

QUINTA PARTE

EXPLORACIÓN

DE LAS

CAVIDADES MUCOSAS

EXAMEN DE LA NARIZ, DE LOS OÍDOS Y DE LA LARINGE

La práctica de las enfermedades de la nariz, de los oídos y de la laringe exige tal multitud de instrumentos y sobre todo una educación tan prolongada del ojo y de la mano, que constituye una verdadera especialidad. Sin poseer tales instrumentos, ni tal experiencia, puede, sin embargo, el médico, en la mayoría de los casos, establecer un diagnóstico suficientemente preciso. Para un examen sumario, hay bastante con un buen foco luminoso, un espejo frontal, dos ó tres estiletos, algunos espéculums y espejos laringoscópicos. Por esto no es nuestra intención describir en las páginas que seguirán todos los procedimientos de examen del oído, de la nariz y de la laringe, tales y como están expuestos en las obras destinadas á los especialistas; nos limitaremos solamente y de propósito á indicar aquellos cuyo conocimiento nos parece que puede ser provechoso para el práctico.

Para no alargar esta descripción desmesuradamente, nos abstendremos de toda consideración teórica sobre el modo de funcionar de los diversos espejos, de las lámparas eléctricas ó de otros instrumentos.

Por otra parte, creemos deber señalar aquí, de una vez para siempre, sin insistir en los medios de ponerlo en práctica, la importancia que debe darse á la perfecta limpieza de todos los instrumentos destinados á ser introducidos en las cavidades de la cara; ninguno de ellos debe ser empleado sin que antes sea objeto de una cuidadosa desinfección.

EXAMEN DE LA NARIZ

El examen de la nariz comprende el de las fosas nasales, de la cavidad retronasal y de sus cavidades anexas, y el de los senos de la cara. La exploración ha de dirigirse, por una parte, al examen del estado anatómico de la nariz, y de otra, al de sus funciones.

I. — EXAMEN ANATÓMICO

Fosas nasales

El procedimiento que permite explorarlas lleva el nombre de *rinoscopia anterior*.

Técnica. — La rinoscopia anterior se practica por medio del espéculum nasal, en el cual un espejo cóncavo, fijo sobre la frente del operador, proyecta la luz de un buen foco luminoso.

El *espéculum* generalmente empleado para el examen de la nariz es un espéculum bivalvo, análogo al vaginal de Cusco, pero de dimensiones más reducidas. Una de sus valvas está fija, y la otra es móvil y puede ser separada de la precedente por medio de un tornillo. Se han construido diversos modelos con valvas, más ó menos largas, con pabellón más ó menos abierto, pero el de Duplay es el más comúnmente empleado.

El *espejo frontal* es un reflector cóncavo de 8 á 10 centímetros de diámetro y de 15 á 20 centímetros de foco, agujereado en su centro con un orificio circular de 7 á 8 milímetros de diámetro. Este espejo, destinado á hacer converger los rayos luminosos sobre el punto que se ha de examinar, se fija sobre la frente, á la raíz de la nariz, bien por medio de una cinta que horizontalmente rodea la cabeza, ó bien por medio de un resorte metálico que pasa por encima de la cabeza desde la frente á la nuca, donde encuentra sus puntos de apoyo. Por medio de un sistema de articulación especial, el reflector es móvil en todos sentidos, pudiendo ser fijado en cualquier momento y en la situación que se desee.

Como *foco luminoso*, la luz del día es absolutamente insuficiente; es preciso recurrir á una luz artificial; una buena lámpara de aceite, y mejor

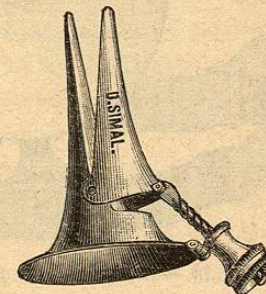


Fig. 72
Espéculum nasal de Duplay

aún, una lámpara de gas ó de petróleo, sin pantalla, llenan las condiciones requeridas.

