

reacción electiva, o en otros términos, cuyos elementos constitutivos ofrecen una sensibilidad, una receptividad, una resistencia menor.

Únicamente puedo deciros, en honor de la sinceridad, que en dos casos de cáncer laríngeo localizado en un cuerda sin propagación profunda, he conseguido resultados al parecer satisfactorios, logrando la reabsorción del tumor por durante varios meses. Y digo al parecer porque en ninguno de estos casos ha transcurrido más de un año; persiste una retracción cicatricial atrófica en uno de ellos desde hace diez meses, pero no es imposible que sobrevenga la recidiva.

Y es que, señores, la realidad clínica me ha mostrado que las agudizaciones del neoplasma maligno, las proliferaciones difusas a mayor profundidad, las invasiones ganglionares, las metástasis y las recidivas son más frecuentes con el radio que después de la operación radical.

A pesar de todo, creo que el radio por intubación constituye, después de la cirugía, el más poderoso medio de curación del cáncer laríngeo. Pero creo también que este portentoso agente es difícil de manejar y de dosificar, pudiendo ser causa de reacciones vivas un tanto peligrosas.

Con lo dicho creo que basta por hoy. Propóngome más tarde hablaros de nuevo de este asunto de modo más extenso, cuando el tiempo se haya encargado de decidir del verdadero valor del radio en la terapéutica del cáncer laríngeo.

Sobre el tratamiento de las Epistaxis

POR EL DOCTOR R. BOTEY

Quiero hablaros ahora de un asunto vulgar, conocido de todos vosotros; refiérome a la más frecuente de las hemorragias llamadas espontáneas, a la epistaxis.

Nadie de vosotros ignora que los medios de que disponemos para combatir una hemorragia nasal no son siempre cómodos, fáciles y de espléndidos resultados.

Por más que sobre este particular cada maestrillo tenga su librito, es lo cierto que existen casos sencillos y casos rebeldes que obligan a sufrimientos y penalidades por parte del enfermo y del médico, durante varios días.

Si bien la causa de las epistaxis es, como todos sabéis, a menudo general, en la práctica no debemos preocuparnos de ella más que en segundo término. Lo que importa de momento es hacer cesar la pérdida sanguínea, para ver luego despacio si conseguimos evitar la reaparición de la hemorragia.

Debemos, pues, prescindir de la patogenia, modo de pensar excelente para las hemoptisis, las hematemesis, las enterorragias y demás hemorragias inaccesibles, para no olvidar que se trata de una región perfectamente alcanzable con la vista y los instrumentos; en otros términos, hace falta recordar que la epistaxis es una hemorragia quirúrgica.

Sabemos los rinólogos, por percatarnos luego de ello, que cuando hay epistaxis el punto de salida de la sangre es el *septum* nasal, en su extremo ántero-inferior, donde se halla la célebre mancha vascular, sitio de capilares en forma de plexo, procedentes de la rama interna de la arteria esfeno-palatina, y de cuyas ramitas inferiores surge la arteriola de Kiesselback o de la epistaxis. Este sitio ofrece pequeñas dilataciones varicosas y descamaciones con costritas que al saltar rompen estos vasos.

Después de haber observado centenares de epistaxis, me ha parecido notar que la hemorragia era grave cuando surgía la sangre de las márgenes de la mancha vascular, donde abocan las ramitas de la esfeno-palatina; siendo la rinorragia gravísima por lo formidable, si una de estas mismas ramitas era la que sangraba.

¿Mas por qué la epistaxis se localiza en el extremo ántero-inferior del *septum*? Aparte de la adherencia de la pituitaria, que impide que los vasos se retraigan, hallándose como incrustados sobre el cartílago; aparte de que el *septum* se halla expuesto a traumatismos, que favorecidos por la dureza del plano subyacente facilitan la ruptura vascular, creo que las epistaxis tienen origen en la mancha vascular porque existe allí una encrucijada de vasos arteriales terminales de las diferentes ramitas de la esfeno-palatina, de las arterias etmoidales, de las palatinas superior y anterior y de la del subtabique, procedente de la facial. Siendo, pues, este sitio el punto de encuentro de los sistemas de la carótida in-

terna y de la externa, no es de extrañar que brote sangre por la menor causa, porque resulta la tensión sanguínea reforzada en cualquiera de los puntos del fino plexo vascular vascular donde se rompa un vasito.

¿Y por qué existe tanta desproporción entre la insignificancia de la lesión local, difícilísima de distinguir, y la copiosa hemorragia que provoca?

Ello es para mí debido a que para que surja la epistaxis, ha de haber trastorno en la presión sanguínea de las fosas nasales tan sujetas a hiperhemias por múltiples causas. Si el traumatismo tiene lugar en un momento en que el régimen circulatorio de las fosas nasales es normal, saldrá poca sangre.

Determinada la epistaxis espontánea, casi siempre, según mi experiencia, hay hipertensión arterial, siendo aquella de duración y abundancia variables, pero cuya abundancia y duración dependen más de la tensión sanguínea de las arterias que de la lesión ocasional. Esta explica el por qué una herida operatoria intranasal extensa no da lugar más que a un derrame sanguíneo mediano, mientras que un traumatismo insignificante, como el de huir la nariz con el dedo, ocasiona una epistaxis profusa.

Esta hipertensión no es solamente capaz de jugar un papel primordial en caso de lesión local, sino que, en mi concepto, puede, a veces, *por sí sola producir mecánicamente la ruptura vascular*. En estos casos, el esfigmomanómetro puede precisar como presión sistólica la de 200 $\frac{m}{m}$ de Hg.

Estoy cansado de observar artríticos predispuestos a estas hiperhemias endo-nasales. Llevo vistos jóvenes descendientes de aquéllos sufriendo estas congestiones nasales durante meses, bajo la influencia de causas banales. He tratado arterio-esclerosos que tuvieron epistaxis y que sin tratamiento ninguno cesaron después, advirtiendo que jamás he visto sangrarles la nariz a estos enfermos cuando mi dedo no indicaba gran tensión. En efecto, si tomáis el pulso al sobrevenir en ellos la epistaxis, notaréis, como yo, la dureza del mismo, la que disminuye si la hemorragia es copiosa.

