

rinoscópico, que se practicará después de haber lavado la nariz con agua fresca, inyectada lentamente por medio de una jeringa inglesa ó de otra clase, provista de una cánula blanda y delgada, que se dirige hacia el eje antero posterior de la fosa nasal y manteniéndola muy cerca de su entrada, aunque fuera de su cavidad. Se proveerá de un pequeño porta-algodón que servirá para secar las partes, y si la sangre sale de la región antero-inferior del tabique, se dará cuenta de ello sin dificultad alguna en gran número de casos. Lo mismo ocurrirá si la sangre sale de la parte anterior del cornete medio. Se podrá también reconocer de esta manera un tumor ó cualquier otra lesión importante; pero si la sangre sale de diversos puntos ó se escapa de una superficie un poco extensa, ó bien se verifica el derrame con abundancia ó con rapidez, deberá abstenerse de prolongar la exploración.

Se intentará inmediatamente obtener la hemostasis por medio de la aplicación local de la cocaína, cuyo poder vaso-constrictor es considerable. Se emparará en una disolución de clorhidrato de cocaína al décimo y hasta al quinto, un tapón de algodón hidrófilo medianamente apretado, y se le introducirá por medio del espéculo y estilete por la parte anterior de la nariz. Se tendrá mucho cuidado de recomendar al enfermo que tenga la cabeza inclinada hacia adelante durante esta maniobra, á fin de que el exceso del líquido que se escapa del tapón, se derrame hacia afuera y no hacia la faringe. En la gran mayoría de los casos, se obtendrá de esta manera, al cabo de dos ó tres minutos cuando más, ya la detención completa, ya el retardo más ó menos marcado del flujo. Algunas veces, la detención es definitiva. Otras veces no es más que momentánea, y después de un cuarto de hora ó más la hemorragia reaparece, y si se recurre de nuevo á la cocaína, se reconoce que su aplicación da menos resultados que la primera vez.

Este procedimiento, que yo he hecho conocer hace algunos años (1), es de un valor cierto, y su eficacia es con mucha frecuencia notable. Su único inconveniente podría ser el de determinar, quizá en ocasiones, algunos síntomas de intoxicación cocaínica; pero éstos son positivamente muy raros como consecuencia de las aplicaciones intra-nasales hechas en los individuos que sangran por la nariz, y se los evitará casi constantemente si la posición del enfermo impide que el exceso de líquido se derrame en la faringe, y si se toma la precaución de retirar el tapón algunos instantes después de la detención de la hemorragia. Sin embargo, no debe pedirse á este método más que lo que él pueda dar; es suficiente para determinar con seguridad una hemostasis duradera en los sujetos que presentan epistaxis repetidas, de mediana abundancia, y que se producen por la influencia de brotes congestivos transitorios (provocados por la digestión, el calor, las excitaciones sexuales, etc.), que serían insuficientes por sí solos para determinarlas, á falta de ligeras lesiones, antecedentes erosivos ó de otra clase, de la pituitaria, y aun en estos casos es, además, necesario, para que dé un resultado completamente satisfactorio, que se trate de sujetos en los cuales la vaso-constricción cocaínica no vaya seguida de una hiperemia consecutiva (congestión de retorno por parálisis vaso-motora) demasiado acentuadas. En otras condiciones, la cocaína no produce frecuentemente más

(1) Del empleo de la cocaína como hemostática en el tratamiento de las epistaxis y en la rino-cirugía; C. R. de la Soc. clinique y France médicale, 1.º Octubre 1887.

que una hemostasis incompleta y temporal, seguida de una reaparición de la hemorragia, contra la cual una nueva aplicación del medicamento resulta menos activa aún que la primera; pero presta, sin embargo, preciosos servicios á los enfermos afectados de epistaxis de repetición, porque pueden servirse de ella inmediatamente que empieza la hemorragia, permitiéndoles moderarla en proporción notable mientras llega el médico. En cuanto á éste, siempre tiene motivos para alabar un método que les permite cuando menos, y casi constantemente, practicar una hemostasis temporal, gracias á la cual puede llevar á cabo estemporáneamente un examen rinoscópico suficiente, mientras que sin su auxilio la abundancia de sangre le hubiera hecho completamente impracticable, y que además les da siempre (sea cual fuere el resultado de su examen) las ventajas de la anestesia local, por medio de la cual les es posible practicar el taponamiento en las mejores condiciones posibles, sin que el enfermo padezca y se defienda.

