

Dicho señor expuso en un esquema el mecanismo de la desviación de la sangre después de la operación. Estorlada la circulación en la porta, meseraica y esplénica, vuelve la sangre por las venas epiloicas y los capilares de nueva formación á las venas de la pared torácica y epigástricas que la llevan respectivamente por las azigos y las ilíacas á la circulación general.

El Sr. Dr. Urrutia no aceptó sus ideas y recordó á su vez en el pizarrón los detalles de formación del tronco de la vena porta en el que intervienen la esplénica y las dos meseraicas, la grande y la pequeña. Insistió en que la sangre del epilón va siempre á la porta y no se deriva, concediendo importante papel en esta circulación colateral á las venas periumbilicales de Sappey, á las portas accesorias y á las que unen el peritoneo parietal al diafragmático.

JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA.

—13083—

CLINICA EXTERNA

Contribución al estudio clínico del Rinoescleroma

El rinoescleroma es una enfermedad muy rara en el Continente europeo, de donde resulta que no se le ha estudiado sino pocas veces en ciertos países, como Inglaterra, Francia y Alemania. Así, por ejemplo, Hebra estudió el primer caso en París, el año de 1859, y Besnier, el segundo, el año de 1883; pero después de esta época se han podido observar algunos otros, la mayor parte de las veces referentes á individuos extranjeros á Francia. Lenox Brown afirma que en Inglaterra no se ha observado esta enfermedad sino tres veces, y en individuos que no eran nativos de aquel país. La enfermedad de que me ocupo, se observa endémicamente en las riberas del Danubio, sobre todo en las personas pobres y poco aseadas de las provincias orientales de Austria Hungría. En Rusia se observa también en la clase pobre, como acontece en Italia, Suiza, Bélgica y España. En la América del Sur no es raro encontrar el rinoescleroma en los negros del Brasil; pero en los Estados Unidos, dice Freeman, no se han referido más que siete casos, y ninguno relativo á individuos nacidos en este país. Por lo que toca á México, el rinoescleroma no es tan raro como en algunos de los países á que he hecho referencia, puesto que mis observaciones personales son en número de siete y la primera fué recogida el año de 1894. Creo conveniente hacer notar que, á diferencia de lo que asienta Freeman, todos los sujetos que he observado con rinoescleroma han nacido en la República y pertenecen á las diferentes clases de la sociedad.

La edad parece tener alguna influencia sobre el desarrollo de la enfermedad á que me vengo refiriendo, pues no se le ha observado antes de la pubertad, y mis observaciones son confirmativas en este particular, puesto que el menor de los enfermos que he visto, contaba más de veinte años. No sucede lo mismo con el sexo, porque se le observa tanto en el hombre como en la mujer, y por mi parte he visto tres hombres y cuatro mujeres.

Todos los autores afirman que esta enfermedad se desarrolla principalmente en la clase pobre, miserable y sucia, aunque con apariencias de muy buena salud. Desde este punto de vista, mis observaciones difieren de lo asentado por autores europeos, porque ellas se refieren tanto á la clase acomodada, como á la clase media é inferior de la sociedad.

La desigual repartición del rinoescleroma en las diversas naciones de los Continentes, dice Castex, constituye uno de sus principales caracteres; y aunque poco numerosas, no creo por demás decir que mis observaciones se refieren á individuos de distintas partes de la República. Así, un enfermo es del Estado de Sonora, otro del de Puebla y un tercero del Estado de México. Los otros cuatro son de la Capital.

Las circunstancias que acabo de señalar en la etiología del rinoescleroma, son de un orden secundario, enfrente del *bacillus de Frisch*, que es la causa específica de la enfermedad; y aunque Cornil fué quien por primera vez la señaló en los elementos constitutivos del rinoescleroma, Frisch fué el primero que lo descubrió en el interior de las celdillas, y sobre todo el que lo consideró como la causa de la enfermedad.

El bacilo del rinoescleroma, corto, grueso y generalmente encapsulado, se encuentra no solamente en los espacios intercelulares, sino también en el interior de las celdillas, en los linfáticos y en las secreciones de las regiones enfermas, tales como el moco nasal y la saliva. Se ha hecho la curiosa observación de que la fermentación de la indigófera, se produce por un bacilo muy parecido al del rinoescleroma, fermentación que se ha podido obtener con el bacilo de Frisch.

