Año 1908 N.° 1894

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

O Z E N A

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

GUSTAVO ESCOBAR

BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA», IMP DE OBRAS DE E. SPINELLI

737 — CALLAO — 737

1908

16.49

Ozena

Año 1908 N.° 1894

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

O Z E N A

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

GUSTAVO ESCOBAR

BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA», IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

737 — CALLAO — 737

1908

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

Artículo 162 del R de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ANTONIO C. GANDOLFO

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » PEDRO N. ARATA
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTÓN
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » JUAN A. BOERI (supl.)
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO (con lic.)
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » JAIME R. COSTA (con lic.)
» » J. MANUEL IRIZAR

Secretarios

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo)
» » RICARDO S. GOMEZ (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	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO A. ALFARO (con lic.)
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
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
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
» Génito-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	» ALFREDO LANARI
Química Médica	» VACANTE
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ (con lic.)
Química aplicada á la Medicina	» VACANTE
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ » ALOIS BACHMANN
Anatomía Descriptiva	» VACANTE
» »	» VACANTE
Semiología y ejercicios clínicos	» VACANTE
Anatomía Topográfica	» VACANTE
Fisiología General y Humana	» VACANTE
Anatomía Patológica	» VACANTE
Bacteriología	» JUAN CÁRLOS DELFINO » LEOPOLDO URIARTE
Higiene Pública y Privada	» FELIPE JUSTO
Materia Médica y Terapéutica	» VACANTE
Medicina Operatoria	» VACANTE
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA
» Dermat.ª y Sifilográfica	» VACANTE
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON (en ejerc.) » RICARDO S. GÓMEZ
Patología interna	» VACANTE
Clínica Oftalmologica	» ENRIQUE DEMARÍA
» Epidemiológica	» VACANTE
» Qnirúrgica	» FRANCISCO LLOBET » MARCELO VIÑAS » MARCELINO HERRERA VEGAS » JOSÈ ARCE
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING » RICARDO COLÓN » LUIS AGOTE (en ejerc.) » DAVID SPERONI
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO » ENRIQUE ZÁRATE » 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

Profesores Honorarios

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUAN R. FERNANDEZ

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Anatomía Patológica.....	DR. JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Oftalmológica.....	» TEÓFILO A. MORET
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 Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MÚJICA (con lic.)
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia 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	Catedráticos sustitutos
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	VACANTE
Botánica y Mineralogía.....	VACANTE
Química inorgánica aplicada..	VACANTE
Química orgánica aplicada....	VACANTE
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ (en ejerc.)
Física farmacéutica.....	VACANTE
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	VACANTE
Técnica farmacéutica.....	VACANTE
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	VACANTE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstetrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica	» VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología.	DR. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	» N. ETCHEPAREBORDA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología	VACANTE
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	VACANTE

PADRINO DE TESIS

Doctor EDUARDO OBEJERO

PROFESOR DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

A MI MADRE

GRATITUD Y CARIÑO

A MI QUERIDA ESPOSA

A LOS MIOS

A MIS MAESTROS

Dres. DIÓGENES DECOUD,
BALDOMERO SOMMER
JACINTO SICARDI

A LOS DOCTORES

MANUEL CARLÉS

PASTOR LACASA

A LOS DOCTORES

JUAN CARLOS DELFINO

FELIPE JUSTO

A MIS AMIGOS

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Al presentar mi última prueba para obtener el honroso título de Médico Argentino, quisiera haberlo hecho con un trabajo digno de los distinguidos profesores que durante largos años en las aulas y á la cabecera del enfermo han sabido conducirme hasta el final en el escabroso estudio de la ciencia médica.

El trabajo que os presento, cumpliendo las disposiciones reglamentarias es por demás sencillo, pero he sabido aprovechar, dentro de los límites que me ha permitido mi poca inteligencia, las sabias instrucciones que de mi catedrático he recibido en las aulas.

Al abandonar éstas, os debo el más sincero agradecimiento, y éste os lo tributo con la mayor sinceridad y aprecio.

Cuando ejerza la medicina tendré siempre presente los sabios consejos que me habeis dado du-

rante mi vida de estudiante, y los seguiré porque ellos me han de dar siempre el resultado apetecido.

Al retirarme de la Facultad procuraré siempre recordar con cariño á mis dignos profesores como especialmente al Dr. Eduardo Obejero que me dispensa el alto honor de acompañarme en esta última prueba.

CAPITULO I

DEFINICIÓN

La palabra ozena viene del griego «ocsin» que significa «oler mal».

Hipócrates al hablar del ozena decía: «Faetor narium nom accidit nisi huntivus nasum simun e superius strictum».

Celso considera al ozena como una afección ulcerosa.

Ambrosio Paré dice que el ozena es una úlcera profunda y que supura situada dentro de las fosas nasales, de las que salen costras con olor nauseabundo.

Galeno al hablar del ozena dice: «Ex genere vero ulcerum ozæne... que ex humorem acrium et putres cibilium influxu generantur... dirimit etiam ossa corrupta».

Theizir Abynsoar hace provenir al ozena «di retenzione et concrezione de umore putrido».

Trincavelli y Morgagni opinan del ozena como Abynsoar; pero Morgagni no pudiendo explicarse como podía venir este olor nauseabundo lo llama «saniem ozœnarum».

En fin llegamos á Juan Scultet que hablando del ozena dice que es una afección nasal que corre con humor icoroso pútrido; que proviene de una úlcera que roe la pituitaria y es simple ó virulenta.

Llegamos al siglo XVIII y las notabilidades médicas de estos tiempos hacen una confusión espantosa del concepto que se tenía del ozena; y hablan del ozena. venerea; sifilítica; escrofulosa; nerviosa; catarral pertinaz (Spitta); habla del ozena carcinomatosa Brisbane; y de la sarcomatosa Lanza.

En el siglo XIX Sansom y Roche; Nysten consideran al ozena como una afección ulcerosa que roe la pituitaria.

Es necesario llegar á mediados del siglo pasado para que cambie el concepto que se tenía del ozena; es Sauvages el primer autor que admite ozena sin ulceración.

Piorry y Valleix llaman ozena á todas las afecciones nasales supurativas fétidas.

Monnerety y Fleury creen que el ozena no es una enfermedad sino un síntoma de lesiones muy diversas.

Grunwald, Michel, Tissier, Nochel consideran el ozena como una afección secundaria. Boyer es de los autores de nuestros días que admite ozena ulcerosa y dice que cuando las úlceras están situa-

das en la parte anterior de las fosas nasales carecen de fetidez.

Tillot considera las úlceras en el ozena raras; y dice que el ozena es una inflamación crónica simple ó específica de la mucosa nasal; casi siempre crónica con lesiones probables del esqueleto y acompañada de olor fétido nauseabundo.

Berliner dice que la fetidez del ozena es un accidente.

Gay considera al ozena como una afección fétida de origen microbiano.

Ruault dice que el ozena es una afección fétida especial.

Woldemar Nikitine dice que el ozena es un catarro crónico de la cavidad nasal caracterizado por la atrofia de la mucosa, la dilatación de las fosas nasales y la acumulación en estas últimas de una secreción que exhala un olor excesivamente nauseabundo perceptible á distancia.

Esta última definición es una de las más completas.

Yo creo que en las definiciones se debe ser sintéticos.

Defino al ozena del siguiente modo:

El ozena es una rinitis crónica atrófica con fetidez especial sin ulceraciones; acompañada de secreción muco-purulenta y á menudo costras con olor característico.

CAPITULO II

ETIOLOGIA DEL OZENA

Son múltiples las ideas que han emitido los numərosos autores que se han ocupado del origen del ozena pero pueden ser abarcadas en las siguientes teorías.