En lugar de la cocaína, Hénocque (1) ha propuesto, algunos meses después de la publicación de mi trabajo, emplear como hemostático vaso-constrictor la antipirina en polvo ó en disolución al 5.º, ó en pomada, pero este autor se ha limitado á anunciar que su procedimiento da resultados muy satisfactorios, y no dice que haya hecho ensayos comparativos acerca del valor relativo de la cocaína y de la antipirina. Desde que he conocido el trabajo de Hénocque, me he apresurado á experimentar su método, y me he convencido plenamente de que la acción hemostática (*sobre la mucosa nasal*) de la cocaína es más poderosa y más rápida que la de la antipirina, y no he podido comprobar, en cambio, que fuese más duradera la acción de la antipirina. La cocaína es, pues, á mi parecer, el tópico de elección. Añadiré también, que cuando ésta, empleada como he indicado antes, resulte absolutamente ineficaz y no modifique en nada la hemorragia pasados cuatro ó cinco minutos, podemos estar casi seguros de que ni la antipirina, ni la acción local de las irrigaciones nasales con agua muy fría ó muy caliente, ni la acción refleja de las aplicaciones momentáneas de hielo sobre la nuca, la región dorsal, el escroto ó los grandes labios, ni tampoco los pediluvios muy calientes, etc., etc., serán más eficaces. Estos medios cuyo valor es real, pueden y aun deben ensayarse, ante todo, cuando no se tiene cocaína á mano ó cuando la intolerancia ya conocida del enfermo contraindica formalmente su empleo, pero estoy de tal manera convencido de su inferioridad, que no dudo en aconsejar que se acuda siempre y desde los primeros momentos á la cocaína, cuando es posible hacerlo.

Los hemostáticos coagulantes, y el percloruro de hierro entre otros, de los cuales aún hoy día se hace un uso frecuente, y que los autores clásicos recomiendan casi unánimemente, no me parece que merecen en manera alguna la reputación de que goza. El empleo del percloruro de hierro dista mucho de ser inofensivo, y su menor inconveniente es el de llenar las fosas nasales de coágulos negruzcos que se endurecen rápidamente, se adhieren mucho, sobre todo á los pelos de la nariz y hacen la exploración rinoscópica impracticable, determinando frecuentemente una irritación local, que favorece la producción de nuevas hemorragias.

Si la cocaína no da, pues, resultados, ó no tiene más que una acción mo-

(1) Hénocque, C. R. de la Soc. de biologie, sesión de 7 de Enero de 1888.

