

## PRÁCTICA MÉDICA

### SINTOMATOLOGÍA SINTÉTICA DE LAS COMPLICACIONES GRAVES EN LA OTITIS MEDIA SUPURADA

por el Doctor

L. VILA - ABADAL

de Barcelona

Será un exceso de tendencia al simplicismo el querer resumir en unas pocas líneas síntomas tan complejos como los provocados por las enfermedades de los órganos craneales afectos en las dolencias del oído medio supurado. No pretendemos incluir en este cuadro que vamos a relatar todos los casos múltiples que observamos en la práctica corriente; intentamos fijar una pauta de orientación.

Trataremos de la sintomatología más visible, más escandalosa de los procesos simples no asociados. Intentamos un resumen lo más verídico posible, no una descripción *in extenso*.

La otitis media supurada aguda o crónica en sus múltiples variedades es causa de complicaciones graves, de todas conocidas pero frecuentemente olvidadas, que ocasionan perturbaciones serias en el organismo y no raras veces la muerte.

En todo enfermo con sintomatología cerebral de tipo septicémico o piémico debemos inquirir si existe o no una supuración de oído, puesto que las complicaciones que provienen de esta supuración son múltiples, graves y bastante frecuentes. Vamos a detallarlas:

*Mastoiditis aguda.*—Fiebre elevada, cefalalgia, dolor a la presión *in situ*, aumentando proporcionalmente con la presión, edema, caída de la pared pótero-superior del conducto.

*Mastoiditis crónica.*—Dolor a la presión, cefalea ligera, supuración antigua y persistente por el conducto, dolor en la punta, dolor en el antro.

*Laberintitis.*—Sordera, vértigos, nistagmus, vómitos, sordera para los agudos, alteraciones en el equilibrio, caída con los ojos cerrados; puede variar con la posición de la cabeza. Cefalea. Fiebre.

*Flebitis del seno lateral.*—Fiebre septicémica. Cefalea, vómitos, dolor a la presión detrás de la punta de la mastoidea, tortícolis, cordón yugular, toxemia, apatía, anorexia, color terroso, lengua seca, saburral.

*Flebitis del seno cavernoso.*—Síntomas oculares graves.

*Flebitis del seno longitudinal.*—Circulación suplementaria del cuero cabelludo.

*Paqui-meningitis y absceso extradural.*—Cefalalgia con agudizaciones, malestar, vómitos, fiebre, apatía, anorexia, lengua saburral, sintomatología vaga.

*Lepto-meningitis.*—Cefalalgia, vómitos, fiebre, sintomatología muy aparatosa, excitación, convulsiones, síntomas oculares, raya meníngea, síntomas reflejos, contracturas, parálisis nerviosas, alteración del líquido céfalo-raquídeo, pulso frecuente.

*Absceso cerebral.*—Astenia, apatía, anorexia, cefalea, vómitos, fiebre, dolores provocados poco precisos, toxemia, bradicardia, adelgazamiento, lengua seca, piel terrosa, síntomas oculares, líquido céfalo-raquídeo a presión, transparente, síntomas de foco, coma.

*Absceso cerebeloso.*—Adelgazamiento, vómitos, vértigos, nistagmus, cefalea, fiebre, síntomas oculares, pérdida del equilibrio en todas posiciones y con ojos abiertos y cerrados, anorexia, apatía, lengua seca, saburral, toxemia, fiebre aguda, cefalalgia, muerte rápida.

Hemos hecho una exposición sucinta de la sintomatología más característica de cada proceso, procurando señalar, en primer término, los síntomas más frecuentes y característicos de las diferentes complicaciones. No en todos los casos se presenta la sintomatología tal como la esperamos, pero en la mayoría o en todos los casos son necesarios los síntomas indicados para hacer un diagnóstico con garantía de acierto. Sabemos sobradamente la sintomatología oscura de un absceso cerebeloso muchas veces, pero entonces no es posible hacer el diagnóstico; cuando presenta una sintomatología muy completa es ampliamente vistoso.

La sintomatología vaga del absceso cerebral, hace que pase desapercibido éste en algunas ocasiones, pero siempre en la duda deben buscarse los más pequeños detalles para llegar a hacer un buen diagnóstico, y en caso de duda, es imprescindible hacer una intervención para buscarlo.

La meningitis es muy aparatosa, inconfundible, fatal.

También es generalmente muy diagnosticable la flebitis de los senos por su fiebre en aguja, que nunca falta.

