

mático y dependan de simples erosiones situadas en la parte más anterior é inferior de la mucosa del tabique. Estas erosiones resultan de los frotos repetidos que el mismo enfermo verifica cuando se introduce de tiempo en tiempo los dedos en la nariz, ó bien, y sin tener conciencia de ello, cuando se rasca con la uña ó intenta desembarazarse de las secreciones concretas y adherentes, ó ya si tienen el hábito, después de sonarse, de hacer penetrar en las narices, para limpiarlas, la extremidad del índice revestida con el pañuelo. Estas maniobras dan origen, sobre todo en el lado en que la entrada de la nariz es más estrecha, á una erosión de extensión variable, y que da siempre origen á una hemorragia mayor ó menor desde el momento en que se constituye. Como está situada exactamente en la entrada de la fosa nasal, se conduce como una erosión cutánea, es decir, que se recubre de concreciones sanguíneas más ó menos extensas y gruesas, que se secan pronto por la acción de la corriente de aire, y haciéndose al mismo tiempo muy adherentes; pero desde el momento en que estas costras se han formado, constituyen una molestia para el enfermo, que no puede hacer movimiento alguno con su nariz, ni sonarse con fuerza, ni aun tocarla, sin que se muevan y se desprendan en parte de la pequeña herida subyacente, determinando en la superficie de ésta un ligero derrame sanguíneo. Si en este momento ó poco después tiene el enfermo un brote de hiperemia activa de la cara, tan frecuente en estos sujetos, ya al final de las comidas, ó en los bailes, teatros y reuniones, en locales en que el aire está seco y caliente, ó ya por las influencias de muchas otras causas ocasionales, las epistaxis aparecen. Estos accidentes se renuevan de esta manera en tanto que la erosión no ha tenido tiempo de cicatrizarse bajo la

su espesor y á la vascularización de sus capas profundas, vuelve á adquirir pronto su vitalidad, y se opone á la extensión de las lesiones, pero en el punto que nos ocupa, la mucosa, particularmente adherente, delgada y hasta desdoblada en una pequeña parte de su grosor, al nivel del fondo de saco que presenta el canal de Jacobson, reviste un cartilago al que defiende, sin que él pueda ayudarla suministrándola á los fagocitos, y no puede recobrar su vitalidad desde que ésta ha sido algo seriamente comprometida y si no se logra impedir la pululación microbiana por otras condiciones conexas se extenderá ésta desde las pequeñas heridas vasculares que le sirven de punto de partida á las partes vecinas ó intermediarias, cuya capa externa sobre todo la más isquemada, es completamente impotente para oponerse á la invasión de los agentes infecciosos. Esta invasión de la superficie y de la capa subepitelica y especialmente la región cartilaginosa del tabique, donde la mucosa conserva con su delgadez una vulnerabilidad suficiente, termina fatalmente por la necrosis generalizada de las células de las capas superficiales de la mucosa invadida. Cuando la marcha excéntrica de los agentes infecciosos se para al fin en el límite extremo, más allá del cual la mucosa es bastante gruesa y suficiente vascularizada para defenderse con ventaja, la invasión microbiana y la necrosis celular se harán únicamente de la superficie á la profundidad. Una vez destruida la mucosa y denudado el cartilago, éste se destruirá rápidamente y el proceso necrótico invadirá en seguida la membrana mucosa opuesta, que lo ha sido á su vez por los microbios en una extensa superficie de su capa profunda, encontrándose por esta causa imposibilitada para defenderse de ellos y para evitar su completa destrucción. Una vez constituida la perforación del tabique, nada se opone á la cicatrización de los bordes de la pérdida de substancia, puesto que ellos representan precisamente el límite que los agentes infecciosos no han podido franquear.

