

LAS NEURALGIAS CRÁNEO-FACIALES DE ORIGEN NASAL (1)

por el doctor

JOSÉ DUERTO

Jefe del servicio de O. R. L. del Hospital Militar de Barcelona

Existe un no muy escaso número de enfermos en los que la única manifestación morbosa de su enfermedad consiste en una sensación de dolor, que, localizada a todo o a un determinado sector del segmento cefálico, atormenta al paciente de una manera continua o intermitente durante años y años, llegando incluso a incapacitarle en absoluto para hacer vida de sociedad y dedicarse a sus ocupaciones habituales, convirtiéndole a la larga en un ser retraído, amargado y de carácter agrio, y llevándole en no pocas ocasiones, si la constitución psíquica es favorable, incluso a lamentables estados de depresión neurasténica.

Si bien es cierto que en muchas ocasiones un atento examen logra poner de manifiesto la verdadera enfermedad renal, hepática, gastro-intestinal, infecciosa (lúes), etc., de la que la cefalalgia no es más que un síntoma, no faltan tampoco aquellas otras, en las que el enfermo, aburrido de vagar de consulta en consulta y de pasar por las manos de toda clase de especialistas de todo género de enfermedades, sin que nadie acierte con la causa de su mal ni le proporcione un remedio que sea de efectos duraderos y seguros, se refugia desengañado en los socorridos antineurálgicos (si entre tanto no ha surgido un mago que le quite sus dolores hurgándole con hierros más o menos calientes en sus narices) que no le producen más que un alivio muy efímero.

Y sin embargo, estas neuralgias incluídas demasiado frecuentemente y asaz impremeditadamente en el genérico apartado de las jaquecas, sin tomarse la molestia de averiguar su causa, responden a un estado patológico evidente, no siendo más que el signo con que se manifiesta una lesión orgánica, que si de punto menos que imposible descubrimiento en ocasiones, es en otras la respuesta con que se hace ostensible la agresión ejercida sobre las fosas nasales o faringe, por agentes de la más diversa índole.

Si ciertamente, en la actualidad, merced a los progresos de la disciplina otorino-laringológica, la cuestión de las cefalalgias ha entrado en una fase interesante, y se ha proyectado alguna luz sobre tan transcendental y oscuro problema de la patología, hay que reconocer que no es ninguna adquisición reciente; ya HACK en 1882 llamó la atención sobre ellas. Y de entonces acá numerosos han sido los autores que de ellas se han ocupado. GRÜNWARD expone en su tratado, humorísticamente, los éxitos alcanzados curando muchas sinusitis cuyo único síntoma apreciado por los enfermos era la cefalalgia; VERGELEY y HERZFELD publican sendos casos de cefalalgias tratadas por un legrado de los senos perinasales; BRESGER en 1894, escribe las palabras siguientes: "siempre que una cefalalgia permanece inexplicable es preciso examinar las fosas nasa-

les"; si bien durante toda esta época cuantos autores se ocuparon de la cuestión, no lo hicieron sino concediéndole toda la atención al factor infeccioso de las cavidades sinusales, y sin parar mientes en que pudieran existir otras causas determinantes de las cefalalgias rinógenas.

En 1918, LANZA SLUDER el ganglio eseno-palatino, y en su libro "*Headaches and Eye disorder of nasal origine*" publicado en 1919 resume las ideas sobre las cefaleas rinógenas que él y EWING han individualizado, publicación que viene a ser el punto de partida de numerosos trabajos de los autores especialmente franceses, ingleses y americanos, que concentran toda su atención en los dolores frontales y trastornos oculares debidos a la obstrucción del conducto naso-frontal. Y he aquí como aparece una segunda causa de cefalalgias rinógenas, con el síndrome del *vacuum sinus*, tan bellamente tratado por el doctor SUÑÉ Y MEDÁN en su reciente Comunicación a la Real Academia de Medicina de Barcelona, titulada "Sinusalgias frontales".

