

Apenas hace falta decir que el haber ocurrido recientemente el traumatismo es suficiente para evidenciar el *coma* por *hemorragia traumática*, corroborando el diagnóstico la presencia de sangre en el líquido cefalorraquídeo sobre todo en ciertas hemorragias meníngeas o cerebro-meníngeas.

El llamado *coma histérico* he tenido ocasión de observarlo cuatro veces. De todos los datos que se describen para diferenciarlo del *coma apopléctico* me parecen los más prácticos e inequívocos los siguientes: la ausencia de síntomas de hemiplejía orgánica (parálisis facial, estado de los reflejos, signo de Babinski, etcétera), la normalidad del pulso o ligera taquicardia, el ritmo respiratorio y el reflejo pupilar también normales y la resistencia que oponen los párpados al ser abiertos por el observador, resistencia, seguida muchas veces, de sacudidas palpebrales.

MANERA DE COMPORTARSE ANTE UNA HEMATEMESIS

por el doctor

P. MAZA SUBIRATS

Médico del Hospital Clínico

Se entiende por hematemesis la expulsión de sangre por la boca en forma de vómito.

Se trata en realidad de una complicación relativamente poco frecuente, pero cuya aparición lleva aparejada—por lo menos en las formas intensas—la vida del enfermo.

El primer problema que se plantea al médico ante un enfermo afecto de hematemesis es precisar exactamente la procedencia de la sangre expulsada y llegar a la certitud de que realmente procede del estómago. El diagnóstico diferencial con ciertas hemoptisis se impone desde el primer momento.

Las más de las veces el médico no tiene ocasión de presenciar el vómito hemático y tiene que aceptar las referencias que del accidente le da el enfermo o sus allegados. El médico no puede aceptar como cierta una hematemesis, por el simple hecho de haberse producido la hemorragia juntamente con el vómito. Esta coexistencia no es rara en las hemoptisis.

Para llegar a la diferenciación exacta de la hematemesis y la hemoptisis, el médico deberá tener presente los siguientes puntos: 1.º Si el vómito ha coincidido o bien ha seguido a la salida de sangre. En el primer caso, es probable la hematemesis aunque después, sobrevenga algo de tos por excitación laríngea de los residuos alimenticios. En el segundo caso, es probable se trate de una hemoptisis, especialmente si la expulsión se acompaña de tos. 2.º La alcalinidad de la sangre eliminada se opone a su procedencia gástrica. 3.º El dolor suele ser epigástrico en la hematemesis y torácico en la hemoptisis. 4.º Los caracteres macroscópicos de la sangre expulsada. Suele ser rutilante y espumosa en la hemoptisis, pura, o negra (poso de café) por haber sido parcialmente digerida, o bien mezclada con residuos alimenticios. 5.º Los signos focales de localización pul-

monar casi siempre bastante ostensibles en las hemoptisis. 6.º Los datos anamnésicos que nos aclararán la posible historia gástrica del enfermo.

Una vez adquirida la convicción de que la sangre procede del estómago, se le plantea al médico un doble problema terapéutico. 1.º Tratar urgentemente el accidente hemorrágico. 2.º instituir el ulterior tratamiento etiológico del proceso hemorrágico.

Tratamiento de urgencia

Comprende en primer término, toda una serie de prescripciones dirigidas a situar el estómago en las máximas condiciones de reposo. Tales, son; la dieta absoluta, la proscripción de toda maniobra susceptible de excitar la motilidad gástrica (palpación, introducción de sondas) y la inmovilidad del enfermo en posición horizontal.

La aplicación de hielo en la región epigástrica con objeto de determinar una isquemia local y la ingestión de pequeñas porciones de hielo con objeto de calmar la sed del enfermo, pueden ser aconsejadas con ventaja.

Un buen coadyuvante farmacológico de este reposo tan necesario para el enfermo, será la administración de opiáceos, en particular la inyección de cloruro mórfico.

La actuación primordial del médico en esta fase aguda de la hematemesis, debe ir dirigida fundamentalmente a cohibir la salida de la sangre y compensar en lo posible la anemia aguda consecutiva. Para ello el médico cuenta con un nutrido arsenal de sustancias coagulantes de eficacia variable; citaremos las más conocidas por su poder hemostático indirecto: Coaguleno (fármaco constituido esencialmente por lipoides hemáticos y de los órganos hemopoyéticos), Hemostil (suero de caballo) y Zimema (producto que contiene el fibrinógeno coagulante de la sangre). Los tres productos se expenden en inyectables de empleo inmediato.