La duración del proceso que termina por la perforación, puede variar según el grosor de la mucosa, la importancia de los vasos lesionados, las condiciones favorables ó no para la multiplicación y función de los micro-organismos, etc. Así es que cuando la úlcera se desarrolla en el curso de una enfermedad general infecciosa grave, y á título de infección secundaria, sigue ordinariamente una marcha rápida y determina la perforación completa en pocos días, mientras que en otros casos, puede, ó bien detenerse en su evolución y curar, ó bien quedar superficial durante años, quizás hasta indefinidamente y no seguir una marcha más rápida hasta después de haber determinado la denudación del cartilago.

Los agentes infecciosos de la úlcera perforante, parece que únicamente son los organismos flogógenos vulgares (streptococos y stafilococos) asociados ó no entre sí y á diversos cocos, bacterias y otros microbios habitualmente saprógenos.

protección de la concreción que la cubren (1); pero basta á menudo que los sujetos se abstengan de tocarse la nariz y reblandezcan las costras por medio de las aplicaciones repetidas de una pomada á base de vaselina, para que éstas no se desprendan hasta que la erosión que recubrían esté completamente cicatrizada y no dejen la menor huella de su existencia.

En otros casos, en fin, las hemorragias se repiten sin que el examen rinoscópico más minucioso, practicado algunas horas después de la detención espontánea de una epistaxis, permita comprobar la menor lesión local, ni aun coágulo sanguíneo alguno. El enfermo se suena, la nariz está normal, la mucosa no presenta, tanto en el tabique, como en las otras partes visibles, absolutamente nada anormal que sea de notar, y no obstante, en estos casos el punto de partida de las hemorragias ha sido el sitio de elección (región antero-inferior del septum), como ha podido observarse por el examen directo durante la epistaxis ó al fin de la misma, y como podemos comprobar después al ver que el contacto del espéculum ó del estilete con este punto determina una extensa hemorragia, de abundancia y duración muy variable. Estas condiciones pueden presentarse en un número importante de casos de epistaxis sintomáticos de causas diversas. Pueden presentarse también en enfermos afectados ó no por vez primera de epistaxis graves, que se repiten varias veces durante muchos días, no reapareciendo jamás, y cuya causa permanece oscura.

Las *epistaxis suplementarias*, tales como las que se observan á veces en los embarazos, en las épocas correspondientes á los períodos menstruales que faltan, ó también á las que se presentan á título de desviación de la función catamenial, ya sea en el momento de la pubertad, ya en la menopausia, ya accidentalmente á consecuencia de una supresión brusca del flujo menstrual, etc., son, con frecuencia, también independientes de lesiones locales apreciables.

Lo mismo ocurre probablemente con hemorragias nasales causadas por la *depresión atmosférica rápida* que á veces sufren los ascensionistas y los aeronautas.

En ciertos sujetos, en fin, pueden presentarse epistaxis profusas, unilaterales ó bilaterales, saliendo la sangre de una porción extensa de mucosa, sana en apariencia. Tales son las hemorragias nasales á veces muy graves, que se ven en los *hemofílicos hereditarios*. La epistaxis es la más común de las hemorragias espontáneas, observadas en la hemofilia, y es también la más temible, porque el tercio de los sujetos que sucumben á esta singular enfermedad, son arrebatados por las hemorragias nasales.

Algunas *lesiones ulcerosas* de diferentes regiones, como las que reconocen por causa la presencia de un cuerpo extraño, ó de un rinolito, y sobre todo, las ulceraciones fistulosas y vegetantes que resultan de las *necrosis* del esqueleto de las fosas nasales, debidas á la *sífilis terciaria*, determina con mucha frecuencia epistaxis repetidas, que se presentan con una extrema facilidad.

Ciertos *tumores*, sean malignos (en primera línea los *sarcomas embrionarios*), sean de naturaleza benigna, como los *angiomas* (por pequeñas que sean sus dimensiones) ó los *fibromas* vasculares de inserción nasal, y sobre todo naso-fa-

(1) He sostenido esta opinión hace ya muchos años en una nota publicada en los *Archives de laryngologie* (pág. 352 y siguientes, 1889). Tengo la satisfacción de que la haya aceptado Zuckerkandl; *Anat. de Nasenb.*, t. II, pág. 58, 1892, aunque él no me cita.

ríngea, se cuentan entre las causas más frecuentes de las hemorragias nasales, inmediata ó más ó menos rápidamente mortales, ó al menos bastante graves para amenazar la vida del sujeto en un gran número de casos. Me limito sólo á señalar aquí estas epistaxis que interesan sobre todo á los cirujanos.

