

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 obstruida; 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.

MOCO, SEROSIDAD, PUS

Caracteres del flujo.—El flujo puede ser francamente *seroso*, *mucoso* ó *purulento*; pero es raro que guarde durante mucho tiempo este carácter sencillo; frecuentemente no tarda mucho en adquirir una composición mixta, seromucosa, seropurulenta ó moco purulenta; también puede ser sanguinolento. Mientras que la serosidad y el pus se mezclan íntimamente con el agua del lavado, cuyo color solamente modifican, y que el último hace más ó menos lechosa, el moco forma en el líquido de la inyección unos filamentos ó copos blancos ó grisáceos.

El *color* del líquido varía según su naturaleza: el moco es incoloro y transparente, la serosidad es de un tinte amarillo más ó menos claro, y el pus es amarillo ó gris verdoso; los casos en que se ha observado el pus azul (*Bacilo piocídico*), francamente verde (*Bacilo fluorescens*) ó negruzco (*Aspergillus niger*) deben considerarse como curiosidades patológicas; igualmente, á título excepcional, puede verse salir de la caja, por una perforación de la membrana del tímpano, un líquido de aspecto aceitoso. Por el contrario, no es raro que el color del pus esté cambiado por la introducción en el oído de líquidos medicamentosos: las soluciones que contienen sales de plomo ó de plata comunican al pus un tinte gris ó negruzco, el ácido crómico un tinte moreno, etc.

La *consistencia* del flujo no es menos variable que el color: acuoso cuando se trata de serosidad, es albuminoso, gelatinoso ó cremoso cuando se trata de moco ó de pus. Cuando permanece en el oído, este último se hace espeso ó se concreciona en forma de costras amarillas, verdes ó morenas más ó menos adherentes. A veces se hallan mezclados con el pus restos epiteliales ó pequeñas masas epidérmicas de reflejos tornasolados, que atestiguan la existencia de un colesteatoma en las partes profundas del oído.

La *cantidad* de líquido patológico puede ser mínima; entonces es cuando se deseca *in situ* y se transforma en una papilla purulenta ó en masas grumosas. Otras veces el flujo es profuso y el líquido se reproduce á medida que se va quitando y á veces á la misma presencia del observador: se ha calculado que la cantidad de pus ó de moco-pus así expelida puede alcanzar hasta 30 ó 40 gramos en las veinticuatro horas.

El *olor* de la secreción puede ser nulo ó soso y poco acentuado; pero sucede á veces que es extraordinariamente fuerte y desagradable; entonces tiene una fetidez especial, que recuerda la del queso putrefacto y es perceptible á distancia. Esta fetidez se observa en los casos en que exis-

ten puntos óseos denudados ó necrosados ó también en aquellos en que el pus, retenido dentro del oído, se descompone allí.

Los principios irritantes contenidos alguna vez en el pus, provocan la aparición del eritema ó la formación de erosiones en la región del conducto auditivo.

El *examen microscópico* y el *cultivo* de estas secreciones demuestran la presencia de diversos microbios: pneumococos, estreptococos, estafilococos, bacilos tuberculosos, diftéricos, etc. Cuando el pus nace dentro de la caja es frecuentemente monomicrobiano al principio, y continúa así en tanto que una perforación de la membrana no le da salida al exterior: entonces se halla más especialmente en el exudado el pneumococo ó el estreptococo. Pero desde el momento en que la caja comunica con el exterior por el conducto el pus es invadido por los demás microbios, particularmente por el estafilococo: sobre la infección primitiva se implanta otra infección secundaria.

Causas del flujo.— Son mucho más variadas de lo que se figuran la mayor parte de los prácticos. La palabra *otorrea*, aplicada tan frecuentemente para designar los flujos purulentos del oído, no corresponde especialmente á una enfermedad; se aplica solamente á un síntoma, el cual puede ser debido á lesiones diferentes que reclaman cada una un tratamiento distinto. En una palabra, debería desaparecer del vocabulario médico, ya que sólo sirve para llevar confusión al espíritu.

Para hallar la causa de un flujo del oído es indispensable practicar un examen de éste. Conviene distinguir tres casos, según que el exudado salga por el conducto auditivo externo, por una fistula mastoidea ó por la trompa.

1.º EL EXUDADO SALE POR EL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO.—Limpiando el conducto del líquido que lo obstruye, sus paredes se presentan normales ó alteradas al examen otoscópico.

a. Las lesiones del *conducto* que dan lugar frecuentemente á la formación de un exudado son el eczema y la forunculosis.

En el *eczema agudo*, el exudado es seroso, pero se deseca á menudo en la proximidad del conducto en forma de costras ó costritas amarillentas: cuando la infección pasa al estado *crónico*, el rezumamiento se hace purulento y las paredes del conducto se hallan cubiertas de una delgada capa de pus ó de serosidad purulenta, por debajo de la cual los tegumentos están rojos y más ó menos engrosados.

