

Resultados del examen en estado patológico. —

Tres órdenes principales de modificaciones pueden llamar la atención en el examen de una fosa nasal enferma: 1.º su calibre puede encontrarse aumentado; 2.º puede estar disminuido; 3.º sea ó no normal este calibre, las paredes de la fosa nasal pueden dar lugar á pérdidas de substancia, variando desde la erosión hasta la perforación.

Pasaré revista rápidamente á las lesiones más comunes que pueden producir estas modificaciones, pasando voluntariamente en silencio todas aquellas que más raramente suelen ser observadas por el práctico.

1.º **AUMENTO DE LA PERMEABILIDAD DE LA NARIZ.**—Desde que el espéculum está colocado convenientemente, la mirada penetra, no en un conducto aplanado transversalmente, con la pared externa recorrida por esos gruesos repliegues ántero-posteriores que constituyen los cornetes, sino en una vasta cavidad, amplia y abierta, en el fondo de la cual se distingue en primer lugar la pared posterior de la faringe. El ensanchamiento de la fosa nasal se ha verificado especialmente á expensas del cornete inferior, que puede encontrarse bastante atrofiado para que cueste trabajo reconocerlo. El cornete medio, normal ó ligeramente disminuido de volumen, es entonces fácilmente visible en su totalidad. Las paredes de la cavidad se encuentran á menudo recubiertas, en una extensión más ó menos grande, de muco-pus amarillento, ó de costras verdosas, que conviene quitar con las pinzas ó el estilete provisto de algodón, para observar las particularidades en cuestión. Las lesiones son ordinariamente bilaterales, pero á menudo un poco más marcadas en un lado.

Fuera de los casos en que la destrucción de uno ó de varios cornetes resulta de una necrosis sifilítica, se trata comúnmente en estos enfermos de una *rinitis atrófica fétida*, del ocena propiamente dicho.

2.º **DISMINUCIÓN DE LA PERMEABILIDAD DE LA NARIZ.** — El calibre de la fosa nasal puede encontrarse disminuido y hasta obturado por un cuerpo extraño, ó por una tumefacción desarrollada en una de sus paredes.

a. Los *cuerpos extraños* de las fosas nasales están constituidos por moco, pus, sangre ú objetos venidos del exterior.

El pus se reconoce por su color amarillo ó verdoso; se extiende sobre las paredes ó se acumula en el suelo. Unas veces se concreta bajo la forma de costras amarillas, grises ó verdosas, adherentes, que pueden recubrir enteramente un cornete ó un meato y reproducir el obstáculo después que se han separado. La mayor parte de las afecciones de la nariz y de los senos provocan la secreción de pus ó de muco-pus; tales son las rinitis simples ó específicas, las sinusitis, etc.

Los cuerpos extraños venidos del exterior ocupan generalmente el

espacio comprendido entre el cornete inferior y el tabique. Cuando permanecen allí algún tiempo, se cubren de secreciones mucopurulentas ó sanguinolentas; el contacto con el estilete revela su consistencia ó su movilidad.

b. *Tumefacciones de la pared interna.* — Pueden ser duras ó blandas. En el primer caso, se trata de una *desviación* del tabique, desviación angular, ó de grande curvatura; ó bien de un simple *engrosamiento*. Este puede ser circunscrito y constituir una espina, ó bien prolongarse mucho hacia atrás bajo la forma de cresta.

Una prominencia blanda, renitente ó fluctuante, en la parte ántero-inferior del tabique, uni ó bilateral, visible á la entrada de la nariz, que la obstruye en totalidad ó en parte, es indicio de un *hematoma* ó de una *pericondritis*, generalmente traumática.

Las tumefacciones blandas que se observan en la porción ósea del séptum, esto es, en la parte media ó posterior de la fosa nasal, representan, ó bien *gomas* aún no ulcerados, ó bien *tumores* diversos (angioma, sarcoma, etc.).

c. *Tumefacciones de la pared externa.* — En este orden de lesiones es donde hay que buscar las causas más habituales de la obstrucción del calibre del conducto nasal.

La tumefacción *congestiva* ó *hipertrofica* de la mucosa del cornete inferior se traduce por la desaparición total ó parcial del espacio que separa normalmente el cornete inferior del tabique. La tumefacción puede ser difusa, ó limitarse á la cabeza y, aún con más frecuencia, á la cola del cornete; desaparece momentáneamente, al menos en parte, bajo la influencia de la cocainización local.