1.ª Teoría Sifilítica
2.ª » Anatómica
3.ª » Lesiones Histológicas
4.ª » Etmoidal
5.ª » Trofoneurótica
6.ª » Mixtas
7.ª » Bacteriana.

1.ª Entre los autores que consideran al ozena como una enfermedad de origen sifilítico, son de citar:

Samson, Roche y Nyxten que creen que el ozena depende de la sífilis papuloxa nasal.

Woldemar, Nikitne, etc., creen que el ozena es

debido á la heredo sífilis y á la escrofula. Se basa en 77 casos de ozena, en los cuales halló 34 heredosifilíticos y 10 escrofulosos.

2.ª Entre los defensores de la teoría de que el ozena es debida á malformaciones de origen anatómico, son de notar los á continuación enumerados:

1.º Zaufal, Hartman, Calmette, Martin, etc.

Dicen que el ozena es debido á la estagnación y fermentación pútrida de las mucosidades en las fosas nasales, anormalmente anchas á consecuencia de una atrofia congénita de todo el armazón nasal, acompañada de debilidad de resistencia de la mucosa.

2.º Hofmann, á este cuadro etiológico, le agrega como causa coadyuante la debilidad y la escrófula. Es de notar que este autor ha hecho un trabajo notable en el que prueba que la longitud de la parte ósea de la nariz en estos enfermos de adelante atrás es más corta que en los sujetos sanos y además existe una distancia mayor entre la espina nasal posterior y la pared posterior de la faringe, y como consecuencia un aumento de la cavidad faringo nasal en los ozenosos.

3.º Chiari la considera el resultado de la disminución del volumen de los cornetes y del ensanchamiento del espacio situado entre los cornetes y el tabique. Debido á esto la secreción nasal disminuye, y su composición mucosa desaparece por el atrofia de las glándulas mucíparas; mientras que

los elementos serosos y purulentos se hallan en abundancia; y el epitelio vibrátil se transforma en pavimentoso.

El muco pues se deseca, debido á que se ha hecho difícil su eliminación por el ancho de las fosas nasales y porque la corriente de aire tiene poca presión; y así se deseca y deposita bajo la forma de costras que tienen olor nauseabundo á temperatura de 38°.

Además hace notar, que sobre 144 casos de ozena, 114 fueron antes de los 30 años de edad y que es más común en los escrofulosos y mujeres y no en los hombres.

4.° Gottstein, atribuye el origen del ozena á la estrechez de las fosas nasales que ocasionaría la pérdida de la fuerza de la corriente de aire y así á esto se debería la impotencia para arrojar los productos de secreción y la fetidez sería la consecuencia de la permanencia de éstos.

4.° Berliner dice que es el cornete medio anormalmente desarrollado que se adapta al foramen esfeno palatino y de este modo impide la circulación interior de la nariz.

5.° Schestakow dice que el fenómeno inicial es la malformación que se manifiesta, pero para que el ozena se manifieste es necesario que el sujeto sea atacado de sarampión, escrofula, sífilis, perturbaciones respiratorias, etc.

6.° Sanger de Magdebourg. Dice que la existencia de un ancho anormal de las fosas nasales

en el ozena, conduce á pensar que ejerce una influencia sobre la producción y persistencia de la enfermedad.

Esta influencia se puede concebir á priori del modo siguiente: por la modificación.

1.° de la rapidez de las corrientes de aire que atraviesan las fosas nasales;

2.° de la energía de la evaporación de la humedad de la mucosa nasal;

3.° de la intensidad de las variaciones de la presión del aire en las fosas nasales.

La presión en los ozenosos es de 5 á 10 veces más débil que en los sujetos normales.

El aumento y caída de la presión del aire da al movimiento de la sangre que circula en las fosas nasales una impulsión acelerada importante.

7.° Gerber dice que los ozenosos tienen el dorso de la nariz comprimido; raiz plana y ancha y que los orificios en lugar de ser horizontales son más ó menos dirigidos arriba esto es la platirrinia que la halla en el 43 °/₀ de los ozenosos. Además el diámetro del tabique mide entre el lóbulo de la nariz y el borde posterior del naso-fáring que es más largo que en los sujetos normales. En sus observaciones concluye: que el diam. del tabique en los ozenosos es de 78.53 y el naso faringeo 24.47. Y en los normales es el primero de 78.63 y el segundo de 21.73.

8.° Meisser dice que los sujetos de conformación

de nariz leptonosópica bajo ciertas influencias pueden volverse platirrínicos.

9.° Routier cree que la causa del ozena está en el ensanchamiento de las fosas nasales y atrofia de los cornetes.

3.° Entre los defensores y fundadores de la teoría que considera al ozena como una enfermedad debida á degeneraciones de los elementos histológicos son de citar los siguientes:

1,° Schuchardt que considera el ozena como originada por la transformación del epitelio normal en epitelio pavimentoso.

En su trabajo hace notar que la secreción examinada al microscopio da presencia de gérmenes, células de epitelio pavimentoso, céulas de la mucosa bucal, desaparición de las glándulas mucíparas y su transformación en tejido de granulación ó cicatricial.

Así transformado ofrece 10 ó 12 capas de epitelio pavimentoso; las capas superficiales son análogas á las de la epidermis. Este tejido epidermoidal crece, deja ver grupos de células epiteliales muertas que entran en putrefacción y dan lugar al olor característico del ozena.

2.° Habermann atribuye el ozena á enfermedad de las glándulas mucíparas.

3.° Volkmann atribuye el ozena á la transformación del epitelio normal en pavimentoso.

4.° Rethi atribuye el origen del ozena á lesiones de las glándulas mucíparas asociadas á la degene-

ración grasosa profunda del epitelio cilíndrico.

5.º Cozzolino considera al ozena producido por una degeneración grasosa profunda del epitelio y de las glándulas mucíparas acinosas de la mucosa nasal con formación de ácidos grasosos volátiles muy fétidos.

6.º Max Cohn cree que la causa del ozena reside en las lesiones de los vasos que forman el tejido eréctil de las fosas nasales.

Y luego dice las alteraciones del tejido eréctil explican la formación de las costras; en estado normal existe una exudación serosa que mantiene húmeda la mucosa, cuando falta ó se halla alterado el tejido eréctil la exudación falta y por lo tanto las secreciones se desecan y depositan bajo la forma de costras.

7.º Sibenmann dice que la única lesión que jamás falta en los ozenosos, es la metaplasia epitelial.

8.º Voltolini opina que el origen del ozena reside en una descomposición de las glándulas de Bowmann.

4.º Entre los autores que sostienen la teoría de las lesiones supurativas del sistema etmoidal que con mas se han hecho notar, son los siguientes:

1.º Tissier en Francia y Grunwald en Alemania, declaran simultáneamente que el ozena es ocasionado por un foco de supuración situado en el sistema etmoidal. La fetidez es causada por gérmenes saprófitos y la atrofia es secundaria y contin-

gente, resulta de la esclerosis epitelial y no de la vascular. La atrofia tiene por centro las glándulas y el revestimiento epitelial es por consiguiente una esclerosis epitelial.

Estos autores arrastran muchos partidarios, que realizan buenos trabajos; para defensa y sostén de la teoría de las lesiones del sistema etmoidal como causa del ozena. Entre los prosélitos, son de citarse los siguientes;

2.º Nochel y Lohemberg, que en un trabajo publicado, hablando de Grunwad dicen: «El ha entrado en la verdadera clínica, en la sana observación».

En este mismo trabajo hacen notar 16 observaciones de ozenosos; en los que pudieron realizar la autopsia, les dieron el siguiente resultado:

11 casos supuraciones de los senos
1 » atrofia sin ozena
5 » no han sido examinados todos los senos.

En otra publicación posterior hacen notar en 111 casos:

6 casos empiema del antro del Higmoro
10 » supuraciones etmoidales
24 » » esfemoidales
25 » » frontales
46 » no han sido examinados con detención.