La patogenia de la hemorragia nasal resulta más compleja si averiguamos que, además de las lesiones nasales y de la tensión vascular, influye la composición de la sangre, porque, como sabéis, los escorbúticos, los cirróticos hepáticos, los bríticos, los purpúricos y sobre todo los hemofílicos, sangran fácilmente, por existir fragilidad vascular y retardo en la coagulación de la sangre.

Esta famosa hipertensión arterial de los epistáxicos, de que os hablo y que defiendo desde hace veinte años, no es solamente propia de los arterio-esclerosos y de los artríticos, sino que desde hace tiempo la observo en los *uricémicos*, en el *tabaquismo* de determinados individuos susceptibles de angioespasmo, en el *aortismo* hereditario de algunos jóvenes predispuestos, debido a la acción vasoconstrictora de ciertas *toxinas* de desintegración de los tejidos, a la alimentación muy *carnívora*, a la secreción interna de determinadas glándulas (suprarrenales, riñón).

Marey demostró, hace tiempo, que la tensión arterial es regulada por el estado de contracción o de relajación de los capilares; se levanta cuando los pequeños vasos se contraen y baja cuando se relajan. El aumento de la resistencia periférica aumenta la presión vascular y por ende el peligro de hemorragia. Siempre que la he medido con el oscilómetro de Pachon, he hallado en la epistaxis aumento de la presión sanguínea de tipo circulatorio hipertensivo en el sístole y en el diástole.

Según resulta de mis observaciones, la epistaxis depende más de la tensión diastólica que de la hipertensión sistólica, puesto que esta hemorragia es consecuencia de la presión constante reinante en el interior de las arterias, o sea de la presión mínima, indicadora del grado de carga, de repleción, de agobio del sistema arterial.

Para que surja espontáneamente la sangre de la nariz, es necesario, pues, que las presiones sistólica y diastólica sean altas y no anden muy distantes una de otra. Casi huelga el que ahora diga que si la hipertensión sistólica va seguida de hipotensión diastólica, como en la insuficiencia aórtica v. g., no habrá epistaxis, por existir escape arterial en el momento del diástole.

A fin de poder estudiar la tensión arterial en las epistaxis y en otros procesos de la especialidad oto-rino-laringológica utilizando los tonómetros registradores, que tienen ventajas sobre todos los esfigmomanómetros de observación visual, pretendí últimamente adquirir, por consejo del doctor A. Pi y Suñer, el muy preciso esfigmotonómetro de Uskoff, de Odesa, pero a causa de la guerra europea la casa Zimmermann, de Berlín, no pudo proporcionarme el aparato.

Sentí esto último, porque, señores, es este un asunto interesante que quisiera ver esclarecido, por ser, en mi opinión, imperfectamente conocido. Nuevos hechos bien observados y en número suficiente han de aclararlo. Estoy tan convencido de que el exceso de tensión arterial juega un gran papel en las hemorragias espontáneas de la nariz, que creo que, aun en los casos en que no parece haberla, o realmente no la hay, disminuyendo esta tensión se labra un beneficio.

Corroboran esta manera de pensar algunos hechos; entre otros, el que estando v. g. el tabique nasal ulcerado a consecuencia de un taponamiento reciente, ello no obstante no se reproduzca la epis-

taxis a pesar de encontrarse abiertas y sangrantes numerosas boquillas vasculares. Falta la tensión arterial.

He observado en individuos, a temporadas hipertensivos y por ello sujetos a epistaxis, que si a guisa de experimento y habiendo notado cierta hipotensión diastólica en vez de hipertensión, lesionaba la mucosa del *septum* en el sitio antes manantial de hemorragias, sangraba entonces éste muy escasamente por no existir ágobio arterial.

Esta regla no queda, sin embargo, confirmada, cuando existen en el extremo ántero-inferior del tabique nasal verdaderos plexos de arborizaciones vasculares de calibre. En estos casos, como vengo desde tiempo observando, siempre que se hieren estos vasos, aun no existiendo hipertensión, se ocasiona una abundante epistaxis; y si pretendemos destruir estos vasos con el gálvanocauterio, surge tan fuerte hemorragia que imposibilita continuar, obligándonos al taponamiento.

¿Y cómo cesan estas epistaxis?

Excuso por completo deciros que en la nariz, como en todas partes, la hemostasia espontánea tiene lugar por la formación de un trombus. Este es al principio débil, bastando un brote congestivo para que se repita la epistaxis. Este período de vulnerabilidad del vaso dura de uno y medio a tres días. Para que la hemostasia sea el resultado de un trombus resistente, es necesario, pues, que el curso de la sangre se haya suspendido, por lo menos durante 36 horas, en el segmento vascular cuya pared se encuentra abierta.

TRATAMIENTO.—El somero estudio que, de las causas y mecanismo de las epistaxis, acabo de bosquejar, muestra el camino de la terapéutica; la cual, a deciros verdad, pocas veces puede establecerse al principio, puesto que no se ve al enfermo sino cuando la hemorragia nasal dura desde tiempo y ha resistido a las tentativas anteriores de cohibirla.

En mi opinión es conveniente intervenir en seguida, porque aunque no salga sangre en el momento, saldrá cuando estemos lejos del paciente.

Aparte los casos en los que la epistaxis es un síntoma evidente, es frecuente que su causa sea nebulosa por tratarse de individuos jóvenes y de aparente buena salud.

Si la epistaxis es exigua, lo mejor es no hacer nada. Las epistaxis de los viejos ateromatosos, no copiosas ni repetidas, merecenme respeto, porque libran al paciente de una hemorragia cerebral.