Para practicar el examen, el médico hace que el enfermo se sienta frente á él; la lámpara se coloca sobre una mesa á la derecha del enfermo, de modo que esté á la altura de su nariz, y lo más cerca posible de su mejilla, á 20 ó 25 centímetros, por término medio, porque se perderá tanta menos luz y la radiación luminosa será, por consiguiente, más viva, cuanto más pequeño sea el ángulo de incidencia de los rayos sobre el espejo. Algunas lámparas de gas ó de petróleo están montadas sobre una varilla vertical sobre la cual pueden correr, pudiéndose las fijar á alturas

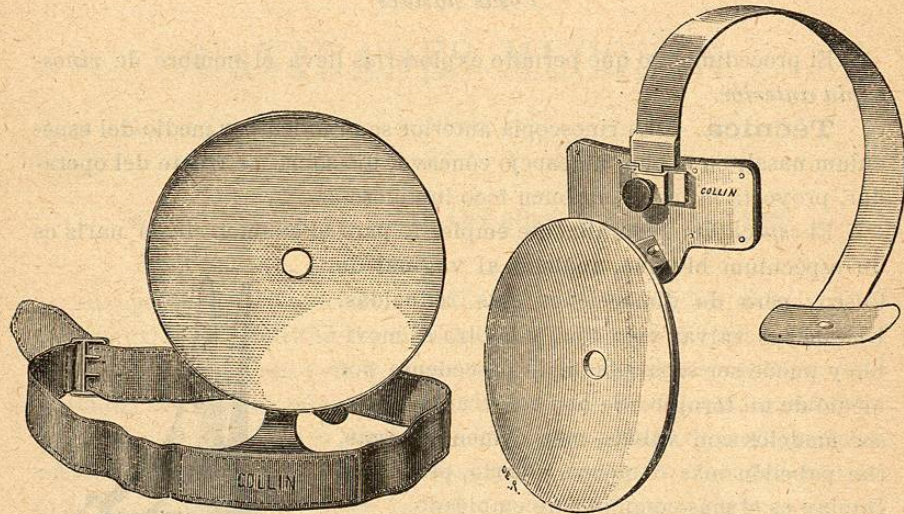


Fig. 73.—Espejo frontal con cinta

Fig. 74.—Espejo frontal con resorte

variables por medio de un tornillo de presión. Estas lámparas son las mejores para un gabinete de consultas. Fuera de casa, donde generalmente no se dispone de este modelo, se eleva la lámpara colocándola debajo de ella uno ó más libros; se la pone más baja colocándola sobre una silla. Cuando se examina un niño, vale más elevar á éste, colocándolo sobre un asiento más alto, ó mejor aún, sobre un taburete de piano cuya altura puede modificarse.

Dispuesto así todo, el médico fija el espejo sobre su frente y lo baja hasta colocarlo delante de su ojo izquierdo, dándole la inclinación necesaria para que refleje la luz de la lámpara sobre la nariz que se ha de examinar. El ojo izquierdo debe ver dicha nariz por el orificio central del espejo, siendo indiferente que el derecho esté abierto ó cerrado. La estre-

chez de las fosas nasales no permite, en efecto, á los rayos luminosos que salen del espejo que se hagan suficientemente divergentes para que vayan á herir los dos ojos á la distancia cercana en que se encuentra el observador respecto al enfermo. La visión binocular no puede, por tanto, ser utilizada; sólo el ojo colocado detrás del espejo, en el eje de los rayos reflejados por éste, recibirá los rayos reflejados por las paredes de las fosas nasales. La distancia á la cual deben colocarse el espejo, y por consiguiente el ojo del observador con respecto á la nariz, no es indiferente. La experiencia, á falta del cálculo, demuestra que el máximo de iluminación se encuentra cuando el espejo (de 16 centímetros de foco) se halla próximamente á 30 centímetros de éste, estando colocada la llama de la lámpara, según hemos dicho, á la altura de la nariz y no lejos de la mejilla. Los principiantes cometen á menudo la falta de tener la cabeza demasiado alejada ó demasiado próxima á la del enfermo; así que sólo obtienen una luz insuficiente y no consiguen poder iluminar el fondo de la nariz. Los miopes, los hipermetropes ó los présbitas pueden hacer colocar una lente apropiada á su vista en el orificio central del espejo.