Pero, como dicen muy bien DUTHEILLET de Lamothé y M. SOURDILLE en su *rapport "Les Céphalalgies frontales rhinogènes et leur traitement chirurgical"*, al lado de esta importante categoría, la práctica de cada día muestra que existe toda una serie de afecciones de vecindad susceptible de determinar la cefalea frontal fuera de toda supuración aparente de los senos; y aun cuando existe cierta resistencia por parte de algunos en admitir este género de cefalalgias de origen reflejo, la observación de casos evidentes, más elocuentes y de más fuerza que todas las teorías y argumentos personales, demuestra que, como dice HALPHEN en su *rapport* al III Congreso Francés de Oto-Neuro-Oftalmología, "existen pequeñas modificaciones de la mucosa de las fosas nasales que bastan para provocar cefaleas extremadamente dolorosas y rebeldes", de cuya opinión (aun cuando discrepemos en el punto meramente accesorio de no ser *única y exclusivamente* las modificaciones de la mucosa las responsables), participamos completamente. Como veremos, los casos que exponemos más adelante son a este objeto suficientemente demostrativos y apoyan en absoluto nuestro punto de vista.

A tres órdenes de hechos pueden, pues, imputarse a nuestro juicio, las cefalalgias de origen nasal, que son:

1.º Infecciosos; comprendiendo en él las infecciones sinusales de los senos peri-nasales anteriores y posteriores.

2.º Congestivos, en los que incluiremos los fenómenos dependientes del síndrome del *vacuum sinus*; y

3.º Mecánico-reflejos, en el que abarcaremos todas aquellas cefalalgias determinadas por la compresión que en las terminaciones nerviosas de la red trigémino-simpática de la pituitaria ejercen las modificaciones y malformaciones de los elementos contenidos en las fosas nasales.

(1) Conferencia pronunciada en el Instituto Médico-Farmacéutico en su sesión celebrada el 27 de Abril de 1931.

De estos tres grupos, los que verdaderamente tienen interés para nosotros, al menos por el momento, son los dos últimos, toda vez que el primero, o sea el de las sinusitis, está ya tan debatido y aclarado, es tan conocido y está tan estudiado, que no merece la pena de que insistamos. Así, pues, lo pasaremos por alto y fijaremos nuestra atención en los dos últimos grupos.

En muchas ocasiones es dado observar que el síntoma dolor no va acompañado, como ocurre en los procesos infectivos sinusales, de evidentes signos de supuración. Si examinamos detenidamente las fosas nasales, y especialmente la región del meato medio, vemos que está completamente limpia y sin traza alguna de secreción moco-purulenta. El dolor frontal es el único signo ostensible, con la particularidad de que además de presentarse súbitamente, se exacerba notablemente con los movimientos oculares, especialmente en el de fijación de la mirada, y se atenúa y aun desaparece con el reposo. Su aparición es repentina, se localiza en la región frontal preferentemente y no responde a un tipo fijo de intensidad y duración. Pero si ejercemos una presión aun moderada sobre un punto situado en el ángulo súpero-interno de la órbita a un centímetro o centímetro y medio del reborde orbitario, o sea en el punto que corresponde a la inserción de la polea del oblicuo, vemos que el dolor se exacerba al máximo. Este signo, al cual se le ha pretendido dar una significación patognomónica, es el llamado signo de Ewing, significación que para nosotros dista mucho de serlo, por cuanto nos ha sido dable apreciarlo también en las etmoiditis.