Aparte semejantes casos, luego que veo un enfermo que sangra por la nariz, partiendo del principio mentado de que la sangre procede del extremo ántero-inferior del tabique, comprimo entre el pulgar y el índice las alas de la nariz contra el *septum*, durante diez minutos, bajando la cabeza del enfermo a fin de evitar que caiga la sangre en la garganta.

Si este medio no me da resultado y noto que la sangre se desliza por la pared laríngea, introduzco con la pinza en la nariz sangrante un par de torundas de algodón mojadas en agua oxigenada a 12 volúmenes, la cual es el hemostático más activo; la constricción vascular que produce es instantánea y este efecto es de los más duraderos.

Nada de taponos empapados en la solución de adrenalina, porque la isquemia originada por la vasoconstricción dura un par de horas, y como va seguida de vasodilatación proporcional, sobreviene más tarde una hemorragia formidable.

Si la sangre, a pesar de todo, va saliendo en abundancia, procedo al taponamiento nasal anterior.

Es curioso averiguar cómo este taponamiento se hace. Unos lo efectúan con tiras de gasa de un centímetro por 6 de longitud, por pisos superpuestos. Otros meten una mecha de gasa, de 12 a 15 centímetros arriba y en el fondo, otra adelante y otra hasta llenar la fosa nasal. Otros introducen en la nariz una larga tira de gasa, que van hundiendo en acordeón hasta llenar la fosa. Otros utilizan una serie de torunditas de gasa atadas a un hilo, en cola de cometa, que se meten una tras otra y se sacan tirando del hilo. Moure, para evitar que la gasa caiga en la faringe, ata un hilo al extremo de la tira de gasa próxima a las coanas, hilo que sale por la ventana nasal. Basta tirar del hilo para retener la gasa, asegurando un taponamiento apretado.

Dionisio tapona con un tubo de goma de $8 \frac{m}{m} \times 8$ ó 9 cms. que estira sobre un tallo más largo, atando los cabos del tubo a las extremidades del tallo. Sobre el tubo alargado y adelgazado arrolla gasa, introduciendo el todo en la fosa nasal y soltando el hilo que sujeta el tallo, el tubo adquiere el volumen primitivo, comprimiendo al modo elástico.

Philipp introduce un trozo de tela; a beneficio de un tallo, hasta la coana. Quita el tallo y llena el saquito de fragmentos de gasa mojados en un líquido hemostático.

Sota y Lastra utiliza pedazos de esponja preparada enhebrados con un hilo, que introduce lo más adentro posible unos tras otros.

El taponamiento nasal anterior con la gasa es no solamente molesto sino doloroso, necesi-
tándose muchas veces, además, la costumbre del instrumental rinológico.

He abandonado hace tiempo en las epistaxis el taponamiento nasal a la gasa, para servirme casi
únicamente de dos medios: la esponja de goma y el baloncito de caucho.

La esponja de goma (fig. 1), cortada en tira cuadrangular de 10-15 $\frac{m}{m}$ \times 5-6 cms. se mete
con mi pinza nasal que veis (fig. 2) a lo largo del suelo nasal y no hacia arriba, como se tiende a efec-



Fig. 1

Esponja de goma para el taponamiento nasal en las epistaxis.

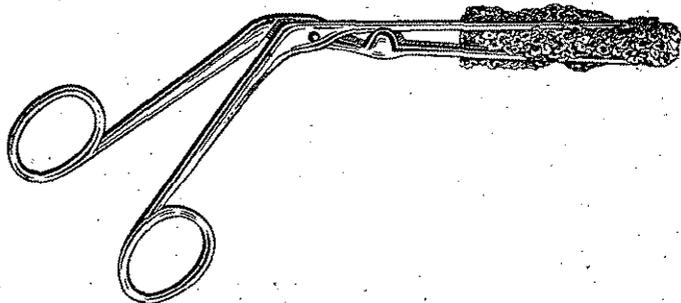


Fig. 2

Pinza nasal cogiendo la esponja de goma para introducirla en la fosa nasal.

tuarlo. Las ramas de la pinza, estrechas y lisas, hacen que, puesta la tira y soltada la pinza, resbale
fácilmente por encima de la esponja sin arrastrarla afuera.

Con este medio queda la epistaxis instantáneamente cohibida, tanto que figuré que es la esponja
de goma un recurso más práctico que el taponamiento a la gasa, porque la presión excéntrica que ejer-
ce obra constantemente sobre el punto sangrante, mientras que la gasa se afloja o se desplaza al cabo
de horas, repitiendo la epistaxis, lo que obliga a volver a taponar. El taponamiento a la esponja es más
cómodo porque su renovación es rapidísima, no haciendo falta el hábito de la rinoscopia, como con el
taponamiento a la gasa.

La esponja de goma molesta a veces al enfermo; en este caso se quitará a las 24 horas o antes.
Si no es muy dolorosa, y no lo es cuando se ha puesto de tamaño apropiado, prefiero dejar la esponja
2 ó 3 días, advirtiéndole que transcurrido el primer día este taponamiento se hace soportable, recordan-
do entre otros el caso de una anciana que, por temor a las epistaxis, no quiso le quitara la esponja de
la nariz, donde llegó a estar 11 días consecutivos sin que aconteciera nada.

Tengo observado que en estos casos la
esponja no imposibilita el desagüe. No de-
ja salir la sangre, pero las mucosidades
purulentas rezuman por la ventana nasal.

Soy partidario actualmente de los taponamientos prolongados, a fin de dar
tiempo a que se organice en firme el
thrombus obturador. Por miedo a las
infecciones del oído y a las de los senos
faciales, casi todo el mundo quita
demasiado pronto el tapón nasal, sacán-
dolo a las 24 horas y permaneciendo
pocas veces dos días en la nariz. Ello hace
que al destaponar al enfermo se repita la
epistaxis. No queda entonces otro recurso
que recurrir al medio supremo, el taponamiento
posterior, que es para mí realmente
eficaz, debiendo, en mi sentir, usarlo en los
casos graves el médico no familiarizado
con las maniobras rinoscópicas. Creo que,
efectuado este taponamiento con gasa yodofórmica, puede dejarse 48 y hasta 72 ho-
ras sin daño para el oído o los senos faciales.