No es tan precisa la sintomatología de la paqui-meningitis con absceso extradural o sin él, es más difícil de precisar, los síntomas son muy vagos, muchas veces la descubrimos en la intervención, pero siempre hay algún síntoma que hace temer una complicación de una mastoiditis antigua.

Y sintéticamente no decimos más.

### TRATAMIENTO DEL ULCUS GASTRO-DUODENAL AGUDO

por el Doctor

N. BATTESTINI

de Barcelona

Sería de todo punto imposible, intentar resumir en el corto espacio de esta breve *Práctica Médica* todo lo que hace referencia al tratamiento del ulcus gastro-duodenal, comprendiendo bajo tal denominación, lo mismo las úlceras gástricas en sus diversas localizaciones—pilóricas o yuxta-pilóricas, de la pequeña curvadura y del cardias—que las del duodeno, es decir, las localizadas en pleno intestino y alejadas del píloro. El agruparlas bajo una común denominación no supone la afirmación de que

todas estas modalidades del *ulcus* comporten el mismo tratamiento, pero sí que las líneas generales del mismo son idénticas para todas ellas. Otra razón, es la de que el diagnóstico de localización es función de una serie de factores, entre los que el tiempo es acaso el más importante y, sin embargo, las indicaciones deben cumplirse perentoriamente en un caso agudo de *ulcus* aunque su localización precisa sea ignorada o sólo sospechada. Por eso exponemos nuestros puntos de vista, refiriéndonos a una entidad morbosísima única: el *ulcus* gastro-duodenal (U. G. D.), limitándonos a la discusión del tratamiento de los accidentes agudos, pues consideramos de un interés capital el fijar las indicaciones terapéuticas que comportan, y dejaremos para otra ocasión el estudio de las manifestaciones crónicas del U. G. D.

Constituyen los accidentes agudos del U. G. D., de un modo principal: los *vómitos*, el *dolor* y la *hemorragia*, revelada esta última por la *hematemesis* y la *melena*. Estos accidentes, a los que acompaña la fiebre en ocasiones, pueden intercalarse en forma paroxística entre las fases menos aparatosas—en que el enfermo presenta el cuadro de una *dispepsia hiperesténica*, por ejemplo,—o latentes, en que apenas hay ninguna molestia. Otras veces, tales accidentes agudos son la primera manifestación del U. G. D. y se dan casos de pacientes con intensos dolores y hemorragias, en los que el más detenido interrogatorio no permite despistar signos de una *dispepsia* anterior.

Ante un enfermo que presente los síntomas mencionados: *vómitos*, dolores—epigástricos, en la zona coledociana, o bajo el reborde costal izquierdo—irradiados o no y *hematemesis* o *melena* acompañados de estado general grave, el práctico, una vez descartada la posibilidad lejana de que el origen de aquellos accidentes sea un proceso renal, vesicular o apendicular, sentará el diagnóstico de U. G. D. agudo y ordenará el reposo del enfermo en cama, acompañado de la supresión de la *digestión gástrica*, del tratamiento de la *hemorragia* y del *dolor*. Tiene una gran importancia asimismo el tratamiento de la *infección* del U. G. D. La *infección* desempeña un papel predominante en la génesis de los accidentes agudos; el U. G. D. puede no ser debido a una *infección* de la mucosa gástrica o duodenal, pero que en los casos agudos existe una *infección* del *ulcus*, es evidente; y tanto es así, que el tratamiento dirigido contra la *infección* proporciona excelentes éxitos en la mayoría de los casos.

Tenemos ya el enfermo en cama, en posición horizontal, con la cabeza baja y sin permitirle ningún movimiento; es preciso que tratemos el *dolor*, los *vómitos* y la *hemorragia* si existen, la *infección* que acompaña la *úlcera* y que alimentemos al enfermo suprimiendo, en lo posible, la *digestión gástrica*. Sucesivamente examinaremos la manera de cumplir estas indicaciones.

\* \* \*

*Alimentación.*—Es imposible suprimir la *digestión gástrica* si hacemos tomar al enfermo algún

alimento, por inofensivo que parezca; así es que los primeros días será preciso que el enfermo observe una *dieta absoluta*. Tiene ésta la ventaja de que suprime la llegada al estómago de gérmenes infecciosos procedentes del exterior y tragados con los alimentos, pero sus inconvenientes serían mayores que sus ventajas si la quisiéramos mantener un tiempo demasiado largo o de un modo absoluto; en efecto, el enfermo emaciado y a veces caquéctico, se deshidrata con facilidad y puede hacerse *acidótico*. Conviene, pues, hidratar al paciente, escogiendo de preferencia, para hacerlo, el suero fisiológico o *glucosado* administrado, bien gota a gota, con una sonda rectal larga, bien en *inyección*, procedimiento precioso, sobre todo, cuando el enfermo ha perdido mucha sangre. No aconsejamos la práctica, muy extendida por cierto, de permitir al enfermo que tome por la boca agua hervida, pues ésta sea cual sea la temperatura a que se administre, si es cierto que disminuye la sensación de hambre, mantiene en cambio la *secreción gástrica*.

