

FMBSH
RC 46
77

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA



Esta obra es propiedad de D. Rafael Ulecia
y Cardona, Director-propietario de la REVISTA
DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS.

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U.M.

TRATADO DE MEDICINA

TOMO IV

ENFERMEDADES DE LA NARIZ Y LARINGE

Por **A. RUAULT**
Doctor de la Facultad de Medicina de París.

Trad. de **JUAN M. MARIANI**
Médico del Hospital de la Princesa. Madrid.

PRIMERA PARTE

ENFERMEDADES DE LAS FOSAS NASALES

CAPÍTULO PRIMERO

DESÓRDENES CIRCULATORIOS

§ 1.— ANEMIA

La anemia de la mucosa nasal solo se observa aisladamente en algunos sujetos afectados de ciertas variedades de rinitis crónicas, antiguas y muy avanzadas.

Se la observa bastante á menudo al mismo tiempo que la de la cavidad buco-gutural; pero, de ordinario, en un grado menor que esta última, en los estados generales caquéticos (tuberculosis, cáncer, leucemia, caquexia palúdica, etc.). Es constante y más marcada en los individuos anemiados por hemorragias abundantes ó repetidas (metrorragia), y, sobre todo, en las cloróticas, cuya pituitaria presenta siempre un color pálido y verdoso, que no difiere, por decirlo así, del de la piel.

Importa hacer notar que, si la pituitaria no está atrofiada, su decoloración puede coincidir con una repleción sanguínea de los senos venosos profundos, porque muy frecuentemente es el resultado de alteraciones cualitativas de la

sangre, cuya masa no ha disminuído. Existe, por lo demás, según veremos muy pronto, cierto grado de independéncia entre los desórdenes circulatorios de las capas superficiales de la mucosa nasal y las de sus capas profundas, comprobables en muchos sujetos.

§ 2. — HIPEREMIA

ETIOLOGÍA Y SÍNTOMAS. — La hiperemia de la mucosa nasal se observa muy frecuentemente: es pasiva ó activa, generalizada ó circunscrita. Pasará con rapidez aquí sobre las hiperemias pasivas, que reconocen en esta región causas del mismo orden que en otros sitios: obstáculos al retorno de la sangre venosa, desórdenes cardíacos, etc., y me limitaré á llamar la atención acerca del papel de las obstrucciones de la faringe nasal (tumores adenóideos ó de otras clases) y de la parte posterior de las fosas nasales (pólipos), en cuyos casos se observa á menudo la hiperemia pasiva y generalizada de la mucosa. A veces también se observa, independientemente de esta última, una distensión de las venas transversales subcutáneas de la parte superior del dorso de la nariz, lo que da á este punto un aspecto marmóreo con sus numerosas líneas azuladas. La comprobación de este signo, sobre todo en los niños, debe llamar la atención del médico hacia el estado de la permeabilidad nasal y naso faríngea.

Las hiperemias activas, en razón del papel importante que desempeñan en la patogenia de las epistaxis y de las rinitis agudas crónicas, merecen que tratemos de ellas con más detenimiento. Pueden éstas aparecer y generalizarse á toda la pituitaria, á consecuencia de las irritaciones de esta membrana, producidas por el contacto de un aire demasiado frío ó demasiado caliente, ó cargado de humo ó de partículas irritantes; pero entonces deben considerarse como un fenómeno fisiológico, como una manifestación del papel de defensa encomendado á la mucosa nasal ante las vías respiratorias más profundas, á menos que no exista una desproporción manifiesta entre el grado de la reacción y la causa extrínseca de que deriva. Se trata entonces de síntomas de hiperexcitabilidad refleja, cuyo estudio se hará ulteriormente, por no ser este el sitio más adecuado. No insisto sobre las hiperemias más ó menos extensas, determinadas por lesiones circunscritas de las fosas nasales ó de su esqueleto, y me limito á recordar las que pueden depender de lesiones vecinas que tienen su asiento en la faringe nasal (quistes, inflamaciones, concreciones lagunares de la amígdala retro-nasal) y de que me he ocupado ya con motivo de la patología de la faringe. La congestión generalizada de la pituitaria puede también resultar de un brote vaso-dilatador reflejo, sin depender de una irritación local ó vecina, sino de un punto de partida lejano. Por ejemplo, puede ser determinada por un enfriamiento, ya sea generalizado, ya localizado á la nuca, al cuero cabelludo ó á las extremidades inferiores; así es como empieza ordinariamente el coriza agudo.