Por rinoscopia anterior no se aprecia ninguna modificación de la parte correspondiente al grupo etmoidal anterior: en el meato medio, como hemos dicho, no hay la menor traza de supuración ni aun de secreción. En cambio, siempre existe una malformación de las fosas nasales consistente bien en una desviación del tabique (alta generalmente), bien en un espesamiento del tubérculo del septum, o ya en una hipertrofia o degeneración de la cabeza del cornete medio que llega a establecer contacto con la pared interna de la fosa nasal correspondiente. Y estas malformaciones tienen tanta más importancia y son más dignas de atención, cuanto que por lo general, no están tan pronunciadas que opongan un obstáculo a la función respiratoria, por lo que pasan con frecuencia inadvertidas para el médico, que no les concede toda la trascendencia que realmente tienen.

La diáfanoscopia no pone de manifiesto ninguna alteración, y al efectuar la transiluminación se observan los senos perfectamente claros y diáfanos. La radiografía, por el contrario, tiene una gran significación diagnóstica, pues aun cuando para ciertos autores el síndrome de *vacuum sinus* no se manifiesta ostensiblemente en el elisé, nosotros debemos consignar (y en ello estamos de perfecto acuerdo con nuestro buen amigo el doctor SUÑÉ Y MEDÁN, quien dicho sea de paso ha alcanzado el máximo perfeccionamiento en la técnica radiológica de la especialidad), nosotros debemos consignar—decimos—que casi siempre hemos podido apreciar un ligero velo. Por otra parte, la radiografía, además, pone de manifiesto la existencia de tabicamien-

tos intrasinusales que dividen el seno en varios compartimientos que incomunicados algunos con el en que se encuentra la desembocadura del conducto fronto-nasal, son los que están sin airear y por lo tanto los responsables del proceso.

Veamos ahora en qué consiste y cómo se produce este síndrome doloroso. En realidad es un fenómeno de lo más simple. No se trata más que de un hecho puramente mecánico de obstrucción del canal naso-frontal, que al obturarse impide la aireación de la cavidad sinusal con consecutiva reabsorción del aire en ella contenido, con el consiguiente vacío y congestión pasiva de la mucosa, causa y origen de los dolores frontales.

Pero ¿cuáles son las causas determinantes de la obliteración de este conducto? Por el hecho de que las crisis dolorosas de *vacuum sinus* se presentan generalmente en individuos afectos de un proceso de obstrucción nasal o de una de las múltiples deformidades que sin obstruir las fosas nasales e impedir la respiración de un modo ostensible se muestran evidentes al efectuar una rinoscopia, se ha pretendido que son éstas las lesiones determinantes del cierre del seno por la compresión que podrían ejercer sobre el mencionado conducto. Pero si tenemos en cuenta que las paredes del conducto fronto-nasal son óseas, y que por lo tanto han de oponer una gran resistencia a juntarse ante la débil presión que un simple pólipo o una hipertrofia de cornete puede ejercer sobre ellas, se comprende que nos resistamos a aceptar como buena una hipótesis tan simple.

Por otra parte, si estos obstáculos existen de una manera permanente, como en efecto ocurre, resulta muy extraño que la compresión y el cierre se produzca de una manera transitoria, y que el síndrome adopte la forma de crisis. Forzoso es por lo tanto, admitir otra forma de actuar de los mencionados obstáculos y deformidades.

Pero para darse cuenta del mecanismo de la obliteración del conducto fronto-nasal que establece la comunicación entre el seno frontal y al meato medio, es necesario recordar siquiera sea muy someramente sus características y su conformación y disposición anatómica.

Como sabemos, este conducto, labrado en el espesor del hueso, se abre por su extremo superior o sinusal en un orificio situado en el suelo del seno frontal desembocando por su extremidad inferior por medio de otro orificio situado en el infundibulum del meato medio. Ahora bien; esta desembocadura, lejos de tener una forma y dimensión constante varía extraordinariamente en razón de la existencia de las células etmoidales pre-infundibulares, cuya cantidad y tamaño variando considerablemente de un sujeto a otro hacen adoptar al conducto las más diversas modalidades. Y así, unas veces adopta la forma de un embudo de base superior, otras, al contrario, esta base es inferior, y algunas toma el dispositivo de un reloj de arena formado por dos conos unidos por su vértice. Pero en las dimensiones del orificio meático no influyen solamente estas circunstancias, sino que están también supeditadas al desarrollo que la bulla etmoidalis y la apófisis

del unciforme alcanzan. Todo el conducto y sus orificios están tapizados por la mucosa continuación de la que recubre el meato medio.