C. *De las epistaxis en algunas enfermedades de los diversos órganos y aparatos.* — La epistaxis es un síntoma frecuente de un gran número de *afecciones del hígado*. En estas condiciones, su patogenia es compleja porque resulta unas veces del aumento de la tensión venosa, y otras de hiperemias activas, debidas á auto-intoxicaciones, y además, las alteraciones de las crisis sanguíneas y los desórdenes de la nutrición, favorecen la persistencia de las hemorragias, é impiden á menudo las hemostasis espontáneas. Se observan constantemente en el curso de las *ictericias graves*, y con mucha frecuencia al principio y durante la evolución de las *cirrosis venosas y biliares*.

En estos diversos casos, presenta un valor diagnóstico y pronóstico considerable, hecho que Chauffard ha indicado en el artículo inserto en el tomo tercero de esta obra.

En las *enfermedades del corazón*, las epistaxis que se presentan en un período avanzado de las *afecciones mitrales*, se ven especialmente en sujetos que tienen *cirrosis cardíacas*. Su aparición en las *cardiopatías aórticas*, es de mal augurio. En fin, según ha demostrado Duroziez, las epistaxis pueden presentarse como un síntoma premonitorio de las afecciones valvulares, mucho tiempo antes que todo otro síntoma. Las hemorragias nasales de origen cardíaco, son debidas con mucha frecuencia á una exageración de la tensión venosa.

Las *enfermedades de los riñones* cuentan la epistaxis entre sus síntomas eventuales. Ya aparece en el curso de la enfermedad, ya constituye el síntoma más precoz. Lecorché y E. Gaucher observaron frecuentemente enfermos que afectados primero de epistaxis abundantes y repetidas, acababan por presentar poco después síntomas de *esclerosis renal*. Richard, Bright y Rayer han llamado la atención acerca de las epistaxis tardías que anuncian la *inminencia de accidentes urémicos*. Las epistaxis de origen renal, son debidas á la hipertensión arterial, que coincide con la fragilidad de los pequeños vasos, á las auto-intoxicaciones que determinan fluxiones activas, á las alteraciones de la sangre, etc. Su patogenia es, pues, muy compleja.

Entre las *enfermedades ayudas del aparato respiratorio*, en que las epistaxis desempeñan un papel de alguna importancia, conviene consignar la *coqueluche*. Estas hemorragias son debidas al aumento de tensión venosa determinada por los esfuerzos de la tos. Cuando son insignificantes y se reproducen de una manera irregular, su importancia es casi nula, pero en ciertos casos pueden repetirse casi en cada acceso y con una abundancia bastante considerable para que las pérdidas de sangre repetidas que de aquí resultan, le den el carácter de una complicación grave. Se hace sobre todo muy grave cuando duran mucho tiempo después de cada uno de los accesos de tos que le han ocasionado. H. Roger ha llamado la atención sobre los hechos de este género.

Al iniciarse la tuberculosis pulmonar y frecuentemente bastante tiempo antes de la aparición de los primeros signos de la afección, es frecuente la epistaxis; pero se trata á menudo, en estos casos, de hemorragias poco abundantes, que se repiten de tiempo en tiempo y duran poco. En el curso de la

enfermedad se ve á veces que la hemorragia nasal coincide con las hemoptisis ó alterna con ellas, y constituye á menudo el primer síntoma que anuncia la inminencia de un brote subagudo que sucede á un período de mejoría ó á un estado estacionario de las lesiones. En el período terminal, cuando el estado caquéctico está muy acentuado, se pueden observar epistaxis repetidas que anuncian la terminación fatal.