Puede también ser consecutiva á una comida demasiado abundante, á excesos alcohólicos ó venéreos, ó bien á preocupaciones morales y fatigas cerebrales, y muy especialmente á las vigiliias prolongadas. Se observa á menudo también, sobre todo después de las comidas, por ligeras que sean, en ciertos dispépticos

que presentan atonía ó dilatación gástrica. En estos enfermos va acompañada frecuentemente de una rubicundez de los dos tercios inferiores de la nariz, extendido hasta el nivel de los pómulos, rubicundez, pasajera primero, pero que no vuelve jamás á desaparecer por completo al cabo de cierto tiempo, pudiendo entonces ir acompañado de varicosidades y de acné rosáceo ó seborréico. El estreñimiento habitual se encuentra también entre las causas más ordinarias de estos accidentes. Otro tanto diré de ciertas flegmasías crónicas ó simplemente de diversos desórdenes funcionales del aparato genital de la mujer. Algunas personas también le padecen, casi invariablemente, ya sólo al aproximarse la época menstrual ó ya por un tiempo variable durante cada una de estas épocas.

Las personas artríticas de abolengo, los gotosos, sobre todo, están predispuestos especialmente á estos brotes congestivos de la cara. Pueden padecerlos con una extrema frecuencia, y hasta cuotidianamente durante muchos meses, por la influencia de causas determinantes las más triviales pudiendo desaparecer rápidamente, al cabo de un tiempo variable, ya espontáneamente, ya como consecuencia de un flujo hemorroidal, de una manifestación localizada de su diátesis, ó bien después de un traumatismo, ó por la influencia de una enfermedad aguda intercurrente.

En vez de dar origen á congestiones generalizadas las causas anteriormente indicadas, pueden determinar hiperemias circunscritas de la mucosa nasal. En ciertos sujetos (sobre todo en los neuro artríticos, en los gotosos, etc.), pueden ser bilaterales y no atacar más que el tercio anterior ó los dos tercios posteriores de las dos fosas nasales. Las recientes investigaciones de los fisiólogos (Dastre y Morat, François-Frank), sobre los nervios vaso-dilatadores de la mucosa de la nariz, nos permiten comprender fácilmente estas hiperemias parciales de la pituitaria: las primeras dependen de las ramas nasales del nervio oftálmico, las últimas de las del ganglio eseno-palatino. En otros sujetos (particularmente en los nerviosos, neuropatas hereditarios ó neurosténicos) estas hiperemias circunscritas son, por lo común, unilaterales, y aparecen indiferentemente en las mismas personas, ya de un lado, ya del otro, ocupando á veces toda la extensión de la fosa nasal y más á menudo una parte solamente de la cavidad, ya sean sus dos tercios posteriores ó ya preferentemente su tercio anterior, siendo el nivel del cornete inferior el punto donde predominan.

De los síntomas que indican la congestión de la mucosa pituitaria, unos, pocos numerosos, son casi constantes por poco marcada que sea la hiperemia, mientras que los otros, extremadamente numerosos, se presentan con frecuencia y en número muy variable según los sujetos.

Cuando la congestión es bilateral, se manifiesta por una disminución más ó menos completa de la permeabilidad nasal, fenómeno que se designa con el nombre de *resfriado*. Esta obstrucción suspende el ejercicio del sentido del olfato, obliga al sujeto á no respirar más que por la boca, alterando el timbre de su voz (nasal) y se acompaña frecuentemente de una dificultad, que el enfermo caracteriza quejándose de « tener la cabeza pesada ». Cuando por consecuencia de una deformación notable del tabique, las fosas nasales presentan una anchura muy desigual, la dificultad es muy notable en el lado más estrecho. Es de notar que tal estado coincide con una sensación penosa de sequedad intra-

nasal, y el esfuerzo inútil que el enfermo hace para sonarse, no logra más que aumentar la intensidad de esta sensación, así como la obstrucción que la acompaña. Esta, en la mayor parte de los casos, aparece rápida ó casi súbitamente, y después, al cabo de un tiempo variable, desaparece progresivamente y tan pronto como apareció.