En los *retencionistas*, así como en los casos de *hipersecreción*, están indicados los lavados de estómago con agua hervida adicionada de agua oxigenada. Con estos lavados se combate, a la vez que la *hipersecreción* y la *retención*, la *infección* de la *úlcera*.

Cuando hay una *hemorragia* evidente, se proscribirán en absoluto estos lavados, por los peligros que representa la introducción en el estómago de un cuerpo extraño, más o menos voluminoso y semi-rígido.

Consiguientemente, la *dieta debe ser absoluta* y el enfermo debe ser *hidratado con suero* fisiológico o *glucosado* en cantidades variables, según las necesidades del momento, pero que sean suficientes para permitir al riñón un trabajo holgado, logrando que el enfermo orine alrededor de tres cuartos de litro diariamente.

En estas condiciones se puede mantener al enfermo unos ocho días, que son suficientes, en la mayoría de los casos, para lograr la *sedación* de los síntomas de *agudización* y permitir al enfermo el iniciar la *alimentación* por la boca. De la misma manera que puede alargarse la duración de la *dieta absoluta*, cuando en ello no hay peligro para el enfermo y sí ventajas para su lesión, existen casos en que el descenso de la *presión arterial* y una *disminución* de la *orina* advierten que es peligroso continuarla y nos obligan a *alimentar* al enfermo.

No podemos aconsejar la *alimentación duodenal*, ni la *alimentación rectal*, la primera porque no está exenta de inconvenientes serios y acaso de peligros, y la segunda por dos razones: primeramente, no existiendo la *digestión rectal* y dado el poco poder de absorción del intestino grueso, es una fantasía pretender nutrir al enfermo con los titulados *enemas alimenticios*; en segundo lugar, está bien probado que la introducción de alimentos en el recto provoca una *secreción gástrica* refleja, con lo que perdemos precisamente la mayor ventaja que buscáramos: la *supresión* de la *secreción gástrica*.

Durante todo el tiempo que dure la *dieta absoluta*,

conviene mantener en la región epigástrica del enfermo una bolsa con trocitos de hielo, que disminuye los movimientos del estómago y contribuye a calmar, en los primeros días, la sensación de hambre.

Cuando los accidentes agudos han cedido, así como en aquellos casos en que la dieta absoluta es mal tolerada por el enfermo, precisa alimentarlo. Debe empezarse por la leche, en cantidad de un cuarto de litro al día, tomada en cuatro tomas, separadas una de otra por un espacio de cinco horas. La cantidad de leche será aumentada progresivamente y se tenderá a que la alimentación del paciente sea lo más completa posible, dentro de los límites de su tolerancia.

No podemos extendernos más en este capítulo, pues tendríamos que ser muy amplios en la discusión de los diferentes métodos y regímenes que se han propuesto en el U. G. D., con lo que además de alargar considerablemente esta pequeña nota de práctica médica, saldríamos de sus límites, ya que no es nuestro objeto tratar del U. G. D. crónico o latente, sino del agudo.

*Dolor.*—En la mayor parte de los casos, la dieta absoluta es suficiente para calmar las manifestaciones dolorosas agudas del U. G. D. y acabarán de suprimirlo las curas bismutadas y la atropina.

Durante los accidentes agudos, es mejor abstenerse de administrar alcalinos; en el bismuto tenemos un excelente agente medicamentoso, que a su acción protectora de la ulceración, sobre la que se aplica una vez ingerido, impidiendo la acción digestiva del jugo gástrico, une una acción antiséptica evidente sobre los gérmenes que pueden pulular en la úlcera, especialmente los estafilococos y espiroquetas.

El bismuto es mejor administrarlo en forma de carbonato, tomando todos los días, cada cuatro horas, uno de los siguientes paquetes:

Carbonato de bismuto, 20 gramos, para 5 paquetes.  
Un paquete cada 4 horas, en un cuarto de vaso de agua hervida, tibia.

La atropina es un medicamento precioso en el tratamiento del U. G. D. En efecto, podemos decir que en ella tenemos el específico de los espasmos doloroso del píloro y de la reacción hiperquinética del estómago, aparte de su acción inhibidora de la acidez del jugo gástrico.

