

sobre la zona hemorrágica; siendo en éste más fácil que se presente la infección por ser la sangre un medio muy adecuado para el cultivo de gérmenes.

... Hoy se emplea mucho, y con éxito, un tubo de goma fenestrado con una serie de orificios pequeños, rodeados de una capa de gasa estéril, produciendo por compresión la hemostasia, manteniendo la entrada de aire y drenando los líquidos que pudieran existir.

Al efectuar el taponamiento debemos colocar en la fosa nasal un poco de gasa con cocaína, cuya acción hemostática y efectos anestésicos hacen menos penoso el trabajo.

Son muchos los procedimientos que se han ideado, y así, Harmon Amit emplea las aplicaciones locales de peróxido de hidrógeno. Sipson utiliza los tapones de su nombre, constituidos con esponjas de Barney, que, al humedecerse, aumentan nueve veces su volumen. Laurens emplea el balón hemostático de su nombre. Rathsmann describe, en el *Deus. Mediz. Woncherisch*, un aparato ideado por él para cohibir las hemorragias nasales.

Como tratamiento coadyuvante se utilizan medicamentos de propiedades vasoconstrictoras, como el extracto del lóbulo posterior de la hipófisis en inyecciones de medio centímetro cúbico, vitaminas la C y K.

Alexander señala, como tratamiento general en grandes epistaxis, la irradiación Roentgen en bazo. Gil y Gil utiliza la radioterapia en aplicaciones nasales, en dosis de 200 r. durante tres días.

EPISTAXIS

ODONTOIATRIA

Tratamiento de urgencia de las epistaxis, por JOSÉ MARÍA VELILLA FUERTES.—“Farmt. pia. Actal.”, núm. 30, 864, 1946.

Ya conocemos la fragilidad de la mucosa pituitaria, su poco espesor y su gran riqueza vascular, centralizada en la zona de Kisselbach

En las epistaxis de causa local, cuando la pérdida sanguínea es pequeña, suele ceder de una manera espontánea, y así, entre el vulgo se conocen muchos medios de escasa o nula acción, como el levantar el brazo del lado correspondiente a la parte sangrante, pañuelos de agua fría, en la nuca, etc. Otras veces la simple presión digital del ala de la nariz contra el tabique durante unos minutos, o el sencillo taponamiento con una pequeña torunda de algodón, basta para conseguir una hemostasia, empleando en algunas ocasiones, como acción complementaria, astringentes, coagulantes o vasoconstrictores. Se suele abusar del uso de los vasoconstrictores del tipo de adrenalina, que si bien momentáneamente produce una intensa acción isquemizante, ésta va seguida de una vasodilatación, pudiendo provocar de nuevo la hemorragia, y quizá con mayor intensidad. Este alcaloide se emplea dando toques localmente a una dilución: 1:10.000 ó 1:5.000, en inyecciones hipodérmicas de 1/2 a 1 miligramo (1/2 a 1 c. c. de la disolución al milésimo de clorhidrato de adrenalina). Se comienza a recomendar por algunos, como de acción más prolongada, las inyecciones de adrenalina en aceites.

Estos métodos son conocidos de todos, y menos algunos tratamientos definitivos indirectos, provocando la obliteración cicatricial de los vasos por cáusticos o medios físicos, en caso de que se aprecie la región sangrante, y que están al alcance de cualquier médico, por ser de técnica muy sencilla. Basta un estilete o alambre, el agente químico y una llama de alcohol.

Los cáusticos más empleados son el nitrato de plata y el ácido crómico.

La técnica por este medio es bien fácil: calentando el nitrato de plata, que se funde, recogemos una gota en el extremo del estilete, y al enfriarse y cristalizar formará una perla, con la que daremos los toques localmente, produciendo una escara, en que quedarán englobados los vasos lesionados. Como el nitrato es muy fusible, es de lo único que tendríamos que tener cuidado, ya que podría afectar a toda la mucosa.

También se pueden conseguir los efectos hemostásicos mediante el galvanómetro al rojo sombra, y mucho mejor con la electrocoagulación en forma de chispa fría, con electrodo húmedo, actuando en bipolar, lo que nos pone a cubierto de una posible necrosis del cartílago cuadrangular subyacente, en la mayoría de los casos a la mucosa que sangra.

Si no apreciamos los vasos o región sangrante, tenemos otros métodos, que son menos cómodos por perturbar la función respiratoria nasal, y éste es el taponamiento, que puede ser de muchas maneras.

Es más sencillo el anterior, que se hace con una tira de gasa, las pinzas de Lubet-Barbón, modificadas por Borotoux, y un *especulum* nasal. Con la pinza tomamos un extremo de la gasa, empapada en una solución lubricante, antiséptica o coagulante, introduciéndola directamente a la bóveda, en el punto de unión con la pared de la faringe, y vamos colocando por delante, superpuesta, el resto de la gasa, hasta rellenar la fosa nasal.

Muchas veces este taponamiento, por la retención de sangre, secreción nasal y exaltación de los gérmenes de la fosa, da lugar a la infección de las cavidades que están en relación con ella y tenemos que retirar el taponamiento mucho antes.

Lubet intentó quitar las molestias que produce el taponamiento, e introduce el Penghawar-Djambi, que se funda en aprisionar la gota de sangre entre las mallas de sus filamentos, igual que la fibrina engloba los elementos formes de la sangre y forma el coágulo. Este método tiene acciones muy irritantes y llega a producir "tumores de penghawar".

También tenemos el "taponamiento bloqueado de Moure", en el que se anuda una hebra de seda gruesa al extremo de un cabo de la gasa, que una vez colocada tiramos del hilo para sujetar el tapón y darle más solidez.