3.º Michel cree que las mucosidades vienen de los senos y de las células etmoidales.

4.º Farlow cita varios casos del ozena de origen esfenoidal.

5.° Roure después de varias observaciones concluye:

1.° que la ozena sinusinia existe.

2.° » » » es incompatible con la hipertrofia de la mucosa nasal.

5.° Entre los defensores de la teoría trofoneuróticа, son de citarse los siguientes:

1.° Chaveau que piensa que los ozenosos son degenerados neurópatas, para ello se basa en 65 casos de ozena observados, de los cuales $^1/_3$ se hallaban atacados de degeneración física é intelectual.

2.° Bayer dice que el ozena es una trofoneurosis que consiste:

1.° En una anomalía de secreción de la mucosa retro nasal, produciendo una materia que sirve de cultura al microbio propio del ozena.

2.° En una denutrición y atrofia.

3.° En una rinitis frecuentemente hipertrófica provocada y entretenida por los productos de esta afección que obran como cuerpos extraños.

Este autor se nota que ya hace intervenir al gérmen pero ya no como el causante de las lesiones primitivas de la enfermedad sino en un período avanzado.

3.° Lautmann adopta la teoría trofoneurótica, considerando á los gérmenes como simples saprófitos.

4.° Kaspayanz cree que la ozena es una afección del sistema simpático; cita 102 casos en que

halló 46 veces hipertrofia de la glándula tiroides.

6.º Existen autores que participan de estas ideas más ó menos complementadas con otras teorías.

Así Meisser y Kaysser atribuyen la ozena á dos causas que son:

1.º Metaplasia epitelial de la mucosa.

2.º Anchura anormal de las fosas nasales de origen congénito.

Y como este autor muchos otros que se ve que participan de teorías diversas asociadas.

7.º Entre los principales cultores de la teoría bacteriana como causa del origen del ozena, son de citarse:

1.º Frankel, 1882, que es el fundador de la bactareología del ozena.

2.º Lowemberg, 1884, indica que se halla en las fosas nasales de los ozenosos un coco bacilo y un bacilo.

3.º Klamann, en 1885, habla de un coco que cree el causante del ozena, además señala un bacilo.

4.º Thost, 1886, sobre 18 casos, en 12 halla el pneumobacilo de Friendlander.

5.º Hayeck, 1888, cita 10 casos de ozena, en 7 de ellos ha hallado un bacilo que dá cultivos fétidos á 37º y que es patógeno para los ratones, es análogo al de Klamann. Nota también al bacilus mucosus, considerándolo como simple saprófito.

Marano indica un microbio anaerobio facultativo y en estudios posteriores halla:

1.º un bacilo ancho y corto que da colonias redondeadas amarillentas oscuras de bordes netos, á los 24 á 36 h.

2.º un diplococo encapsulado que dá colonias opalinas brillantes salientes, no toma el Graam, se colorea con violeta de genciana y azul de metileno. Agregándole ácido acético se colorea la cápsula. En tubos de gelatina forma unas colonias en forma de clavo, en cultivos de 3 á 4 meses se hacen más grandes los cocos, conservando la cápsula; á 25º á 35º produce olor.

Abel, en 1893, dá las mismas conclusiones que Loewemberg.

Loewemberg, 1894, llega á las siguientes conclusiones:

1.º El microbio de la ozena no es idéntico al pneumobacilo, del que no constituye ni una forma atenuada ni exaltada.

2.º El coco bacilo descrito en 1884, es un microbio sui generis y propio de la afección.

Se halla en todos los casos en masas enormes y la mayor parte del tiempo solo ha sido hallado en los ozenosos.

3.º Es extremamente patógeno, de donde debe tenerse la precaución de no herir la mucosa.

Laurent cita un bacilo largo y delgado en cadenas de dos á cuatro. Dice, puede ser el causante de la ozena.

Gradenigo y Pez, citan un microbio que es el de Belfanti.

Belfanti y della Vedova (Milán), dicen que es un bacilo parecido al de Löffler por su forma y caracteres culturales, muy atenuado en virulencia, que provoca en los cobayos edema y gangrena húmeda de los tejidos de la región inyectada, se halla en el exudado de los ozenosos, en la profundidad de la mucosa, luego cita el de la xerosis y el mucosus.

Auche Brindel (Burdeos), 1897, examen de 24 casos.

20 veces el diplobacilo de Loewemberg.
18 » » pseudo diftérico.
3 » » de Pez y Gradenigo.
12 » » Estafilococo.
4 » » Estreptococo.

G. Strazza, 25 casos, cita un bacilo encapsulado que no licúa la gelatina; que toma los colores de anilina en sus contornos y extremidades, no toma el Graam, es anaerobio facultativo.

Mouret, de (Montpellier). Ha hallado:
Streptococo.
Diplococo.
B. Löeffler.
Perez, 1899. Su cocobacilo.

Schäpy, (Viena), hace una série de estudios bactereológicos sobre el ozena, hallando una sarcina que es análoga al bacilo de Lowemberg; hace inoculaciones con resultado negativo.

CAPITULO III

SÍNTOMAS Y DIAGNOSTICO

Los síntomas del ozena los dividiré en síntomas subjetivos y síntomas objetivos.

Los primeros son los que siente el paciente y es por los cuales acude al médico. Y los segundos son los que el médico percibe con el exámen del enfermo y merced á los cuales el médico establece su diagnóstico.

Entre los síntomas subjetivos uno de los que tiene mayor importancia es la eliminación de las costras en abundancia así como la gran cantidad de muco pus de color amarillo verdoso que molesta tanto á los enfermos; según estos no les bastan pañuelos y además como estas costras y muco pus son fétidos y esta fetidez es tan acentuada que todas las personas tratan de alejarse según relatan los enfermos lo que les impide hallarse en sociedad. Entre otros síntomas subjetivos hallamos la pérdida

del olfato; así como también la del gusto y á veces la ingestión de los alimentos es repugnante pues les hallan un sabor desagradable.

Además sobre todo al despertarse sienten sequedad en la garganta y un sabor tan desagradable en la cavidad bucal que á algunos de ellos les llega á provocar nauseas.

Entre otros síntomas subjetivos que no son tan frecuentes son de notar cefalalgias frontales; disfonias temporarias, etc.

Entre los síntomas objetivos procediendo al exámen de un ozenoso. Lo primero que notamos al acercarnos al enfermo es un olor nauseabundo especial y que cualquiera que haya examinado ozenosos lo conoce. Si avanzamos en nuestro exámen con solo observar los orificios nasales nos permiten percibir en algunos enfermos algunas costras. Si ahora hacemos uso del espéculo nasal é iluminamos las fosas nasales del enfermo procediendo á un exámen metódico lo primero que notaremos será la presencia de abundante muco pus que puede ser amarillento; amarillo verdoso ó grisáceo y en este muco pus se suelen hallar costras que se han desprendido de la mucosa nasal; si levantamos con porta algodones este muco pus y observamos detenidamente las diversas zonas la mucosa nasal, no tardaremos en descubrir en algunos puntos costras adherentes ó más ó menos desprendidas que extraídas con una pinza y examinadas notaremos ante todo que son fétidas luego su coloración que puede ser amari-

llenta; verdosas ó grisácea y á veces negruzcas. Ahora si observamos la superficie de donde hemos levántado la costra notaremos que esta superficie es pálida blanquecina sin vasos y sin ulceraciones. Una vez bien limpias las fosas nasales nos llamará la atención el ancho anormal de éstas; y si concentramos nuestra atención sobre el estado de los cornetes notaremos generalmente que los cornetes inferiores se hallan más ó menos atrofiados. El estado de los cornetes medios pueden hallarse en algunos casos hipertrofiados y en otros atacados de atrofia.

