

MEDICINA DE URGENCIA EN LA CLINICA ODONTOLOGICA (*)

por el

Dr. Justo Jimena

616.31 : 616

Señoras y señores: Si digo que es un honor el estar hoy entre vosotros, podéis asegurar que no es por cumplir una fórmula de cortesía habitual, sino que responde a una manera de sentir, pues es muy honroso ocupar esta tribuna tan prestigiada por vosotros y por figuras señeras de la Medicina, entre otras, por la de mi querido maestro, el profesor Marañón.

Voy a hablaros de los ACCIDENTES MEDICOS DE URGENCIA que se os pueden presentar en vuestro gabinete de trabajo, tema que me ha sido amablemente propuesto por mi querido y por tantas razones admirado amigo el Dr. Schermant, vuestro ilustre Presidente de la Comisión Cultural. Bien sé que, por fortuna, muchos de esos accidentes rara vez podréis verlos, acaso nunca; pero con que solamente alguno o algunos de vosotros podáis ser testigo por una vez de uno de esos cuadros dramáticos y que vuestra correcta actuación permita acaso salvar una vida, merece la pena ocuparse de ellos.

Voy a hacer un estudio recortado, esquemático, de estos accidentes con una finalidad estrictamente práctica.

En el determinismo de ellos puede jugar papel importante el estado emotivo del enfermo, el miedo a vuestra intervención aunque ésta haya de ser insignificante, el dolor, el traumatismo en sí, la hemorragia... En otras ocasiones, el desencadenamiento puede ser estrictamente casual.

Casi todos los accidentes agudos que se os pueden presentar quedan incluidos en los cinco apartados siguientes: I.º ACCIDENTES CAR-

(*) Conferencia pronunciada por el Dr. Jimena, jefe clínico del Instituto de Patología Médica, el día 4 de marzo de 1948, en el Colegio de Odontólogos.

DIOVASCULARES. 2.º ACCIDENTES RESPIRATORIOS. 3.º ACCIDENTES NERVIOSOS. 4.º ACCIDENTES HEMORRAGICOS; y 5.º ACCIDENTES ABDOMINALES.

Primero.—ACCIDENTES AGUDOS CARDIOVASCULARES. A: *Taquicardias agudas* (simple, paroxística y por fibrilación auricular). B: *Lipotimia, síncope y colapso*. C: *Síndromes coronarios agudos* (angina de pecho e infarto de miocardio); y D: *Accidentes post-anestésicos*.

A.—*Taquicardias agudas*: La taquicardia simple se observa especialmente en jóvenes, más en muchachas nerviosas. El pulso late con una frecuencia que no suele pasar las 120 pulsaciones al minuto, es regular y se acompaña muchas veces de palpitaciones y golpeteo en pecho y cuello. No reviste la menor importancia y no hay que hacer otra cosa que tranquilizar al enfermo. En sucesivas visitas es probable que no se desencadene esta taquicardia.

Taquicardia paroxística: Así como la taquicardia simple suele empezar y terminar lentamente, en la taquicardia paroxística, el comienzo y la terminación son bruscos, el pulso es también regular; pero la frecuencia mucho mayor, oscilando entre 150 y 200 pulsaciones, no modificándose al acostarse el enfermo, al revés de lo que suele ocurrir en la taquicardia simple. Las manifestaciones subjetivas, palpitaciones y golpeteo en cuello y tórax son más acusadas, naturalmente, e incluso a veces hay una cierta opresión precordial que recuerda la angina de pecho; pero el enfermo, al contrario que en ésta, suele estar excitado. Este dato y la extraordinaria frecuencia del pulso bastan, sin otros elementos de juicio, para diferenciarlos. Es más frecuente entre los treinta y cuarenta años, aunque puede darse en cualquier edad, y la duración oscila entre unos segundos a unos días; pero corrientemente dura entre una y otra dos horas. Es también más frecuente en la mujer. El comienzo, y sobre todo la terminación, que, como dijimos, son bruscos, se anuncian por un golpe fuerte, como un mazazo, en tórax. Casi siempre se da en corazones sanos, al menos clínicamente.

El tratamiento se debe iniciar con algunas maniobras sencillas con la pretensión de estimular el neumogástrico; bien comprimiendo los globos oculares para provocar el reflejo óculo-cardíaco, aconsejando al enfermo que mire hacia abajo mientras se hace la compresión durante unos treinta o cuarenta segundos. Si fracasa se comprimen las carótidas (reflejo seno-carotídeo) de uno o ambos lados, por debajo del ángulo del maxilar. Si tampoco así cede el ataque, se dan toques

en la úvula o la faringe, con el dedo o un objeto apropiado, para provocar náuseas y aun el vómito.