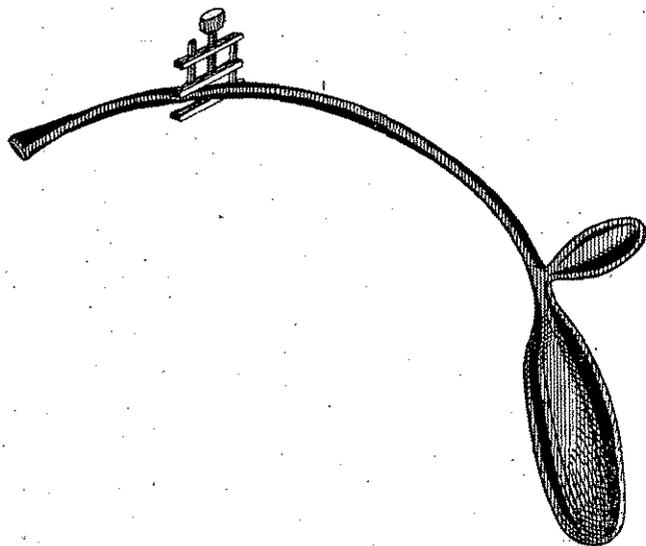


Fig. 3

Baloncito dilatado para cohibir las epistaxis.

El doctor Lermoyez califica el taponamiento posterior de brutal y causante de complicaciones
graves. Sota y Lastra no aprueba que permanezca 24 horas *in situ*.

Considero exageradas ambas opiniones. Llevo efectuados muchos taponamientos de esta índole y no he hallado en ellos más inconveniente que el de ser algo penosos para el enfermo, principalmente las primeras 24 horas, porque al siguiente día el tapón incomoda menos. Además, si cocainizamos el *cavum* el acto de taponar molesta poco.

Considero más cómodo aun que la esponja, el taponamiento nasal efectuado a beneficio de un baloncito de caucho, que se hincha una vez introducido.

El que os muestro (fig. n.º 3) ha sido fabricado aquí. No es en el fondo más que el antiguo balón de Martin d'Ange, una especie de pesario de Gariel aplicado a las fosas nasales. Posee un tubo interior que sirve de mandril, a la vez que de insuflador de aire. Insinuado el balón, rozando el suelo nasal y por lo tanto en dirección horizontal, se hincha con una pera de goma, apretando inmediatamente el tubo con esta pincita (fig. 3) para que no se deshinché.

Si fluye sangre es que la dilatación conseguida no es suficiente, debe aumentarse. A fin de comprobar la plenitud del balón, mandé ponerle últimamente al exterior una bolsita elástica, indicadora de la plenitud de aquél.

Si la introducción del baloncito es difícil, por estrechez nasal (cresta, desviación del *septum*), refuerzo el mandril introduciéndole este tallo metálico, que saco luego de colocado el balón para poder insuflarlo.

Este aparatito puede ser llevado días y hasta una semana, sin daño ni molestia para el paciente, puesto que en los casos de epistaxis de repetición es posible deshincharlo e hincharlo a voluntad, sin moverle de su sitio, dejando así descansos al enfermo.

A fin de evitar que el balón se salga de la nariz, ato una cinta tras la bolsita, cuyos cabos anudo en la nuca. La pinza y el tubo, a fin de que no estorben, los sujeto, con un imperdible, al gorro que lleva el enfermo.

Este sistema es de una suavidad de introducción grande, siendo por lo tanto indoloro e inofensivo por no dejar lesionada la mucosa nasal. Me sirvo de él desde hace bastantes años con muy buenos resultados, habiéndolo consignado en la última edición de mi «Tratado de Oto-rino-laringología».

A fin de evitar nuevas hemorragias al destaponar, insinúo en la nariz agua oxigenada y tras ella una pomada semilíquida, con un cuentagotas. Este engrasamiento debe ser continuado durante algunas semanas, en evitación de ulteriores epistaxis.

Pero no basta, en realidad, haber triunfado de la hemorragia. Es menester conseguir que en lo sucesivo las epistaxis no vuelvan.

No ignoráis que, en general, el tratamiento preventivo interno es poco eficaz, puesto que la mayoría de los estados constitucionales son casi incorregibles. Sin embargo, se procurará mantener disminuida la tensión arterial, aunque la tensión sistólica sea poco más que normal, esto es, no pase de los consabidos 120 $\frac{m}{m}$ de mercurio.

Inmediatamente después de haber cohibido la epistaxis administro a mis enfermos los hipotensivos, principalmente la trinitrina o el tetranitrol, asociado o no al cloruro de calcio, destinado este último, como sabéis, a aumentar el poder coagulante de la sangre. Si hay rebeldía, y con el mismo fin, inyecto suero normal de caballo, o suero antidiftérico, más fácil de encontrar.

Jamás administro los vasoconstrictores, como la ergotina v. g., porque como actúa sobre todos los vasos, éstos se contraen, como llevamos indicado, y por repercusión hidráulica aumentan la tensión arterial, favoreciendo ésta, por lo contrario, la epistaxis.

Ningún resultado he obtenido con la hamamelis, el viburnum, el hidrastis, la ipecacuana, la emetina y la pituitrina últimamente.

Tampoco entono, de momento, al enfermo, si se encuentra semi-acolapsado con una presión sistólica inferior a 90 $\frac{m}{m}$ de Hg., porque en semejante situación, casi providencial, hay menos peligro de hemorragia.

Por más que se aconseja alimentar al enfermo, a fin de compensar la pérdida sanguínea, dándole v. g. 200 gramos de leche cada 2 horas, permitiendo el alcohol para que se reanime, pienso, por lo contrario, que ocasionando la alimentación líquida el inmediato aumento de la tensión vascular, nada se pierde en tener el enfermo a dieta famis uno o dos días, prohibiendo el alcohol y tolerando tan sólo pequeñas cantidades de líquido para apagar la sed.