Esto es lo que probablemente á menudo observamos en las fosas nasales, pero á fin de que nuestro exámen no sea deficiente es necesario que examinemos el estado de las cavidades vecinas.

Examinaremos el naso fáring en el que á menudo encontramos costras.

Continuaremos examinando la laringe por si existen costras de ozena.

Luego pasaremos á la iluminación de los senos frontales y maxilares pues en más de una ocasión podemos hallar con estas cavidades con pus.

Todos estos exámenes nos encaminarán al diagnóstico pero para que un diagnóstico sea completo es necesario que establezcamos el diagnóstico diferencial con las afecciones que puede confundirse el ozena.

Podemos confundir el ozena con la rinitis atrófica de origen sifilítico esta última enfermedad también

tiene fetidez y atrofia; pero es de notar que la fetidez no es la específica del olor al ozena; pero esto sólo nos basta para establecer nuestro diagnóstico diferencial es necesario que examinemos detenidamente el estado de la mucosa nasal una vez que la hallamos limpiado bien en seguida nos saltará á la vista si la mucosa tiene ó no tiene ulceraciones. Siempre que hallemos ulceraciones podremos sostener que nos hallamos en presencia de una rinitis atrófica sifilítica. Pues el ozena jamás se acompaña de úlceras.

No confundiremos el ozena con las rinitís atróficas simples pues éstas no se acompañan de olor fétido.

No confundiremos el ozena con las sinusitis por el exámen de los senos y además que el poco pus que hallaríamos en estos casos en las fosas nasales no poseería nunca el olor al ozena.

Para hacer diagnóstico del ozena es necesario que nos hallemos en presencia de una rinitis atrófica con fetidez característica y sin ulceraciones.

CAPITULO IV

COMPLICACIONES

Las complicaciones del ozena son múltiples; y esto es notorio desde el momento que esta afección se halla localizada generalmente en las fosas nasales; digo generalmente pues por excepción hallamos el ozena primitivo en la laringe, tráquea, etc.

Hallándose el ozena localizado en las cavidades nasales que tienen relaciones de contiguidad con la faringe y con el sistema etmoidal es fácil que sean atacadas.

Entre las complicaciones más frecuentes del ozena es de notar el ozena faríngeo que ataca á casi todos los ozenosos.

La laringe es atacada aunque no con tanta frecuencia como la faringe y hay autores que pretenden que esta enfermedad sirve de puerta de entrada á la tuberculosis laríngea.

A consecuencia del ozena faringeo se ve que no tardan en aparecer las inflamaciones de la trompa de Eustaquio y por intermedio de ésta son atacados los oidos al principio de otitis medio aguda y luego otorreas.

El sistema etmoidal es tan frecuentemente atacacado que ha servido á Grunwald para fundar su teoría de las lesiones del sistema etmoidal como causa del ozena.

Los empiemas maxilares son muy frecuentes; luego siguen los empiemas de los senos frontales en orden de frecuencia; y finalmente los senos esfenoidales.

Las vías lagrimales tampoco están fuera del radio de acción de las complicaciones del ozena: muchas dacrocystitis; fístulas lagrimales; conjuntivitis; keratitis y neuritis ópticas son debidas á la existencia del ozena.

Chaveau examinando con detención 65 ozenos, encontró en 10 de ellos palpitaciones; 16 estaban atacados de gastritis y 14 de inapetencia.

En estos últimos tiempos Gay y Tillot insisten en las complicaciones gástricas de origen ozenoso que atribuyen á las mucosidades y costras que estos enfermos degluten mientras duermen; Tillot ha extraído por medio de la bomba gástrica costras y muco pus del estómago de los ozenosos en ayunas y en los casos que observó desapareció la gastritis con el mejoramiento del ozena.

Peck dice haber notado entre sus enfermos del ozena las siguientes complicaciones:

a) Del lado de las vías lagrimales y del órgano de la visión, dracrocystitis; fístulas lagrimales; conjuntivitis, keratitis y neuritis ópticas.

b) Del lado del oído y apofisis mastoides otitis medias supuradas, agudas y crónicas y mastoiditis.

c) Laringe y vías aereas, laringitis, ozena laringo traqueal, bronquitis, tuberculosis.

e) Aparato digestivo gastritis.

f) Meninges y sistema nervioso cefalalgias, vértigos, congestión cerebral.

Deumier hace notar la frecuencia de la coincidencia de la dispepsia flatulenta con el ozena.

Baginsky y Fräenkel citan varios casos de ozena laringo traqueal.

Wys sobre 60 observaciones ha anotado 13 casos sin lesiones auriculares apreciables: 21 %; 32 con lesiones del oído sin ocasionar sordera; 15 sordos: 25 %.

Entre los ozenosos que he observado he notado que de las complicaciones la más frecuente es el ozena faríngeo; luego en orden de frecuencia he observado las otitis medias purulentas; algunos casos de ozena laríngea y de infecciones de los senos.

CAPITULO V

TRATAMIENTO

Ya en la época de Galeno y de Celso se pretendía curar el ozena desecando la úlcera.

Desde esa época hasta el siglo pasado, nadie pensó en cambiar de método para curar el ozena.

Es necesario llegar á Emilio Tillot, que en 1875, preconiza para curar el ozena las pulverizaciones nasales con aguas minerales. Mas adelante asocia á este tratamiento las duchas nasales de agua salada.

En 1878, Renzone propone la inoculación del pus de la gonorrea en la mucosa nasal; para ello se basa en tres observaciones, de las cuales la primera fué casual. Además administra al interior fosfato de cal y aceite de hígado de bacalao yodurado.

Fernando Massei preconiza en este mismo año su tratamiento antiparasiticida, que consiste en:

1.º Dilatación de las fosas nasales estrechadas

cuando la mucosa está hipertrofiada. Para esto usa el catəterismo forzado de las fosas nasales con bujías uretrales.

2.° Lavaje y desinfección de la región enferma. Para lo que usa una solución de ácido salicílico al $^{1}/_{500}$ que considera antiséptica y astringente.

3.° Medicación modificatriz local, para lo que usa el calomel.

Duplay, en 1879, indica la dilatación progresiva de las fosas nasales y supositorios de manteca de cacao, con alumbre, bórax, tanino, óxido de zinc, benzoato de soda, sub-nitrato de bismuto, cloruro de sodio, clorato de potasio, calomel, ioduros alcalinos, etc., esto se aplica después de darse una ducha nasal.

Gottstein, 1880, preconiza los tapones de algodón, pero que no impidan el pasage del aire.

Wolkmann, 1882, cita dos casos de ozena curados después de extirpar á legra los cornetes inferiores y parte de los cornetes medios.

Delavan, en 1887, indica el uso de la corriente galvánica en el ozena, colocando el polo positivo en la nuca y el negativo en la mucosa con 4 á 7 miliamperes durante unas tres horas.

Roe dice que por el método de Delavan solo ha obtenido inflamaciones y no curaciones.

Tedenal, en 1899, indica talco iodado y tapones de algodón.

Felici en este mismo año usa sacarina 1 á $^{1.5}/_{500}$.

Berliner, 1890, dice que se debe separar el cor-

nete medio del septum nasal y recurrir al galvano-cauterio en casos de hipertrofia.

En este mismo año, Meyjes indica que se trate con algodones que deja durante 30 minutos en las fosas nasales. Al retirarlos instila 10 á 12 grs. de una solución de nitrato de plata al 2 °/₀; esta solución la concentra todos los días para llegar al cabo de 8 días á instilar soluciones al 25 °/₀.

Petersen, 1891, preconiza una pomada con eurofeno al 1 °/₀.

En este mismo año W. Tigni Thornton indica la siguiente fórmula asociada á tratamiento tónico general.