Estas apariciones y desapariciones súbitas de las obstrucciones, se ven sobre todo, en los casos de congestión unilateral. El brote puede entonces pasar de un lado á otro ó extinguirse enteramente, para no reaparecer más que después de haber dejado al enfermo un período de tranquilidad, cuya duración varía, según los individuos, y aún en estos mismos, por la influencia de causas accidentales ó según el momento del día, la época del año, las condiciones climatológicas, al estado de su salud general, el período bueno ó malo que atraviesa, etc.

La desaparición momentánea de la congestión nasal, coincide á veces con las rinorreas serosas; á veces, por el contrario, esta última va á menudo precedida ó acompañada de sensaciones de cosquilleo ó de hormigueo, que producen estornudos repetidos, presentándose al mismo tiempo que principia la hinchazón sanguínea de la mucosa (1). En ciertos individuos se ve también aparecer al mismo tiempo que el brote congestivo, desórdenes respiratorios espasmódicos variables, síntomas dolorosos, que revelan, probablemente, reacciones vaso-motoras secundarias, etc. Más adelante estudiaremos estos fenómenos reflejos.

Los signos rinoscópicos no son siempre idénticos. Sin embargo, ya sea general ó circunscrita la congestión, el examen por medio del espéculum nasal (que sea dicho de paso y de una vez para siempre, es absolutamente ilusorio si no se practica con un espejo reflector perforado en su centro y con la luz brillante de un foco de rayos solares ó de una buena lámpara) hace siempre reconocer, al nivel de los cornetes, una tumefacción, una tensión más ó menos acentuada de la región hiperemiada. Si se trata de una congestión pasiva, la mucosa es de color rojo oscuro y de aspecto más bien mate, cuando la pituitaria no presenta alteraciones notables de su estructura histológica. En los casos de hiperemia activa, la coloración y el aspecto son variables. Ya la superficie de la mucosa está tensa y coloreada en rojo vivo muy oscuro, lisa y brillante; ya, y sobre todo, en los casos de espesamiento de la mucosa, conserva ésta, especialmente sobre los puntos donde las alteraciones del tejido se presentan, un matiz de reflejos grisáceos que difiere por completo de la precedente. Por último, es muy frecuente que la región hinchada presente su coloración normal; cuando la obstrucción es unilateral, se puede ver frecuentemente que la mucosa hinchada en el lado obstruido, no está, sin embargo, más coloreada que la del lado opuesto.

Estos tres aspectos de la pituitaria hiperemiada se presentan, sobre todo, con diferencias apreciables, en los casos en que la congestión está circunscrita á las partes anteriores del cornete inferior de una ó de las dos fosas nasales. No es raro comprobar entonces en esta región una coloración casi normal, más bien que un tinte rojo muy oscuro, ó, al contrario, una decoloración muy marcada que

(1) Véase el trabajo de Herzog, *Der nervöse Schnupfen*; *Mitth. des Ver. der Aerzt. Steierm.*, Vienne, 1882.