El taponamiento posterior, que se coloca uno en coana y otro en la abertura nasal, y el coágulo que se forma es el que actúa de compresor

cuerda vocal derecha y otro pequeño engrosamiento en el tercio anterior de la cuerda vocal izuierda. La voz, totalmente normal, sin ronquera y con desaparición absoluta de la tos y de la primitiva exudación de mucosidades espesas, origen de la tos. El estado general de la enferma era totalmente satisfactorio, aconsejándola volver a los tres meses para hacerle un reconocimiento general y aconsejando igualmente una silenciación, reposo vocal y prohibición de trabajar.

El 23 de agosto de 1945 vuelve a la clínica. La voz seguía normal, sin tos. Por laringoscopia se vió que el estado de la laringe era completamente normal en apariencia clínica, afirmando la enferma que se encontraba totalmente normal y que se consideraba curada.

La exploración de rayos X fué normal, y los cultivos nuevamente practicados demostraron la ausencia total de bacilos tuberculosos.

V. *Comentarios.*—1.º La regresión de la tuberculosis laríngea de esta enferma y su completa curación fueron más rápidas que en ningún otro caso tratado anteriormente con otras terapéuticas.

2.º Este caso de tuberculosis laríngea es de un tipo nada corriente, pues solamente existían lesiones tuberculosas de los ganglios hiliares y sin lesiones productivas aparentes del parénquima pulmonar.

3.º De existir lesiones internas pulmonares, que es lo más frecuente en los casos de tuberculosis laríngeas, posiblemente la evolución del caso presente no hubiera respondido tan brillantemente. (per Inst Pat. Med., 1947.)

T TIROTRICINA Y ESTREPTOMICINA

ODONTOIATRIA

Tirotricina y estreptomicina, por el DR. M. JIMÉNEZ QUESADA. (El primer caso de curación de tuberculosis laríngea con estreptomicina.)

II

es la peste blanca. Una de las máximas autoridades médicas de la Mayo Clinic, el doctor Feldman, jefe del Servicio de Experimentación de dicha institución, y en colaboración con Frederick Figl, del departamento de laringología, y el doctor Corwin, jefe del departamento de medicina de la Mayo Clinic, han publicado en la Revista de los Proceedings del 20 de marzo pasado, volumen, y en su número 6, la siguiente historia clínica:

Caso 1.º Se trata de una mujer de treinta y dos años de edad, casada, que acude al departamento de laringología de la Mayo Clinic el día 16 de marzo de 1945, por padecer una ronquera de un año de duración, sin remisión del trastorno vocal, con dolores irradiados al oído derecho y a la región cervical del mismo lado. No acusa fiebre. Tos y mucosidades laríngeas muy espesas.

No se le había practicado análisis de esputos antes de ser reconocida, por vez primera, en la clínica. La exploración general no acusaba nada de interés. Por la laringoscopia indirecta se apreciaba un engrosamiento de ambas cuerdas, de aspecto papilomatoso más marcado en la cuerda derecha, con parexia del aritenoides derecho. Diagnóstico: laringitis tuberculosa papilomatosa.

La exploración radiológica acusaba una sombra aumentada del hilio pulmonar, correspondiente a hipertrofia de los ganglios paratraqueales, sin poder encontrar lesiones productivas del parénquima pulmonar. El examen del esputo directo demostró la existencia de numerosos bacilos de Koch, y en los cultivos practicados fueron igualmente positivos dichos bacilos tuberculosos.

Se le hizo laringoscopia directa por suspensión, para efectuar biopsia de las masas tumorales de ambas cuerdas, y fotografías directas de laringe. Se le hizo tratamiento con "estreptomicina", comenzando el día 28 de marzo de 1945 hasta el día 10 de mayo del mismo año, en un espacio de seis semanas, mediante inyecciones intramusculares y subcutáneas, y posteriormente aerosoluciones según la técnica de Oslem y análoga a la administración de inhalaciones de penicilina, que nosotros efectuamos.

Las dosis administradas por vía parenteral fueron de 800.000 a un millón de unidades S. de "estreptomicina" hidrociorhídrica cada veinticuatro horas en dosis fraccionadas cada tres horas y ocho aplicaciones al día.

En virtud de la aparición de algunos fenómenos tóxicos atribuidos a las impurezas de la droga fué preciso suspender el tratamiento durante un día, administrándole otro nuevo lote de "estreptomicina", que esta vez fué perfectamente tolerado. En total le fueron administrados 34 gramos en cuarenta y cinco días.

Se le hizo un tratamiento de nebulizaciones en una solución de gramos 0,5 de estreptomicina en 30 c. c. de solución salina normal, administrándole 3 c. c. cada nebulización una vez cada diez horas, y dos veces al día.

Durante el tratamiento se le hicieron constantemente exámenes laringoscópicos, con objeto de seguir la evolución clínica de las lesiones laríngeas.

La mejoría fué definitiva a las seis semanas de iniciado el tratamiento.

Es reconocida la enferma a los veinticuatro días, observando por laringoscopia que la cuerda vocal izquierda estaba totalmente curada. El examen bacteriológico practicado dió por resultado el hallazgo de numerosos bacilos tuberculosos, extraídos de la masa tumoral papilomatosa de la biopsia, y cultivados en huevo-glicerina originaron a los veintisiete días gran cantidad de colonias.

El examen de los cultivos procedentes del esputo dió por resultado el mismo hallazgo de bacilos tuberculosos.

El día 24 de abril de 1945, o sea a los veinte días de finalizado el tratamiento, se le practican nuevos análisis en cultivo de glicerina-huevo, y a los sesenta y cinco días los cultivos eran estériles.

Abandona la clínica la paciente el 25 de mayo de 1945, y por laringoscopia se puede ver ese día que la laringe se había curado casi completamente, sin más particularidad que un ligero engrosamiento de la