Rp.

Carbonato de sodio }	aa
Borato de sodio }	3.50
Hipoclorito de sodio	1.80
Glicerina	90
Agua	250

(inyecciones nasales)

Demne indica insuflaciones de aristol con piotanino, masages y pomada á base de piotanino.

Adolfo Bronner indica el curetaje de la mucosa y duchas con una solución alcalina de aceto tartrato de aluminio; y polvos de aceto-tartrato de aluminio, mentol, alcanfor, ácido bórico, aristol y eurofeno.

Garrizon indica jeringatorios retronasales de:

Rp.

Glicerina	15 gramos
Cloruro de sodio	2 »
Fenol sódico	10 »
Agua destilada	240 »

y el galvano cauterio y toques con ictiol al 5 °/₀.

1892, Phillips preconisa toques con el siguiente tópico:

Rp.

Ictiol	40 gramos
Kerolina	100 »

(Tópico)

y además frotes enérgicos con este mismo.

El Dr. Turban indica pulverizaciones cinco ó seis veces al día (sin hacer lavaje), de:

Rp.

Iodol Acido tanino Acido bórico	aa

Jouslain preconiza el método ideado por Gautier, que consiste en usar la electrolisis con una intensidad de 5 á 8 miliamperes, usando el electrodo positivo de cobre rojo en una fosa nasal y el negativo de algodón en la otra fosa nasal. Al funcionar se descompone una solución de cloruro sodio, yendo el cloro á combinarse con el cobre, se deposita en la mucosa nasal oxicloruro de cobre que considera un poderoso antiséptico.

Paul Rouge (de Challes) ordena á sus enfermos abundantes lavajes con cloruro de sodio, cada lavaje de 15 á 20 litros y verificarlos dos á cinco veces al día.

Hans Dasse usa el método de Veinme que ha perfeccionado y que consiste en el masage vibratorio de la pituitaria.

A fines de 1894 Sanger trata la ozena estrechando las fosas nasales con dos láminas metálicas que tienen un resorte y gracias á éste se producen alternativas, compresiones y decompresiones que activan la circulación y favorecen la curación.

L. Rethi en este año dice que los ozenosos se deben tratar con cauterizaciones profundas.

Belfanti y Della Vedova en 1896 citan 32 casos tratados con suero antidiftérico 16 curaciones; 7 casi curados; 5 mejorados; 4 mejoría lenta.

Se necesitan término medio 18.000 á 30.000 unidades de suero antidiftérico para obtener la cura.

Las modificaciones producidas por el tratamiento serían:

1.ª Turgecencia y congestión de la mucosa enferma.

2.ª Desaparición del olor,

3.ª Fluidificación y exudado.

4.ª Desaparición de las costras verdes.

Las complicacioees que puede producir el tratamiento no son graves ni peligrosas para el enfermo.

S. Lautmann, Comparaid, Castañeda, Gradenigo, etc., acompañan con la sueroterapia que publican

una buena serie de casos en que dicen haber obtenido curaciones por este método.

M. Bozzolo cita dos casos en que desapareció el olor después de cuatro inyecciones pero después de suspenderlas volvió el olor que se le hizo desaparecer con nuevas inyecciones. La aparición de hemorragias múltiples sub-cutáneas obligaría á suspender el tratamiento.

Bayer (Bruselas) usa en la ozena el electrolisis durante 10' y coloca el electrodo positivo de cobre en el cornete superior y el electrodo negativo de platino en el cornete inferior. Usando 10 miliamperes.

Dice que el mejor tratamiento y casi específico es la electrolisis insterticial pero no es exento de peligros.

Nichols usa el orto cloro fenol.

Aislan y G. Catterina de Padua usan la suerotерapia.

Delsaux llega á las siguientes conclusiones: Que todos los procedimientos terapéuticos empleados se reducen al proceso irritativo y que las inyecciones detersivas alcalinas constituyen un procedimiento de elección.

Además dice que la multiplicidad de divertículos de la mucosa nasal no permite, realizarlas.

Lermoyez dice que es incurable.

Bruck usa la gaza pero que no obstruya totalmente:

Obra del siguiente modo:

1.º Aumenta la temperatura del aire respiratorio.

2.º Lo hace más húmedo.

3.º Purificar los polvos, etc.

Hugues dice que el ozena se cura espontáneamente de 35 á 40 años quedando la atrofia.

Moure usa tratamientos etiológicos:

1.º En la forma adenoidea extirpa la causa y cura.

2.º En la forma sinosinia por el método operatorio cura.

3.º En la forma necrosante (Gruwald) curetage del etmoides.

4.º En la forma purulenta con muco pus verde duchas nasales.

5.º En la forma ozenatosa atrófica con bacilo de Loewemberg, es rebelde.

Gradenigo preconiza en 1897 las inyecciones intra musculares de yodo 1 á 3 centígramos cada tres días.

En este mismo año E. Moure indica la electrolisis con tapones colocados en las fosas nasales embebidos en bálsamo del Perú.

Mouret (Montpellier) preconiza el cloruro de zinc en toques, masage y electrolisis.

Poco tiempo después publica su tratamiento en el que se procede como á continuación expreso:

Durante 15 días mañana y tarde lavajes nasales con:

Sal. . . . . 2 cucharadas de café
Agua . . . 2 lit. de agua.
(irrigaciones para una vez)

Durante estos quince días primeros del tratamiento, toma el paciente 2 cucharadas al día á la cena y al almuerzo una de:

Rp.

Glicero fosfato de cal 5 gramos
Agua destilada 150 »

(bebida por cucharadas)

Los 15 días siguientes se suspende el glicero fosfato y se da Licor de Fowler y maságes con tapones embebidos en la solución á continuación formulada:

Rp.

Iodo	1	gramo
Ioduro de potasio	2	»
Acido fénico	1	»
Glicerina	80	»
Agua	21	»

Mas adelante se aplica la electrolisis y se suspende el tópico anterior, reemplazándolo por la fórmula siguiente:

Rp.

Aceite de vaselina 100 gramos
Mentol 1 »

(tópico)

Se continúa después con las inyecciones de agua y bicarbonato de soda y con tapones de soluciones de cloruro de zinc al $^1/_{50}$, $^1/_{30}$, $^1/_{15}$, $^1/_{10}$, $^1/_5$; se usa cada uno en dos curas y luego se usa la inmediata superior.

Berger, (Amsterdan), cita un caso de curación con el aceite mentolado.

Martin Hendelsohn, cita 10 casos de ozena curados con el método de Bayer, excepción hecha de uno.

George Stoker, cita una curación can el uso del oxígeno, por espacio de dos meses.

Lombard cita 15 casos curados con la serotera-pia y dice que su acción es temporaria y que solo sirve para combatir la fetidez.

Ablov cita un caso de un niño de 5 años curado con 10 cm^3. de suero.

Ferreri niega la acción de la sueroterapia.

Rethi con la electrolisis califica de curación la supresión del olor.

Hamm, en 1899, indica el uso del ácido cítrico en el ozena· Todos los días se hace una ducha nasal y 3 veces al día insuflaciones de ácido cítrico y azúcar, aa es paleativo suprimir el olor.

A Bronner, (Bradford), usa la formalina.

Primero limpia las fosas nasales con una solución alcalina y luego con la solución de formalina $^1/_{1000}$, $^1/_{2000}$, $^1/_{500}$· $^1/_{100}$ 3 veces al día. Además hace notar que ha observado un 25 á 30 °/o de los ozenosos son atacados de sinusitis.

Schall introduce algodón metalizado montado sobre una varilla de cobre en el polo +; y en la opuesta otro metalizado el polo negativo.

Se metalizan en una mezcla de nitrato de plata y ácido tártrico en caliente, es mejor que las agujas según su autor.