da á la mucosa una apariencia blanquecina. Hack, que ha estudiado mucho estas hiperemias circunscritas de la extremidad anterior de los cornetes inferiores y las hacía responsables de toda una serie de males (1), ha sostenido que esta decoloración era debida á una presión excéntrica ejercida sobre la capa superficial de la mucosa, cuyos vasos son de pequeño calibre y poco dilatables, por su capa profunda, constituida casi exclusivamente por senos vasculares, y que se pone turgente cuando éstos sufren una repleción sanguínea exagerada. Esta hipótesis, que ha sido adoptada sin discusión por muchos autores, no me parece justificada por la observación clínica. En efecto; la coloración de la superficie libre del cornete no está, en manera alguna, en relación con el grado de tumefacción, porque se pueden ver hinchazones enormes coincidiendo, tanto con una rubicundez superficial muy intensa, como con una palidez notable. Por mi parte, explorando, y comprobando con la vista al mismo tiempo, la consistencia de las partes, por medio de un estilete blando deslizado á plano de delante atrás para rechazar la masa sanguínea, he encontrado muy á menudo á la mucosa roja, más elástica, más tensa, y más pronta á hincharse de nuevo, después de haber cesado el contacto del estilete, por la influencia de la sangre, un instante rechazada por el instrumento, lo que no he comprobado en las mucosas pálidas que presentan una tumefacción tan marcada. Nunca he visto cambiar la coloración de las mucosas momentáneamente y de una manera bien apreciable por la influencia de esta maniobra. En fin, los datos aportados por el examen de la mucosa hinchada, prolongado durante algunos instantes después de un embadurnamiento con la disolución de cocaína, no son menos instructivos que los obtenidos previamente por la exploración por medio del estilete. Este embadurnamiento determina, en pocos minutos, el aplastamiento de la mucosa que se retrae progresivamente á nuestra vista; pero en los casos de tumefacción pálida, se ve que la palidez persiste frecuentemente después de la desaparición de la hinchazón, y, ó comienza á desaparecer cuando el aplastamiento completo de la membrana ha reemplazado á la hinchazón, ó persiste en grado variable durante toda la duración del examen. De igual manera, cuando se opera sobre una mucosa hinchada y muy roja, se comprueban con frecuencia los fenómenos inversos. Las cosas, pues, no pasan tan sencillamente como lo creía Hack. Es preciso admitir que, aparte de los casos, por lo demás, numerosos, en que la palidez de la mucosa congestionada es debida á modificaciones de estructura persistentes, las diferencias de coloración observadas demuestran, probablemente, la existencia de reacciones vaso-motoras, y pudiendo existir la turgencia de los senos venosos de la capa profunda de la mucosa de los cornetes, sin congestión de la capa superficial y aun coexistir con la isquemia de esta última, nos encontramos dispuestos á considerar como un hecho muy probable la existencia de filetes vaso-motores independientes para cada una de ellas, por más que hasta aquí los fisiólogos, experimentando en animales, hayan visto siempre que la excitación del extremo periférico de un ramo nasal vaso-dilatador, produce á la vez en los territorios inervados por él, la rubicundez y la tumefacción de la mucosa.

MARCHA Y PRONÓSTICO. — La hiperemia nasal, por poco que dure ó

(1) Hack (de Fribourg en Brisgau), *Du trait. operat. radical des certaines formes de migraine, d'asthme, fièvre de foin, etc.* Edit. française. Paris, Carré, 1887.

que se repita frecuentemente y durante largo tiempo, produce consecuencias desagradables. A veces, cuando se trata de hiperemias generalizadas, activas ó pasivas, se puede ver aparecer desórdenes circulatorios permanentes. El moco nasal se hace más abundante y más espeso, más rico en elementos celulares y menos acuoso que en estado normal. Las alteraciones glandulares se presentan al mismo tiempo que la relajación y el espesamiento de la mucosa, y el catarro crónico se constituye.

Con más frecuencia y especialmente en casos de hiperemias activas, circunscritas é intermitentes de las regiones anteriores de las fosas nasales, las secreciones están más bien disminuídas, que aumentadas y el enfermo se queja de que no tiene necesidad de sonarse jamás, y de una sequedad de nariz casi constante fuera de los ataques accidentales de coriza agudo. Estos, en verdad, son muy frecuentes en muchos de ellos; de ordinario duran poco, pero sobrevienen por la influencia de causas insignificantes, ya durante todo el año ó sólo en la estación fría, y esta tendencia á los catarros de cabeza es lo que les hace acudir en busca del médico. Sin embargo, en estos casos, los corizas repetidos no dan lugar al catarro crónico con hipersecreción continua que se observan en otras ocasiones. Al cabo de cierto tiempo, y aun después de muchos años, en algunas ocasiones los ataques de catarro agudo son cada vez más raros y desaparecen más ó menos radicalmente, pero la mucosa no llega á perder su vulnerabilidad más que á costa de alteraciones progresivas de su textura.

