

SEXTA PARTE

EXAMEN

DE LAS

SECRECIONES Y EXCRECIONES

FLUJOS DE LAS FOSAS NASALES

FLUJOS SEROSOS, MUCOSOS Y PURULENTOS

La respiración en estado normal se practica por las fosas nasales y no por la boca. Pasando por las anfractuosidades de estas cavidades, el aire inspirado se calienta y se humedece, de modo que llega á los bronquios en las condiciones de temperatura y de humedad necesarias. Según los autores (Binz, Onodi, etc.), la vasta superficie mucosa de las fosas nasales (38 centímetros cuadrados) debe segregarse casi 1 litro de moco diario para asegurar al aire inspirado la humedad necesaria; esta secreción es por lo demás variable según el estado higrométrico del aire: es tanto más activa cuanto más seco es el aire.

En estado normal, no tenemos conciencia de esta secreción, enteramente utilizada por el aire inspirado: tan sólo tenemos conocimiento de su supresión, de su disminución y de su exageración.

La disminución de la secreción nasal se caracteriza por una sensación muy molesta de *sequedad* intranasal, de romadizo, por la voz gangosa y por un poco de pesadez de cabeza. Este estado se observa ya de un modo agudo al comenzar el coriza, después de los excesos de la mesa ó venéreos, de vigiliadas prolongadas, etc., ya por crisis, después de la comida en ciertos dispépticos, en los gotosos, en ciertas mujeres antes de la aparición de las reglas, etc., ya como fenómeno constante ó alterante con otros trastornos en los sujetos afectados de una rinitis crónica.

Frecuentemente, esta sequedad de la mucosa nasal da rápidamente lugar á una exageración de la secreción: tal es el caso del coriza agudo, del asma del heno, de la rinitis hipertrófica, etc. Esta exageración de secreción se caracteriza por un flujo más ó menos abundante por el orificio anterior de las fosas nasales de un líquido claro, transparente y límpido, formado de agua que contiene algunas células epiteliales y algunas pocas células linfáticas: es la *rinorrea serosa*.

Esta rinorrea puede ser permanente en el curso de las rinitis crónicas: los enfermos tienen constantemente la «gota en la nariz.» Ordinariamente dura poco, algunas horas ó algunos días, y da lugar á una secreción menos acuosa y más opaca, en la cual el agua está en menor cantidad, mientras que las células epiteliales y las células linfáticas abundan. Estas secreciones mucosas no se derraman tan fácilmente al exterior: su adherencia á las anfractuosidades de las fosas nasales hace difícil su expulsión, aun cuando uno se suene muy fuerte. Tal es la secreción del segundo período del coriza agudo y del período común del coriza crónico.

Cuando las células epiteliales descamadas son muy abundantes y las células linfáticas relativamente escasas, la secreción es blanca (secreción *mucosa*); cuanto más abundan las células linfáticas, más se hace espesa, opaca, blanco-amarillenta (secreción *mocopurulenta*), y luego francamente amarilla (*pus* casi puro).

La existencia, el punto de origen y la interpretación patogénica de las secreciones mucosas son, en general, fáciles de determinar. El coriza agudo es bilateral y dura unos quince días; el coriza crónico, de una duración indeterminada, se halla entrecortado por brotes agudos más ó menos largos, y por brotes congestivos á veces muy cortos en los cuales una de las fosas nasales puede hallarse mucho más atacada que la otra; si existe una hipertrofia del tabique ó de un cornete de un solo lado, este lado es el que ordinariamente se halla más afecto en los brotes agudos; si no es así, los brotes congestivos atacan frecuentemente á una fosa nasal y luego afectan á la otra, abandonando á la primera sin que se pueda hallar una explicación plausible. Los brotes congestivos de los artríticos, de los gotosos y de los dispépticos son ordinariamente bilaterales, de corta duración y sobrevienen después de ciertas causas determinadas (comidas, excesos, fatigas cerebrales, etc.). Todos estos datos deben ser, por lo demás, comprobados y completados por el examen rinoscópico, que indicará el sitio, la extensión y la intensidad de la hiperemia, causa de la secreción, y dará á conocer sus relaciones con el estado general ó con un estado local crónico ó agudo. La presencia, el

punto de origen y la interpretación crónica de las secreciones purulentas no son siempre tan fáciles de determinar.

Cuando el pus es segregado en cantidad bastante grande, ya sea puro, mezclado de sangre ó de mucosidades, su comprobación es facilísima aun á simple vista; también sucede lo mismo cuando se presenta en forma de pequeños grumos amarillos, estriados ó no de sangre. Pero es preciso un examen más atento para conocer la naturaleza purulenta de ciertas costras secas, que el enfermo expulsa de tarde en tarde al limpiarse la nariz ó que, al examen rinoscópico, se ven implantadas en algún punto de las fosas nasales: la superficie libre de estas costras es seca, negruzca ó verdosa, su superficie adherente está—en un punto muy limitado á veces—recubierta de un ligero barniz húmedo, amarillento y claramente purulento: si el examen microscópico deja por lo demás alguna duda, se hace en una lámina de vidrio (porta-objetos) un ligero frote con una partícula de este unto amarillento, y se colorea con una solución de violeta de genciana, que pone en evidencia innumerables células de pus.