Si, pues, tenemos todo esto en cuenta, y consideramos por otra parte, que es precisamente a nivel del orificio inferior del conducto fronto-nasal donde el tejido cavernoso y eréctil del cornete medio se encuentra en mayor abundancia, fácilmente se comprende que en aquellos casos en los que el orificio meático esté estrechado por una cualquiera de las causas citadas, toda acción excitadora y congestionante de la mucosa nasal (frío, deformación del septum, pólipos, rinitis hipertrófica, estados menstruales, etc.), han de dar lugar a la obturación y cierre del mencionado orificio, y por lo tanto, al síndrome de *vacuum sinus*. Así, pues, a nuestro entender, todas las lesiones obstructoras y las malformaciones nasales obran para producir este síndrome, actuando sobre la mucosa directamente, a la que por compresión o simple contacto, excitan y congestionan y cuya congestión, una vez producida, si las condiciones de estructura y constitución anatómica del conducto naso-frontal son *favorables*, éste se oblitera y la aireación del seno no se lleva a cabo. Es decir, que para que el síndrome doloroso se produzca, es necesaria la presencia de dos factores; uno, la predisposición individual constituida por un conducto fronto-nasal de determinadas y favorables condiciones; otro, la presencia de un agente excitante de la mucosa, que al congestionarla determine la obturación del conducto y consecutiva rarefacción del aire contenido en el seno.

Mas no siempre la cefalalgia se presenta bajo esta modalidad de crisis dolorosas más o menos duraderas e intensas. En muchas ocasiones, más que verdadero dolor es una sensación de pesadez constante de la región frontal que no llega a constituir sensación dolorosa más que cuando se fija la atención y la vista en un trabajo; la lectura por ejemplo. Son casos éstos en los que el proceso radica en alteraciones infecciosas de la mucosa nasal, y especialmente de la que recubre la región etmoidal anterior, cuya mucosa sufre una degeneración que alcanza al tapizamiento de todas las células del laberinto etmoidal obliterando los orificios de comunicación entre ellas, con formación de adherencias, e implantación definitiva de un estado infeccioso, que si realmente adopta una forma atenuada y latente, esa forma que SLUDER ha llamado etmoiditis hiperplásica, implica la existencia de la cefalalgia de una manera permanente.

Subjetivamente no se manifiesta más que por una sensación de pesadez constante localizada al sector frontal del cráneo. El signo de Ewing es positivo, y la radiografía descubre una opacidad de la región etmoidal, que sin ser tan acentuada como en los procesos supurados del etmoides, es al menos demostrativa de la existencia de un proceso cuando menos congestivo.

Recientemente hemos tenido ocasión de observar un caso muy característico de este género de cefalalgias. Se trataba de un compañero, que aquejaba de una manera permanente y desde hacía algunos meses una sensación de pesadez, que cuando estudiaba o trabajaba

durante algunas horas se convertía en dolor punto menos que insoportable, obligándole a suspender todo trabajo de atención. Afecto al propio tiempo de una intensa miopía a este defecto atribuía él sus dolores frontales. Mas un examen concienzudo de sus fosas nasales y una radiografía de los senos de la cara pusieron de manifiesto la verdadera naturaleza del proceso, corroborada por la desaparición de todas las molestias y dolores tras una sencilla intervención sobre su laberinto etmoidal. Se le extirpó el cornete medio, y hoy este compañero, que había tenido que renunciar a su trabajo y había caído en un estado de depresión nerviosa verdaderamente lamentable, ha recobrado toda su actividad y ejerce la profesión tranquilamente.

