertos casos de desviación traumática, es conveniente limitar la separación hasta ese punto, incindir el cartilago según la regla general y resecar la parte del cartílago despegado. Es más fácil entonces proseguir la intervención, porque la movilidad de la parte restante facilita la separación de la mucosa.

Como hemos dicho, con la pinza de Hartmann se reseca en la profundidad que se quiera, por

consiguiente la resección ósea no ofrece mayores dificultados á no ser en la parte anterior del vómer. Sabido es que en este punto comienza la cresta lateral que corre á lo largo del borde superior del vómer. En el punto antedicho la cresta es muy gruesa y está contra el piso nasal. Para resecar esta parte conviene, prévia desperiostación, aplicar en la extremidad anterior de la cresta y lo más abajo posible un escoplo; con algunos golpes de martillo se elimina el obstáculo.

Un punto capital en este tiempo consiste en no resecar hacia el dorso de la nariz; dejando intacta una faja de un centímetro en la parte anterior del cartílago, no hay temor de deformación ulterior de la nariz externa. Hacia atrás se puede resecar, si el caso lo exige, dejando solamente la parte posterior del vómer.

Durante todas estas maniobras, según la eficacia de la hemostasia, hay mayor ó menor cantidad de sangre que obliga á secar antes de avanzar.

Al final de este tiempo se trae la mucosa, se adosa y se comprueba si la resección ha sido suficiente, completándola en caso contrario.

Se procede en seguida á la limpieza de la herida, quitando los coágulos y las esquirlas, se adosan las dos mucosas; si no ha habido desgarraduras, los bordes de la herida coinciden perfectamen-

te. En este caso no hay necesidad de sutura, pero puede hacerse para mayor seguridad y debe hacerse siempre que haya habido desgarramiento de la mucosa.

5.º tiempo — Taponamiento. — En el caso en que se haya suturado la herida el taponamiento no presenta dificultades; en el caso contrario se corre el peligro de llevarse la mucosa hacia atrás. Se evita este inconveniente colocando el especulum largo de Killian que evita el deslizamiento de la mucosa y permite taponar á través de él, ó tomando el borde anterior de la mucosa desprendida con una pinza que se entrega á un ayudante ó por último haciendo un taponaje de la siguiente manera: colocando el especulum de Palmer y comprobado que la mucosa está bien colocada, se procede á introducir por medio de la pinza de taponar, una serie de tiras de gasa hasta una profundidad conveniente.

La primera tira se aplica contra el piso nasal, la siguiente sobre ésta y así sucesivamente; como después de aplicada cada tira se comprime hacia abajo, el operador puede cerciorarse mirando la parte superior del colgajo si éste está en su sitio.

Como garantía de una aplicación perfecta de la mucosa de ambos lados y para evitar hematomas, conviene taponar también el lado sano.

Tratamiento post-operatorio.—El tapón se deja cuorenta y ocho horas. Durante estos dos días no se presentan sino lijeras complicaciones, algo de temperatura en algunos casos, lijeros dolores y sobre todo la incomodidad producida por la obstrucción nasal completa.

A los dos días se quita el tapón y se recomienda al enfermo el uso de una pomada antiséptica, advirtiéndole que cuide su nariz de traumatismos, sobre todo en los primeros tiempos. Al cabo de unos meses, el tabique recobra cierta resistencia atribuible á la regeneración del cartílago y de tejido óseo á espensas del pericondrlo y periostio conservados.

Para concluir, diremos que este método no ha dado sino éxitos, y en apoyo de su bondad citaremos aquí las conclusiones á que ha llegado el doctor Eliseo Segura:

«1ª Entre todos los métodos existentes para corregir las deformaciones del septum nasal, sean estas desviaciones ó espesamientos, debe darse la preferencia invariablemente á la resección sub-mucosa.

«2ª El método de la resección submucosa tiene sobre todos los otros, la ventaja de que puede ser aplicado á todas las formas de deformación del tabique nasal.

«3ª Permite mejor que ninguno, la extirpacnió completa de la parte desviada ó espesada del tabique tanto cartilaginoso como óseo, conservando la integridad de la fibromucosa; y es el único aplicable á las desviaciones óseas profundas.

«4ª No exige la aplicación posterior de ningun aparato protético; las consecuencias inmediatas de la operación son más simples y la curación de la herida operatoria inmensamente más rápida que en cualquiera de los otros métodos, puesto que casi de una manera invariable se hace por primera intención.

