

con un estilete las dos caras del cornete medio: la comprobación de un punto óseo desnudo impondrá el diagnóstico de supuración de las células etmoidales anteriores. Principalmente por exclusión es como se hace el de supuración del *seno frontal*.

Cuando el pus procede del *seno esfenooidal*, permanece en la bóveda de la faringe y en la extremidad posterior de las conchas del lado enfermo, como se ve por la rinoscopia posterior; con un estilete introducido en el seno se comprueba si existe algún punto desnudo.

La supuración de las *células etmoidales posteriores* sale también por la hendidura olfatoria: el estilete permite descubrir una lesión ósea en la extremidad posterior del cornete medio.

Examen bacteriológico. — El examen bacteriológico de las mucosidades y del pus de las fosas nasales debe completar siempre el examen macroscópico; puede proporcionar datos inesperados, muy útiles para el diagnóstico y para el tratamiento.

El *estafilococo* es el agente habitual de los forúnculos del vestibulo y de la rinitis impetiginosa; se caracteriza por mucosidades simples ó purulentas, con ó sin exudados pseudomembranosos grisáceos en el labio superior y en las aberturas nasales.

El *bacilo de la gripe* y el *pneumococo* han sido hallados en el coriza gripal y en el coriza simplé, a *frigore*, ya se trate de rinorrea seromucosa ó de flujo mocopurulento.

El *estreptococo* se observa frecuentemente en las rinitis, rinofaringitis, corizas purulentas de la roseola, de la escarlatina, de la viruela y de la erisipela. También se le observa casi constantemente en las supuraciones de los senos, ya haya obrado en estos casos como agente primitivo ó como agente de infección secundaria, post-gripal por ejemplo.

Todos estos microbios son capaces de producir, ya un coriza de flujo mucoso, ya una rinitis purulenta ó ya una rinitis fibrinosa ó *pseudomembranosa*. Esta última, debida frecuentemente al *bacilo de Löffler*, no es su consecuencia exclusiva, sino que este bacilo puede dar lugar también á rinitis purulentas, no pseudomembranosas, que el examen clínico haría considerar como rinitis simples, impetiginosas por ejemplo.

Por estas simples indicaciones véase de cuánta utilidad puede ser el examen bacteriológico para el diagnóstico y para el tratamiento. No está tampoco desprovisto de interés el saber, por ejemplo, que la supuración nasal de los recién nacidos, que coincide con la oftalmía purulenta, es debida como esta última á la infección gonocócica.

El examen de las mucosidades nasales se practica como el de todas las secreciones patológicas y no tiene nada digno de especial mención.

La averiguación del *bacilo de la tuberculosis* es, sin embargo, á menudo difícil, y su falta podría inducir á error. Cuando se cree en la naturaleza tuberculosa de una ulceración y el examen del moco-pus que de ella procede no ha revelado la presencia del bacilo de la tuberculosis, es prudente impregnar de estas mucosidades una torunda de algodón, pasándola por la superficie de la ulceración é inocularla luego en el muslo de un conejillo de Indias.

Jeanselme ¹ ha indicado recientemente la presencia del *bacilo de Hansen* en el moco-pus que fluye de las lesiones de la rinitis leprosa, y el valor diagnóstico de su comprobación, al principio de la lepra, cuando esta enfermedad tan sólo se caracteriza por una simple secreción mocopurulenta y por epistaxis repetidas. Estos bacilos, que se parecen mucho al bacilo de la tuberculosis por los caracteres morfológicos y microquímicos, se distinguen de él porque en las células ó fuera de las células se presentan siempre «aglutinados en gran número, de modo que forman zarzales ó bolas espinosas» (Jeanselme). En caso de duda, la inoculación del moco-pus al conejillo de Indias decidirá si se trata del bacilo de Hansen, que lo deja indemne, ó del bacilo de Koch, que causa la tuberculosis en pocas semanas.