Sin embargo, aunque generalmente las cefalalgias de origen etmoidal corresponden a estas características, no es raro observar que adopten el tipo del *vacuum sinus*, debido a una obstrucción pasajera de una o varias células etmoidales, y privada accidentalmente por el mismo mecanismo que el conducto fronto-nasal, de comunicación con el aire exterior.

De todos modos, estas cefalalgias no tienen por lo común la menor gravedad desde el punto de vista vital; pero si bien es cierto que ningún peligro serio amenaza la vida del enfermo, no lo es menos que en ciertas ocasiones, la intensidad de las crisis dolorosas o la persistencia de las molestias engendran un estado de depresión y melancolía, que hace de estos enfermos verdaderos neurasténicos incapaces de toda labor ni esfuerzo.

Y vamos, ahora, a ocuparnos de las cefalalgias comprendidas en el tercer grupo de nuestra clasificación. Vamos ahora, a tratar de esa otra modalidad de neuralgias cráneo-faciales que desligadas por completo de toda infección de los senos peri-nasales y sin la menor relación con ellos, son sin embargo la manifestación sintomática única de un trastorno anatómico de la arquitectura nasal.

Obsérvese que al referirnos a estas neuralgias las designamos con el nombre no ya de neuralgias frontales sino de neuralgias cráneo-faciales. Y ello es debido a que, así como las cefalalgias dependientes de una infección sinusal o de las originadas por una causa cualquiera de las comprendidas en las determinantes de las que con el nombre de congestivas hemos estudiado en el segundo grupo se presentan casi siempre bajo el tipo de la cefalalgia frontal localizando la sensación dolorosa (no obstante sus irradiaciones) a esta región de una manera preferente, las neuralgias consecutivas a la acción mecánico-refleja de una modificación estructural de las fosas nasales distan mucho de obedecer a un determinado tipo de localización. Lo mismo adoptan el de una neuralgia frontal que el de una hemicránea, e igual se localizan a un sector determinado (frontal, occipital, mastoideo) sin orden de preferencia, que abarcan a todo el segmento cefálico con o sin exarcebaciones e irradiaciones a una región determinada. Otro tanto ocurre en lo que respecta a su intensidad, naturaleza y duración; tan pronto son unas cefaleas continuas, gravativas que no dejan al enfermo un momento de reposo, como hacen su mani-

festación únicamente en determinados períodos. En una palabra, lejos de obedecer a un tipo único de naturaleza, intensidad, localización y evolución, revisten las más variadas características.

Mas ¿cuál es la causa que las determina y cuál es el mecanismo por el que se producen? Los casos observados por nosotros hasta el momento nos permiten afirmar sin ningún género de duda que aquella radica siempre en una de las deformidades que alteran la normal arquitectura de las fosas nasales. Se trata siempre de una desviación de tabique, o de un espolón, espesamiento o cresta, que irrita mecánicamente y por simple contacto las terminaciones trigémino-simpáticas de la mucosa pituitaria. Y que ello es así, lo prueba el hecho de que tan pronto como se elimina el agente excitante, los dolores desaparecen inmediatamente, como lo demuestran de una manera categórica y terminante los casos siguientes.

En el mes de diciembre y enviado por el doctor SOLSONA encargado a la sazón de una sala de Medicina del Hospital, llegó a nuestro Servicio un sargento del ejército, aquejando intensas cefalalgias de carácter permanente pero con la particularidad de que localizadas a la región frontal, mejor dicho, superciliar, se irradiaban al occipucio sin causa que aparentemente al menos, lo justificase. Sometido por el citado doctor SOLSONA a un concienzudo examen, no pudo descubrir su causa. Ni las pruebas serológicas demostraron una sífilis de la que por lo demás no existían antecedentes, ni la orina descubrió ningún signo renal al que poder atribuir la cefalalgia, ni el examen del tubo digestivo y sus anejos puso en claro el origen de aquellos dolores frontales. El análisis del líquido céfalo-raquídeo extraído por punción lumbar fué asimismo negativo.