Estando la nariz convenientemente iluminada, el médico coloca los tres últimos dedos de la mano izquierda sobre el dorso de la nariz, quedando libres el índice y el pulgar para poder coger en seguida el pabellón del espéculo. Si entonces levanta con el pulgar el lóbulo de la nariz, su mirada podrá penetrar en el fondo de ésta, y explorar las paredes que en seguida se van á ocultar bajo las valvas del espéculo.

Teniendo éste desde el principio en la mano derecha, se le introduce, cerrado, y de abajo arriba, en la nariz, siguiendo el eje del vestíbulo, estando la valva fija de la parte del tabique y, por consiguiente, la valva movable y el tornillo lateral hacia afuera, por la parte del ala de la nariz. Debe empujarse el instrumento hasta que llene la cavidad de la nariz, pero sin que llegue á distender sus paredes. Entonces se le comunica un movimiento de báscula que eleva su pabellón y le hace tomar una posición horizontal, paralela á la de la misma fosa nasal. Este movimiento de báscula no se ejecuta sin producir una deformación momentánea del ala de la nariz y del lóbulo, que se encuentran elevados; de esta manera se verifica una especie de rectificación de la nariz, comparable á la rectificación del conducto en el examen del oído.

En este momento, el pulgar y el índice de la mano izquierda cogen el pabellón del instrumento, mientras que con la mano derecha se hace girar el tornillo que abre el espéculo; las dos valvas deben separarse de manera suficiente para que los rayos luminosos reflejados, así como la mirada, penetren fácilmente en la fosa nasal, pero nunca lo bastante para produ-

cir una presión dolorosa sobre las paredes distendidas. La introducción del espéculo no ha de ser jamás dolorosa.

Colocado así el instrumento, el ojo colocado detrás del orificio central del espejo distingue, si hay bastante luz, los diferentes detalles anatómicos de la fosa nasal. La mano derecha, que queda libre servirá para dirigir un estilete explorador de esta cavidad.

Las dimensiones, en altura y profundidad, de las fosas nasales no permiten abarcarlas en su totalidad con un solo golpe de vista; su estrechez, además, hace que sus diversos puntos, sobre todo los más profundos, se vean sólo en perspectiva, cuya condición no es á propósito para facilitar su examen. Así es que éste debe practicarse metódicamente, procurando que cada una de sus paredes caiga sucesivamente bajo la mirada del médico, mediante movimientos de inclinación de la cabeza del enfermo. Efectivamente, no es el ojo del observador el que ha de

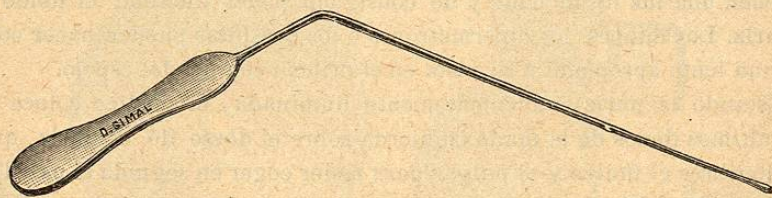


Fig. 75.— Estilete explorador

cambiar de sitio, sino la cabeza del paciente, que debe hacerse colocar sucesivamente en diferentes posiciones, para hacer accesibles á la vista las diferentes regiones de las fosas nasales.

Éstas tienen cuatro paredes: una interna, otra externa, otra inferior ó suelo, otra superior ó bóveda. Para examinar la primera, la cara deberá estar ligeramente vuelta del lado opuesto á la nariz que se explora; para inspeccionar la segunda, se volverá la cabeza hacia el lado correspondiente; ésta se inclinará moderadamente para hacer que la pared inferior sea accesible á la vista y se inclinará hacia atrás para hacer visible la región superior de las fosas nasales. Estas dos variedades de movimiento, de extensión y flexión en un caso, de rotación en el otro, deberán ser combinadas para facilitar el examen de las paredes laterales.