Ante todo, se observa que por la influencia de la repleción sanguínea repetida y exagerada que experimentan, pierden progresivamente su contractilidad los senos profundos de la mucosa de los cornetes. Estas distensiones pasajeras se extienden á todo el espesor de la mucosa, cuya elasticidad disminuye progresivamente y dan lugar al mismo tiempo que á la dilatación permanente de los senos vasculares, á la relajación de toda la membrana. En este período, y fuera de los momentos en que la mucosa está turgente, envuelve al cornete que recubre á la manera de un saco espeso y demasiado grande, apareciendo al examen flácida y arrugada. Al mismo tiempo la dificultad que el enfermo experimenta para respirar, aumenta durante la noche, porque, por la influencia del decúbito, la mucosa relajada presenta una turgencia sanguínea por éxtasis, de donde resulta una obstrucción general progresiva. Si el enfermo se acuesta sobre el dorso, la falta de permeabilidad es bilateral; si sobre alguno de los lados, se acentúa más en la nariz correspondiente. El paciente duerme mal, con la boca abierta, ronca, se agita y se revuelve en la cama y muchos adquieren gran propensión á soñar.

Hasta que esto ocurre, á excepción de los accidentes nerviosos de orden reflejo, de los cuales muchos no son raros y de las epistaxis que pueden sobrevenir con gran facilidad y no menos frecuencia en ciertas condiciones que serán estudiadas pronto, las hiperemias nasales de repetición no son consideradas por la mayoría de los enfermos más que como un síntoma de mediana importancia, pero desde que la obstrucción nasal se hace permanente, la gran mayoría de los sujetos no tardan en preocuparse de su estado y muchos en efecto sufren pronto las consecuencias desagradables de la respiración bucal prolongada. Se despiertan con la boca seca y una sed ardiente, comienzan á padecer de la garganta, á enronquecer y toser. Al mismo tiempo que progre-

san estos síntomas, las lesiones de la mucosa nasal se acentúan. La membrana sea ó no asiento de desórdenes secretorios bastante notables para tenerse en cuenta, se engruesa pronto en gran parte de su extensión, y después de un tiempo variable acaba en gran número de casos por experimentar la degeneración pseudo-mixomatosa circunscrita ó difusa que constituye la rinitis hipertrófica verdadera.

En otras circunstancias más favorables, cuando los brotes congestivos no se repiten muy á menudo, ó, aunque frecuentes, no datan todavía de mucho tiempo, su desaparición progresiva ó rápida, espontánea ó debida á un tratamiento causal eficaz, puede efectuarse antes que la pituitaria haya sido afectada de lesiones histológicas lo suficientemente avanzadas, para que se pueda esperar que retrocedan, en lugar de hacerse estacionarias ó progresivas.

El pronóstico de estos accidentes es, pues, tan variable como su marcha; está estrechamente ligado á su etiología, en tanto que no existen en la mucosa lesiones definitivas. En caso contrario, se confunde con el de la rinitis crónica catarral ó hipertrófica, afecciones cuyo estudio haremos después.

DIAGNÓSTICO. — El diagnóstico de los brotes hiperémicos intermitentes, sobre todo cuando son circunscritos, unilaterales y de sitio variable, no ofrece dificultades serias; porque generalmente puede hacerse con grandes probabilidades de acierto, aun antes de todo examen, sin más que tener en cuenta los datos suministrados por el enfermo. La exploración rinoscópica se impone, sin embargo, en todos los casos, así como la de la faringe superior y regiones conexas, y á la que debe seguir un examen clínico completo del enfermo, porque, independientemente de las lesiones posibles de las fosas nasales y partes vecinas, debe buscar el observador los síntomas y signos de los diversos estados patológicos y que producen como consecuencia brotes congestivos de la cara.