Pero habiendo observado el citado compañero cierta dificultad respiratoria nasal, nos lo envió, con gran perspicacia, por si la obstrucción nasal que padecía pudiese ser el motivo.

Examinado el enfermo por nosotros detenidamente, no observamos más anormalidad que un marcado espesamiento del septum, especialmente de su parte posterior en la correspondiente a los meatos y cornetes medios. La radiografía de los senos y la transiluminación fueron negativas, poniendo de manifiesto una claridad completamente normal.

Pero es el caso que habiendo colocado en las fosas nasales unos tapones de algodón empapados en una solución de cocaína-adrenalina a fin de retraer los tejidos y facilitar la visión de todo el contenido de las fosas nasales, nos llamó la atención el hecho de que el enfermo se notase extraordinariamente aliviado de su cefalalgia instantáneamente, así como de la aparición de un reflejo naso-facial neto y terminante, extremos que nos indujeron a pensar en la posibilidad de un origen nasal de la cefalalgia, tanto más verosímil cuanto que la retracción del cornete medio determinado por la cocaína-adrenalina había dado lugar a la separación de dicho cornete de la porción espesa del tabique con la que antes estaba en íntimo contacto.

En su consecuencia decidimos realizar una resección submucosa del septum nasal, la que en el peor de los casos habría de restablecer la permeabilidad respiratoria, y acaso, si bien hemos de confesar que no teníamos en ello absoluta confianza, la desaparición definitiva de la cefalalgia.

De acuerdo con nuestro plan, efectuamos esta operación al día siguiente, encontrando tras el despegamiento de las mucosas un cartílago cuadrangular de triple espesor que el normal, especialmente en su punto de unión con la lámina perpendicular del etmoides, también muy espesada y formando con aquél un cuerpo sin límite preciso de separación, lo que nos obligó a resecarlo con la pinza de Luc. El curso post-operatorio fué excelente; el enfermo no tuvo la menor hemorragia ni el menor trastorno; la cefalalgia desapareció desde el primer momento, y ya no ha vuelto a presentarse. Posteriormente hemos visto alguna vez al enfermo, que según nos ha manifestado, se encuentra perfectamente: respira bien por sus fosas nasales y no ha vuelto a sentir la menor molestia ni el más mínimo dolor de cabeza.

He aquí otro caso, que aun siendo muy diferente es también muy demostrativo. Se trata de una señorita emparentada con nosotros recientemente que desde hace varios años y simultáneamente con la aparición de las reglas se veía atacada de una intensa hemicránea del lado izquierdo, que le duraba tantos días como el período menstrual. Había consultado con los más reputados especialistas ginecólogos y endocrinólogos sin que ninguno de ellos acertase a proporcionarle un remedio eficaz y duradero. En el mes de enero vino desde Madrid donde reside a pasar una temporada en Barcelona, y más por curiosidad que por otra cosa, me consultó sobre una dificultad respiratoria nasal del lado izquierdo que se intensificaba hasta determinar una obstrucción absoluta en la época menstrual. La examiné atentamente y pude observar la presencia de un gran espolón en la fosa nasal izquierda, tan marcado, que se clavaba en el cornete medio de tal manera, que pese a la cocaïnización de la fosa nasal resultaba imposible deslizar el estilete entre él y el mencionado cornete.

Por aquellos días le correspondió su ciclo menstrual, siendo atacada, como le ocurría siempre, de su intensísima hemicránea, que al ser precisamente del lado izquierdo llamó poderosamente mi atención con la coincidencia de radicar el espolón del septum en el mismo lado.