mentánea, es preciso recurrir sin vacilaciones á los procedimientos mecánicos de hemostasis. Cuando la sangre sale de la parte anterior del septum, que es lo que ocurre más frecuentemente, la hemorragia es bastante fácil de detener por la compresión prolongada del tabique cartilaginoso. El enfermo puede practicar por sí mismo esta compresión oprimiéndose fuertemente la nariz entre los dedos, y, mejor aún, por medio de unas pinzas de presión continua (abridores de guantes) si las tiene á su disposición. He hecho construir á Mathieu, fabricante de instrumentos de cirugía en París, un modelo de pinza nasal hemostática de presión continua, que tiene la ventaja de poder aplicarse interiormente sobre las dos caras del mismo tabique sin que su presencia se oponga á la respiración nasal, la cual queda casi siempre libre, al menos de un lado. Si el tabique nasal no está muy deformado, y se aplica el instrumento convenientemente, puede dejársele colocado muchas horas seguidas sin molestias para el enfermo. Cuando la sangre procede del borde anterior del cornete medio ó de algún otro punto de las paredes nasales ó de los cornetes, cuando fluye en gran cantidad y su origen es dudoso, es preciso recurrir al taponamiento. Esta intervención, cuyo manual operatorio está indicado en los diversos tratados clásicos de cirugía menor, cirugía clínica y de medicina operatoria, de una manera sumaria y completamente insuficiente, exige del que deba recurrir á él el hábito de los procedimientos técnicos rinoscópicos. Para que sea eficaz y dé al enfermo una completa seguridad, es preciso que el médico la practique bajo la comprobación de la vista, á través del espéculo y ayudándose de un buen foco luminoso, y que la practique, no con un sólo tapón, sino con muchas mechas largas de algodón hidrófilo antiséptico, introducidas sucesivamente, verificándose la oclusión de todas las partes abordables de la cavidad nasal, desde la abertura anterior hasta el orificio posterior, al mismo tiempo que la compresión de sus paredes, uniforme y bastante acentuada para ser eficaz, pero no dolorosa. La descripción de este método de taponamiento, que merece el nombre de taponamiento *antero-posterior* (y no el de «taponamiento anterior», que se aplica á un procedimiento defectuoso), no tiene sitio adecuado en este artículo, pero es indispensable que todo médico tenga de él conocimiento leyendo los tratados especiales en que está expuesto detalladamente. Este método presenta la ventaja considerable de obtener la hemostasis, en la casi totalidad de casos de epistaxis espontáneas (siempre que la sangre salga de la nariz y no de la cavidad posterior de las fosas nasales), sin que el médico esté obligado á recurrir al *taponamiento completo* de los autores clásicos (con tapón *posterior* introducido por la boca y tapón *anterior* introducido por la nariz). En efecto, el taponamiento completo, no solamente es una maniobra laboriosa para ejecutarse por el médico y muy dura de soportar por el enfermo, sino que tiene también el grave inconveniente de determinar casi siempre esfuerzos prolongados de vómitos, que aumentan la congestión cefálica. La aplicación del tapón posterior, en un sujeto cuya faringe está cubierta de sangre y que hace continuos esfuerzos de vómitos, es con frecuencia imposible de hacer sin que de ello resulten lesiones traumáticas del velo palatino ó de la faringe nasal, lo que expone al enfermo á accidentes infecciosos consecutivos de gravedad variable (amigdalitis, otitis supurada, etc.), de que el uso del tapón antiséptico no siempre pone á cubierto.

Obtenida la hemostasis por el taponamiento antero-posterior antiséptico, cuidadosamente hecho, la tarea del médico no habrá por esto terminado. A menudo obtendrá ventajas con tomar otras medidas complementarias, variables en los diversos casos; baños de pies sinapizados muy calientes, ventosas secas, tan numerosas como sea posible, ya sea en el tórax ó ya en el hipocondrio, según las indicaciones. En todos los casos bastará recomendar al paciente que evite todas las causas posibles de congestión cefálica, prescribir la aereación de la alcoba, el mantenimiento de ésta á una temperatura constante y moderada, y el reposo completo en la cama, colocando la cabeza alta hasta para dormir. Deberá abstenerse el paciente de todo esfuerzo intelectual; también debe comer poco, beber agua, tener libre el vientre, etc.