Pasadas 36 horas sin hemorragia, doy al enfermo alimentos de pequeño volumen, como purés espesos, huevos; administrando gelatina por la boca, en forma de sopas de pies de ternera, caldos y papillas gelatinosas, porque aquélla modifica la coagulabilidad de la sangre, como lo demostraron Carnot y Marfan. Si hay estreñimiento o intoxicación alimenticia, un purgante obrará como derivativo, sin temor a que los esfuerzos de la defecación aumenten la epistaxis, pues con su auxilio el enfermo evacuará con escasa esfuerzo.

Trato más tarde la lesión local, destruyendo los vasos de la mancha vascular, que convierto en tejido cicatricial.

Se aconseja, para ello, trazar con el gálvano-cauterio, en el extremo anteroinferior del *septum* una serie de líneas, separadas por un milímetro de distancia. Pero el gálvano, aun puesto al rojo cereza, es muchas veces causa de epistaxis en el momento que pretendemos evitar su repetición, destruyendo los vasos sangrantes. Además, al caer la escara la hemorragia se reproduce.

Prefiero en la actualidad utilizar para esta destrucción los cáusticos químicos. Válgome del ácido crómico puro; empleo a veces el nitrato argéntico y en alguna ocasión utilizo el ácido tricloroacético.

CONCLUSIONES

- 1.^a En casi todos los casos de hemorragia nasal, incluso las de las personas jóvenes, existe hipertensión arterial, sistólica y diastólica.
- 2.^a Siendo así, se tratarán las epistaxis con los hipotensivos, aunque no parezca haber hipertensión; rechazando los vasoconstrictores.
- 3.^a Se cohibirá la hemorragia taponando con la esponja de goma o el balón elástico, desechando la gasa.
- 4.^a En los casos rebeldes, el taponamiento posterior a la gasa yodofórmica.
- 5.^a El tiempo de permanencia de la esponja o del balón, puede ser de 3 días para el primero y de 5 ó 6 para el segundo.
- 6.^a Para evitar la repetición de las epistaxis, aparte del tratamiento interno, se destruirán los vasos del *septum* nasal de preferencia con los cáusticos químicos.

DISCUSIÓN

DOCTOR ALVARO ESQUERDO.—Dice que siempre oye con gusto al doctor Botey, y más cuando habla de cosas de su especialidad, por las ideas originales y por los aparatos de su invención que presenta. No obstante, no ha quedado satisfecho por la manera de tratar el asunto de las epistaxis nasales, por haber notado contradicciones y la falta de un criterio firme y verdaderamente clínico. Comienza por desentenderse de la patogenia de las epistaxis y tiene que acabar por preconizar tratamientos patogénicos. Hace notar que hace unos treinta años los cirujanos todavía tenían que dominar las especialidades y que por este motivo él tenía que tratar muchas epistaxis; pero después se ha especializado tanto en cirugía, que para los cirujanos sólo quedan los grandes problemas quirúrgicos. Por este motivo raras veces tiene que intervenir en cosas nasales y menos es llamado a cohibir epistaxis.

Insiste en que tratándose de epistaxis es necesario tener muy en cuenta la patogenia, pues hay epistaxis que son beneficiosas para los pacientes y otras pueden ser peligrosas. Por esto algunas veces no debe preocuparse el médico en contenerlas; otras puede mirarlas tranquilamente, esperando que se contengan espontáneamente o con recursos muy sencillos y otras necesita recurrir hasta el taponamiento posterior. —Indudablemente, muchas veces la hemorragia es debida a una hipertensión, como ocurre en los niños pletóricos, en los adultos que abusan de la comida y de la bebida y en los viejos arterio-escleróticos; pero no puede desentenderse ni del estado de la mucosa nasal, ni de las lesiones nasales, ni de la plasticidad de la sangre. En muchas infecciones y en ciertas intoxicaciones puede haber de las tres cosas: lesión nasal, hipertensión y falta de plasticidad. Si, como dice el doctor Botey, sólo hubiera de tenerse en cuenta la hipertensión, no deberíamos preocuparnos en contener la hemorragia, porque la misma hemorragia se encarga de rebajar la tensión vascular, y cuando sobreviniera anemia quedaría el caso resuelto; pero ni las familias se resignan a ver como el enfermo se va desangrando, ni el médico puede exponerse a que la hemorragia llegue al límite, ni le conviene al enfermo perder grandes cantidades de sangre, que le costará mucho de reponer si no ponen en peligro su vida. Por consiguiente, hay que conocer la causa y la patogenia para aconsejar medios preventivos, dejar correr la sangre cuando su salida puede ser beneficiosa y atajarla cuando no hay necesidad de la hemorragia o cuando la pérdida puede ser nociva o peligrosa.

Dice que siempre ha sido partidario de los medios sencillos para contener las epistaxis. Por esto unas veces basta la presión sobre las ventanas, otras las irrigaciones frías, añadiendo, si conviene, vinagre al agua, esencia de trementina, polvos de alúmina y potasa u otras substancias astringentes o sea estimulantes que provoquen la contracción vascular para facilitar la formación del trombo. De-secha el percloruro de hierro tan empleado, por sucio, irritante y enmascarador. Dice que quiere ver siempre las fosas nasales limpias, para saber cuándo deja de salir sangre. Encuentra muy aceptable el taponamiento con la esponja de goma propuesto por el doctor Botey y desconfía del resultado que

pueda darle el pesario de Gariel. El taponamiento de gasa por las ventanas lo considera difícil si se tiene que hacer bien e inseguro porque no priva de que salga la sangre por detrás. Para los casos de apuro es un supremo recurso el taponamiento posterior con la sonda de Belloc, o, si no se tiene a mano, conduciendo el hilo fiador y fijador con pinzas curvas o con una sonda uretral, por las fosas nasales, a la faringe, para atar el tapón por dentro de la boca y conducirlo de la faringe a la abertura nasal posterior.