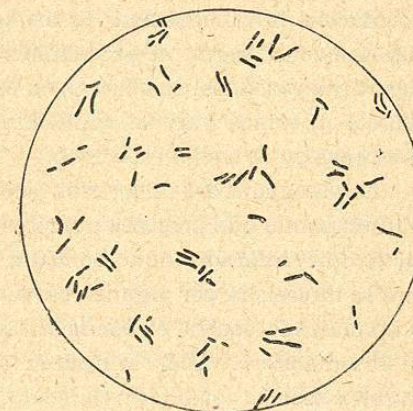


Fig. 117.—Bacilo del muermo

El *muermo* determina alguna vez epistaxis; pero el fenómeno local más importante que ocasiona es el *jetage* (moquillo), flujo por las fosas nasales de un líquido moco-purulento, viscoso y morenuceo, en el cual el examen bacteriológico permite comprobar fácilmente el bacilo patógeno.

El bacilo del muermo (fig. 117) tiene la forma de un pequeño bastoncito de extremos redondeados, recto ó ligeramente encorvado, bastante semejante como á forma al bacilo de la tuberculosis, que se tiñe fácilmente por los colores básicos de anilina y se decolora por el método de Gram.

Cultivado en gelosa, forma, al cabo de cuarenta y ocho horas de permanecer en la estufa á 37°, colonias aisladas, de un color blanco gri-

¹ JEANSELME.—*Soc. méd. des hôpit.*, 1897.

DIAGNÓSTICO MÉDICO. T. I. — 63.

sáceo; se cultiva más abundantemente en gelosa adicionada de leche ó de glicerina, formando en ella una estría espesa, de un color blanco mate al principio, y luego anaranjado y moreno. En el suero, los cultivos, amarillos al comenzar, se ponen de un color blanco lechoso al cabo de unos ocho días. El cultivo en la patata es característico: al segundo día se ha formado una capa amarillenta, que se hace ambarina al siguiente día; luego, después de seis ú ocho días, opaca, anaranjada y rojiza, con una zona periférica de un tinte azul verdoso. Este aspecto podría cuanto más ser debido al bacilo piocianico, pero el cultivo en caldo es blanquecino. El bacilo del muermo se cultiva en la gelatina á la temperatura del laboratorio.

El diagnóstico bacteriológico del muermo debe completarse con la inoculación intraperitoneal de los productos muermosos al conejillo de Indias macho, según el procedimiento de Straus. Al cabo de dos ó tres días, á veces menos, se observa en este animal una hinchazón de los testículos; la túnica vaginal contiene granulaciones muermosas y pus, que lleva consigo el bacilo específico.

La patogenia del ozena está todavía en estudio. Löwenberg¹ ha descrito un bacilo que presenta numerosos puntos de contacto con el *pneumobacilo de Friedländer* (que se halla en ciertos corizas moco-purulentos), pero se diferencia por algunos caracteres (no coagula la leche; un conejo inmunizado contra el *bacilo de Löwenberg* no lo es contra el bacilo de Friedländer). Abel² considera á este bacilo, que apellida *bacillus mucosus ozene*, como muy parecido, aunque algo diferente, al *pneumobacilo*. Belfanti y Della Vedora³ atribuyen el ozena á otro microbio, á un bacilo que presenta las propiedades morfológicas, microquímicas y los caracteres de cultivo del bacilo diftérico y de los bacilos pseudodiftéricos (que pueden hallarse normalmente en las fosas nasales), pero que difiere del bacilo diftérico por la débil toxicidad de su toxina y de los pseudodiftéricos por su virulencia siempre real.—En resumen, son precisos todavía nuevos estudios.

EPISTAXIS

La *rinorragia*, ó hemorragia nasal, comprende, en el sentido más lato de la palabra, á todo flujo sanguíneo, por débil que sea, que se produzca en la superficie de la mucosa pituitaria. La sangre es alguna vez

¹ LOWENBERG, *Annales de l'Inst. Pasteur*, 1895.