Los taponamientos hechos con algodón hidrófilo esterilizado, impregnados de aristol en polvo, me parece lo más recomendable. En los casos sencillos, pueden perfectamente quedar colocados durante tres días, sin que adquieran mal olor y sin hacer correr al enfermo ningún peligro de infección; pero cuando los llevan después de treinta y seis ó cuarenta y ocho horas, la mayoría de los enfermos sienten una dificultad progresiva: los unos se quejan de pesadez de cabeza; los otros, de cefalalgia más ó menos acentuada. Todos tienen deseos de verse desembarazados de la cura; el malestar llega á su máximo en los sujetos sometidos al taponamiento bilateral que afortunadamente es muy rara vez necesario. Importa, pues, para no imponer á los pacientes molestias inútiles, desembarazarlos del tapón en el momento en que se tiene probabilidades de hacerlo sin peligro. Ante todo, y mientras que la extremidad anterior del tapón permanece húmeda y deja trasudar, por poca que sea la serosidad sanguinolenta, la indicación es formal, la cura debe quedar en el sitio en todos los casos durante los dos primeros días; pero cuando el flujo ha faltado, ó cuando ha cesado y esta extremidad está seca, se deberá desde que el tapón haya permanecido veinticuatro horas próximamente en la nariz preocuparse de sacarle. Cuando el enfermo ha tenido ya muchas hemorragias, el médico está instruido por la experiencia, y sabe el momento en que el peligro ha desaparecido probablemente. En otros casos, serán las causas del accidente por la abundancia de la hemorragia, etc., lo que constituirá los elementos de apreciación que permitan juzgar con alguna seguridad el momento en que está indicado el quitar el tapón. Es raro en casos de epistaxis espontáneas, que sea necesario dejar el tapón más de treinta ó cuarenta horas. Nunca se debe esperar más de tres días. Si al cabo de sesenta ó sesenta y dos horas, la presencia de la hemorragia, los signos presentes de congestión cefálica, la noción de la abundancia de las hemorragias anteriores, hiciese temer la reproducción inmediata de los accidentes después de la separación. Se debe, sin embargo, estar prontos á intervenir de nuevo si la cosa fuera necesaria. No es raro, por lo demás, en los casos de este género, que al quitar el apósito, lejos de reaparecer la hemorragia, por el contrario, desaparecen los fenómenos congestivos, de los que la presencia del tapón era la causa.

*Tratamiento consecutivo ó profiláctico.* — La hemorragia se ha contenido, el tapón, si ha sido preciso recurrir á él, se ha quitado; el enfermo no se resiente de su hemorragia, más que si ésta ha sido bastante abundante para debilitarle. En este último caso, deberá evidentemente ser sometido á un régimen y á

una terapéutica, que tenga por objeto activar lo más posible la evolución del proceso normal de reparación sanguínea post-hemorrágica, pero la indicación capital, será ante todo ponerle á cubierto de nuevas hemorragias, porque autorizarse por descuidarla de la poca gravedad de los accidentes, equivaldría á esperar para intentar llenarlas, á que las consecuencias de muchas ligeras pérdidas sanguíneas sucesivas, se hayan hecho de una sola hemorragia grave, lo que sería absurdo. La importancia del tratamiento consecutivo á la hemorragia nasal, es, pues, igual á la del tratamiento inmediato, y le es en cierto punto superior, puesto que ocupa el primer lugar en todos los casos de epistaxis recidivantes, aun cuando siempre sean medianamente abundantes, y en todos los casos se dentengan espontáneamente.

El tratamiento profiláctico de las recidivas debe dirigirse contra las causas persistentes de las hemorragias anteriores, que hay que esperar vuelvan á producir los mismos efectos, desde el momento en que se encuentren nuevamente en condiciones idénticas. Este tratamiento debe dirigirse á la vez, no sólo contra las causas probables, si que también contra todas las posibles. Aunque en realidad el médico no puede pensar en luchar contra todas, conseguirá fácilmente este resultado en gran número de casos, si puede hacer que desaparezcan algunas (y aún una sola en ocasiones) para que los factores etiológicos que subsistan pierdan el valor que debían á su asociación con los demás.