D. *De la epistaxis en algunas enfermedades generales discrásicas ó infecciosas.* — En la *leucocitemia* se observan frecuentemente las epistaxis. Son á veces muy abundantes, incoercibles y pueden causar la muerte del enfermo antes que la enfermedad haya llegado á los últimos períodos de su evolución.

El *escorbuto* cuenta también la hemorragia nasal entre sus síntomas habituales, pero en los escorbúticos se presenta la epistaxis con una frecuencia, una abundancia y una gravedad muy variables, en cada caso.

Las epistaxis se observan muchas veces en el *paludismo*. Se la ve presentarse á veces á intervalos regulares y al mismo tiempo que la congestión esplénica, como una manifestación de la malaria, ó bien acompañar ó seguir á los accesos reglados. Cuando se presenta en enfermos que padecen *accidentes palúdicos graves, perniciosos* (pseudo-tifus palúdico, fiebre biliosa hematórica etc.) constituye frecuentemente una de las complicaciones de más importancia, y no es raro en estos casos que sean hemorragias incoercibles que resisten á todas las tentativas de hemostasis. En fin, la *caquexia palúdica* en ciertos casos, es causa de epistaxis más ó menos graves, que se presentan generalmente en el último período de la enfermedad.

Durante el curso de las últimas epidemias de *influenza* he observado cierto número de casos de epistaxis de origen grippal. Su repetición se ha evitado siempre por la administración de la quinina á dosis un poco elevadas.

En el curso del *reumatismo articular agudo*, la epistaxis es muy frecuente. Se presenta sobre todo, del décimo al vigésimodía, rara vez más pronto y más rara vez aún, como síntoma precursor. A menos que no coincida con diversos fenómenos (ansiedad, agitación, insomnio, etc.), que anuncian la inminencia de accidentes cerebrales, es más bien un síntoma favorable que desfavorable, porque es seguida generalmente de una disminución del dolor y de un descenso térmico.

La hemorragia nasal que aparece en el curso de la *erisipela de la cara*, es también muy á menudo un síntoma favorable.

En el curso de la *difteria franca*, pueden presentarse algunas veces ligeras epistaxis después de la expulsión de las falsas membranas intra-nasales y entonces es un hecho de gran importancia; pero cuando un enfermo que tiene angina diftérica acompañada de un estado general grave desde un principio, presenta epistaxis repetidas desde que comienza la enfermedad, puede considerarse este hecho como un signo pronóstico muy grave, sobre todo, cuando son un poco abundantes y persistentes las hemorragias. Entonces, en efecto, no solamente presagian la invasión rápida de las fosas nasales, sino que revelan además la existencia de una infección general profunda. Las hemorragias nasales de este género se ven frecuentemente en las *difterias secundarias*, y especialmente en las de la *escarlatina*. A veces son muy abundantes y rebeldes:

Sanné ha observado un caso de epistaxis fulminante, que ha causado la muerte en pocos instantes.

La hemorragia de la nariz es muy frecuente al principio del *sarampión*, y no presenta entonces importancia alguna; pero cuando se presenta más tarde y coincide con una adinamia notable, con manchas cutáneas petequiales y con los demás síntomas del sarampión hemorrágico, debe considerarse como un accidente grave. Lo mismo ocurre en las *formas hemorrágicas* de la escarlatina y de la viruela.

Las epistaxis de la *fiebre tifoidea*, merecen una atención particular; son bastante raras en los niños al principio de la enfermedad, mientras que en los adultos es su frecuencia, por el contrario, innegable. Así es que, cuando se las observa en un sujeto, al mismo tiempo que el malestar, la cefalea, la prostración y la anorexia, presentan un valor diagnóstico importante. Estas hemorragias nasales precoces, se repiten á veces muchos días consecutivos y van seguidas de una atenuación de la cefalalgia; su abundancia, según algunos autores, hasta sería un signo pronóstico favorable. Sin embargo, cuando se prolongan y se repiten durante el primer septenario, pueden hacerse cada vez más abundantes y peligrosas. A veces, hacia el fin de la enfermedad, se ven aparecer epistaxis abundantes, seguidas de una defervescencia febril rápida y de una mejoría progresiva de todos los síntomas.