Ambrosini, en 1900, dice que se asocie la electrolisis, el masage y sueroterapia.

Borras, (Barcelona), les inyecta 5 á 15 cm^3. cada vez, y ésta se verifica cada dos ó tres días y la electrolisis y se hace este tratamiento durante mes y medio.

Noebel y Löhnberg, citan 16 casos tratados quirúrgicamente. Para proceder se anestesia la mucosa con una solución de cocaina al 20 %, se procede á desprender la pared anterior del seno esfenoidal levantando la mitad posterior del cornete medio; se corta con tijeras curvas, se tapona, para verificarla, algunos días después se procede al segundo tiempo operatorio que consiste en buscar la abertura del seno y agrandarla, teniendo cuidado con la carótida, nervio óptico y con el cerebro.

En este mismo año Delye preconiza las inyecciones de parafina al petróleo.

W. Farlow, 1901, cita un caso que curó con inyecciones de peróxido de hidrogeno y curetage.

Bonnet, (Massiac), usa irrigaciones de azul de metileno al 2.50 %₀₀, primero 3 veces al día, á los pocos días se hace 1 sola irrigación; curó unos ca-

sos en 3 ó 4 semanas. Lo que desaparece con este método es solo el olor.

M. Bourollec, en su tesis, cree que el mejor tratamiento es la electrolisis.

Monto de Francesco cita tres casos curados de ozena seguidos durante tres años; el primero de ellos se curó accidentalmente después de una erisipela y los otros dos por inoculación.

G. Sake cita el caso de un ozenoso que curó con inyecciones de parafina, era estrecho de fosas nasales.

Croskoff, 1902, usa el sulfo ricinato al 30 °/₀ tres días despues de comenzar su uso desaparece el olor y á las 5 á 7 semanas desaparecen las costras.

Dionisio, (de Turín), hace notar en este año los trabajos de Finsen sobre fototerapia en el lupus.

De hay la ocurrencia de usarlo en la ozena, procede como sigue:

Anemia pequeñas zonas de la pituitaria con cocaina y adrenalina y luego sobre éstas proyecta rayos de luz solar, de gaz, de acetileno, eléctrica; esto se verifica ayudándose de lentes y espejos; la acción inmediata se nota por los estornudos é hipersecreción.

En una de sus publicaciones llega á las siguientes conclusiones:

1.° La acción curativa se ejerce de una manera lenta pero constante en todos los enfermos.

2.° Que las mejorías y curaciones persisten largos meses después de cesar el tratamiento.

3.º Que los pacientes pueden suprimir las irrigaciones nasales.

En sus últimos trabajos dice que la radiación oscura sería más poderosa que los rayos infra rojos.

Zaalberg usa las inyecciones de parafina; en 60 casos tratados 20 curas, 35 mejorías, 5 negativos.

Broeckert dice que su método de inyecciones de parafina es sobre todo ventajoso y seguro en los casos en que las lesiones son poco avanzadas pero en éstos hace notar que son peligrosas porque hay que emplear de la fuerza de la inyección, á pesar de todas las precauciones uno se expone á las trombo flebitis de la vena facial en un 5 % de los casos.

Indica como se deben realizar las inyecciones.

1.º Inyectar 1 gr. de parafina por vez.

2.º Emplear poca fuerza.

3.º No calentar á más de 55º.

4.º Comenzar por la parte posteríor del cornete.

Cita 20 casos en los que 39 fosas nasales se hallaban atacadas de ozena, 23 curas, 7 mejorías, 19 negativos,

Guisez cita 22 casos tratados con inyecciones de parafina 15 curas y 7 mejorías.

Botey inyecciones de parafina 10 % incurables; 25 % mejoran: 45 % curan.

Burger trató seis casos avanzados de ozena con inyecciones de parafina con resultado negativo.

Collet y Bordier en 1902 usan las corrientes de alta frecuencia. Hahm se sirve de un excitador ó

de tubos para lanzar verdaderos efluvios en el vestíbulo de las fosas nasales: dicen que con 20 á 30 curaciones se curan.

Broeckert el año pasado hace notar que si la parafina irrita puede producir desórdenes graves por hiperplasia patológica, pseudo tumores, fibro sarcomas y tejido pseudo tuberculoso.

Kanellis usa el ictiol y el masage vivratorio producen unas mejorías notables.

Vacker agua iodada, clorada y sulfurosa.

Coupard usa gaza iodoformada y salolada en tapones.

Noquet dice que la mucosa atrofiada puede regenerarse usa el clorato de potasa·

2 veces por día ducha nasal de agua con una cucharadita de clorato de potasa y después pulverizaciones de la siguiente fórmula:

Rp.

Hidrato de cloral . . .	050	cent.
Acido bórico	6	gr.
Glicerina pura	10	»
Agua dest. laurel cerezo	20	»
Agua dest, ...	200	»

Al medio día una pulverización sin lavaje 200 gr. de agua y una cucharada de vinagre.

Cada 8 días alternar en vez de clorato de potasa ácido fénico al $2^{0}/_{00}$ y tocar con Cl. Zn. 20 $^{0}/_{0}$. Ha observado la regeneración de los cornetes en enfermos menores de 20 años.

Rp.

Ruault usa el: Naftol B 6 á 12 gramos

Alcohol á 90º 84

1 cucharada por litro de agua

En los casos muy rebeldes introduce después del lavaje, tapones de gaza embebidos en emulsión de naftol fórmula obligatoria de Lebeuf:

Naftol B	12 g.
Tintura de Quillaja.	88 »
Agua	400 »

Se dejan $^1/_4$ de hora los tapones en las fosas nasales-

También tapones con trementina (med. recomendada por Malacrida).

Dice que el tratamiento debe llenar las siguientes condiciones:

1.º Desprender completamente de las fosas nasales las costras que se han acumulado.

2.º Obrar sobre esta mucosa con un antiséptico poderoso produciendo á la vez antiséptico poderoso y una ligera irritación de la pituitaria.

3.º Impedir la disecación de la mucosa y de las secreciones conservando el enfermo la probabilidad de respirar·

Para la primera indicación les hace un lavaje de bicarbonato de soda á la mañana; se examina al enfermo y si hay costras se desprenden con las pinzas de Duplay; se hace pasar agua.

Se pasa á la antisepsia:

Naftol alcanforado con un pincel se pasa en toda la fosa nasal; ésta se pone roja y á veces sangra; se puede aplicar cocaina antes.

Se puede hacer á la tarde un segundo lavaje, éste se puede reemplazar con inhalaciones durante 10' á 15' de la siguiente fórmula:

Rp.

Tintura de benjuí 109
Agua destilada. . 1001
Una cucharada de café por vez
(Inhalaciones)

Rinoscopia posterior; toca con naftol alcanforado ó con creolina ó salol; cuando hay hemorragia usa el gálvano cauterio.

Solis usa el bromoformo.

1.º Hace un lavaje con agua oxigenada.

2.º Aplica el bromoformo.

C. Rice (New York) ordena á los ozenosos hacer una inspiración profunda de aire, enseguida hace pasar una corriente de ozono; la expiración arroja el gas que podría quedar en la nariz; después de varios minutos de descanso se recomienza; se verifican estas operaciones 2 ó 3 veces por semana. Se nota en los enfermos un aumento de secreción nasal pero bien pronto se acostumbran y es inutil este tratamiento.

Tissier en estos últimos años á fin de mostrar que es menos ignorante que sus colegas hace lavajes del estómago á los ozenosos en ayunas para ver si las costras han penetrado en el estómago

Su tratamiento consiste:

1.º Suprimir el olor.

2.º Limitar y detener la invasión hacia la mucosa y sus glándulas y asi impedir las alteraciones de los epitelios de revestimiento glandular; y masage vibratorio.