Análogas lesiones pueden producirse en el cornete medio, donde generalmente presentan el aspecto de una *degeneración polipoide*, caracterizada por el aspecto gelatinoso y medio transparente de la mucosa, cuya superficie se hace irregular y mamelonada.

Un tumor blando, de color gris amarillento ó rosado, translúcido, movable, insertado por un pedículo único y más ó menos delgado en el meato medio, es un *pólipo mucoso*. Raramente único, de ordinario va acompañado de uno ó de muchos tumores semejantes, cuyo volumen varía desde el de un guisante al de una avellana ó nuez. Aunque por regla general se hallan insertos en el meato medio, estos tumores pueden, por un desarrollo progresivo, descender hasta la pared inferior de la fosa nasal. La cocainización de la mucosa del cornete inferior y del meato medio es casi siempre indispensable para reconocer exactamente el punto de inserción del tumor.

Las *sinequias* del cornete inferior con el séptum, que se producen especialmente en casos de hipertrofia del primero ó de desviación del segundo, son fáciles de reconocer después de la cocainización, porque se retrae toda la superficie del cornete, menos en el punto en que se adhiere al tabique. Estas sinequias presentan el aspecto de una membrana, cordón ó brida extendidos como un puente entre las dos paredes opuestas.

Los tumores malignos se presentan aquí casi con los mismos caracteres que en el resto del organismo; superficies ulceradas, mamelonadas, sanguinolentas ó saniosas, etc.

d. *Tumefacciones de la pared inferior*.—Son muy poco frecuentes.

3.º **ULCERACIONES**.—Su punto de elección es el tabique.

Una pequeña erosión puntiforme, recubierta ó no de una costra gris, situada en la parte ántero-inferior del séptum, tan cerca de la entrada de la nariz que la valva interna del espéculum la cubre si no se tiene cuidado de introducir éste muy poco, es indicio de la ruptura de un vaso sanguíneo, de una epistaxis. Si se separa esta costra, sale la sangre goteando y alguna vez en pequeño chorro pulsátil. Esto es lo que se llama comúnmente *erosión varicosa* del tabique, origen de casi todas las epistaxis espontáneas.

En la misma región se comprueba algunas veces no una simple erosión, sino una verdadera ulceración, redonda ú oval, de un diámetro que varía desde algunos milímetros á 1 centímetro, que profundiza, con bordes limpios, rodeados de una mucosa normal: llámase *úlcera simple* del tabique. Si las lesiones han llegado á un estado más avanzado, se encuentra, en lugar de una ulceración, una *perforación* de la porción cartilaginosa del tabique.

Las ulceraciones y las perforaciones que se observan más atrás, en la porción ósea del séptum, son generalmente de origen sífilítico. Estas ulceraciones se encuentran á menudo cubiertas de pus ó de costras de olor infecto; con frecuencia aparecen en ellas granulaciones ó vegetaciones que dan sangre al menor contacto. El estilete que explora el fondo toca en puntos óseos desnudos ó necrosados, y algunas veces hasta da con secuestros ya móviles. Las pérdidas de substancia consecutivas á la eliminación de los secuestros pueden ser bastante extensas para dejar ver á través de ellas la fosa nasal opuesta. El tabique puede ser destruido casi en su totalidad, pero su borde posterior es casi siempre respetado. Estas destrucciones, que no van necesariamente acompañadas del aplastamiento de la nariz exterior, constituyen buenos signos retrospectivos de la sífilis.

Pueden encontrarse ulceraciones de la misma naturaleza, con carac-

teres análogos, á nivel de los cornetes, en la pared inferior y en la región de la hendidura olfativa.

Sólo citaré para hacer memoria las ulceraciones consecutivas á la abertura de un hematoma supurado del tabique, á un traumatismo, al lupus ó á la tuberculosis de las fosas nasales, y por último, las ulceraciones desarrolladas en neoplasmas (sarcomas ó epitelomas).

Obstáculos para la rinoscopia anterior.—Sólo existen en estado patológico. Estos son:

1.º La atresia de la abertura nasal. En tal caso hay que servirse de un espéculum cilíndrico; un espéculum del oído puede ser útil. En el niño de pecho, cuya nariz es naturalmente demasiado estrecha para introducir la extremidad de un espéculum bivalvo, está perfectamente indicado el espéculum del oído.