La atropina es mejor administrarla en inyecciones de un cuarto de milígramo, una por la mañana y otra por la tarde o noche. Puede también administrarse por la boca.

Sulfato de atropina ...	0'01 gramos
Agua destilada ... ..	10'00 gramos

Cinco gotas por la mañana y cinco por la noche, en dos dedos de agua hervida, tibia.

*Hemorragia.* — La hemorragia, cuando es muy abundante y no se detiene a pesar de un tratamiento enérgico y bien dirigido, constituye una indicación del tratamiento quirúrgico; lo mismo podemos decir de las hemorragias pequeñas y rebeldes y de las

hemorragias recidivantes. En los demás casos, la hemorragia es combatida con éxito mediante la dieta absoluta y la vejiga de hielo en el epigastrio.

Se han aconsejado multitud de agentes medicamentosos para tratar las hemorragias en general y las del U. G. D. en particular. Ninguno de los preconizados: adrenalina, percloruro de hierro, ergotina, etc., nos satisface. Únicamente dan buenos resultados las inyecciones hipodérmicas de *clorhidrato de emetina*, a la dosis de 0'04 gr. por inyección, repetida tres o cuatro veces si es necesario, y los titulados hemostáticos fisiológicos: *coaguleno* y *zimema*. El primero, lo aconsejamos en inyección intramuscular, practicando la inyección lentamente y observando al enfermo, para cesar la inyección al menor síntoma desagradable. El zimema puede administrarse en inyección hipodérmica.

*Infección.*—Ya dejamos dicho que la infección desempeña un papel importante en la génesis de los accidentes agudos del U. G. D. y consiguientemente, luchar contra la infección es una de las indicaciones que debe cumplir el práctico en un caso de U. G. D. agudo.

La dieta absoluta que impide el acceso de los gérmenes procedentes del exterior y los lavados de estómago, en los retencionistas, son medios de lucha contra la infección, pero no son suficientes, pues los gérmenes pueden llegar por otras vías y así se hace preciso combatir todos los focos infecciosos del organismo: desinfección de la boca y garganta, limpieza de las encías, combatir la caries dentaria, destrucción de las infecciones cutáneas, etc.

La cura bismutada, como ya indicamos, protege también la úlcera y en parte contribuye a su antiseptia.

Pero los medios verdaderamente útiles en la lucha contra la infección, son los medios específicos: la proteinoterapia y la vacunoterapia, más aquélla que ésta cuando se trata de los accidentes agudos del U. G. D.

En efecto, para poder orientar bien el tratamiento vacunoterápico, es preciso conocer cuales son los gérmenes que infectan la úlcera, lo cual supone la necesidad de practicar un vaccino-diagnóstico, con la consiguiente pérdida de tiempo, o emplear a ciegas vacunas preparadas con distintos gérmenes, ya solos, ya combinados, con la consiguiente pérdida de probabilidades de poder obrar eficazmente.

En cambio, la proteinoterapia no es específica para ningún germen, sino que obra exaltando las defensas locales, mediante la irritación focal congestiva, favorecedora de la cicatrización, y por cierta acción modificadora del tono vago-simpático que tiene una acción evidente en el desarrollo del proceso de curación.

Así es, que para luchar contra la infección en los casos agudos de U. G. D. lo más acertado es acudir a la proteinoterapia, escogiendo un buen preparado —*tetraproteína*, *caseal cálcico*— que se administrará de preferencia por vía intramuscular y cuya dosificación deberá ajustarse a las características de la lesión y a las reacciones del enfermo.

Hay casos rebeldes, que no obedecen en absoluto

al tratamiento, pero en muchos de ellos se llega a la conclusión de que la proteinoterapia no cura el U. G. D., pero lo mejora sensiblemente. El síntoma dolor, sobre todo, es el que más rápida y constantemente es influido.

El práctico debe tener en cuenta las contraindicaciones generales de la proteinoterapia, de las cuales es acaso la más evidente la posible reactivación de un foco tuberculoso tórpido.

*Vómitos.*—La dieta absoluta acaba, en la mayor parte de las veces, con la intolerancia gástrica que determina el vómito. Cuando no es así, están indicados los lavados de estómago, siempre que no haya una hemorragia evidente.

Las inyecciones de atropina ( $\frac{1}{4}$  de milígramo) dan también buenos resultados, combatiendo la hiperquinesia gástrica.

Si el enfermo o la familia reclaman que se administre algún medicamento por la boca, es prudente hacerles comprender las ventajas que reporta la sujeción de la llegada al estómago de toda clase de bebidas, medicamentos incluso. Si se empeñan, puede administrarse la clásica *potión antiemética* o bien el *agua cloroformada* muy diluida, que son los más inofensivos y los que poseen alguna relativa utilidad.