Estien en su tesis cita 10 casos que trató todos los días con toques de nitrato de plata sobre los cornetes, NO^3Ag. $^1/_{20}$, $^1/_5$ y cloruro de zinc 1 $^0/_0$, $^1/_{10}$, duchas bóricas y tratamiento dietético.

Gay usa la glicerina yodada $^1/_{30}$, $^1/_{50}$.

Rethi la electrolisis dice que mejora.

Bobone usa:

Rp.

Petróleo		40 gramos
Aceite eucalipto		0.50 centig.
Nitrato estrignina	0.02	»

(tópico)

después de lavarse varios días se aplica cocaina y luego se hace masage con algodones embebidos en el topico; el olor y las costras desaparecen. El uso del petróleo fué introducido en medicina por los etiopes que tenían el aceite de nafta.

Los mas de los tratamientos usados son de resultados nulos y sumamente molestos; y dolorosos algunos de ellos como ser el nitrato de plata en soluciones; y la tintura de yodo que son de los mas usados.

La electrolisis cuprica no ha dado los resultados que se deseaban.

Las inyecciones de parafina son útiles en los casos no muy avanzados del ozena, pero ofrecen nn inconveniente grave que es que las inyecciones de parafina segun Broeckert, su autor, á pesar de usar parafina fusible á 45°, nota en un 5 % casos de trombo flebitis de la vena facial, considerando al ozena una enfermedad de origen microbiano local.

He usado con buen éxito soluciones de ermofenilo al 20 % y al 40 % asociado á los lavajes. Se obtiene haciendo toques con estas soluciones tres veces por semana y haciendo hacer uso al enfermo de una pomada á base de ermofenilo al 20 % se obtiene en los casos de ozena no muy avanzados una desaparición rápida de las costras y de la fetidez.

Sobre 30 observaciones de ozenosos que he tratado con el ermofenilo, he obtenido 25 curaciones; enfermos que los he observado un año después de suspender los lavajes y seis meses después de suspender el uso de una pomada á base de ermofenilo.

Los otros cinco casos se trata de ozenas que datan por lo menos de 20 años; en estos casos se obtiene mejoría, pues la fetidez desaparece. Este tratamiento no es doloroso ni molesto para los enfermos.

CAPITULO VI

OBSERVACIONES

Primer caso

CLÍNICA DEL DR. EDUARDO OBEJERO (HOSPITAL CLÍNICAS)

Adolfo M., de 24 años, argentino, soldador.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Es alcoholista.

Enfermedad actual. Hace 4 años comenzó á notar en la boca un sabor desagradable; y al mismo tiempo dice el enfermo que le salían de las fosas nasales abundantes costras y muco pus, por lo que se veía cbligado á gastar diariamente muchos pañuelos.

Hace año y medio vino á este servicio; le ordenaron lavajes de agua salada y pomada mentolada.

Estado actual, Octubre de 1906.—Tipo de nariz ensilla.

Examen de las fosas nasales.—En ambas fosas nasales es muy marcada la atrofia de los cornetes inferiores. Los cornetes medios se hallan normales.

La mucosa nasal de ambas fosas se halla cubierta de muco pus y costras amarillo verdosas fétidas; levantadas dejan ver una mucosa pálida anemiada.

Tratamiento Ermofenilo. Seis primeros meses 3 lavajes diarios de agua salada de 2 litros por vez; uso de la pomada á base de Ermofenilo; después de cada lavaje y tres curaciones por semana en el consultorio con soluciones de Ermofenilo al 20 % y 40 %.

Febrero 1907. Suspende los lavajes y curaciones del consultorio.

Hace solo uso de la pomada 3 veces por día.

Noviembre 1907. Lo vuelvo á examinar; la atrofia subsiste, pero no hay ni costras ni muco pus ni fetidez.

Examen bactereológico.—16-10-906. — Denota la presencia de estofilococo piógeno dorado; bacilo subtilis y una sarcina.

Segundo caso

CLÍNICA DEL DR. EDUARDO OBEJERO (HOSPITAL CLÍNICAS)

José B., de 19 años, italiano, soltero, sastre.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Es onanista.

Enfermedad actual.—Dice que ha muchos años que le salen costras y muco pus.

Estado actual.—Octubre de 1906.—Siente ardores en ambas fosas nasales; nariz en silla.

Examen de las fosas nasales.—En ambas fosas nasales atrofia muy marcada de los cornetes interiores y ligera atrofia de los cornetes medios, la mucosa nasal de ambas fosas se halla cubierta de muco pus y de costras amarillo grisáceas fétidas; que levantadas dejan ver una superficie pálida anemiada.

Tratamiento empleado.—Ermofenilo.

Febrero de 1907.—Suspende los lavajes y curaciones en el consultorio.

Setiembre de 1907.—Vuelto á examinar la mucosa de ambas fosas nasales, es rosada, no hay ni muco pus ni costras; la atrofia de los cornetes subsiste.

Examen bactereológico.—16-10-906. — Denota la presencia de Bacilos de Lowemberg y Subtilis y de Estofilococo piógeno dorado y Estreptococo.

Tercer caso

CLÍNICA DEL DR. EDUARDO OBEJERO (HOSPITAL CLÍNICAS)

María N., 16 años, soltera, modista.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Data de unos 10 años según sus padres empezó con ardores y le salían muco pus y costras amarillo-verdosas. Desde hace unos cuatro años nota un gusto desagradable en la boca.

Estado actual.—Octubre de 1906. Nariz en forma de silla. En ambas fosas nasales el atrofia de los

cornetes inferiores es regular; el cornete medio de la fosa nasal izquierda está hipertrofiado. Las mucosas de ambas fosas nasales se hallan cubiertas de muco, pus y costras adherentes amarillo-verdosas.

Senos normales.

Trat. empleado, Ermofenilo.

Febrero de 1907, suspende los lavajes y curaciones en el consultorio.

Septiembre de 1907, vuelta á examinar la mucosa de ambas fosas nasales es rosada no hay costras, ni muco pus; la atrofia de los cornetes subsiste.

Examen bacteriológico.—18-10-906. Denota la presencia de estafilococo piógeno dorado; estreptococo y colibacilo.

Cuarto caso

CLÍNICA DEL DR. EDUARDO OBEJERO (HOSPITAL CLÍNICAS)

Antonio D., 16 años, italiano, soltero.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Ha cuatro años comenzó á notar mal olor y sabor desagradable; le salían costras amarillo-verdosas muy fétidasde las fosas nasales.

Estado actual.—Octubre 1906. Tipo de nariz en silla. En ambas fosas nasales hay atrofia regular de los cornetes inferiores; las mucosas se hallan recubiertas de muco pus y costras amarillo-grisáceas

fétidas que levantadas dejan ver una superficie anemiada.

Senos normales, hay ozena faríngea.

Trat. Ermofenilo.

Febrero de 1907 suspende los lavajes y curaciones en el consultorio.

Septiembre de 1907, vuelto á examinar no hay costras ni muco pus, la superficie de la mucosa es rosada.

Examen bacteriológico.—18-10-906. Denota la presencia de estafilococo piógeno dorado; de bacilo de Lowemberg Abel; Bacilus mesentericus vulgatus y bacilo subtilis.

Quinto caso

CLÍNICA DEL DR. EDUARDO OBEJERO (HOSPITAL CLÍNICAS)

Magdalena B., 57 años, italiana, viuda.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Ha tenido sarampión cuando tenía 10 años; menopausa á los 47 años; á los 52 zumbidos en los oídos.

Enfermedad actual.—Desde hace dos años nota una gran fluxión nasal con eliminación de costras verdosas y muco pus.