Al iniciarse el ataque conviene dar un comprimido de 10 centigramos de luminal. Si a pesar de éste y de las sencillas maniobras referidas el ataque persiste, conviene inyectar una ampolla de Prostigmine, de Acetilcolina o Doryl, siendo frecuente ver cesar el ataque después de cualquiera de estos preparados. Pero si, a pesar de todo, persiste y se inician fenómenos de insuficiencia cardíaca, conviene poner una inyección intravenosa de un cuarto de miligramo de Ouabaina o Kombetin. Si continúa el ataque pasadas varias horas, cuando ya el enfermo ha salido de la jurisdicción del odontólogo, tal vez su médico tendrá que apelar a la quinicardina.

Taquicardia aguda por fibrilación auricular: Las molestias subjetivas son las mismas que en la taquicardia paroxística. Pero el pulso suele ser algo más lento, entre 100 y 140 aproximadamente, y lo que distingue perfectamente ambas crisis es que en la taquicardia por fibrilación el pulso es completamente irregular en intensidad y frecuencia. Generalmente se trata de enfermos que padecen una arritmia completa permanente, es decir, que al revés que en la paroxística, casi siempre se da en corazones enfermos. Conviene contar las pulsaciones, además de en la radial, como es habitual, en la punta, pues en la fibrilación algunos latidos no llegan a la radial. Cuando existe un pulso irregular por encima de 120, casi se puede asegurar que se trata de una taquicardia por fibrilación auricular, pues otras arritmias suelen desaparecer al llegar a esa frecuencia los latidos.

La conducta a seguir es empezar, como en la paroxística, por dar 10 centigramos de luminal u otro sedante, y si persiste pasados unos diez o quince minutos, se pone una ampolla intravenosa de un preparado digitálico, por ejemplo, 2 cc. de Cedilanid y hasta 4 cc. de una vez si el pulso es muy frecuente y existen síntomas evidentes de insuficiencia cardíaca. Como en la paroxística, si no cediera el absceso, habría que dar quinicardina; pero esto ya no compete al odontólogo.

B.—*Lipotimia, síncope y colapso:* La lipotimia o desmayo es el accidente que observaréis tal vez con más frecuencia. Es más frecuente en personas jóvenes con un sistema vegetativo lábil. Generalmente se da en personas con corazón sano, pero también se puede ver en cardíacos. Thomas Lewis considera la lipotimia como una crisis vásculo-neumogástrica, es decir, que en ella juega un gran papel el pneumo-

gástrico, cuya hiperexcitabilidad determina una lentitud de los latidos cardíacos y secundariamente una anemia cerebral por déficit de aporte sanguíneo. La lipotimia es un síncope "en miniatura". El enfermo siente que se marea, que empieza a perder el conocimiento, la visión se nubla, no tiene movimientos rotatorios como en el vértigo, estará pálido y tal vez un sudor frío humedezca el rostro. Si no se le sujeta cae al suelo con pérdida total de conocimiento. El pulso es pequeño, de apreciación a veces difícil y lento.

Suele durar de dos a diez minutos y es muy raro que pase de media hora. Lo primero que hay que hacer es acostar al enfermo en el mismo suelo del gabinete si no hay una meridiana, sofá o algo similar en la habitación, con la cabeza, a ser posible, más baja que el resto del cuerpo y se aflojan las ropas del cuello. A los pocos minutos el enfermo recupera el conocimiento, persistiendo más tiempo el estado de laxitud, la palidez y el sudor, y acaso bostece al despertar. Si la pérdida de conocimiento se prolonga más de diez minutos, seguramente resolverá la ya inquietante situación una inyección subcutánea de 1 cc. de adrenalina al uno por mil, es decir, de un miligramo. Si se trata de una persona de edad e hipertensa con anterioridad a la crisis, es preferible poner por la misma vía un miligramo de atropina.

Es posible que alguna vez la lipotimia la sufra el acompañante y no el enfermo.