2.º Una desviación de la parte ántero-inferior del tabique bastante pronunciada para obturar la entrada de la fosa nasal. Entonces es necesaria una operación preliminar: la resección de la porción desviada.

3.º Una hipertrofia considerable del cornete inferior. Se aplica sobre éste un tapón de algodón empapado en una solución de clorhidrato de cocaína al 1/50 durante 5 minutos.

4.º Pus, sangre ó costras cubriendo las paredes de la fosa nasal. Entonces se quitan por medio de un tapón de algodón atado al extremo de un estilete; ó con unas pinzas, y en caso de necesidad empleando una irrigación nasal.

Cavidad retro-nasal

Esta cavidad es visible en parte, ya lo hemos dicho, por la rinoscopia anterior. Sin embargo, este procedimiento es muy insuficiente, puesto que la imagen que presenta es muy limitada. Para hacer una exploración completa de la nasofaringe, es necesario practicarla por medio de la *rinoscopia posterior*, seguida ó no del *tacto digital*.

Rinoscopia posterior.—**Técnica**.—Practicase por medio de un espejo plano introducido debajo del velo del paladar, que refleja en la faringe nasal los rayos luminosos que concentra sobre él el espejo frontal. El espejo rinoscópico desempeña, por tanto, un doble papel, porque ilumina las regiones cuya imagen refleja en seguida.

Estando dispuesta la iluminación como para la rinoscopia anterior, se sienta el enfermo enfrente del médico, con la cabeza derecha, ó ligeramente inclinada hacia adelante. Entonces, abre ampliamente la boca, sin sacar la lengua, de modo que el médico proyecte un haz luminoso desti-

nado á iluminar la pared posterior de la faringe. Entonces, en las condiciones habituales, se produce una de dos cosas: ó bien esta pared se encuentra en parte cubierta por la convexidad del dorso de la lengua, que intercepta los rayos luminosos, ó bien aquélla sólo se ilumina gracias á una elevación del velo del paladar, que el enfermo, demasiado preocupado por facilitar la operación, contrae al mismo tiempo que los demás músculos de la garganta. Esta elevación del velo cierra la comunicación entre la faringe bucal y la nasal, que precisamente debe permanecer ampliamente abierta.

El primer tiempo de la rinoscopia posterior consistirá en suprimir el obstáculo lingual y el obstáculo velopalatino; en un segundo tiempo, se introducirá el espejo rinoscópico para proceder al examen.

1.º tiempo: Depresión de la lengua y del velo del paladar. Contra lo que á primera vista parece, la depresión de la lengua es la operación más difícil, y sin embargo, la más importante de la rinoscopia posterior. El *depresor* de la lengua en ángulo recto, ó por lo menos en ángulo obtuso, es cogido por el mango con la mano izquierda, aplicándolo sobre la parte media del dorso de la lengua, de modo que la extremidad de la espátula más próxima al mango repose sobre los incisivos como pivote, haciéndole entonces ejecutar un movimiento de báscula sobre dicho punto de apoyo, de modo que su extremidad libre deprime lentamente la base del órgano que se trata de dirigir hacia adelante, para agrandar todo lo que sea posible el espacio de la faringe. En esto hay que evitar dos escollos: si el instrumento no se ha introducido lo bastante, empuja hacia atrás la base de la lengua, y entonces el obstáculo para el paso de los rayos luminosos aumenta en lugar de disminuir. Si se introduce demasiado profundamente, provoca un reflejo de náusea, y no puede continuar colocado. Para que el depresor de la lengua, bien colocado desde el principio, no resbale sobre la base de la lengua, ó no se introduzca demasiado durante la exploración, conviene extender el índice de la mano izquierda y colocarlo debajo de la barba del enfermo, tomando así un punto de apoyo. Esta maniobra proporciona bastante seguridad y fijeza á la mano. La lengua debe ser deprimida con mano firme y segura, alguna vez con fuerza, pero nunca de una manera brusca. Una vez colocado en su puesto el depresor, la rinoscopia puede decirse que ya no ofrece dificultad alguna; el que quiera practicarla bien que ejercite mucho su mano izquierda.