Estado actual.—24-10-906, forma de la nariz en silla; al examen de las fosas nasales se nota una ligera atrofia de los cornetes inferiores; los cornetes medios se hallan hipertrofiados; la mucosa nasal está recubierta con muco, pus y costras adherentes

amarillo-verdosas que levantadas dejan ver una superficie pálida anemiada.

Senos normales.

Tratamiento, Ermofenilo.

Marzo de 1907, suspende los lavajes y curaciones en el consultorio.

Mayo de 1907, usaba solo la pomada; examinada las fosas nasales la mucosa está rosada; no hay costras ni muco pus.

Examen bacteriológico.— 24-10-906. Denota la presencia de estafilococo piógeno dorado; de bacilo subtilis y del estreptococo.

Sexto caso

CLÍNICA DEL DR. EDUARDO OBEJERO (HOSPITAL CLÍNICAS)

Andrés F., 16 años, argentino, estudiante.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sarampión á los 5 años; otorrea doble á los 11; vegetaciones operadas á los 15 años; es onanista.

Enfermedad actual.—Dice que hace unos 5 años comenzó á sentir ardor en la nariz y que le salían muchas costras amarillo-verdosas fétidas.

Estado actual.—27 10-906. Forma de la nariz nada de particular. El examen de las fosas nasales permite notar marcada atrofia de los cornetes inferiores; la mucosa de la fosas nasales está recubierta por mucho pus adherente y costras de color grisáceo

negruzco sumamente fétidas; levantadas dejan ver una superficie anemiada.

Senos normales.

Hay costras en la faringe.

Tratamiento, Ermofenilo.

Marzo de 1907, suspende los lavajes y curaciones en el consultorio.

Desde el mes de Julio de 1907 no usa la pomada; lo examino en Mayo de 1908, la mucosa está rosada; no hay muco, pus ni costras.

Examen bacteriológico.—27-10-906. Denota la presencia de bacilo de Lowemberg; bacilo subtilis; estafilococo piógeno dorado; bacilo mesentérico vulgatus.

Séptimo caso

CLÍNICA DEL DR. EDUARDO OBEJERO (HOSPITAL CLÍNICAS)

Antonio M., 37 años, italiano casado.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sarampión á los 14 años; fiebre tifoidea á los 20 años.

Enfermedad actual.—No recuerda cuando le empezó.

Estado actual.—27-10-906.—Forma de la nariz tipo ensilla. El examen de las fosas nasales permite reconocer solo vestigios de los cornetes inferiores; los cornetes medios de ambas fosas nasales están muy hipertrofiados. La mucosa nasal se halla recubierta de muco pus amarillo-verdoso y de abun-

dante costras amarillo-verdosas fétidas que levantadas dejan ver una superficie sumamente anemiada.

Senos normales.

Tratamiento, Ermofenilo.

Marzo de 1907, suspende los lavajes.

Lo examino en Febrero de 1908, hace 7 meses que no hace cura de ningún género; la mucosa está rosada, no hay costras ni muco pus.

Octavo Caso

CLÍNICA DEL DR. EDUARDO OBEJERO

Magdalena C... 16 años, argentina, soltera.

Antecedentes hereditarios.—Madre ozenosa.

Antecedentes personales.—Sarampión á los 12 años, regló á los 13, es de notar que tiene dos hermanos ozenosos.

Enfermedad actual. — Dice que hace unos seis años comenzó á notar ligero dolor en las fosas nasales y poco después le empezó á salir abundante muco pus y costras.

Estado actual.—30-10-906. Examen externo de la nariz, no hay nada que notar. El examen de las fosas nasales revela una atrofia muy marcada de los cornetes inferiores Los cornetes medios de ambas fosas nasales están sumamente hipertrofiados. La mucosa de ambas fosas nasales se hallan tapizada por muco pus y costras amarillo verdosas

que levantadas dejan una superficie anemiada pálida.

Examen bacteriológico. — 30-10-906. Denota la presencia del bacilo de Lowemberg-Abel; del estreptococo y del bacilo subtilis.

Noveno Caso

CLÍNICA DEL DR. EDUARDO OBEJERO (HOSP. CLÍNICAS)

Félix C... de 10 años, argentino, hermano de la enferma anterior.

Antecedentes hereditarios.—Los conocemos.

Antecedentes personales.—Sarampión á los 6 años.

Enfermedad actual.—Ignora cuando le ha empezado.

Estado actual.—30-10-906. Tipo de nariz en silla. El examen de las fosas nasales deja ver una ligera atrofia de los cornetes inferiores y ligera hipertrofia de los cornetes medios. En la mucosa se halla abundante muco pus y algunas costras la cubren; la superficie que dejan esta ligeramente anemiada, la fetidez del muco pus es característica.

Tratamiento á este enfermo como al anterior los trató con el Ermofenilo.

Dos meses después han experimentado mucha mejoría no hay ni muco pus ni costras por lo que les suprimo los lavajes. En el mes de Marzo de 1907 les ordeno que supriman la pomada no les hago tratamiento alguno. Los vuelvo á examinar en el mes de Febrero de 1908 no existe en las fosas nasales nada de muco pus ni costras.

Décimo Caso

CLÍNICA DEL DR. EDUARDO OBEJERO (HOSP. CLÍNICAS)

Francisco P... de 25 años, argentino, soltero, tipógrafo.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sarampión á los 7 años.

Enfermedad actual.—Empezó á los 18 años época en que comenzó á sentir dolor y ardor en las narices y ligera fluxión de muco pus con mal olor.

A los 20 años aparecieron costras y notaba al despertarse á las mañanas un gusto tan desagradable en la boca que en varias ocasiones le provocó vómitos y la comida le repugnaba; perdió el apetito.

Estado actual.—6-11-906.—Nariz tipo ensilla.

El examen de las fosas nasales permite distinguir unos cornetes inferiores en estado de atrofia muy marcada, los cornetes medios están bastante hipertrofiados.

La superficie de la mucosa de las fosas nasales está recubierta de muco pus adherente y costras grisáceas fétidas que levantadas dejan libre una superficie pálida anemiada.

Los senos normales.

La faringe se halla cubierta de costras.

Tratamiento: Ermofenilo.

En el mes de Febrero suprimo los lavajes y las curaciones; en el mes de Agosto de 1907 le suprimo la pomada; lo he examinado en el mes de Febrero de 1908 habiendo notado que no existe ni muco pus

ni costras; la mucosa ofrece una coloración sonrosada; la atrofia subsiste.

Examen bacteriológico. 11-6-908. Denota la presencia de bacilo de Lowemberg-Abel; del estafilococo piogeno dorado; del bacilo subtilis y una sarcina.

G. Escobar.

Buenos Aires, Julio 20 de 1908

Nómbrase al señor Consejero Dr. P. Lagleyze, al profesor titular Dr. Ricardo Schatz y al profesor suplente Dr. Eliseo V. Segura, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4.° de la ordenanza sobre exámenes.

E. CANTON

R. S. Gómez

Secretario

Buenos Aires, Agosto 9 de 1908.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 1894 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON

R. S. Gómez

Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

¿Es el ozena una afección de origen microbiano?

II

¿El ozena traqueal es siempre una consecuencia del ozena nasal?

III

El ozena en la etiología ocular.

BIBLIOGRAFÍA

Anales de Laringologie, rinologie, etc., por (Lermoyer), años 1875 á 1907.

Archives internationales de Laringologie, rinologie, etc., por (Chaveau Saint Hilaire), años 1887 á 1907.

Hebdomadaire de Laringologie, rinologie, etc., por (E. Moure). años 1880 á 1907.

Archivio italiano de Rinologia, etc., (Rossi y Gradenigo),1903 á 1907.

Diccionario de Medicina (Nysten).

Escat — Tratado de laringologia
Castex » » »
Lacroix » » »
Lennos Browne » »
Massei » » »
Moure » » »
Chiari » » »

Perez — Bactereologia de Ozena.