Un médico ruso, Stephanow, ha llevado á cabo algunos estudios experimentales respecto al rinoescleroma, y ha conseguido reproducirlo por inoculación. Al efecto, depositó en la cámara anterior del ojo de un cullo, unas veces pequeños fragmentos de rinoescleroma, y otras, culturas puras del bacilo de Frisch. Sacrificados los animales después de dos meses, dicho experimentador encontró detrás de la córnea una pequeña masa amarillenta semejante á una catarata; y habiendo sembrado algunos fragmentos de ésta producción, obtuvo una cultura del bacilo esclerógeno, de donde dedujo que el rinoescleroma es inoculable.

Ahora bien, ¿es contagioso el rinoescleroma? Indudablemente que sí, y por mi parte creo haber observado un caso en que el contagio tal vez desempeñó algún papel de importancia. La observación á que me refiero, es la siguiente:

"El 18 de Junio de 1894 se presentó á mi consulta la Srta. R., de unos 20 años de edad, natural de México y perteneciente á aquellas personas de nuestra clase media, que son escrupulosamente asexuadas. Dicha señorita se quejaba de sordera del lado izquierdo, epifora y obstrucción nasal del mismo lado. Refirióme que desde el año de 1892 comenzó á sentir cierta dificultad para respirar por la fosa nasal izquierda, dificultad que, aumentando lenta, pero progresivamente, llegó á la imposibilidad, sin que ésto se acompañara de dolor ni de epistaxis.

Al examen físico encontré: fosa nasal izquierda obstruida por un tumor rojo, papilomatoso, cubierto por la mucosa, color normal, adherente á la cara correspondiente del tabique y al piso de la fosa nasal. Al contacto del estilete sangraba ligeramente, pero no se produjo sino un dolor insignificante. Su consistencia es blanda. Tratamiento: extirpación por medio de la cucharilla cortante, con la cual, previa coagulación, hice la raspa. Al examen microscópico del Dr. Ricardo E. Cicero encontró ser un papiloma mixomatoso.

Después de la operación, la operada mejoró notablemente del oído; la respiración nasal se hizo con libertad y cesó el lagrimeo.

El Srta. R. se casó á fines del año en que la operé; y á fines del año de 1899, en el mes de Noviembre, se presentó de nuevo á mi consulta quejándose de la misma sordera unilateral izquierda, obstrucción nasal de los dos lados y lagrimeo más acentuado del lado izquierdo. Al examen físico encontré: nariz aplastada y ensanchada, notablemente dura; la izquierda obstruida por una vegetación de color gris, con grietas húmedas y dolorosas; la derecha con la ventana transformada en una hendidura limitada por un borde externo duro y casi inmóvil. No se pudieron examinar las fosas nasales por la rinoscopia anterior. Al intentar hacer la rinoscopia posterior, encontré: destruida la vírula y retraído el velo del paladar: detrás de ambos pilares posteriores había dos placas alargadas en el sentido vertical, de color gris azulado, duras, de bordes limitados y móviles sobre los tejidos profundos. Extirpé un fragmento del tumor nasal, y al examen microscópico, el Sr. Dr. Tousaint encontró tratarse de un rinoescleroma, confirmando así el diagnóstico clínico. Previa cloroformización hice la raspa de las dos fosas nasales, después de lo cual se facilitó notablemente la respiración; pero este beneficio no duró mucho tiempo, porque el tumor se reprodujo después de cuatro meses, volviendo á dificultar la respiración. Después de esta época, principios del año de 1900, no empleo con esta enferma más que un tratamiento paliativo, según lo diré después.