Encontrándose deprimida la lengua y respirando bien el enfermo, el velo se encuentra comúnmente relajado y permanece flácido durante el tiempo del examen. Si no sucede así, es preciso convencer al enfermo de que es necesario que permanezca inerte, pasivo, y que sus esfuerzos, lejos

de ayudar para el mejor éxito, lo dificultan en gran manera. Se procurará distraer su atención, ocupándola con cualquier otro asunto ajeno á la rinoscopia. A algunos enfermos hay que enseñarles á respirar por la nariz, teniendo abierta la boca; cuando de esta manera no se consigue el relajamiento del velo del paladar, se hace que el enfermo emita un sonido nasal, como *on* ó *an*, y se aprovecha este corto instante en que el velo baja durante la pronunciación de estas sílabas, para verificar la rinoscopia. Por último, si todos estos medios resultan ineficaces, hay que servirse de un *elevador del velo* (fig. 77), cuyo instrumento levanta el velo, tirándolo hacia adelante. La descripción de este instrumento y de su modo de aplicación es del dominio de la especialidad.

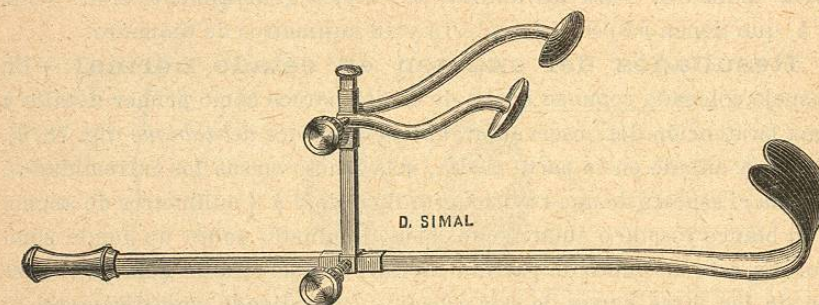


Fig. 77. — Elevador del velo del paladar

2.º tiempo: Introducción del espejo. El *espejo rinoscópico* es un espejo redondo de 1 á 2 centímetros de diámetro, que forma un ángulo de 100º con la varilla que le sirve de mango. El instrumento, previamente calentado sobre la llama de una lámpara, y sostenido por su mango como una pluma de escribir, es introducido en la boca, de modo que su cara reflectora mire hacia arriba y adelante. Se le desliza por debajo del velo, pasando directamente por debajo de la úvula si en este punto existe espacio suficiente, y pasando por uno de los lados en el caso contrario. Una vez en la faringe, se coloca el espejo en la línea media, y ya sólo falta examinar la imagen reflejada por aquél.

Durante la introducción del espejo, éste, en cuanto sea posible, no debe tocar ningún punto del istmo de la garganta, en particular los pilares y la pared posterior de la faringe; al contrario, y según nuestra experiencia personal, se puede impunemente, y en casi todos los enfermos, tocar la úvula, moverla en todos sentidos, titilarla, pero á condición de que el depresor esté bien colocado y que el enfermo respire tranquilamente.

El espejo debe ser introducido en la faringe lejana y profundamente, porque si no es así, refleja la imagen de la cara posterior de la úvula y no la del espacio; si no está bastante bajo, es en parte cubierto por la úvula que queda pendiente delante de él.

En este caso, más que en ningún otro, se necesita un buen foco luminoso, puesto que la luz debe ser reflejada dos veces, primero por el espejo frontal y después por el espejo rinoscópico, antes de llegar á la faringe nasal. De ahí que conviene emplear un espejo lo menos pequeño posible; los más pequeños, que tienen solamente 1 centímetro de diámetro (n.º 00), sólo convienen para el examen de los niños ó de los enfermos de amígdalas muy voluminosas, que no dejan pasar por entre ellas un espejo de mayor diámetro. Para los adultos se emplea generalmente el n.º 0 ó el n.º 1, que tienen respectivamente 15 y 18 milímetros de diámetro.