«5ª Aunque difícil en su ejecución, con los recursos que hoy nos proporciona la anestesia local y la hemostasia, el método de la resección submucosa ha sido grandemente simplificado, y tiene sobre todos los otros la gran ventaja de que todo se hace bajo el control de la vista; lo que constituye por sí solo una garantía de éxito.

«6ª Y por último, es un método que no admite reproches, un método que se impone, un método ideal que dá siempre los más brillantes resultados, y que debe, por lo tanto, ocupar el primer puesto entre todos los hasta ahora conocidos».

Estas conclusiones coinciden exactamente con las que resultan de las intervenciones practicadas en el servicio de la especialidad tanto en el Hos-

pital Rivadavia como en el Hospital Francés en el cual ha sido ejecutadas en muchísimos casos por el Doctor Alberto Maidana.

Observaciones

Son 46 los casos operados en el servicio del Hospital Rivadavia á cargo del Dr. Maidana durante el año 1907 y los cinco primeros meses de 1908.

Durante los años 1906 y 1907, se aplicaron en el tratamiento de la afección que estudiamos, varios de los métodos preconizados, pero los resultados de la recepción sub-mucosa, eran tan superiores á los de los demás métodos que quedó como procedimiento de elección.

Mencionaremos aquí aquí algunos casos en particular;

Amelia Ch..... 9 años Argentina.

Luscación del cartílago cuadrangular por traumotismo; deformación de la nariz externa; obstrucción casi completa de la fosa correspondiente.

Tratamiento.—Recepción sub-mucosa.

Resultados:—Mejoramiento estético notable; restablecimiento de la permeabilidad nasal.

Maria S. G. de S..... 34 años Argentina.

Rinitis espasmódica;—Desviación y gran cresta del lado izquierdo.

Trat.—Resección sub-mucosa.

Curada.

Rosa P..... 16 años. Argentina.

Desviación, cresta y sinequia con el cornete inferior, lado derecho.

Esta enferma había sido cauterizada en un consultorio particular y sin concluir el tratamiento se fué al campo. Se presentó al servicio quejándose de obstrucción completa del lado derecho y poca permeabilidad del izquierdo.

Trat.—Desbordamiento del cornete inferior izquierdo—resección sub-mucosa y disección de la mucosa para destruir la sinequia del lado enfermo.—Curada.

Virginia D..... 22 años Argentina.

Fractura del cartílago con hipercondrostosis; oqstrucción nasai.

Trát.—Recección sub-mucosa.

Carmen C...,.. 23 años.—Argentina.

Desviación de tabique; rinitis hipertrófica; otitis media crónica supurada, consecutiva á una otitis aguda.

Trat.—Recepción sub-mucosa, desbordamiento de un cornete.—Curada.

Maria O..... 32 años—Española.

Cresta lateral muy desarrollada sobretodo el lado derecho; insuficiencia nasal, otitis crónica seca; catrrro; naso-faríngeo.

Trat.—Resección sub-mucosa.

Resultado.—Desaparece la obstrucción nasal y mejora notablemente de su catarro naso-faríngeo; pero no de sus ruídos de oído. Se le instituye un tratamiento apropiado.

Gabriela C..... 19 años—Argentina.

Esta enferma tenía una rinitís crónica con hipertrofia de cornetes y una cresta lateral muy desarrollada del lado izquierdo.

Prévio tratamiento médico para disminuir la secrecciones, le fueron desbordados ambos cornetes. Después de sacar los tapones, la enferma no volvió más al consultorio.

A los cuatro meses se presentó quejándose de obstrucción nasal completa de una de las fosas.

El exámen rinoscópico comprobó una gran sinequia entre la cresta y el cornete inferior.

Frat.—Resección sub-mucosa; después de adosar la mucosa y tenida ésta con una pínza, se procedió á la disección de la sinequia con feliz resul-

tado. El tratamiento post-operatorio se siguió en este caso hasta cicatrización completa de ambas superficies cruentas.—Curada.

ALEJANDRO CABANNE.

Buenos Aires, Agosto 29 de 1908.

Nómbrase al Sr. Consejero Dr. Pedro Lagleyze, al Profesor Titular Dr. Eduardo Obejero y al Profesor suplente Dr. E. V. Segura para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesís, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes.»

E. CANTON

R. S. Gomez
Secretario.

Buenos Aires, Setiembre 11 de 1908.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tésis, según consta en el acta n.º 1904 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON

R. S. Gomez
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Las inflamaciones de la mucosa pituitaria en la etiologia de enfermedades oculares.

P. LAGLEYZE

II

La sopresión de desviaciones y espolones del tabique ¿modifica las afecciones del oído medio?

E. OBEJERO

III

Peligros del taponamiento nasal.

E. V. SEGURA