Al lado de estas medicaciones coagulantes que podríamos llamar biológicas, hemos de citar las inyecciones endovenosas de cloruro cálcico al 20 por 100 a la dosis de 5 c. c. y las inyecciones de suero gelatinoso no exentas de peligro.

Se ha intentado asimismo ejercer una acción hemostática directa y para ello, se ha pensado en la ingestión de sustancias coagulantes del grupo anteriormente citado o bien, en la ingestión de adrenalina a la dosis de 10 o 20 gotas tres veces al día de la solución al milésimo.

La anemia aguda puede por su intensidad reclamar no solo las simples inyecciones de suero fisiológico a dosis elevadas, sino incluso la práctica de la transfusión de sangre.

La dificultad de poder vencer una hematemesis, que se hace persistente e irreductible, puede plantear la indicación quirúrgica si el estado del enfermo lo permite.

La administración de tónicos cardíacos cumple una acción vital cuando el enfermo está amenazado de síncope. Los preparados de alcanfor deben ser particularmente preferidos (cardiazol, coramina, hexeton, etc.).

Una vez cumplidas las indicaciones de urgencia, examinadas a salvar la fase aguda de la hematemesis,

debe realizar el médico una terapéutica etiológica adecuada.

Tratamiento etiológico

Para formular acertadamente este tratamiento, es preciso que el médico haga una correcta discriminación de las causas más frecuentes de la hematemesis. Estas pueden dividirse en afecciones locales, en afecciones de otro órgano susceptibles de repercutir sobre el estómago y afecciones gástricas producidas de causa general.

Causas locales

El ulcus gástrico ocupa indudablemente el primer lugar como consecuencia de la fácil perforación de un vaso en la superficie ulcerada.

Las hematemesis por úlcera tienen algunas características que permiten diferenciarlas de las debidas a otras causas. 1.º La anamnesis orienta ya sobre su origen gástrico. 2.º Se acompaña casi siempre de un dolor lancinante. 3.º Se produce por lo general bajo la forma de vómito. 4.º Suele ir precedida de una fase más o menos corta de malestar gástrico y aun general (mareo, estado nauseoso, desfallecimiento, lipotimias, etc.), hasta la presentación del dolor y la producción del vómito hemático cuyos caracteres macroscópicos hemos citado anteriormente.

Otro grupo de afecciones locales productoras de hematemesis está constituida por las neoplasias gástricas. Las hematemesis de este grupo se caracterizan por ser menos copiosas que las originadas por el ulcus.

Debemos citar, en fin, a las gastritis ulcerativas, la arteritis sífilítica caracterizada por presentar la hematemesis silenciosamente, sin dolor ni historia gástrica, la amixorrea, la linitis plástica, las heridas y lesiones por cuerpos extraños, los aneurismas miliares, caustificaciones, etc.

Hematemesis secundarias a procesos de otros órganos

Se trata por lo general hemorragias venosas o varicosas consecutivas a cirrosis hepáticas o por éstasis del sistema portal debida a otras causas. Boas cita un caso en que la hiperhemia del hígado se manifestaba de vez en cuando por hemorragias gástricas.

Determinadas intervenciones quirúrgicas abdominales pueden originar hemorragias que aparecen por regla general dentro de la primera semana consecutiva a la intervención. Estas hematemesis, se explican por embolias directas o retrógradas. Asimismo en la apendicitis pueden originarse embolias que conducen a efectos análogos (Payr) hematemesis por isquemia refleja (Beucke), o gastrorragias vicariantes en los trastornos de la menstruación (Küttner).

Hematemesis por causa general

Son hematemesis originadas por afecciones en las que se altere la crisis sanguínea, leucemias, pseudo-leucemias, enfermedad de Addison, anemias graves, hemofilia, hipertensión, histerismo, tabes.

Una vez aclarado el concepto etiológico del proceso, le será fácil al médico instituir el tratamiento racional causal sin perder de vista la pérdida hemática.