² ABEL, *Zeitschr. für Hyg. und Infektionskrankh.*, 1895.

³ BELFANTI Y DELLA VEDORA, *Arch. ital. di otol.*, 1896.

en tan pequeña cantidad, que no cae, ó mejor dicho, no sale de las fosas nasales y queda allí durante algunas horas ó algunos días y tan sólo es expelida más adelante mezclada con las mucosidades; estas rinorragias carecen de importancia, y únicamente puede pronunciarse el nombre de *epistaxis* cuando la sangre, inmediatamente después de salir de los vasos, cae gota á gota por las fosas nasales (*ἐπιστάζειν*, caer gota á gota).

Es difícil atribuir á una rinorragia la sangre procedente de una broncorragia ó de una gastrorragia: la hemoptisis y la hematemesis consisten en arrojar sangre por la boca, ya después de un acceso de tos, ya después de un esfuerzo de vómito, y es preciso que la cantidad expelida así sea considerable para que salga al mismo tiempo por la nariz: la duda entonces no puede persistir largo tiempo.

Pero inversamente no es raro el tomar una epistaxis por una hemoptisis ó por una hematemesis. El enfermo puede tener, estando echado sobre el dorso, un derrame sanguíneo que, en vez de salir por las narices, caiga en la cavidad nasofaríngea: si este flujo es poco abundante, el enfermo expelle la sangre en un acceso de tos provocado por la misma presencia de los coágulos en la cavidad nasofaríngea; si el flujo es abundante, el enfermo ejecuta un esfuerzo de vómito y echa mezclados coágulos de sangre que ya ha deglutido y sangre roja líquida que acaba de caer en la faringe. Cuando estas falsas hemoptisis ó estas falsas hematemesis se producen durante el curso de la rinorragia, son fáciles de reconocer, ya que basta hacer sentar al enfermo con la cabeza inclinada hacia adelante para que se vea gotear la sangre por las narices, lo que solamente ocurre en la epistaxis. Cuando se producen algunas horas después, puede hallarse uno con más dificultades, sobre todo si no se puede examinar la sangre expelida; pero el examen rinoscópico saca rápidamente de dudas, demostrando una ó las dos fosas nasales obstruidas por coágulos, que indican claramente el sitio en donde se verificó la hemorragia.

Cuando se nos llama para contener una hemorragia, no se tiene al principio otra preocupación que la de cohibir la hemorragia, é importa poco el averiguar si la sangre procede de la cavidad nasofaríngea ó de la nariz, de tal ó cual parte de la mucosa nasal, y si existen en el punto de origen lesiones antiguas ó lesiones recientes: estos son, sin embargo, detalles importantes, que es necesario determinar luego, algunas horas más tarde, cuando la hemorragia se halle perfectamente cohibida. Esta averiguación no es posible ni completa sino después de un lavado de las fosas nasales: se sienta el sujeto con la cabeza ligeramente inclinada hacia adelante, se le coloca un recipiente delante y respira ampliamente y sin inte-

rrupción con la boca abierta; con una jeringa de 50 á 100 centímetros cúbicos, se le inyecta varias veces agua bórica caliente en cada nariz, comenzando por aquella que parezca ser la más obstruída; se pone cuidado en impeler la inyección suave y lentamente para no provocar una nueva hemorragia; cuando el agua inyectada salga limpia y clara de las fosas nasales, se procede según los métodos habituales á la rinoscopia anterior y posterior: esta última permite asegurarse de que la sangre no procede de la cavidad nasofaríngea, sino de las fosas nasales, y la primera indica el sitio de la hemorragia y el estado de la mucosa.

Es muy raro que la hemorragia tenga lugar en una grande extensión de la mucosa pituitaria, por trasudación: esto ocurre en las enfermedades graves de tendencia hemorrágica, y entonces el examen rinoscópico no permite ver ninguna lesión apreciable.

