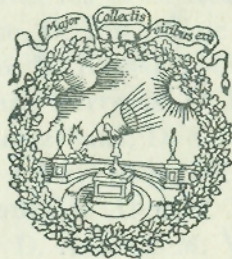


18 - 3^a Biblioteca 4
INSTITUTO DE ESPAÑA

ANALES
DE LA
REAL ACADEMIA NACIONAL
DE MEDICINA

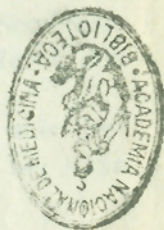
AÑO 1946

TOMO LXIII. — CUADERNO PRIMERO
SOLEMNE SESION. — PROGRAMA DE PREMIOS Y SOCORROS
SESIONES CIENTIFICAS



MADRID
IMPRESA DE J. COSANO
Palma, 11

—
1946



NOVENA SESION

DÍA 1 DE MAYO DE 1946

Presidencia del Excmo. Sr. D. Antonio María Cospedal

Una secuela rara de la operación de Toti

POR EL

EXCMO. SR. DR. D. BUENAVENTURA CARRERAS

Académico de número

Hace dos años vino a consultarme una enferma de veintidós años de edad, a la que acompañaba un hermano suyo, médico de una población de Extremadura. La paciente padecía una dacriocistitis crónica, y al proponerle un tratamiento operatorio, se adelantó el hermano a decir que deseaba una dacriocistorrinostomía, pues no quería que le quedara lagrimeo.

Le practiqué una dacriocistorrinostomía a dos colgajos de pituitaria, que suturé a los respectivos bordes del saco abierto. No tuvo complicación ninguna, en vista de lo cual su hermano se marchó al tercer día, dejando a la paciente a mi cuidado y a la cual di de alta a los quince días de operada, con una cicatrización cutánea perfecta (le había hecho una sutura intradérmica) y un inmejorable funcionamiento del desagüe lagrimal, pues no acusaba ni el más mínimo lagrimeo y el líquido inyectado con gran suavidad por el punto lagrimal inferior salía a chorro por la abertura nasal correspondiente. Se marchó, pues, la paciente altamente satisfecha a su pueblo.

Al cabo de un cierto tiempo (no recuerda bien si

habían transcurrido dos o tres meses), volvió su hermano, el médico, a Madrid, visitándome para darme personalmente las gracias por la asistencia a su hermana, y al preguntarle yo por ella, me contestó: "Está perfectamente. El ojo no ha vuelto a lagrimearle y no se le conoce la cicatriz; pero todos hemos notado que *le ha cambiado la voz.*"

Me quedé sorprendido, por ser la primera vez que oía hablar de semejante efecto a consecuencia de la dacriocistorrinostomía. Ni en mis muchos operados de ambos sexos se había producido nunca este fenómeno, ni en ningún trabajo de los muchos que he leído sobre esta intervención y sus numerosas modificaciones, tanto de los autores nacionales (Soria, Basterra, Arruga, Belmonte y otros muchos que en brillante pléyade han contribuido a mejorar o simplificar la técnica de la operación que nos ocupa) como de los extranjeros, he podido encontrar la menor alusión a una posible alteración de la voz que pudiera ser atribuida a la operación de Toti en cualquiera de sus varias modificaciones.

En presencia de este hecho nuevo, se imponía el tratar de hallarle una explicación.

Sabido es que la nariz y, más propiamente hablando, las fosas nasales, desempeñan un papel en el acto de la fonación. Es de conocimiento vulgar la modificación que sufre la voz en un sujeto afecto de coriza aguda, y que se debe, por una parte, a la impermeabilidad absoluta o relativa al aire expirado, en virtud de la tumefacción de la pituitaria.

Merced a los trabajos de Hahn, sabemos que por la aplicación de cocaína del 5 al 10 por 100 sobre la mucosa nasal se modifica la fase inspiratoria, haciéndose la respiración más libre, más amplia, y que la voz gana en sonoridad, haciéndose su timbre más marcado. Sin embargo, Turneau es de opinión que dicha modifica-

ción respiratoria puede, es cierto, influir en la intensidad de la voz, mas no en su timbre, ya que éste es función exclusiva de la laringe (forma, tono y dimensiones de las cuerdas vocales, etc.).

Por otra parte, multitud de observaciones, tanto fisiológicas como clínicas, hacen pensar en la existencia de vínculos de orden reflejo entre las excitaciones recibidas por la mucosa pituitaria y de los senos nasales, y los músculos de la laringe. Conocida es de todos la gran riqueza de inervación simpática de la musculatura laríngea, así como el gran número de terminaciones nerviosas, tanto del trigémino como del simpático, repartidas en la mucosa de las fosas nasales. Ahora bien; si, habida cuenta de todas estas particularidades anatómicas, las relacionamos con el hecho de que el tono muscular es de orden reflejo y está bajo la dependencia de la inervación vagosimpática, se comprende que el tono de los diferentes músculos de la laringe y de la faringe pueda ser regido por excitaciones reflejas originadas en las fosas nasales.

Una variación del acto expiratorio, que es el que mantiene la vibración de las cuerdas vocales, puede perfectamente explicar las variaciones en la intensidad de la voz, pero no así las del timbre, registradas al producirse excitaciones de la mucosa nasal que sólo hallarían una explicación satisfactoria en una modificación del tono de los músculos laríngeos, aductores y tensores de orden reflejo.

Volviendo al coriza, que ya hemos mencionado al principio, recuérdese la agudización del timbre que se produce muchas veces al iniciarse tan molesta afección nasal, y que traduce un estado hipertónico de las cuerdas vocales, debido a la excitación de los filetes sensitivos de la pituitaria. Muy poco después, el timbre se pierde por efecto del estado inflamatorio más agudo de la mucosa nasal. Esto sólo puede explicarse por

una disminución del tono de las cuerdas vocales, debida a la supresión de las excitaciones que transmiten las terminaciones nerviosas sensitivas de la pituitaria.