DOCTOR SUÑÉ Y MEDÁN.—Con suma atención y agrado he escuchado el trabajo del doctor Botey, creyendo hallar en el mismo algo nuevo referente al tratamiento de la epistaxis. Pero nuestro distinguido compañero ha dedicado una buena parte de su tema a la patogenia de dicho trastorno, dejando para la terapéutica menor espacio y exponiendo cosas ya conocidas; cuando menos por quien se halla en el uso de la palabra en este momento.

El hecho de que las hemorragias espontáneas, especialmente las de la pituitaria, coincidan con un estado de hipertensión arterial es de muy racional admisión, y las observaciones y explicaciones del doctor Botey demuestran con evidencia dicho aserto; estoy conforme en ello. Sin embargo, en ciertos casos no existe el aumento de tensión y se producen también abundantes hemorragias; el fenómeno puede tener origen, entonces, en las alteraciones de la plasticidad sanguínea o en la fragilidad extrema de los capilares superficiales. Tal aconteció en una enferma, vista por mí, afecta de anemia perniciosa progresiva, cuya sangre sólo contenía un millón cuatrocientos mil hematíes por cc., estando la tasa de hemoglobina a 32; las epistaxis, sin ser abundantes eran frecuentes y algo rebeldes.

Sin abandonar la importancia patogenética, lo que interesa para el tratamiento de la epistaxis es el conocimiento de las causas generales o locales de la misma. Entre las primeras citaré: la arterioesclerosis, gota, reumatismo, paludismo, albuminuria, glicosuria, enfermedad de Werlhoff, cirrosis hepática, hemofilia, desarreglos menstruales, menopausia, las epistaxis de crecimiento o de la pubertad, y las de las grandes pirexias. Y entre las segundas, los traumatismos, cuerpos extraños, ocrena, ulceraciones tuberculosas, dilatación varicosa del séptum, tumores, pólipos hemorrágicos, etc.

Respecto al tratamiento, variará según se trate de verificar una hemostasia de urgencia, o de una hemostasia curativa en el sentido de evitar nuevas hemorragias. En el primer caso, que ocurre generalmente cuando somos llamados para detener una epistaxis copiosa, lo mejor es verificar el taponamiento anterior (el posterior en contadas ocasiones), mediante gasa, algodón u otros procedimientos. En el segundo caso, cuando una vez detenida la hemorragia o ésta es muy pequeña, precisa averiguar bien de que punto sale la sangre, para aplicar en el mismo el medio que sea conveniente y que luego expondre.

En nuestra práctica, sucede muchas veces que un enfermo acude al rinólogo quejándose de epistaxis; en estos casos puede ocurrir que en aquel momento haya hemorragia, o que ésta haya cesado con o sin taponamiento. Mi modo de proceder en semejantes circunstancias, es como sigue: si sangra una fosa nasal, verifico un taponamiento momentáneo o quito el que, más o menos bien colocado, pueda haber, en cuyo momento una inspección rápida de la pituitaria me permite ver de donde sale la sangre, y aplicar enseguida el cáustico elegido. Si no hay hemorragia en el acto de la visita, procuro indagar de qué lado mana, y si a pesar de la indicación del paciente no hay alteración visible de la mucosa, procedo a provocar la epistaxis mediante algunos frotos con un poco de algodón montado en el porta-algodón corriente. Generalmente, ello es capaz de dar salida a la sangre en el punto de costumbre: el extremo ántero-inferior del tabique. A veces, basta quitar con las pinzas un pequeño coágulo o una costra pegada en dicho sitio para reproducir la hemorragia.

Para combatir una epistaxis existen medios locales mecánicos, químicos coagulantes y cáusticos y medios generales. Los primeros comprenden el taponamiento, sobre el cual no he de insistir; el balón de goma de Botey, muy parecido al de Laurens y el del doctor Torrents, de Barcelona, cuya ventaja estriba en que permite respirar una vez colocado, puesto que lo atraviesa un tubo con una disposición semejante a la de una cánula de Trendelenburg; en cuanto a la esponja de goma (que lo mismo que el balón de Botey, ya conocía por haber sido presentados por nuestro compañero en la Sociedad Barcelonesa de Oto-rino-laringología hace cosa de cinco años), me parece bastante práctica, pero no siempre me ha dado buen resultado, quizá porque posee poca presión excéntrica, lo que permite se escurra la sangre entre la esponja y la mucosa.

Entre los agentes químicos coagulantes, creo como el doctor Botey, que el agua oxigenada pura es un buen hemostático, y así lo he podido comprobar en múltiples ocasiones. La antipirina, la ferripirina, la hazelina y el colodión elástico utilizado por el doctor Torrents, son otros tantos agentes que conviene no despreciar. Ultimamente he usado el *coaguleno*, que se emplea en la clínica Kocher; se trata de una substancia que contiene las materias coagulantes de la sangre y órganos hematopoyéticos solubilizadas y estabilizadas por el azúcar.

Dos palabras sobre los cáusticos. El nitrato de plata fundido y el ácido crómico son excelentes, según mi opinión, para destruir las arborizaciones varicosas de la pituitaria, y tienen la ventaja de su fácil manejo, pudiéndose utilizar en el domicilio del paciente. Por otra parte, estoy convencido de que el galvano-cauterio, al cual el doctor Botey parece dar poca preponderancia, es superior a los demás medios citados. He practicado un sinnúmero de galvano-cauterizaciones por epistaxis, y rarísimas veces me he visto obligado a repetir aquéllas. Naturalmente, hay que obrar con todas las reglas del arte, teniendo cuidado de que el extremo de platino sólo alcance al rojo oscuro, viendo bien el punto que sangra y a ser posible utilizando previamente la acción anestésica de la cocaína. Aun, a veces, mientras dura la extravasación hemática, no he vacilado en aplicar el galvano a través de las pequeñas oleadas sanguíneas hasta detener completamente el flujo de sangre; en estos casos hay que maniobrar con suma cautela y persistir hasta tener seguridad de haber conseguido el fin propuesto.