En el ulcus gástrico, administraremos la cura de bismuto, dándolo a dosis de 70 a 80 grs. para formar una capa que recubra toda la mucosa gástrica, para lo cual haremos poner al paciente en distintas posiciones. Esto 3 o 4 veces en intervalos de 4 o 5 días. Además alcalinos y atropina. Luego lo mejor es la alimentación duodenal, por medio de leche, papillas o yemas de huevo que haremos pasar a través de la sonda. Con este procedimiento, dejaremos a la víscera gástrica, en completo reposo.

Si la intradermoreacción (cosa que debemos practicar siempre en presencia de un caso de ulcus) fuese positiva al estreptococo o al enterococo, prescribiremos la vacunoterapia correspondiente y si no lo fuese, se practicará la tetraproteínoterapia. Si con todos estos medios no se observa mejoría en los síntomas, se procederá a la intervención quirúrgica.

En las neoplasias el tratamiento de elección, es el operatorio, más si éste no es posible, entonces recurriremos a un tratamiento sintomático que tienda a corregir la hiposecreción, por ej.

Agua.	50 grs.
Acido clorhídrico	aa 8 "
Pepsina	aa 8 "

Una cucharadita antes de las comidas durante 15 o 20 días, además cacodilato sódico 10 o 20 ctgs. diarios y después de esto licor de Fowler a la dosis de 10 gotas 3 veces al día antes de la ingesta. Ir alternando estos medicamentos. Excusado es decir que la morfina será administrada en los casos en que las gastralgias sean muy intensas y se trate de un caso inoperable. En las gastritis el tratamiento será principalmente dietético, ingiriendo el enfermo los alimentos bien masticados, además tendrán que ser de fácil digestión y previamente cocidos para que no den lugar a infecciones, puesto que la barrera mucosa está debilitada en sumo grado.

Régimen: 1.º Substancias a base de albúmina. a) De origen animal, preferentemente carnes blancas de aves jóvenes, todos los pescados tiernos no grasos. El queso albuminoso blando v. gr. en forma de cuajo fresco, es tolerado bastante bien, lo mismo que los preparados de albúmina de leche como la eucasina, plasmón, nutrose, etc. b) De origen vegetal. Sobre todo en los casos de aquilia la somatose, la peptona Witte, etc.

Hidratos de carbonos.—Legumbres frescas, patata bien cocida, corteza de pan, verduras, especialmente las zelgas, espinacas y coliflor. Las frutas se administrarán en forma de compota. Como tratamiento medicamentoso podemos recomendar la siguiente fórmula:

Tintura de genciana... ..	} XX gotas antes de cada comida
" " colombo	
" " quina	
" " nuez vómica.. I "	

También en la aquilia se prescribirá el ácido clorhídrico, pero como muchas veces no es bien tolerado se substituirá por el "acidol pepsina" potencia I en tabletas, cada una equivale a 9 gotas de Cl₂ H₂.

En la lues gástrica se practicará el tratamiento específico, pero con la particularidad que en los 3 o 4

días primeros que sigan a la hematemesis, se administrará el yoduro potásico a la dosis de 3 grs. al día.

La linitis plástica será objeto del mismo tratamiento apuntado para el cáncer.

En los casos en que la gastrorragia es debida a cirrosis hepática poca cosa nos es dable hacer, solamente practicar la paracentesis para dejar más libre la circulación portal.

En el éxtasis de este último sistema, investigaremos su causa y entonces procederemos según su origen, que no enumeraremos, pues por lo extenso nos saldríamos de los límites que requiere un trabajo como el presente.

En las heridas y erosiones por cuerpos extraños, el tratamiento será distinto según el volumen y naturaleza de los mismos. En los cuerpos pequeños pero con aristas que puedan producir continuas irritaciones, se administrará miga de pan casi sin masticar, solamente impregnada de saliva y además hilos desinfectados para que recubran al cuerpo extraño y luego pueda ser eliminado por vía intestinal. Si no fuese dable este procedimiento (se seguirá siempre el examen radioscópico) se practicará la gastrotomía.

En las causticaciones.—Agua albuminosa en gran cantidad, óxido de magnesia y subnitrate de bismuto.

En las anemias graves.—1.º Etiológico. Si es eritropoética daremos hemostil, hemoton, hormocalcine, codilato sódico y transfusiones de sangre (siempre comprobando la compatibilidad con la del donante) en pequeña cantidad pero repetidas, suero gelatinizado, etc.