Así, en el experimento de Hahn, la mejoría del timbre notada después de la cocainización de las fosas nasales no puede resultar más que de una elevación del tono de las cuerdas vocales obtenida simultáneamente con un aumento de la ventilación pulmonar. De modo que los dos reflejos, nasorrespiratorio y nasofonador, aunque distintos en sus efectos, reconocen un mismo origen: el uno se ejerce sobre los músculos respiratorios, y el otro, sobre los laríngeos y faríngeos.

Al principio, cruzó por nuestra mente la idea de que acaso la modificación de forma de la fosa nasal determinada por la trepanación del hueso y la nueva pequeña cavidad que se creó en la pared externa de la misma al suturar la pituitaria con el saco podía haber dado lugar a fenómenos de resonancia que repercutieran sobre la voz, alterándola en algún sentido. Pero esta idea duró lo que un relámpago, ya que esta modificación de la forma de la cavidad—insignificante por otro lado—se produce en todos, absolutamente todos los casos de dacriocisterrinostomía, sin que jamás se haya notado después la susodicha alteración de la voz. Además, rinólogos de la máxima competencia sostienen que la forma irregular de las fosas nasales y su volumen casi invariable no son nada favorables a la producción de fenómenos de resonancia. Como tampoco actúan de resonadores en el acto de la fonación los senos de la cara, por ser de volumen fijo e inmutable y no poder acomodarse a una tonalidad determinada. Por otra parte, después de la apertura del seno maxilar no se produce ninguna modificación del timbre vocal, ni siquiera cuando se taponan el seno con una mecha de gasa esterilizada (experiencia de Turneau).

Nos inclinamos más bien a atribuir la variación que

se manifestó en la voz de nuestra operada a los trastornos que en la producción normal de los reflejos que regulan el tono de los músculos laríngeos acarreo la inevitable lesión de la pituitaria, con toda su riqueza nerviosa, al seccionarla con el bisturí, formar y suturar los colgajos, lo que, como es sabido, constituye uno de los tiempos más importantes de la intervención.

Se nos puede objetar que dicha lesión de la mucosa la realizamos también a cada operación, sin que por ello la voz sufra variación. Desde luego, el argumento no carece de fuerza. Pero una cosa son las condiciones puramente estáticas (anatómicas) que intervendrían como resonadores, las cuales son prácticamente invariables, y otra cosa son las reacciones biológicas, que, cual los reflejos, no sólo varían según los individuos, sino que hasta en un mismo individuo pueden no presentar siempre las mismas características. Un hecho indubitable es que se observa en las grandes mutilaciones operatorias endonasales una profunda alteración de la voz, en particular en las cornectomías totales. La fonación impone, pues, la necesidad de respetar lo más posible el revestimiento pituitario que contiene las terminaciones sensibles y reflectógenas.

En suma, nosotros no pretendemos explicar el porqué ni el cómo de la alteración de la voz en nuestra paciente, sino únicamente exponer este hecho inusitado y hacer ver por cuáles caminos se podría llegar a una explicación satisfactoria del mismo.

Pero la cuestión presenta también otro aspecto, que no queremos dejar de plantear. Conocido el hecho que acabamos de relatar, ¿deberemos advertir de antemano al enfermo de este posible efecto de la intervención que de nosotros solicita o que nosotros le proponemos? Piénsese si no en los desastrosos efectos que un cambio del timbre en su voz podría tener para la carrera artística de una soprano de ópera, por ejemplo, máxime si

ya era conocida y celebrada. Extremando acaso un poco el argumento, podrían incluso admitirse posibles derivaciones judiciales reclamando la perjudicada daños y perjuicios, como ha sucedido alguna vez en operaciones estéticas no acompañadas del éxito esperado. Pero, para ello, sería preciso antes que nada que la alteración de la voz fuese notable y apreciada, por lo tanto, por todos. No creo fuese éste el caso de nuestra paciente. A nosotros no se nos hizo patente el cambio, porque no estábamos familiarizados con la voz de la enferma, pero su familia lo notó enseguida, causándonos no poca sorpresa.

Otro punto, que quizá no logre aclarar, porque no tengo las señas de la operada y no sé si volveré a ver a su hermano, es éste: ¿El trastorno será sólo transitorio o permanente? Creemos nosotros que no obedeciendo a causas mecánicas o anatómicas y, por lo tanto, inmutables, nada se opone a que con el tiempo se compensen los mecanismos reflejos alterados y todo vuelva a entrar en el orden existente antes de la intervención. Pero esto no es más que una simple hipótesis, que nada vale si no es confirmada por los hechos.

Nota.—Después de presentada esta comunicación a la Real Academia de Medicina ha vuelto el hermano de la enferma a mi consulta, para que visitara a otra persona de su familia, y al ser preguntado por mí sobre el estado de su hermana operada, me ha dicho que seguía perfectamente sin el menor lagrimeo, y que *el cambio de la voz* sólo le había durado unos cuantos días, pasados los cuales recuperó su timbre habitual, con lo cual queda contestado el interrogante con que cerrábamos nuestra comunicación, y realizadas nuestras previsiones que en forma hipotética habíamos formulado. La aparente contradicción entre el hecho de que la variación de la voz sólo le durara algunos días

(de veinte a veinticinco calculamos nosotros), y habérmelo dicho su hermano a los dos o tres meses, como si entonces todavía le durara el trastorno, se explica por ejercer dicho compañero en otra localidad, a donde se fué inmediatamente de haber dejado en su casa a su hermana.