Síncope: Por fortuna, este gravísimo accidente es excepcional. Se produce porque por una alteración vascular el corazón no recibe sangre o porque aunque la reciba es incapaz de impulsarla y en cualquiera de los dos casos y como causa última del síncope, lo que ocurre es que el corazón deja de funcionar y, por lo tanto, no llega la sangre al cerebro. El enfermo pierde el conocimiento, generalmente de un modo rápido, la cara está cadavérica, no hay sudor habitualmente, como en la lipotimia. El corazón no late o tiene solamente algunas contracciones aisladas, muy lentas y muy débiles, y, por consiguiente, el pulso radial no se aprecia. No hay movimientos respiratorios.

El enfermo sincopado puede decir que ha entrado en la noche de su vida, de la que dará cuenta a Dios si pasa más de cinco o seis minutos parado el corazón. Al síncope se puede llegar bruscamente o de un modo gradual, pasando por la lipotimia. Puede presentarse en corazones anteriormente sanos y desencadenarse por choques emotivos que actúan sobre los centros bulbares cardiomotores.

Ante la inminencia de muerte hay que proceder con la máxima urgencia y energía. Se puede empezar por inyectar, en vena si es posible, un miligramo de adrenalina o subcutáneamente dando masaje para la absorción rápida del medicamento. Pero si pasan dos o tres minutos sin iniciarse los latidos, el recurso máximo será la inyección intracardiaca de un miligramo de adrenalina, seguida, sin retirar la aguja, de una ampolla de Ouabaina o Kombetin, y para ello se introduce una aguja, del tipo de las intramusculares, unos cinco o seis centímetros, pinchando a unos dos centímetros a la izquierda del borde esternal, en el cuarto o quinto espacio. Antes de inyectar se aspira sangre, para saber si la aguja está en cavidad ventricular; pero salga o no sangre, debe inyectarse. Conviene advertir a la familia que el enfermo está prácticamente muerto, para que si, como es probable, la muerte ocurre durante las maniobras, no la relacionan con éstas.

Alguna vez puede producir la inyección intracardiaca de adrenalina la muerte por fibrilación ventricular, y para evitar esta rara pero posible eventualidad se aconseja inyectar, juntamente con la adrenalina, cinco centímetros cúbicos de una solución de novocaína al 1 por 100. Pero en la práctica puede prescindirse de la inyección de novocaína.

Colapso: El colapso es una hipotensión arterial aguda, y así como en el síncope hay una parada absoluta de la motilidad cardiaca y en la lipotimia una parada relativa, al colapso se puede llegar o por un parálisis vascular, por causas tóxicas, infecciosas, emotivas o traumáticas, o por una disminución de la masa circulante (hemorragia, gran pérdida de líquidos, etc.).

El enfermo colapsado tiene todas sus funciones amortiguadas, no abolidas, como en el síncope. Conserva la motilidad, la sensibilidad y el conocimiento, la cara está pálida, con cianosis de labios y mejillas muchas veces; ojos hundidos, sudor frío y profuso, respiración frecuente y superficial y el pulso también frecuente y pequeño, los tonos cardíacos apenas se oyen y las yugulares están vacías. Se diferencia del síncope porque en éste el enfermo no respira, el corazón no late, la pérdida de conocimiento es total y las yugulares no están vacías.

Hay que proceder también urgentemente, dando 25 miligramos de Cortirón o Percorten en una sola inyección, y además, si es posible, en vena, una inyección de adrenalina de un miligramo, a la que se atribuye, sin embargo, la posibilidad de aumentar la permeabilidad capilar, y, por lo tanto, el colapso, por la anoxemia secundaria a la

vasoconstricción periférica. El remedio soberano es la transfusión de plasma o de sangre total, si el colapso se debe a una hemorragia. La transfusión debe ser todo lo abundante que se precise y hecha con la mayor urgencia (es conveniente tener la dirección de un par de centros de transfusión). Con la transfusión se actúa sobre la gran hipotensión y la disminución del volumen sanguíneo, que son las dos columnas rotas en el colapso.

C.—*Síndromes coronarios agudos (angina de pecho e infarto de miocardio: Angina de pecho:* Aunque se sabe que al síndrome anginoso se puede llegar por diversos caminos, el habitual es el espasmo de los vasos coronarios, que al cerrarse dejan sin riego el corazón. Se da generalmente en personas que han traspuesto los cincuenta años, aunque también es posible en edades más tempranas. Es mucho más frecuente en el hombre que en la mujer y se inicia por un dolor en la región esternal, casi siempre en la mitad superior, generalmente muy intenso, y otras veces existe solamente una opresión, que de ordinario es muy acentuada.