En otros casos, el pus se presenta también con sus caracteres habituales, pero no sale por la parte anterior de las fosas nasales: el enfermo, por los movimientos de deglución, lo hace caer en la cavidad nasofaríngea y lo espupa; podría creerse que estos esputos proceden de los pulmones ó de los bronquios: basta indicar esta causa de error. Frecuentemente el pus es expelido al pañuelo por el orificio anterior de las fosas nasales, y si la supuración es unilateral, el enfermo sabe ordinariamente de qué nariz procede; en algunos casos, el pus se acumula en la cavidad nasofaríngea para volver á caer en las fosas nasales y aunque la supuración sea unilateral, el enfermo observa que el pus es expelido por las dos narices.

En realidad, sea cual fuere la precisión de los datos proporcionados por el enfermo, la rinoscopia anterior es la única que indicará si el pus procede de las dos fosas nasales ó de una sola, en qué puntos se acumula y en qué puntos aparece: esta última parte del diagnóstico no se plantea siempre á la primera inspección, ya que el pus puede acumularse en un punto más ó menos lejano del de su origen. Es preciso, con una torundita de algodón, limpiar las fosas nasales, y si no se descubre la lesión ó el orificio por el cual sale el pus, se deja en el punto sospechoso una pequeña bolita de algodón que se quita más tarde: luego se encuentra manchada únicamente en el punto que corresponde al origen de salida del pus.

En los niños, el pus que fluye por el orificio anterior de las fosas nasales procede siempre ya de la nariz, ya de la cavidad nasofaríngea: los senos son demasiado rudimentarios para poder ser causa de él.

La supuración de una sola fosa nasal es motivo para sospechar la existencia de un *cuerpo extraño*.

La salida por las fosas nasales de un moco-pus blanco amarillento durante algunos días solamente en un niño que respira habitualmente con la boca abierta y cuya salud es relativamente buena, es con frecuencia debido á vegetaciones adenoideas inflamadas ó á adenoiditis agudas ó á una rinfaringitis crónica con brotes agudos.

Las *rinitis agudas* ó parte del coriza ligero que produce una rinorrea seromucosa ó mucosa, con pequeñas manchas de pus, provocan en general una supuración más abundante ó el flujo de una sanies purulenta grisácea.

Las *rinitis purulentas*, que complican á la roseola, á la escarlatina, á la viruela, á la erisipela ó á la difteria, son de un diagnóstico fácil cuando se conoce ó se ha seguido la enfermedad en el curso de la cual han aparecido.

La *rinitis impetiginosa*, más mocopurulenta que francamente purulenta, coexiste con otras lesiones impetiginosas de la cara, de los ojos, de los labios, de la cabeza, etc.; á veces con abscesos subcutáneos múltiples; también puede ser el punto de partida de un pequeño absceso intranasal, que producirá pus puro.

La rinitis purulenta de los niños que lactan es frecuentemente una manifestación de la *sífilis*: dejando aparte las demás numerosas lesiones que pueden en este caso existir, este flujo sanioso ó seropurulento será fácilmente atribuido á su verdadera causa, si se observa la presencia de fisuras y la atresia de las fosas nasales rellenas de costras y de pus, más frecuentes que en otras rinitis. — En los niños mayores la sífilis puede atacar las diferentes partes de la nariz como en los adultos.

Se ha observado en algunos casos excepcionales la infección *blenorragica* de la nariz de los recién nacidos, coincidiendo con la oftalmía purulenta: es éste un accidente acerca del cual basta estar prevenido.

Las supuraciones nasales del adulto tienen orígenes múltiples y su punto de partida no puede á menudo determinarse sino después de un examen atento. Según su origen, pueden dividirse en intranasales, retro-nasales y yuxtanasales (Boulay).

Las *supuraciones intranasales* agudas son debidas, tanto en el adulto como en el niño, á un *coriza agudo* purulento, á una rinitis debida á la grippe, á la viruela, á la erisipela, ó también á una folliculitis, á un forúnculo ó á un absceso del vestíbulo: su diagnóstico es fácil gracias á la evolución y al examen rinoscópico anterior.

Las supuraciones crónicas reconocen por causas habituales el ozena, la sífilis terciaria, la úlcera perforante del tabique, la tuberculosis ó un tumor; los pólipos mucosos son un efecto y no una causa de ellas.