Resultados del examen en estado normal.—En el espejo colocado como se acaba de decir aparece como primer detalle y llama la atención del observador el *borde posterior del tabique* (fig. 78, 8). Delgado y afilado en su parte media, más grueso en sus dos extremidades, presenta el aspecto de una raya longitudinal de 2 á 3 milímetros de ancho, de un blanco rosado ó amarillento, bien iluminado sobre un fondo sombrío. Es éste un punto de partida capital, que servirá de guía en el examen de las otras partes de este espacio. Procediendo metódicamente y partiendo del borde posterior del séptum, se explorarán sucesivamente las partes medias y las laterales de éste.

a. *Partes medias.*—A cada lado del borde posterior del tabique se encuentran las *coanas* ú orificios posteriores de las fosas nasales, depresiones ovales de eje mayor vertical, de un tinte sombrío, y ocupadas en parte por la extremidad posterior de los cornetes. El primero de éstos que se nota es el *cornete medio* (fig. 78, 4), que se destaca del ángulo súpero-externo de la coana y se dirige oblicuamente hacia abajo, en dirección del tabique, enrollándose sobre el mismo á manera de cayado, y ostentando un color gris rosado y una superficie lisa. Debajo de él, y casi cubriéndolo, aparece la *cola del cornete inferior* (fig. 78, 7), globulosa, rojiza, lisa ó rizada. El *cornete superior* rudimentario (fig. 78, 3) se distingue á menudo en la penumbra del meato superior, inmediatamente debajo del arco superior de la coana. Entre los cornetes medio é inferior se ve la parte posterior del meato medio, tanto más ancha cuanto los cornetes son menos voluminosos, y en cuya profundidad penetra algunas veces la vista hasta muy lejos.

Si al mismo tiempo se eleva lenta y progresivamente la mano derecha, se ve sucesivamente que pasan por el campo del espejo la extremidad

superior del borde posterior del tabique, la bóveda y la pared posterior de la faringe.

La parte superior del borde posterior del vómer se ensancha cada vez más, se ahueca en cierto modo, á medida que se acerca á la bóveda; las líneas que la limitan se inclinan á derecha é izquierda, curvándose para formar el borde superior arciforme de las coanas. La superficie triangular constituída por este ensanchamiento representa el *triángulo del tabique* (fig. 78, 2), segundo punto de partida.

La *bóveda de la faringe* se presenta bajo el aspecto de una superficie

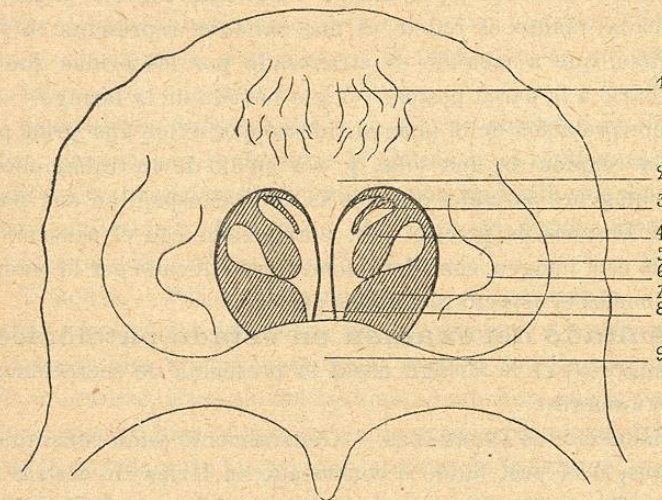


Fig. 78. — Partes visibles por la rinoscopia posterior

1, amígdala faríngea; — 2, triángulo del tabique; — 3, cornete superior; — 4, cornete medio; — 5, rodete tubario; — 6, orificio tubario; — 7, cornete inferior; — 8, borde posterior del tabique; — 9, cara superior del velo del paladar.

roja ó rosada, cuya concavidad apenas puede reconocerse; es lisa ó ligeramente irregular, y no es raro que se distingan en ella uno ó dos orificios puntiformes, ó bien una hendidura lineal media, que conduce al interior de la bolsa faríngea de Luschka.

La *pared posterior de la naso-faringe*, vista en escorzo, ofrece en el adulto una prominencia más ó menos marcada, de ancha base, y una depresión correspondiente al tubérculo anterior del atlas.

Si se baja el mango del espejo, se distinguen, pero solamente si el velo se encuentra muy separado de la pared posterior de la faringe, la extremidad inferior del tabique y la cara posterior del velo.

b. *Partes laterales.*—Se examinan alternativamente las partes dere-