El dolor es a veces como una garra que oprime fuertemente y en otras ocasiones existe la sensación de algo que se rompe detrás del esternón. Es clásica la irradiación del dolor al hombro y aun a toda la extremidad izquierda, especialmente por su borde cubital; pero no pocas veces se hace hacia el brazo derecho, a ambos brazos, al cuello, a la espalda y aun al epigastrio. Estas irradiaciones no deben despreciarse en tanto se acompañen del dolor u opresión retroesternal. El enfermo estará pálido, acaso sudoroso y con sensación de muerte inminente. Estará inmóvil, porque cualquier movimiento aumenta el dolor. El pulso puede no alterarse, estar algo acelerado o, por el contrario, un poco lento, y casi siempre bastante lleno. A veces cede totalmente en uno o dos minutos y en otras ocasiones pone fin a la vida del enfermo en el mismo tiempo. En ambos casos, cuando cede o termina con el enfermo en tan poco tiempo apenas si se puede hacer algo; pero lo corriente es que dure más tiempo y permita actuar de un modo efficacísimo, dando inmediatamente al enfermo una o dos grageas de Nitroscil o Cafnitrina, y si el cuadro fuera muy alarmante, se le haría respirar, como primera medida, varias ampollas de nitrito de amilo rompiéndolas sobre un pañuelo y aplicándolo a la nariz. Si el dolor es muy fuerte y no cede con el nitrito de amilo, se pone seguidamente una inyección de un centigramo de morfina o una ampolla de Panto-

pon, Spalmagine, etc. Si el pulso es muy pequeño, es decir, si hay hipotensión muy evidente, no se darán nitritos, poniendo, en cambio, una inyección de Cardiofilina o Eufilina, y después la morfina, si se precisa.

Es muy probable que el enfermo haya sufrido otros accesos y lleve en su bolsillo el preparado recomendado por su médico; pero no hay que contar con esta posibilidad y tener siempre al alcance algunos de los medicamentos indicados.

Angor psicógeno: Algunas veces se ven, especialmente en mujeres generalmente todavía jóvenes y emotivas, crisis de angina de pecho psicógena. El nervosismo de la enferma, la mayor o menor teatralidad que la acompaña, la inquietud, en contraste evidente con el reposo en la angina auténtica, permiten, casi siempre, una fácil diferenciación. Pero en caso de duda hay que considerar la crisis como real y proceder en consecuencia.

Infarto de miocardio: Cuando se está en presencia de un síndrome de angina de pecho, con las características ya señaladas, aunque tal vez el dolor, muy fuerte, en lugar de referirse principalmente a la mitad del esternón, lo sea a la inferior, hacia el epigastrio, pero acompañándose de un cuadro de colapso evidente (sudor generalmente intenso, pulso pequeño y de ordinario frecuente), y, sobre todo, si se han empleado los nitritos sin resultado, hay que suponer que no se trata de una angina de pecho genuina, sino de una trombosis coronaria, de una obstrucción del vaso por un trombo, y entonces lo fundamental es dar una inyección de morfina, Pantopón de primera intención y al mismo tiempo otra de Cardiazol, y si existe una franca descompensación cardíaca, se pone una inyección de Ouabaina o Kombetin a continuación del calmante. Cuando pasen unas horas y el enfermo ya esté bajo los cuidados de su médico, acaso ya tenga fiebre, leucocitosis, velocidad de sedimentación elevada; es decir, síntomas que evidencian la naturaleza trombótica del cuadro anginoso, que quedará confirmada por el electrocardiograma.

D.—*Accidentes post-anestésicos*: Alguna que otra vez se encuentra el médico ante un enfermo, casi siempre hipertenso con anterioridad, que rápidamente ha empezado a sufrir palpitaciones, latidos en cuello, cefaleas y acaso mareos; estará seguramente pálido y excitado y es probable que se queje de opresión precordial y, aunque más raramente, de una cierta disminución momentánea de la visión y hasta de cierta

paresia de alguna extremidad. En presencia de una crisis de este tipo, aunque la sintomatología no suele ser tan completa, se piensa en la posibilidad de una crisis de hipertensión paroxística de Pal, que confirma el esfinmmomanómetro. Se atribuye a una hiperplasia o neoforación suprarrenal, que en un momento determinado ha dado lugar a una descarga de adrenalina. Si damos a un enfermo, sobre todo si es hipertenso, dosis relativamente altas de adrenalina (alrededor de miligramo y medio en inyección subcutánea o aun algo menos y solamente medio miligramo en vena), podemos desencadenar un síndrome semejante al descrito e incluso provocar una angina de pecho; porque aunque se da el hecho paradójico de que siendo la adrenalina y sus sucedáneos vasoconstrictores generales, dilatan las coronarias; pero como el corazón se vea forzado a trabajar más intensamente por la vasoconstricción general producida, puede resultar insuficiente la cantidad de oxígeno que recibe, a pesar de esa dilatación, y por este conocido mecanismo de falta relativa de oxígeno, de anoxemia, producirse la angina de pecho.