Cuando el enfermo se queja de impermeabilidad nasal casi constante, presentando sólo débiles remisiones, y alternando con períodos de obstrucción absoluta ó casi absoluta, ya sea de un sólo lado ó de los dos, el diagnóstico de hiperemia no puede hacerse sin el auxilio de un examen local completo de las fosas nasales, practicado con la vista y con el estilete, explorándolas primero tal como están y repitiendo la exploración después de aplicar una disolución de cocaína, único medio que permite eliminar todas las afecciones que pueden determinar la obstrucción de todas las vías aéreas superiores. Después de convencernos de que no se trata de una tumefacción congestiva, debemos averiguar en seguida si es pasiva ó no, y buscar las causas locales, vecinas, lejanas ó generales de que puede depender. La comprobación de una congestión bilateral generalizada muy intensa, que ha aparecido poco tiempo antes y se mantiene estacionaria durante algunas semanas, determinando una sensación de sequedad y la presencia de secreciones mucosas espesas y viscosas difíciles de expulsar, debe hacer sospechar al médico la existencia de la sífilis. Ciertas lesiones terciarias del esqueleto de las fosas nasales, y muy especialmente del vomer, pueden, en efecto, como yo lo he visto muchas veces, recorrer un período bastante largo de su evolución, sin dar lugar á otros signos que los expuestos anteriormente. Si, pues, en tal caso, se trata de un sífilítico, se debe instituir sin titubear el tratamiento específico y dar el ioduro de potasio á altas dosis. Si se acude á tiempo, se conseguirá en la mayor parte de los casos la des-

aparición progresiva y rápida de los síntomas; pero cuando, al contrario, se desconoce la etiología y se ha instituido, ya sea un tratamiento causal intempestivo ó erróneo, ó ya un tratamiento local directo (galvano-cauterio, etc.), nos sorprenderá la insuficiencia ó la corta duración de los resultados que se obtienen, y no tardaremos en descubrir la causa de la falta de éxito, al ver aparecer lesiones fistulosas ó ulcerosas, bajo las cuales se descubren por medio del estilete alteraciones óseas.

TRATAMIENTO. — El tratamiento causal nunca debe descuidarse. Si la mucosa nasal, pasados los brotes congestivos, no presenta lesiones apreciables, bastará este tratamiento en la inmensa mayoría de los casos, si es eficaz contra la causa, para determinar al mismo tiempo la desaparición de los accidentes congestivos faciales; pero si existen deformaciones notables del tabique nasal ó catarro de la amígdala faríngea ó algún otro estado anormal de las regiones yuxta-nasales, se obtendrán ventajas con hacer desaparecer estas lesiones, que deben ser consideradas como causas coadyuvantes de verdadera importancia. De igual manera, cuando al examinar la nariz en el intervalo de los brotes hiperémicos, se comprueba que la mucosa de los cornetes está relajada, dilatada, blanda, flácida y sin elasticidad, es preciso no ocultar al enfermo que no debe esperar del tratamiento causal, aun siendo eficaz, más que una mediana mejoría de los síntomas que revelan la obstrucción nasal intermitente. Por poco que esta mejoría falte ó que el enfermo la encuentre insuficiente, no se dudará en recurrir á una intervención directa (cauterizaciones ígneas intersticiales con el gálvano-cauterio), que permitirá obtener seguramente la desaparición completa de los accidentes.

Los medios locales paliativos más útiles son las insuflaciones de polvo mentolado ó cocainizado (mentol fundido y pulverizado, 0,50; clorhidrato de cocaína pulverizada, 0,25 centígramos; añádase ácido bórico pulverizado, cantidad suficiente para hacer un total de 5 gramos), hechas en el momento en que la tumefacción está en su máximo; su eficacia, sin embargo, rara vez es de larga duración.