Resultados del examen en el estado normal.—Para que ningún punto escape á la exploración, conviene dirigir el examen en un orden constante, que será, por ejemplo, el siguiente:

1.º **CABEZA RECTILÍNEA.**—Los enfermos que se presentan por primera vez al examen, tienen casi siempre la tendencia á inclinar fuertemente la cabeza hacia atrás, creyendo que así hacen más fácil la exploración,

y esto en virtud de un error muy extendido entre el público, que atribuye á las fosas nasales una dirección oblicua hacia arriba y atrás, paralela á la dirección de la nariz. Ahora bien, en esta posición, la mayor parte de la fosa nasal escapa á la vista. Debe cuidarse, pues, de que al principio de la exploración la cabeza no esté inclinada en ningún sentido, con lo cual la vista del conjunto será lo más extensa posible, porque así se distinguirá á la vez una parte de las paredes laterales y de la inferior; además, de esta manera se reconocerá desde el primer momento un punto de referencia importante, la cabeza del *cornete inferior*.

Esta cabeza aparece en la prolongación de la valva externa del espéculum bajo la forma de una prominencia rosada, lisa, más ó menos redondeada y convexa. Frente á ella, el tabique se presenta bajo el aspecto de una pared vertical y plana. Inferiormente, la vista está limitada por el suelo de la fosa nasal; superiormente, sólo se limita por el mismo espéculum. Estas tres paredes, externa, interna é inferior, huyendo hacia adentro, aparecen tanto menos iluminadas cuanto se las examina en un punto más apartado.

El cornete se continúa hacia atrás por una superficie convexa ligeramente irregular y abollada; su extremidad posterior es de ordinario poco visible, á menos que no se encuentre tumefacta. Su borde inferior desciende más ó menos según los individuos, y sobre todo según el estado de repleción de la mucosa. El espesor de ésta y por consiguiente el volumen aparente del cornete, están sujetos á variaciones rápidas bajo la influencia de las modificaciones locales de la circulación: el contacto con la extremidad del estilete, una emoción, la ansiedad inevitable de un primer examen, pueden hacer disminuir instantáneamente en un tercio ó un cuarto el volumen del cornete.

Entre el cornete inferior y el tabique se encuentra un espacio libre de 4 á 6 milímetros de ancho que, para un ojo no ejercitado, se pierde hacia atrás en una sombra vaga, pero en cuyo fondo un observador experimentado distingue la pared posterior de la faringe.

El examen de esta pared debe hacerse sistemáticamente; importa no darse por satisfecho sino cuando se ha llegado á verla, ó por lo menos á reconocer claramente la causa que constituye un obstáculo para que se la vea. Si, mientras la vista está fija en esta pared, el enfermo hace un movimiento de deglución, ó bien pronuncia los letras *a* ó *i*, se ve que se levanta, á nivel del borde posterior de la pared inferior, un pliegue rosado transversal, que no es otra cosa que el velo del paladar; como el pliegue de la trompa se acerca al mismo tiempo á la línea media

la pared posterior de la faringe se encuentra un momento oculta, pero vuelve á ser visible desde que el velo se relaja.

2.º CABEZA INCLINADA. — Haciendo inclinar ligeramente la cabeza, la pared inferior de la fosa nasal queda visible en toda su extensión, desde el orificio nasal hasta el borde posterior de la bóveda palatina; es horizontal de delante á atrás, pero ligeramente ahuecada en canal transversalmente. Debajo del cornete superior no se deja ver el meato inferior sino en una pequeña extensión y solamente en su parte anterior. No se distingue el orificio del conducto lagrimal.