La *forunculosis* se caracteriza objetivamente por uno ó varios relieves más ó menos claramente circunscritos de la pared del conducto, que ocupan especialmente la mitad externa ó la entrada de éste; los forúnculos

pueden ser bastante voluminosos para obstruir completamente la luz del conducto, van acompañados comúnmente de una tumefacción de los ganglios linfáticos de la región preauricular, y son muy dolorosos espontáneamente y á la presión; el flujo purulento á que dan lugar es ordinariamente poco abundante.

Cuando se ha comprobado la existencia de un eczema ó de una forunculosis del conducto, es preciso, antes de deducir que el exudado procede únicamente de estas lesiones, asegurarse de que no existe otra causa de supuración. En efecto, las dermatitis y los forúnculos del conducto son frecuentemente determinados y sostenidos por un flujo procedente del oído medio, y que irrita ó infecta los tegumentos del conducto con los cuales se hallan constantemente en contacto.

Las causas menos comunes de supuración del conducto son las *dermatitis de causa externa* (quemadura, traumatismo, cuerpo extraño) y las *placas mucosas* sifilíticas.

Excepcionalmente el exudado no es producido por los tegumentos del conducto; pero se descubre en un punto de éste un orificio fistuloso por el cual un *absceso ganglionar, parotídeo ó mastoideo* vierte su contenido en el conducto; las células limitrofes (células vecinas óseas de la pared pósterio-superior del conducto) pueden, en caso de supuración, abrirse en éste sin que haya perforación de la membrana del tímpano.

b. Cuando el conducto no se halla afecto de ninguna de las lesiones anteriormente enumeradas, ó también cuando el flujo es mucoso, se debe admitir que éste procede de las cavidades del *oído medio*. La presencia de moco en el exudado es, en efecto, el indicio seguro de una lesión de las cavidades del oído tapizadas por una mucosa, ya que las paredes del conducto no proporcionan más que serosidad ó pus.

Los exudados de la caja no pueden verterse en el conducto sino rompiendo la pared externa de ésta. Esta ruptura puede verificarse por tres regiones distintas: por la membrana del tímpano, es el caso habitual; por la membrana de Shrapnell, es ya más raro, y por encima de esta última, ó sea por la pared de la caja de los huesecillos, es casi completamente excepcional.

Hemos indicado precedentemente (véase *Examen del oído*) los caracteres de la perforación de la membrana del tímpano y los signos que permiten reconocerla (pérdida de substancia, reflejo pulsátil, ruido de perforación, etc.): debemos recordar ahora que el ruido de perforación, determinado por la prueba de Valsalva, puede faltar; en efecto, falta bastante á menudo cuando la perforación es muy pequeña ó cuando la

trompa se halla obstruída. No se produce generalmente en las perforaciones de la membrana de Shrapnell: éstas no son muy visibles si no se tiene la precaución de hacer inclinar mucho la cabeza del enfermo sobre el hombro opuesto. Las fístulas de la pared de la caja se reconocen á la exploración con el estilete.

Las secreciones que salen de la caja pueden originarse en ella ó proceder de una región vecina, y tan sólo atraviesan esta cavidad para ir á verterse en el conducto. En el primer caso, se trata de una otitis media con derrame; en el segundo, ya de una inflamación del antro ó de las células mastoideas, ya de una supuración del oído interno, ó ya, finalmente, de una colección de debajo de la duramadre ó intraencefálica, abierta en el oído medio.

En la *otitis media aguda*, el flujo puede ser puramente mucoso ó sero-mucoso; tan sólo puede durar algunas horas, un día ó dos y cesar definitivamente al cabo de este tiempo: la perforación se cierra y la otitis se cura; otras veces, de mucoso que era al principio, no tarda el exudado en convertirse en purulento, y finalmente, puede ser purulento desde un principio. La duración de este flujo varía desde algunos días á varias semanas.

En la *otitis media crónica* con flujo, éste es purulento: unas veces es continuo y otras intermitente ó también periódico; puede dejar de producirse durante varias semanas ó varios meses para reaparecer luego con la misma abundancia que antes. Conocidas las relaciones de este flujo con el oído medio, el diagnóstico queda solamente bosquejado: es preciso averiguar entonces si existen granulaciones en los bordes de la perforación de la membrana ó en la mucosa de la caja, si la perforación es bastante grande para que no haya retención de pus, si existen puntos óseos denudados ya en la pared laberíntica, ya á nivel del marco del tímpano, si los huesecillos están intactos ó cariados, si el mango del martillo está libre ó soldado á la pared laberíntica y si la caja no contiene masas colesteatomatosas. Es preciso determinar, finalmente, si las lesiones se hallan extendidas á toda la caja ó limitadas á una parte de ésta, particularmente á la región superior, á la ática: las supuraciones del ático tienen una sintomatología especial y reclaman un tratamiento completamente distinto del de las demás supuraciones de la caja.

La mucosa del *antro* participa á menudo de la inflamación de la mucosa de la caja: en la otitis media aguda con flujo muy abundante, esta participación es la regla; la abundancia misma del exudado no permite suponer que éste proceda únicamente de las paredes de una cavidad tan limitada como la caja; la mucosa del antro y la de las células mastoi-