§ 3. — HEMORRAGIAS — EPISTAXIS

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA. — De las hemorragias llamadas espontáneas, cuyo estudio tiene lugar legítimo en un tratado de Medicina, la epistaxis es la más frecuente. Esta frecuencia relativa obedece á dos órdenes de causas. Por una parte, depende de la estructura de la pituitaria, de la vulnerabilidad y friabilidad que presenta en ciertos puntos de su extensión esta membrana, tan ricamente vascularizada. Por otra parte, está en relación directa con la de las congestiones de las fosas nasales y de la cara que se presentan por influencias múltiples con una facilidad extrema.

De todas las regiones de las fosas nasales, el tercio antero-inferior del tabique es la que sangra con más facilidad. Irrigado abundantemente este punto por ramas arteriales de orígenes múltiples, desde los que la sangre se vierte en venillas voluminosas, pasando por una red capilar muy superficial, la pituitaria, sumamente adelgazada en esta región y muy adherida al tabique subya-

cente, se encuentra en condiciones desfavorables para resistir á una tensión sanguínea exagerada; además de esto, está muy particularmente expuesta, como ocurre á toda la parte inferior de la nariz externa, á los diversos choques y traumatismos accidentales que su friabilidad y su adherencia al cartílago no le permiten soportar fácilmente sin que de ello resulte alguna desgarradura ó rotura vascular. Cuando un accidente de este género ocurre en un momento en que el riego circulatorio de las fosas nasales se verifica normalmente, no da lugar más que á un derrame sanguíneo insignificante, pero si se produce en el curso de un estado hiperémico local, determina una verdadera hemorragia de duración y de abundancia variables, ciertamente, pero *cuya abundancia y duración dependen mucho más de la tensión de la sangre en los vasos que de la extensión de la lesión traumática ocasional.*

Que se produzca la epistaxis en su lugar de elección (región antero-inferior del tabique), ó en cualquier otro punto de la superficie de la mucosa nasal, es lo mismo. No puede quedar la menor duda sobre este punto, y ésta es una noción fundamental sin cuyo auxilio sería imposible interpretar los hechos que se presentan diariamente á la observación clínica. Sólo ella puede explicar el por qué, en condiciones en apariencias análogas y en sujetos igualmente libres de desórdenes apreciables de la salud, se observa que en ciertos individuos una herida intranasal operatoria extensa, da origen solamente á un derrame sanguíneo de mediana abundancia y de corta duración, y en otros, por el contrario, una lesión insignificante, debida á un choque accidental, á un arañazo hecho con la uña, etc., ocasiona una epistaxis profusa y á veces incoercible. Esta noción, por lo demás, no es aplicable solamente á las hemorragias *provocadas*, traumáticas y operatorias, sino que también lo es á las epistaxis *espontáneas*, debidas á causas locales, orgánicas ó ulcerosas. En tales casos, nos hace comprender también el por qué de la frecuencia, la abundancia y la duración de las hemorragias nasales que se presentan en los sujetos cuyas paredes vasculares han sufrido alteraciones de estructura (endarteritis deformante), ectasias vasculares, tumores con vasos embrionarios, roturas vasculares por trombosis ó embolias; roturas de vasos consecutivas á lesiones ulcerosas, inflamatorias ó gangrenosas, infecciosas ó necrobióticas, etc.), están sujetas á numerosas variaciones en los diversos individuos y también hasta en el mismo individuo, y por qué están distantes (salvo en condiciones extremas) de hallarse en relación constante con el número ó importancia de las lesiones vasculares. Debemos, pues, penetrarnos bien de la idea de que en las epistaxis, desde el punto de vista patogénico, las lesiones locales, sea cual fuere su naturaleza, y hasta podría decir, cualquiera que sea su grado ó su extensión, no representan en la mayor parte de los casos más que un papel secundario y casi no deben ser consideradas más que como causas coadyuvantes y ocasionales. Debemos saber también que fuera de las alteraciones cualitativas de la masa sanguínea, la exageración de la tensión vascular es la que regula la abundancia y duración de la hemorragia.

La exageración de la tensión sanguínea no es sólo capaz de representar este papel primordial en caso de lesión local antecedente. Puede ser bastante para producir mecánicamente la rotura vascular, que es la condición necesaria para la aparición de la epistaxis; y ya son debidas estas epistaxis espontáneas ver-