En la hipertensión.—Dietética rigurosa. Cura de Welpa durante 2 o 3 días, reposo completo en cama, luego hipotensores como son la trinitrina, el nitrito sódico, la guipsina y sobre todo la ergotamina a dosis de 1/2 mlg. en inyección subcutánea.

En el histerismo, psicoterapia.

Hemofilia.—Hemos tenido ocasión de comprobar los muy beneficiosos efectos que producen las vitaminas a la dosis; 1.º de 10 tabletas y más tarde de 20 diarias en un caso bien provado de esta enfermedad.

En la tabes, tratamiento específico y si no da resultado recurriremos al quirúrgico. Uno de los más usados en estos casos es la desinervación gástrica.

CRONICA

Los locos delincuentes y su custodia, según nuestra legislación vigente

por el doctor

M. SAFORCADA

Catedrático de Medicina Legal

Presidente de la *Sociedad de Psiquiatría y Neurología* y de la *Asociación española de Neuro psiquiatras*

Al reorganizar el año pasado nuestra "Asociación de Estudios Penitenciarios", en su primera reunión, se agitó la idea, entre las diversas cuestiones que se plantearon, de realizar una intensa campaña hasta lograr que termine el vergonzoso espectáculo de que en las cárceles españolas convivan con los delincuentes, infelices enfermos de la mente, por apatía de unos, negli-

gencia de otros y desconocimiento de las autoridades correspondientes.

Materia tan interesante fué tratada ya en una ponencia que presentamos en el Tercer Congreso Penitenciario, de Barcelona, habiendo asimismo, ocupado la atención, en varias ocasiones, de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de esta capital, secundando de esta suerte, con nuestra perseverancia la campaña redentora en favor de los pobres alienados, iniciada, muchos años ha, por una pléyade de mentalistas y penalistas españoles, entre los cuales sobresalen los nombres de la excelsa Concepción Arenal, Esquerdo, Simarro, Ibañez, Alonso Martínez, Salillas y preferentemente el malogrado penalista salmantino Dorado Montero. Si a lo expuesto añadimos las interesantes publicaciones de Giménez-Azúa, Cuello Carlón, Giné Partagás, Rodríguez Méndez, Valentí, Xalabarder, Martínez y algunos otros, habremos resumido la labor más importante sobre tan interesante materia.

Mas, a despecho de las reiteradas instancias debidamente razonadas elevadas a los poderes públicos para encauzar por derroteros más humanitarios y científicos los problemas penitenciarios relativos a los enfermos de la mente que han perpetrado reacciones anti-legales, hasta el 28 de Julio del año pasado no se promulgó la R. O. en la que nombraba una Comisión encargada de proponer, en el plazo máximo de tres meses, los medios más eficaces para organizar con sentido moderno y científico la asistencia a los alienados y la enseñanza de la Psiquiatría y para reformar, en el mismo sentido, la legislación vigente sobre enfermos de la mente.

Veamos, ahora, como puede explicarse esta apatía, por parte de los depositarios del poder público durante tantos años.

Yo abrigo el firme convencimiento de que la causa primordial es la deficiente cultura psiquiátrica que existe en nuestro país. Y cuidado que en la Historia desempeñamos un brillante papel, aunque por desconocimiento o por preterirnos, no citan tan importante hecho los tratadistas extranjeros. Me refiero a que en España durante la primera década de la centuria decimoquinta (1405), se fundó ya el primer Manicomio del Mundo, en donde se trataba a los pobres alienados como enfermos, merced a la generosa iniciativa de un religioso mercedario, cuyo nombre merece esculpirse con letras de oro en los anales de la ciencia patria. Fray Xofre Gilabert es el nombre del ilustre varón que fundó en la hermosa ciudad del Turia la "Casa dels Ignocents", donde recogían y cuidaban cariñosamente a los pobres alienados. Lástima fué, que al ser designado para explicar la cátedra de Filosofía en la gloriosa Universidad salmantina, fué perdiendo paulatinamente dicho Manicomio, el primitivo carácter que le inculcara con sus sentimientos altruistas tan abnegado religioso. Y ya que hablo de la ciudad del Turia, permitidme que cite también el nombre de otro precursor del moderno régimen penitenciario, el ilustre coronel Montesinos, Director de la Prisión de Valencia que, en el año 1835, estableció un régimen correccional tan científico, tan humanitario y tan práctico, que más adelante sirvió de modelo a Crofton para organizar su "sistema progre-