La hemorragia nasal parece que representa entonces, como en ciertos casos de erisipela de la cara, el papel de un *fenómeno crítico* y su aparición es de buen agüero; pero cuando estas epistaxis tardías se presentan en enfermos en estado de *adinamia* profunda, y sobre todo, cuando coincide con *otras hemorragias* (intestinales, uterinas, subcutáneas, etc.), su pronóstico es de los más sombríos, porque si su abundancia y tenacidad no bastan siempre para amenazar la vida del enfermo, atestiguan la alta gravedad de la infección general, de la cual constituyen un síntoma.

DIAGNÓSTICO. — Cuando el médico se encuentra en presencia de un enfermo que sangra por las fosas nasales, tratará de dilucidar, sucesivamente, los cuatro problemas siguientes:

- 1.º La sangre que sale por las narices, ó solamente por una de ellas, ¿procede de las fosas nasales ó de la faringe nasal?
- 2.º Si la hemorragia es de origen intranasal, ¿de cuál ó de cuáles regiones de la pituitaria procede?
- 3.º ¿Tiene esta hemorragia por causa principal, una lesión local precedente?
- 4.º ¿Es sintomática de una enfermedad orgánica lejana ó de una enfermedad general que comienza ó que está en evolución?

En tanto que el enfermo sangra con alguna abundancia, el médico que le observa por primera vez, se encuentra á menudo en la imposibilidad de resolver las tres primeras partes del problema, salvo cuando sabe de antemano que existe un sarcoma nasal, un póliplo nasofaríngeo, etc.; y no puede llegar á la solución de la cuarta más que si se trata de un enfermo que manifestamente padece de una afección hepática, renal ó cardíaca, de una enfermedad general infecciosa, etc. Lo más conveniente es, pues, en la mayor parte de los casos, contentarse ante todo con hacer un diagnóstico provisional, basado en los datos recogidos en el momento, y proceder inmediatamente á la hemostasis, si

hay en ello urgencia, ó, en el caso contrario, esperar á que el derrame haya cesado para intentar un diagnóstico completo, que pueda conducirle á una terapéutica racional. La cocaína en solución concentrada, aplicada localmente, permite, por otra parte, en la generalidad de los casos, según veremos pronto, realizar una hemostasis provisional, suficiente para facilitar el diagnóstico local.

Si se ha conseguido que cese la epistaxis sin necesidad de practicar el taponamiento, y al cabo de una ó muchas horas no ha reaparecido, se ocupará entonces el médico en completar los antecedentes sumarios recogidos anteriormente. Ante todo (salvo cuando se trata de enfermos afectados de ciertas enfermedades generales graves que imponen medidas de prudencia especiales) deberá proceder al examen metódico de las partes con la ayuda de los métodos técnicos rinoscópicos. Si la inspección de las fosas nasales es difícil por la presencia de coágulos voluminosos, se invitará al enfermo á sonarse suavemente para desalojarlos, y si por este medio no se logra expulsarlos en seguida y sin necesidad de esfuerzos, se procederá á la limpieza necesaria por medio de la jeringa inglesa, haciendo con lentitud y sin violencia, por la nariz aparentemente menos permeable, una inyección de agua bórica caliente, mientras que el enfermo, colocando la cabeza ligeramente inclinada hacia adelante y encima de una jofaina, respira ámpliamente por la boca. Cuando estas maniobras no determinan la reproducción de la hemorragia, se observa inmediatamente con el mayor cuidado posible todas las partes accesibles á la vista, y en particular las regiones que sangran de preferencia (tabique cartilaginoso, sobre todo en región anterior é inferior, y bordes anteriores de los cornetes medios). Si esta primera exploración sólo da resultados negativos, se deberá renovarla muchos días consecutivos antes de suspenderlas definitivamente, porque algunas lesiones no se hacen aparentes más que cierto tiempo después de la detención de la hemorragia.