Habituada la enferma a los analgésicos de todas las clases y marcas que ningún alivio le producían, se prestó de muy buen grado a probar el remedio que le propuse y que consistía sencillamente en colocar un taponcito de algodón empapado en la solución de Bonain en el fondo del meato medio, viéndome sorprendido al intentar efectuarlo con la gran ingurgitación que presentaba el cornete medio, el cual considerablemente aumentado de volumen con relación al que tenía cuando pocos días antes había hecho la exploración nasal, impedía en absoluto el paso del porta-algodón. No obstante, y en vista de la dificultad de colocar exactamente el tapón en el sitio deseado, introduje unos tapones de algodón empapados en la solución de cocaína-adrenalina en la fosa nasal izquierda, procurando rellenar bien todos los huecos. El efecto no se hizo esperar; pasados unos minutos el dolor desapareció completamente, quedando la enferma en un estado de tranquilidad que persistió hasta el día siguiente, en que al ser de nuevo atacada aunque con menor intensidad, ella misma me pidió que le aplicase el remedio, que una vez hecho proporcionó el mismo favorable resultado.

En consecuencia deduje completamente convencido del origen nasal de su hemicránea, la imprescindible necesidad de extirpar el espolón como tratamiento curativo. Si en el caso anterior distaba mucho de tener seguridad en el resultado, ahora estaba persuadido de que los dolores desaparecerían de una manera permanente tan pronto como el agente excitante nasal fuese eliminado.

Y así ocurrió en efecto; sugestionada la enferma por las seguridades que le di, consintió gustosa en ser operada, y pocos días después le extirpé su espolón con el septotomo, debiendo consignar que la intervención resultó algo atípica por las dificultades que el gran pronunciamiento del espolón oponía al paso del instrumento, al punto de que me fué preciso, ante la imposibilidad de pasar éste entré el espolón y el conete, apelar a la sección de aquél; una vez hecho lo cual y ya teniendo el paso franco, pude insinuar el instrumento hasta agarrar el espolón por su parte posterior y arrancarlo al traer hacia mí el septotomo, quedando la punta clavada en el conete, que fué extraída con la pinza de Luc.

Los resultados han sido verdaderamente espléndidos. Dos veces ha tenido la enferma hasta el momento su período menstrual, y los dos han sido perfectamente normales, sin que en ninguna de las dos veces haya hecho su aparición la temida y tremenda (para la enferma) hemicránea.

Uno y otro caso, cada uno en su estilo son altamente significativos y ponen de manifiesto de un modo que no deja lugar a dudas el origen nasal de ciertas cefalalgias.

Ahora bien, si como hemos dicho anteriormente y como demuestran los casos expuestos, la cefalalgia es producto de una irritación de la red terminal trigémino-simpática de la pituitaria por el obstáculo o deformidad nasal, cabe preguntar, sin embargo, ¿cómo produce esta irritación la cefalalgia?, o mejor dicho, ¿cuál es el mecanismo íntimo por el que esta irritación nasal se traduce en un dolor que tan diversa localización y tan distintas características reviste según los individuos?

Punto es éste sobre el que se dista mucho de estar de acuerdo. Mas si se piensa en que la ablación del obstáculo o causa irritante actúa de la misma manera que la simple impregnación por un anestésico siquiera éste obre de una manera transitoria y aquélla lo haga de un modo definitivo, y se considera, por otra parte, la riqueza de la inervación trigémino-simpática de la pituitaria con mezcla de fibras tan difícil de diferenciar y disociar anatómica y fisiológicamente, no es aventado reflejo, que con punto de partida en las terminaciones de la mucosa nasal reaccione, como dice, VERNET, por isquemia o congestión sobre las terminaciones nerviosas sensitivas ya vecinas o bien remotas y a distancia. Y que el citado sistema trigémino-simpático interviene en el proceso, lo demuestra taxativamente el segundo de los casos expuestos, en el cual la cefalalgia no hacía su aparición más que en determinado momento de la vida genital; y bien conocida es la relación que entre las glándulas de secreción interna y el simpático existe.