3.º CABEZA EN EXTENSIÓN. — Haciendo ejecutar lenta y progresiva-

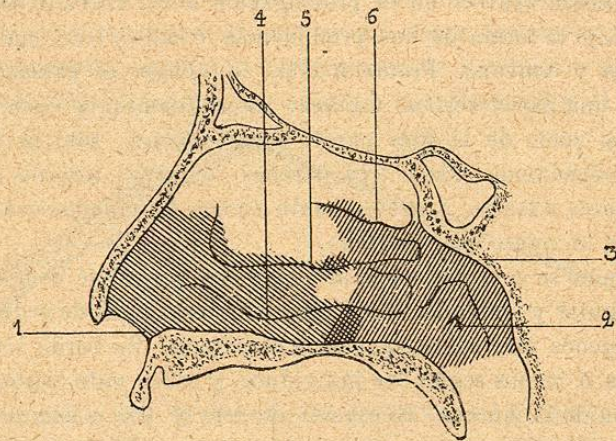


Fig. 76.—Pared externa de las fosas nasales

1, vestíbulo de la fosa nasal;—2, orificio faringeo de la trompa de Eustaquio;—3, bóveda de la faringe;—4, 5, 6, conchas inferior, media, superior. El rayado oblicuo de arriba abajo y de izquierda á derecha indican el departamento de la rinoscopia anterior; el rayado oblicuo en sentido inverso indica el de la rinoscopia posterior.

mente á la cabeza, que hemos puesto rectilínea al principio del examen, un movimiento de extensión que vaya aumentando gradualmente, se presentarán sucesivamente al examen las partes pósteros-superiores, y después las partes ántero-superiores de las paredes laterales de la nariz.

a. *Pared interna.* — Es vertical, lisa y plana en estado normal; sin embargo, con frecuencia y en narices que pueden ser consideradas como normales, es un poco más saliente y ligeramente convexa por un lado, en particular por el lado izquierdo.

En la región ántero-superior del tabique, á la altura de la cabeza del cornete medio, se encuentra el *tubérculo del tabique*, engrosamiento normal de la mucosa constituido principalmente por un grupo glandular; es éste una prominencia blanda, depresible al contacto de la sonda

más ó menos marcada según los individuos. La mucosa del séptum presenta un color rojo ó rosado; en algunos puntos, permite distinguir el tinte blanco ó amarillento del cartilago ó del hueso subyacente.

b. *Pared externa.* — Se encuentran en ella los cornetes y los meatos.

Encima del cornete inferior se distingue desde luego el borde inferior del *cornete medio*, de ordinario claro y bien marcado, presentando en sus tres cuartos posteriores una dirección horizontal. Si el enfermo levanta un poco más la cabeza, se ve que este borde forma hacia adelante un codo brusco, para dirigirse hacia arriba y terminar después de un trayecto vertical próximamente de un centímetro. Los tejidos comprendidos en el ángulo formado por las dos porciones, horizontal y vertical, de este borde, corresponden á la cabeza del cornete medio. Esta cabeza no es tan saliente como la del cornete inferior, y la mucosa es más lisa y más tensa.

La cara convexa del cornete medio sólo está separada del tabique por una hendidura ántero-posterior de 2 milímetros de ancho, la *hendidura olfativa*, á través de la cual no se puede distinguir generalmente la bóveda de la fosa nasal. La extremidad posterior del cornete medio no es visible por regla general; pero á su altura y en un plano más posterior, se distingue á veces, no siempre, y sólo cuando el cornete no está muy aproximado al tabique, un arco de concavidad inferior, que representa el borde superior del orificio posterior de la fosa nasal. El plano vertical y transversal que se encuentra encima es la pared anterior del seno esfenoidal. El plano igualmente vertical y transversal que se percibe por debajo y más hacia atrás, es la pared posterior de la faringe.

El espacio comprendido entre la línea de inserción del cornete inferior y la del cornete medio es el *meato medio*, una de las regiones más interesantes de la nariz bajo el punto de vista patológico. En este punto es donde vienen á abrirse la mayor parte de las cavidades anexas de las fosas nasales (senos maxilar y frontal, células etmoidales anteriores y medias). Estos orificios no son visibles por la rinoscopia anterior, porque están situados en el fondo de un hueco estrecho (hiato semilunar), oculto por el cornete medio. Inmediatamente por detrás y encima de este hiato, la pared del meato está levantada por una célula etmoidal más desarrollada que las otras, la *ampolla etmoidal*. Esta ampolla puede ser bastante voluminosa para empujar el cornete medio hacia el tabique y llenar en gran parte el meato medio, que resulta en tal caso borrado.

El cornete y el meato superiores son invisibles en estado normal.