A mediados del año próximo pasado, el esposo de esta enferma quiso que le examinara la nariz porque padecía de un catarro crónico. En efecto, había un catarro crónico seco; pero en la parte anterior del meato inferior derecho, existía una nudosidad como de medio centímetro de diámetro, de un color gris ligeramente azulado, contrastando con el color

rojo intenso de la mucosa nasal. De bordes bien limitados, esta neoplasia, no es dolorosa ni sangra al contacto del estilete, pero sí se siente dura, sobre todo cuando se hace la palpación por el exterior, lo que permite sentir una dureza del tamaño de una lenteja. A juzgar por el sitio, aspecto y consistencia, creí que se trataba de un rinoescleroma; no mandé hacer el examen microscópico, debido á que, siendo muy pequeña la neoformación, creí más racional destruirla con el galvanocauterio, como en efecto lo hice, y no aventurarme á hacer una extirpación incompleta. Hasta hoy parece que en lugar del tumorcito persiste una cicatriz fibrosa que no tiene el color ni la consistencia del mal que ha venido á reemplazar.

De lo expuesto, resulta, que el rinoescleroma se desarrolló sobre un papiloma mixomatoso; que probablemente fué el origen de un contagio, cuyo transporte pudo verificarse por las secreciones nasales de la persona enferma.

De los siete casos que he tenido la oportunidad de observar, tres, al verlos por primera vez, estaban en su completo desarrollo, y cuatro eran, por decirlo así, incipientes. El diagnóstico bacteriológico ha sido hecho en cinco casos; y en los otros dos, me ha parecido evidente el diagnóstico clínico. Las veces en que el mal había alcanzado un desarrollo considerable, las lesiones predominaban en el interior de las fosas nasales, y en tres casos había completa destrucción del tabique cartilaginoso. La extensión hacia la faringe ha sido más frecuente que hacia el labio superior, [debido á que,] obstruidas más ó menos las fosas nasales, los productos líquidos patológicos escurren más fácilmente hacia atrás que hacia adelante: en este sentido, el mal se extiende por continuidad de tejidos, mientras que en el primero, ó sea hacia atrás, he visto dos veces algunas placas de rinoescleroma en la faringe, separadas de la lesión nasal por un intervalo de más de dos centímetros de tejidos sanos, lo que se explica admitiendo que los productos de secreción de la nariz arrastran é inoculan el bacilo patógeno. En los casos que he observado al principio de su desarrollo y que son en número de tres, el rinoescleroma se situaba siempre en el meato inferior, sobre la cabeza del cornete correspondiente y una vez también en el tabique enfrente de una localización en la pared externa de la fosa nasal izquierda. La alteración mucosa incipiente se observa bajo el aspecto de una placa ligeramente saliente, de un gris azulado característico que se destaca muy bien sobre el fondo rojo de la mucosa crónicamente inflamada. Sus bordes son netos, á veces está cubierta por mucosidades secas y adherentes, y cuando se localiza en la parte anterior del meato inferior, se revela á la palpación por el exterior, como una dureza indolente y limitada.

La enfermedad evoluciona sin dolor espontáneo, aunque á veces las nudosidades, y más á menudo las grietas, son extraordinariamente dolorosas á la presión.

La propagación hacia la garganta se hace más

frecuentemente por la cara superior del velo del paladar, para ganar de allí á la orofaringe, descendiendo paralelamente y detrás de los pilares posteriores. En este caso no es raro observar la destrucción de la úvula. Si el mal se extiende por el *carum*, entonces desciende por la pared posterior de la faringe. En este órgano las placas de rinoscleroma no tienen el color azulado que he visto en las fosas nasales; su color es gris blanquiceo, como acontece con las exulceraciones que están cubiertas por una membrana; pero su consistencia es dura, y al principio, como no existen sino en la mucosa, se mueven con ésta sobre los tejidos profundos. A estas lesiones no corresponden alteraciones ganglionares de ninguna especie, lo que, con la destrucción de la úvula, puede inducir en error y hacer pensar en la sífilis terciaria. Como particularidad digna de mencionarse, encuentro que, no obstante la dureza extraordinaria de la infiltración escleromatosa y de la esclerosis consiguiente de los tejidos afectados, basta la más ligera intervención para provocar abundantes hemorragias, las que, por otra parte, ceden fácilmente á la compresión.