Ordinariamente la hemorragia se fragua en un punto limitado, á nivel de una herida de la mucosa, de una fractura, de una herida quirúrgica, de una ulceración sífilítica ó tuberculosa, ó de un tumor cualquiera; al mismo tiempo se hace el diagnóstico del sitio y de la causa de la epistaxis.

Pero fuera de estos casos, que son en verdad los más raros, la rinorragia se efectúa en ciertos puntos especiales, siempre los mismos, sea cual fuere la causa primera de la hemorragia. Casi siempre es en la parte ántero-inferior del tabique, un poco por encima y por detrás de la espina nasal anterior (Hartmann), en donde se halla la ligera erosión que ha sido causa del derrame sanguíneo. Si no se halla en este punto, existe en la parte anterior de la concha inferior ó en el suelo de las fosas nasales (Bandler). Cuando la hemorragia continúa ó se reproduce durante el examen, se ve, á nivel de la erosión, surgir la sangre ya en forma de chorro filiforme, ya lentamente babeando.

La mucosa en la cual se ha fraguado la erosión vascular, se ve unas veces absolutamente sana y otras está surcada de arborizaciones vasculares, dilataciones varicosas ó presenta pequeñas manchas ó relieves azulados (trombus hemático), á nivel de los cuales se han efectuado ó se verificarán otras hemorragias; en algunos casos, finalmente, la erosión descansa sobre una mancha amarillenta ó sobre una ulceración redondeada, de bordes cortados á pico, que no es más que el principio de la úlcera perforante del tabique. Estos datos, excepto el último, no tienen un gran valor diagnóstico, ya que la presencia ó la ausencia de dilataciones vasculares no basta para determinar la causa primitiva de la hemorragia: principalmente por el examen completo del enfermo se podrá llegar á establecer un diagnóstico etiológico bien fundado.

Basta recordar aquí la división clásica en:

1.º *Epistaxis idiopáticas*, de la adolescencia y suplementarias (hemorroides, reglas, menopausia).

2.º *Epistaxis sintomáticas de afección nasal*: coriza agudo, rinitis atrófica, úlcera del tabique, sífilis, tuberculosis, lepra, tumor, heridas, fracturas, y en los niños, cuerpos extraños y vegetaciones adenoideas.

3.º *Epistaxis sintomáticas de afecciones de diversos órganos*: enfermedades del hígado, principalmente al comenzar las cirrosis; enfermedades cardíacas, ya al principio como signo revelador, ya en el período asistólico; enfermedades renales, principalmente en el pequeño riñón retractor ó al aproximarse los accidentes urémicos; enfermedades del aparato respiratorio, coqueluche, período inicial de la tuberculosis pulmonar, enfisema, etc.

4.º *Epistaxis sintomáticas de una enfermedad general infectiva ó discrásica*: fiebres eruptivas hemorrágicas, fiebre tifoidea, difteria, paludismo, ictericia grave, erisipela, reumatismo articular agudo, tífus, septicemias, etc., leucocitemia, escorbuto, púrpura y hemofilia.

JULIO RENAULT.

FLUJOS DE OÍDOS

Los líquidos que pueden fluir por los oídos pueden proceder del oído mismo, caso el más frecuente, ó de un órgano vecino: en este último caso, se vierten en las cavidades auriculares por un orificio patológico y no hacen más que atravesarlas para ir á derramarse al exterior.

Nazcan ó se viertan en el oído, tienen tres vías principales de salida:

a. El conducto auditivo externo: es el camino que siguen más comúnmente.

b. La trompa de Eustaquio.

c. Un conducto fistuloso de origen patológico.

Según su naturaleza, pueden clasificarse en tres categorías; en efecto, se hallan constituidos, según los casos:

1.º Por moco ó pus;

2.º Por sangre;

3.º Por el líquido céfalo-raquídeo.