Se concibe que fuera de ciertas enfermedades, en las que la epistaxis es un síntoma de génesis y evolución conocidas y de los diversos estados morbosos en que ella aparece, ya como un signo prodrómico, ó ya como un fenómeno secundario, contingente y eventual, el médico se encuentre á menudo perplejo cuando trata de instituir un tratamiento racional en casos de epistaxis recidivantes de causas oscuras y que se presentan en sujetos de buena salud en apariencia. Mientras que en el primer caso el tratamiento causal se impone, en el otro, por el contrario, sólo puede instituirse después de una investigación muy minuciosa y profunda, y aun cuando ésta sólo tiene por resultado hacer suponer una predisposición hereditaria al artrismo ó al neurosismo, ó la existencia de uno de estos temperamentos morbosos, y el de enseñar al médico las condiciones en las cuales se presentan de preferencia las epistaxis, con bastante exactitud para demostrar su origen vaso-motor, no le permite, sin embargo, instituir con seguridad un tratamiento claro y rápidamente eficaz, porque los medios de que puede disponer son insuficientes é ineficaces; pero si en tales casos el médico comprueba (y casi siempre debe hacerse esta comprobación en la parte antero-inferior del tabique cartilaginoso) la existencia de lesiones fácilmente curables (excoriaciones superficiales, trombus hemáticos, únicos ó múltiples, ya se encuentren ó no en la periferia de una úlcera simple, varices verdaderas, etc.), puede suprimir frecuentemente las recidivas de la epistaxis, si consigue hacer desaparecer las alteraciones locales por un tratamiento directo, porque cuando éstas faltan, las otras causas de las hemorragias nasales son impotentes para determinar su aparición.

Se ha abusado mucho del gálvano-cauterio en el tratamiento de estas lesiones hemorrágicas del tabique de la nariz. Me he opuesto, hace ya muchos

años, contra esta práctica (1), y desde entonces mi experiencia no ha hecho más que confirmarme en esta opinión.

Prefiero emplear, ante todo, un método de tratamiento que me pertenece, y que cuando se aplica con regularidad, sólo por excepción hay necesidad de recurrir á las cauterizaciones ígneas.

Está basado este tratamiento en el empleo de pomadas á base de vaselina, y hé aquí cómo yo aconsejo utilizarle :

Cuando sea consultado el médico por enfermos que no acusan otros síntomas que las epistaxis frecuentes, que se presentan por una sola nariz y en condiciones casi siempre idénticas (á veces después del coito, ó al fin de una comida un poco abundante ó en habitaciones con elevada temperatura, ó después que el sujeto se ha sonado con fuerza, etc.), debe, ante todo, inquirir si la región anterior del tabique nasal está ó no recubierta por una ó muchas costras sanguíneas parduzcas. Si lo está recomendará al enfermo que se abstenga en absoluto de llevar la mano á su nariz, y que se suene lo menos posible, y siempre suavemente y sin esfuerzos, y en fin, le aconsejará que se introduzca en la nariz enferma tres veces por día una porción de vaselina blanca del volumen de una nuez. Para colocar esta pomada, no debe el enfermo servirse ni del dedo, ni de un pincel, sino que debe colocarla en una espátula (el mango de una cuchara de café puede servir para esto), y llenarse la nariz de vaselina sin hacer penetrar el instrumento, inclinando mucho la cabeza hacia atrás. En cuanto penetra en la fosa nasal, se disuelve la vaselina. Una parte se derrama en la faringe, de donde es arrojada escupiendo el enfermo; otra también cae por la abertura anterior de la fosa nasal sobre el labio, de donde se la separa suavemente con el pañuelo y el resto baña la región inferior de la fosa nasal é impregna las concreciones sanguíneas que allí se encuentran. Estas, al cabo de algunos días, se desprenden, y á menudo el examen de la nariz, ocho días después del tratamiento, permite ver, en el sitio que aquéllas ocupaban, á la mucosa completamente sana, lo cual indica que sólo se trataba entonces de una erosión superficial. Si se comprueba, después de la caída de las costras, la existencia de varices verdaderas, se destruyen las ectasias vasculares con el gálvano cauterio; si se encuentran trombus aislados ó situados en el borde de una úlcera simple y las epistaxis recidivan á pesar de las aplicaciones de vaselina, se destruyen de igual manera en una extensión de algunos milímetros los vasos lesionados. En cuanto á la úlcera simple, llamada perforante, cura fácil y rápidamente por las aplicaciones de vaselina adicionada de salol ó precipitado blanco (1 por 30). Siempre deben continuarse las aplicaciones de vaselina simple ó medicamentosa quince días ó tres semanas después de la curación.

(1) Nota acerca de un medio muy sencillo de determinar la desaparición definitiva de ciertas epistaxis de repetición: *Archives de laryngologie*, pág. 352 y siguientes, 1889.