Aunque de poca importancia, en este trabajo, que ha sido redactado más principalmente desde el punto de vista clínico, no creo por demás mencionar las alteraciones histológicas que se encuentran. La lesión comienza por una infiltración de celdillas embrionarias del corión de la mucosa, pero éstos elementos se vuelven pronto fusiformes, organizándose en tejido conjuntivo que sufre la esclerosis. La degeneración coloide de las celdillas redondas, con pérdida del núcleo, es una alteración casi constante y cuyo valor diagnóstico ha sido señalado por Mikulies. El bacilo, como he dicho, se encuentra en cualquiera parte de los tejidos enfermos y en las secreciones; pero es mucho más abundante en los lugares recientemente afectados y sobre todo en el interior de las celdillas de Mikulies que á veces están completamente llenas de dichos gérmenes.

El rinoscleroma puede confundirse principalmente con la sífilis terciaria, el lupus y el epiteloma. Rarísimas veces puede, en mi concepto, confundirse con el sarcoma.

En su período inicial, el rinoscleroma se caracteriza por una neoformación de un color gris azulado, si comienza en las fosas nasales, no adherente á los tejidos profundos, comenzando en el cornete ó en la parte anterior más estrecha del meato inferior, mientras que la sífilis tiene predilección marcadísima por el tabique, sobre todo por su porción cartilaginosa; y en la base, su color es rojo subido, no tiene la dureza del rinoscleroma y comienza más á menudo en estos casos por el tejido submucoso.

En un período más avanzado, el rinoscleroma es papilomatoso, con grietas sumamente dolorosas, y sobre todo de una dureza leñosa; se propaga á la faringe por placas blanquizas, duras como cartilaginosas, y de una manera muy lenta, mientras que las lesiones de la sífilis terciaria, no son sino excep-

cionalmente papilomatosas, son indolentes cuando no están inflamadas, son de consistencia blanda, se propagan á la faringe bajo la forma de una ulceración de bordes y fondo característicos y su marcha es rápida casi siempre. En estos casos, como en todos aquellos en que se trata de diagnóstico diferencial, el examen bacteriológico es concluyente siempre que es positivo en el sentido de la esclerosis.

La diferencia con el lupus es más fácil de establecer, puesto que en éste último, la úlcera sigue muy de cerca al botón tuberculoso y no esclerosa, previamente los tejidos, como acontece con el rinoscleroma. El epiteloma comienza más á menudo por las ventanas de la nariz ó el límite posterior del vestibulo; no es precedido, ni por la esclerosis ni por botones duros como el rinoscleroma, y una vez ulcerado el tumor ó antes, algunas veces aparecen las manifestaciones ganglionares, cosa que no produce el bacilo de Frisch.

El tratamiento instituido contra el rinoscleroma, aunque muy variado, según la concepción patogénica de la enfermedad, ha sido hasta hoy completamente ineficaz. Ninguna de las sustancias antisépticas ó cáusticas empleadas, ha dado resultados satisfactorios. En cuanto al tratamiento quirúrgico, se cita por todas partes un caso de Pean, en que se mantuvo la curación, no obstante que la enfermedad estaba avanzada. Por lo que á mi toza, he obtenido dos éxitos en rinoscleromas circunscritos, por decirlo así, incipientes, con ayuda de las galvanocauterizaciones. En los cinco casos restantes, el tratamiento ha sido paliativo y ha tenido por objeto facilitar la respiración nasal, detener las ulceraciones ó botones esclerosos que invadían el labio superior ó bien impedir la extensión del padecimiento á la laringe, en donde produce fenómenos de asfixia persistentes si no se lleva del mismo modo una cánula traqueal. Por lo demás, el rinoscleroma sigue su marcha fatalmente progresiva con las dos particularidades siguientes: á saber, sin repercusión ganglionar y sin determinar el estado general caquéctico característico del cáncer. El Profesor Bawlowsky, de Kiew, ha hecho algunos ensayos de inmunización, y ha obtenido éxito en algunos casos, tratándose de animales; pero en el hombre no se ha podido llevar á cabo la experimentación, de donde resulta que el tratamiento del rinoscleroma se limita por ahora al empleo de algunos medios paliativos más ó menos eficaces.

México, Abril 17 de 1901.

F. VÁZQUEZ GÓMEZ.