La comprobación de una lesión local importante (ulceración específica, cuerpos extraños, tumor vascular de cualquier dimensión que sea, etc.), basta con frecuencia para hacer un diagnóstico positivo é instituir un tratamiento racional. Cuando la exploración rinoscópica no descubre más que alteraciones ligeras (erosiones, ulceraciones superficiales simples, pequeños trombus, etc.), el médico debe limitarse á buscar, teniendo en cuenta la edad del sujeto, sus predisposiciones hereditarias posibles, sus antecedentes patológicos, su salud actual, y en fin, las circunstancias diversas en medio de las cuales, la hemorragia ha aparecido ó reaparece de preferencia, los factores etiológicos y los elementos patogénicos, cuya asociación puede favorecer más probablemente la explosión de los accidentes, su repetición, su intensidad, etc., etc. Esta investigación le permitirá añadir al tratamiento directo de las lesiones nasales, medidas higiénicas ó terapéuticas complementarias, frecuentemente muy útiles.

Alcanza también esta investigación una importancia extrema, en los casos bastante numerosos, por lo demás, en que el médico se encuentra en presencia de un sujeto que goza aparentemente de buena salud, ó que sólo tiene molestias insignificantes y mal definidas, y en los que se han presentado, sin causas apreciables, epistaxis más ó menos abundantes y repetidas, de preferencia

bilaterales, ó ya indiferentemente de una y más tarde de la otra fosa nasal y de las que ninguna lesión persistente, apreciable al examen más minucioso, ayude á explicar la aparición.

En muchos casos, efectivamente, si esta investigación se lleva bien y se hace completa, podrá hacernos descubrir la existencia de una tuberculosis pulmonar, de una cirrosis del hígado, de una esclerosis renal que se inicia, de una diabetes ignorada ó de lesiones cardio-vasculares hasta entonces latentes y desconocidas. En ciertos casos, también bastará, para hacernos suponer la inminencia de una ó de otra de estas enfermedades, cuando aún se encuentran en su principio ó en su período prodrómico. El médico contará desde entonces con la posibilidad de que el enfermo aproveche las ventajas de la institución precoz de un tratamiento causal ó profiláctico. En otras circunstancias, por el contrario, por extensa que sea la sagacidad clínica del observador, no le será posible llegar á recoger elementos de apreciación de algún valor, y la etiología de los accidentes permanecerá completamente oscura. Sin embargo, cuando se trata de un sujeto que ha llegado á los cincuenta ó á los sesenta años, sobre todo, se debe saber que una hemorragia nasal de causa desconocida, única ó que evoluciona presentándose muchas veces sucesivamente y con abundancia, un poco superior á la media, casi nunca es un hecho indiferente. Laségue consideraba este género de epistaxis como un signo pronóstico de mal agüero. «Muy á menudo —decía él— es la primera campanada de aviso». No es raro, en efecto, que estos enfermos, más ó menos pronto, después de la hemorragia ó de las hemorragias nasales, presenten accidentes cerebrales, ictus apoplécticos, sintomáticos de roturas ó con más frecuencia aún de obliteraciones de los vasos cerebrales.

TRATAMIENTO.—El tratamiento de la epistaxis exige el empleo de medios terapéuticos variados, cuyo uso está subordinado á indicaciones de diversos órdenes, etiológicos, patogénicos y sintomáticos. Unos se aplican al tratamiento *inmediato* y tienen por objeto restringir la abundancia de sangre derramada en una sola vez; es decir, realizar la hemostasis, antes de que ésta se produzca espontáneamente; otras al tratamiento *consecutivo* y están destinados á impedir que después de haber cedido, sea espontáneamente ó bien por la influencia de cualquier procedimiento, en cuyo empleo ha podido cesarse, sin que reaparezca inmediatamente la epistaxis; la hemorragia no se repite á intervalos más ó menos aproximados.