En los casos ligeros de *ozena* ó rinitis crónica atrófica, el moco-pus es espeso y oloroso; en los casos graves, se concreciona en masas pegajosas, viscosas y nauseabundas, que si la afección es antigua ó se abandona á sí misma, forman tapones duros, grisáceos ó verdosos, de formas y dimensiones variables, constituidos en gran parte por pus desecado. El examen rinoscópico demuestra la anchura anormal de las cavidades nasales, la atrofia de los cornetes, y depositadas en ciertos puntos y más ó menos adherentes, la existencia de masas pegajosas, de costras verdosas de un olor repulsivo, semejantes á las que expulsa el enfermo.

Los *gomos ulcerados* dan un pus más abundante, más sanioso, de un olor más soso y menos nauseabundo: se descubre fácilmente la ulceración de fondo amarillento, de bordes cortados á pico y fungosos; la exploración con el estilete demuestra á menudo que el hueso está desnudo en una extensión más ó menos grande.

La *úlcera perforante del tabique* es una lesión muy especial que no debe confundirse con una perforación sífilítica. Situada en la porción cartilaginosa, se descubre fácilmente al examen directo y frecuentemente de un modo inesperado, ya que evoluciona lentamente sin determinar más síntomas que un ligero flujo mucopurulento. La ulceración tiene las dimensiones de una lenteja, de un guisante ó de media peseta; es redonda ú oval, de bordes cortados con limpieza, de fondo más estrecho, en embudo, y se halla constituida por el cartilago necrosado; después de algún tiempo, la perforación es completa y tiene toda la anchura de la ulceración.

Las *ulceraciones tuberculosas* se hallan recubiertas de costras mucopurulentas, bajo las cuales se hallan escondidos los bordes fungosos; el fondo es desigual é irregular, constituido ya por la mucosa, ya por los huesos ó el cartilago necrosados.

Las *supuraciones retronasales* se caracterizan en general por la presencia de pus en los esputos al mismo tiempo que en el pañuelo al sonarse. El examen rinoscópico anterior demuestra la integridad de las fosas nasales ó un ligero grado de inflamación cuando se las ha desembarazado de las mucosidades ó del pus que contenían por medio de pequeñas bolitas de algodón sujetas á un pequeño vástago. La rinoscopia posterior demuestra que, contrariamente á lo que existe en los casos de

supuración nasal, las conchas están intactas y no se hallan recubiertas de pus. El pus permanece á nivel de la amígdala faríngea en caso de adenoiditis aguda, de catarro de la cavidad nasofaríngea con brotes agudos, y en la superficie de las ulceraciones en caso de sífilis ó de tuberculosis de dicha cavidad. Es raro que el pus proceda de un absceso nasofaríngeo ó salga de la trompa procedente de una otitis media.

Por *supuraciones yuxtanasales* se entienden las supuraciones de los senos maxilares, de las células etmoidales anteriores, de los senos frontales y esfenoidales y de las células etmoidales posteriores. Pocas veces se trata de una supuración *aguda*: ésta se observa alguna vez, sin embargo, en el curso de los corizas intensos, sobre todo durante las epidemias de gripe: un cierto número de senos participan de la inflamación de las fosas nasales y curan al mismo tiempo que ellas.

Ordinariamente la supuración es *crónica*, y únicamente procede de un solo seno: el enfermo sabe que el pus sale de una de las fosas nasales solamente, é insiste á menudo acerca de la abundancia de las mucosidades purulentas que expele, de su olor soso, de la intermitencia y periodicidad misma de esta supuración, que no desaparece jamás por completo, sino que se exagera considerablemente con motivo del menor coriza, y que va acompañada entonces de dolores violentos que recuerdan los de la neuralgia facial. Con el espéculum nasi se ve pus en la fosa nasal atacada, frecuentemente obstruida por pólipos mucosos; si se quita con cuidado este pus por medio de pequeñas bolitas de algodón sujetas á un portatorundas, y se deja fijo el espéculum durante algunos instantes, no tarda mucho en verse aparecer una gotita de pus, ya en el meato medio, ya por encima de la concha media. El pus que aparece en el meato medio procede, ya del seno maxilar, ya del seno frontal ó de las células etmoidales anteriores; el que sale por encima del cornete medio, en la hendidura olfatoria, procede del seno esfenoidal ó de las células etmoidales posteriores.

La supuración del *seno maxilar* se reconoce bastante fácilmente, porque se ve salir el pus por el orificio del seno; cuando se coloca una pequeña lamparilla eléctrica dentro de la boca del enfermo, la mejilla correspondiente se ilumina mal y la pupila del mismo lado queda oscura, y si el enfermo cierra los ojos, no percibe la sensación luminosa sino en el lado sano. En el caso, finalmente, de que estos dos modos de exploración dejen lugar á dudas, una punción exploradora practicada en la cavidad del seno por el meato inferior á través del hueso con una jeringuilla provista de una cánula sólida, permitirá retirar el pus directamente é inyectar un líquido aséptico que vuelve á salir por la fosa nasal sucia de pus.

Si se está seguro de que la supuración no procede del seno, se explora