Por último, entre los agentes generales, el cloruro de calcio, la ergotina (no creo mucho en sus efectos), el clorhidrato de emetina, que he empleado con favorable éxito, el suero gelatinizado y mejor el suero antidiftérico, deben tenerse presentes siempre que queramos coadyuvar al tratamiento local en los casos de epistaxis más o menos persistentes, rebeldes o duraderas.

Mi sincera felicitación al doctor Boyet por su interesante trabajo.

Sesión del 30 de marzo de 1918

Rectificación

El doctor Botey agradece las frases pronunciadas por el doctor Esquerdo, lo propio que las observaciones del doctor Suñé.

—El doctor Esquerdo dice, que si para mí el mejor medio de cohibir las epistaxis es conseguir la hipotensión arterial, resultaría fácil la solución del problema: bastaría para ello hacer cesar la hipertensión arterial.

El razonamiento de Su Señoría es lógico, pero teóricamente tan sólo. En la práctica vemos enfermos que sangran abundantemente por la nariz y no podemos ni debemos esperar los efectos, muy inseguros y tardíos, de la medicación hipotensiva. Hay que cohibir inmediatamente la hemorragia con el taponamiento.

—Añade Su Señoría que me he contradicho al afirmar que no debemos preocuparnos de la patología de la epistaxis dando yo luego explicación del mecanismo de ésta.

Figuróme que no existe quizá contradicción. En efecto, creo haber sostenido que no debíamos preocuparnos de esta patología en el instante que veíamos al enfermo, porque lo que urgía de momento era ocluir mecánicamente su nariz, dado que se trataba de una región perfectamente alcanzable con la vista y con los instrumentos y no inaccesible como en las hemoptisis, hematemesis y enterorragias.

Cohibida la hemorragia, se indagaba con calma su causa, por más que siendo debida a un estado constitucional éste sea casi siempre incorregible. Sin embargo, fundamenté la terapéutica empleada en el estudio de esta patología, demostrando con el esfigmomanómetro de Riba-Roci y con el oscilómetro de Pachon que en la mayoría de epistaxis que vemos los rinólogos hay hipertensión arterial no solamente sistólica sino también diastólica, aun tratándose de personas jóvenes, influyendo más esta última que la sistólica como causa de epistaxis por significar aquélla el grado de agobio del sistema arterial, cosa evidenciada por mí, en estas circunstancias, antes que nadie, imagínome yo.

Naturalmente, no se trata aquí de epistaxis en los estados infectivos febriles que no vemos casi nunca los rinólogos, sino de enfermos artríticos, arterio-esclerosos, uricémicos, angio-espasmódicos, etc., entre los cuales he visto más de un bríhtico con arterio-esclerosis sujeto a fuertes epistaxis teniendo una hipertensión de 200 $\frac{m}{m}$ de Hg. o sea casi el doble de la normal.

—Dice el doctor Esquerdo que hay casos en los cuales no hay hipertensión arterial y no obstante existen epistaxis por alteración de la sangre.

Qué duda tiene: me permitiré recordar a Su Señoría un parrafito en el que creo decía: «La pato-

genia de la hemorragia nasal resulta más compleja si averiguamos que, además de las lesiones nasales y de la tensión vascular, influye la composición de la sangre, porque, como sabéis, los cirrósicos hepáticos, los escorbúticos, los purpúricos y sobre todo los hemofílicos sangran fácilmente, por existir fragilidad vascular y retardo en la coagulación de la sangre.»

—Prefiere Su Señoría tratar las epistaxis con soluciones astringentes.

Esta práctica, un poquito anticuada pero buena para las pequeñas rinorragias, no da resultado en las epistaxis profundas para las cuales se nos solicita. Además, estas irrigaciones son irritantes por ser hipertónicas; pueden ser deglutidas y constituyen peligro para el oído. Se prefiere hoy a los hemostáticos el taponamiento mecánico escueto.

—Ha descrito el doctor Esquerdo su manera de taponamiento, desechando, como es natural, la pésima sonda de Belloc.

Ejecuto este taponamiento de modo un poco diferente, no habiéndolo detallado, como tampoco la técnica de otras maniobras, porque no creí fuese del caso.

—Considera Su Señoría el taponamiento nasal a la gasa como difícil de ejecutar, añadiendo que con él la sangre se escapa por detrás.

Yo creo que para el rinólogo un tanto hábil no existe dificultad, siendo el taponamiento por planos superpuestos casi siempre eficaz. Lermoyez lo cree infalible; no obstante, la gasa se afloja a veces y se desplaza al cabo de horas, repitiendo la rinorragia, cosa que no acontece con el taponamiento a la esponja de goma y al baloncito de caucho.

—Encuentra el doctor Esquerdo este último poco eficaz como hemostático en las epistaxis, a causa de su lisura.

Para mí, ello constituye quizá una ventaja, porque no existiendo adherencias con la mucosa nasal, este taponamiento resulta suavísimo; la prueba de ello está en que los enfermos lo prefieren a la esponja y a la gasa, mucho más molestas y dolorosas. Después de una experiencia de algunos años del baloncito, lo considero tan eficaz como la esponja, y como el balón puede ser tolerado por más tiempo que ésta, por incomodar menos, permitiendo así la formación de un trombus sólido, y poder ser deshinchado a voluntad sin tocarlo, pienso, por lo contrario, que resulta entonces más eficaz que la esponja, la cual provoca a veces nueva hemorragia al sacarla si ha permanecido poco tiempo, puesto que con el balón hay menos peligro de esto último porque resbala la superficie lisa de aquél sobre la mucosa nasal antes humedecida y lubricada con la pomada fluída.

El balón es en realidad menos práctico que la esponja de goma o la gasa, porque no lo hallamos fácilmente a mano y porque aun suponiendo que lo poseyéramos en nuestro arsenal, si no es de reciente fabricación nos encontraremos a lo mejor, cuando pretendamos utilizarlo, con que la goma se rasga al pretender hincharla. Así pues, en definitiva, se preferirá la esponja de goma, por poder adquirirse siempre fresca en cualquier comercio, cortándola en el acto de la manera que indiqué.