De todos modos, sea ello como quiera, los hechos (que al fin y al cabo es lo que importa) son evidentes, po-

niendo de manifiesto la existencia de ciertas cefalalgias cuyo origen radica en las fosas nasales única y exclusivamente, fenómeno que tanta o más importancia e interés que para el especialista tiene para el médico general, que es el primeramente consultado por el enfermo, y por consecuencia, el que ha de orientarle (ganando con ello su prestigio) acertadamente.

SUMMARY

The Author exposes several cases observed, and same are a base for a study about craneo-facial neuralgies of nasal origine.

He attributes these cephalalgias to three clases of causes, viz: infections (sinusitis), congestives (vacuum-sinus type) and mecanico-reflexes. Amongst them are included those caused by the compression of the trigemino-sympathic net of the pituitary owing to the modifications and malformations of the nasal fossae (hypertrophic rhinitis, deviation of the wall, spur of the septum, etc.).

He does not speak about the first, who are indiscutible and sufficiently known, and ascribes the second to the obliteration of the fronto-nasal conduct, because of the mucosa, consecutive to the excitation produced by the compression caused by the closing of the conduct or by the contact with an excitant agent (obstructive lesions and nasal malformations) who provoke the closing of the conduct and the consequent rarification of air in the interior of the frontal sinus or the ethmoidal cells. He does not even esteem necessary the existence of a predisposing factor, formed by a special anatomical constetution of the fronto-nasal conducts.

The neuralgies included in the third group, are nothing else than the consequence of the mechanical irritation produced by the nasal difformities of the trigemino-sympathic ends. And being this fact a decisive one for the Author, he does nevertheless deem as not sufficiently delucidated the mechanism which traduces this irritation in pain of different localization and characteristics accordingly to the individus, and he is induced to think with Vernet in the existence of a reflexe-arc, whose point of departure being in the nasal mucosa, ends with an ischemic reaction or congestion in the far or nearly situated extremities of the nasal fossae.

RESUMÉ

Plusieurs cas observés par l'auteur, cas qu'il expose, servent de base d'une étude des névralgies craneo-faciales d'origine nasale, qui, malgré la négative de certains auteurs, sont, à son avis, évidentes.

Il attribue ces céphalalgies à trois classes de faits, à savoir: infectieuses (sinusites); congestives (type vacuum sinus); et méchanico-réflexes, dans lesquelles sont comprises celles causées par la compression du réseau trigémino-sympathique de la pituitaire, à cause de modifications et de malformations des fosses nasales (rhinite hypertrophique, déviation de la paroi, éperon du septum..., etc.).

Il ne parle pas des premières, qui sont indiscutibles et suffisamment connues, et atribue les secondes à l'oblitération du conduit fronto-nasal, à cause de la congestion de la muqueuse, consecutive à l'excitation provoquée par la compression produite par la fermeture du conduit on le contact avec un agent excitant (lésions obstructrices et malformations nasales), qui produisent la fermeture du conduit et la raréfaction de l'air à l'intérieur du sinus frontal ou des cellules ethmoïdales. Il ne juge pas même nécessaire l'existence d'un facteur prédisposant, causé par une constitution anatomique spéciale des conduits fronto-nasaux.

Celles comprises dans le troisième groupe, ne sont que la conséquence de l'irritation méchanique produite par les difformités nasales aux extrémités trigémino-sympathiques. Et quoique le fait est décisif pour l'auteur, il ne considère pas encore suffisamment délucidé le mechanisme par le quel cette irritation est traduite en douleur de localisation et de caractéristiques distincts selon les individus, in s'incline néanmoins à penser avec Vernet à l'existence d'un arc réflexe qui, ayant comme point de départ la muqueuse nasale, termine par un réaction ischémique ou congestion sur les extrémités sensitives, éloignées ou proches des fosses nasales.