Tratamiento inmediato.—Este tratamiento se impone cuando la sangre sale con fuerza y abundancia, ó, aun cuando se haga con lentitud, persiste largo tiempo sin disminución ó sin retardarse progresivamente. El momento preciso en que está indicado proceder á la hemostasis, es muy difícil de apreciar, y no puede basarse en la cantidad de sangre derramada, porque el límite máximo á que ésta puede llegar sin peligro para el enfermo, está sujeto á grandes variaciones según la edad del individuo, su talla, su constitución, su estado de salud, y según que ha tenido ya hemorragias más ó menos recientes y abundantes, ó que, por el contrario, la tiene por primera vez. Tales son los datos que el médico deberá tener en cuenta para perseguir constantemente este doble objeto; de una parte, no detener prematuramente una epistaxis saludable, y de otra, no esperar jamás para hacer la hemostasis, á que la presencia de

la hemorragia haya ya determinado síntomas inmediatos por el exceso de la pérdida sanguínea.

Además de las hemorragias nasales *críticas* de algunas enfermedades agudas (pneumonía, erisipela de la cara, etc.), se debe considerar evidentemente como saludable la epistaxis que aparece espontáneamente en los enfermos cuyo estado actual pone al médico en el caso de pensar en la oportunidad de una sangría general. Por abandonada que esté hoy día esta intervención, conserva todavía á los ojos de los médicos que no han consentido en privarse de los recursos de la vieja medicina tradicional, un valor considerable. Estos saben los servicios inestimables que puede á veces prestar por sí sola, ya á un bríctico, á un cardíaco ó un pneumónico, etc., una sangría practicada en momento oportuno y convenientemente reglada. Por esto se guardarán muy bien de detener en casos de este género, una epistaxis espontánea capaz de producir los mismos efectos bienhechores que una intervención terapéutica similar.

La conducta del médico deberá variar también según que se trate de una hemorragia accidental ó de una epistaxis recidivante. Se sabe, en efecto, que una pérdida de sangre abundante, debida á una hemorragia única, no tiene los mismos inconvenientes que cuando resulta de hemorragias repetidas; porque éstas, á medida que se multiplican, son á su vez causa de nuevas recaídas, creando el eretismo vascular especial que Marshall-Hall llamaba «estado de de reacción excesiva», y de cuyo estado ha hecho recientemente el profesor Hayem una brillante descripción.

De una manera general puede decirse que si se asiste al principio de la hemorragia, no debe esperarse demasiado sin intentar moderarla y cohibirla, haciendo uso en primer término de los medios más sencillos. De este modo no temeremos gran cosa que fracasen, porque en el caso de que esto ocurra, siempre contaremos con la posibilidad de recurrir oportunamente á la hemostasis mecánica (taponamiento) antes que la pérdida de sangre sea muy considerable; pero en la mayoría de los casos, el médico llega á ver al enfermo cuando la hemorragia lleva ya cierto tiempo de duración, ha resistido á las diversas tentativas del enfermo y de los que le rodean, y ha dado lugar á una pérdida sanguínea importante; entonces debe intervenir en seguida recurriendo desde luego á los medios más seguros de que pueda disponer.

Ante todo, es preciso aerear la habitación y abrir las ventanas para hacer penetrar, si es posible, aire fresco; al mismo tiempo debe asegurarse de que el enfermo no tiene el cuello apretado por la camisa ó por los vestidos. Estos deben quitarse y abrirse la camisa, dejando el cuello y pecho libres y desnudos. Se sentará al sujeto con el tronco derecho y la cabeza inclinada adelante y por encima de una jofaina limpia y seca colocada sobre las rodillas. El médico examinará entonces la rapidez de la hemorragia, el color de la sangre y consistencia, y procurará reconocer si sale de las dos narices ó sólo de una y cuál es ésta, y si tiene dudas, podrá resolverlas averiguando si existe perforación del tabique y si la obliteración de una ó de otra nariz, con el pulpejo del dedo, detiene momentáneamente el flujo, que cae en seguida en masa cuando el dedo se retira pasados algunos segundos. Si la sangre fluye con lentitud de un solo lado y la caída de las gotas se hace á intervalos relativamente separados, se deberá proceder inmediatamente al examen