Sin embargo de lo afirmado, os puedo asegurar que poseo desde hace años, baloncitos en buen estado de conservación como uno de los que os mostré. Consigo la frescura casi permanentemente de la goma de estos balones manteniéndolos sumergidos en un líquido compuesto de glicerina, alcohol y ácido fólico.

—Finalmente, el doctor Esquerdo dice: que en estos casos de hemorragias graves existen frecuentes síncope, por los cuales precisamente nos manda llamar la familia, negando que sean providenciales.

—Las epistaxis que duran horas y en las que el enfermo pierde más de medio litro de sangre son, para mí, graves. Si la pérdida sanguínea alcanza dos litros el caso es gravísimo, la anemia profunda, pudiendo sobrevenir la muerte.

Cuando la epistaxis es abundante y persistente, aunque no alcance el litro, muchos enfermos se impresionan, palidecen, el pulso se les vuelve lento y blando, sobreviniendo finalmente el síncope a que aludí Su Señoría.

Esta lipotimia es a menudo emotiva, no dependiendo por tanto de la exfoliación sanguínea; es en realidad ventajosa, porque cohibe, instantáneamente, la pérdida de sangre, como lo tengo observado.

Tanto es así, que en la América del Norte se utiliza este medio hemostático, en las hemorragias consecutivas a la amigdalectomía, obligando al operado a permanecer de pie, a fin de provocar más fácilmente el desvanecimiento. No creo, sin embargo, que deba aconsejarse este medio bárbaro de cohibir las hemorragias tonsilares para las de la nariz.

Si la epistaxis es cada vez profusa y se repite con frecuencia a cortos intervalos, la palidez se acentúa, flaquean las fuerzas, se enfrían las extremidades y entonces llega bruscamente el síncope, con pulso casi imperceptible y la respiración suspendida; este último síncope débese, en mi opinión, realmente a la pérdida sanguínea.

En los casos prolongados he visto yo que los síncope intercalados, lejos de agravar la situación,

procuraban, por lo contrario, una serie de armisticios a estas copiosas pérdidas sanguíneas, que evitaban la muerte por anemia aguda.

—Dice al doctor Suñé y Medán que en determinadas enfermedades de la sangre en las que ésta parece más aguanosa, más flúida, menos viscosa y más difícil la coagulación, como en los casos de anemia perniciosa citados por el doctor Suñé, existen frecuentes epistaxis que se repiten durante largos días, debilitando profundamente a los enfermos. En ellos no hay hipertensión arterial; hay, por lo contrario, hipotensión, como en todos o casi todos los tuberculosos, los cuales, no se por qué razón, no se encuentra apenas uno que sea hipertensivo.

El doctor Botey cree que cuando se produce la epistaxis lo mejor es taponar, sin pretender cauterizar el sitio de la hemorragia. Más tarde, cuando ha cesado el flujo sanguíneo, destruye los vasitos sangrantes, utilizando preferentemente para ello los cáusticos químicos, casi siempre el ácido crómico puro fundido en el extremo de un estilete.

Utiliza poco el gálvano-cauterio porque esté, aun empleado al rojo obscuro, es causante de epistaxis en nuestro gabinete y precisamente cuando pretendemos evitar estas hemorragias nasales. En algún caso raro se ha decidido a destruir la mancha vascular con el gálvano, ejecutando bajo una fuerte isquemia del séptum debida a la adrenalina, una serie de rayas finas con la punta del gálvano-cauterio en una superficie de un par de centímetros cuadrados. En estos casos en los cuales no ha podido evitar en el acto una hemorragia profusa, ha taponado después cuidadosamente la fosa nasal durante 24 ó 36 horas.

En cuanto al cloruro de calcio, el doctor Botey lo prescribe, pero sin estar completamente convencido de su eficacia para aumentar el poder de coagulabilidad de la sangre. Tiene más confianza en el suero normal de caballo y también en el suero adti-diftérico de Roux, a pesar de que, tanto el uno como el otro, algunas veces fallan.

Examen de la audición de los niños de una Escuela de Barcelona

POR EL DOCTOR LUIS SUÑE Y MEDAN

En el reconocimiento médico de los escolares, ya sea a su ingreso o en los exámenes periódicos que para ello se destinan, aparte de los datos antropométricos y de los índices de crecimiento que deben tomarse, tiene mucha importancia también la inspección de los principales aparatos y órganos del niño, no pudiendo prescindirse de averiguar el estado de la piel y cuero cabelludo, boca y dientes, aparato locomotor, tórax y aparato respiratorio, sistema nervioso y linfático, nasofaringe, visión y audición. La investigación de esta última ofrece suma trascendencia, y prueba de ello es que en todas las diferentes fichas sanitarias del escolar que se usan para los servicios de inspección médica, hay una casilla destinada al órgano auditivo.

La vigilancia de los principales sentidos en la escuela para la conservación y perfecto funcionamiento de los mismos presenta pues, un interés higiénico y social ya de todos conocido. Aquéllos vienen a ser las puertas de la inteligencia y han servido de base para nuevos métodos pedagógicos (educación de los sentidos), iniciados por Froebel y seguidos por Itard, Pestalozzi, Pizzoli, Montessori, Macheroni (serie de campanas para el discernimiento de los sonidos), Rouma, Bourneville, Brethonneau (educación de la atención y de la memoria por medio de los sentidos), etc., etc., sobre los cuales no es ocasión de insistir en este momento.

Limitándome, pues, al estudio del órgano del oído desde el punto de vista higiénico, veamos ahora como puede medirse de un modo aproximado la agudeza auditiva de los escolares. Pero, antes, séame permitido dar una rápida ojeada sobre las distintas fuentes de sonidos que se utilizan o se conocen mejor, para verificar dicha exploración.