\* \* \*

No queremos terminar esta pequeña nota, sin dejar bien sentada la afirmación de que no todos los casos de U. G. D. agudo deben tratarse médicamente. Ya señalamos, al hablar de la hemorragia, que cuando ésta es muy abundante y no se cohibe con los medios propuestos, constituye una indicación quirúrgica, y lo mismo puede aplicarse a las hemorragias pequeñas y rebeldes o a las hemorragias recidivantes. En otros casos, la hemorragia se ha cohibido, pero el enfermo ha quedado tan anemiado, que la transfusión de la sangre se impone al práctico.

Y no son pocos los casos en que el término de los accidentes agudos del *ulcus* es la perforación. El práctico debe estar siempre alerta y a la menor sospecha de perforación entregar el enfermo al cirujano, no dejando pasar un tiempo que puede ser precioso para salvar la vida del paciente.

## CRÓNICA

### VIDA MÉDICA MADRILEÑA

por  
FÉLIX HERCE,

de Madrid

Pródigo en acontecimientos médicos, ha sido el primer mes del año actual; en él inauguraron sus tareas científicas, la Real Academia de Medicina, la Sociedad Española de Ginecología; y la Asociación Profesional de Estudiantes de Medicina, inauguró su notable ciclo de conferencias.

En el orden social, VERDES MONTENEGRO, el ilustre fisiólogo director del Sanatorio de Húmera y del Dispensario María Cristina, y uno de los iniciadores de la lucha antituberculosa, ha dimitido de todos los cargos oficiales, por no doblegarse a las rigideces del Reglamento del Cuerpo, publicado hace poco, y en el que se les impide hacer campañas periódicas o discutir planes de lucha antituberculosa, sin una plena aquiescencia de la superioridad.

La Diputación Provincial madrileña inauguró, en el Instituto del Cáncer, las obras de un pabellón oncológico, para cancerosos pobres, de la provincia de Madrid; el acto tuvo solemnidad oficial, colocando la Reina la primera piedra y pronunciando sendos discursos el doctor GOYANES, el señor Salcedo Bermejillo y el ministro de la Gobernación, discursos en que se congratularon todos del benéfico incremento que va tomando la lucha anticancerosa.

El pabellón que se va a levantar, consta de tres pisos y un ático, donde se construirá un solarium; es capaz para 70 enfermos, cuenta con espaciosas salas, cuartos de aislamiento, quirófano, salón de conferencias y cursos, servicios y habitaciones para enfermeros; costará unas 600.000 pesetas y ha sido hecho el proyecto por el arquitecto provincial, señor Hernández Briz, según indicaciones del doctor GOYANES, quien estuvo el pasado verano en Alemania estudiando la disposición y funcionamiento de los principales centros anticancerosos.

El edificio se inaugurará en la primavera del año próximo, por celebrarse (según reciente acuerdo tomando en París) en Madrid el Congreso Internacional de lucha anticancerosa.

MARAÑÓN volvió de la Habana, entusiasmado del justo triunfo obtenido, que ha revestido todos los caracteres, sobre todo en la conferencia del Teatro Pairet, de una colosal opoteosis.

El doctor AGUILAR vino acompañado de un rico hacendado y médico, el señor del Amo, para hacer entrega al Rey, de un cheque de 200.000 pesos, destinado a la suscripción iniciada para construir la Ciudad Universitaria.

El doctor ELIZEGARAY, reputado y viejo especialista, ha sido nombrado médico de Cámara de S. M., por lo que recibió felicitaciones y se le obsequió con una comida íntima en la Real Academia de Medicina.

También el doctor PIGA disfrutó de los honores del banquete, presidido por el doctor MAESTRE, para festejar su triunfo en las oposiciones a una cátedra provinciana de Medicina Legal.

El Colegio Médico madrileño, tras una Junta ruidosa, dimitió en pleno y en los pasados días 27 y 28 eligió su nueva Junta Directiva.

La lucha fué reñidísima, dándose el caso de que todas las candidaturas presentaban para presidente al doctor SANCHIS BANÚS, que obtuvo 1.028 votos, la cantidad más grande que se recuerda en el Colegio madrileño.

SANCHIS BANÚS lleva al Colegio Médico el prestigio científico de su nombre, de fama mundial y aporta a la labor social, su talento feraz, su voluntad férrea y unas cualidades de honradez y energía nada comunes; va al Colegio para hacer una labor