Ahora bien: los anestésicos empleados corrientemente en Odontología, si bien llevan adrenalina o un equivalente, necesaria para que el calmante se absorba más lentamente por la vasoconstricción local producida e incluso por su cierta acción hemostática, la contienen en una cantidad mucho más pequeña que la necesaria para que se produzcan los fenómenos referidos en grado realmente peligroso.

Y este peligro es aún menor con los modernos preparados, tipo Corbasil, que llevan un sucedáneo de la adrenalina mucho mejor tolerado que ésta y de acción más persistente por ser más lenta la destrucción hepática.

A pesar de todo, se podrá apreciar alguna vez, después de la anestesia, ligeros mareos, acaso cierta palidez o escasas palpitaciones.

Estas pequeñas manifestaciones suelen pasar pronto. Lo que suele aquejar al enfermo con relativa frecuencia e inmediatamente después de la inyección es dolor lumbar, pasajero, debido seguramente a la vasoconstricción renal, pues la adrenalina y sus equivalentes tienen una acción selectiva sobre las arterias renales.

Hay que admitir que, aunque excepcionalmente, puede desencadenarse un síndrome anginoso o una hipertensión paroxística. En el primer caso hay que dar Natirose o nitrito de amilo, y en el segundo,

un hipotensor: Doryl o Eupaco (una ampolla). Y aun me parece conveniente darlos inmediatamente antes de la inyección anestésica, cuando el enfermo sea un acusado hipertenso.

Segundo: ACCIDENTES RESPIRATORIOS AGUDOS. A: *Edema agudo de pulmón*. B: *Asma bronquial*. C: *Embolia pulmonar*; y D: *Disnea aguda por obstrucción*.

A.—*Edema pulmonar agudo*: No es fácil poder verlo en la consulta, por ser un accidente generalmente nocturno y darse preferentemente en enfermos importantes de aparato circulatorio que no están en condiciones de ir a vuestra casa. Pero ocurre a veces que este gravísimo accidente se presenta de día y en enfermos relativamente bien compensados y, aunque rara vez, en personas consideradas como normales hasta este episodio. Cualquiera que sea la causa que predisponga al edema agudo de pulmón, lo evidente es que se desencadena por un gran fallo del ventrículo izquierdo y alteraciones vegetativas de predominio vagal.

Como decíamos al hablar de la angina de pecho, la evolución del edema agudo de pulmón puede ser rapidísima, sin dar tiempo a hacer nada. Pero también, como en aquélla, esto es excepcional. Lo corriente es que las cosas sucedan con suficiente lentitud, para permitir una actuación que puede ser decisiva para la vida del enfermo, y por esto conviene conocer bien el cuadro clínico. El enfermo, de un modo generalmente rápido, acusa una disnea extraordinaria, respira a un ritmo de 40 a 60 por minuto, tose y tiene una expectoración espumosa, teñida, generalmente, de color salmón o francamente hemorrágica. Estará pálido, con labios y extremidades cianóticas cuando el cuadro se prolongue, y casi siempre sudará en abundancia. El pulso es frecuente y casi siempre duro; pero se debilita a medida que pasa el tiempo. En ocasiones, el edema pulmonar agudo se acompaña de manifestaciones anginosas, especialmente de opresión precordial; pero la gran disnea, expectoración y ruidos de pecho, apreciables por auscultación y aun sin ella, distinguen perfectamente los dos procesos.

Sin perder un tiempo que puede ser definitivo para la vida del enfermo, hay que hacer una sangría abundante, de 400 a 500 c. c., y a veces más, con una aguja gruesa, una lanceta o cualquier instrumento cortante que se tenga a mano, sin olvidar que un enfermo de edema agudo de pulmón puede morir por no hacerse a tiempo esta sangría salvadora. Inmediatamente después se pone una inyección in-

travenosa de Ouabaina o Kombetin, y apenas se haya terminado de poner esta inyección poner otra de un centigramo de morfina, subcutánea. Es casi seguro que procediendo así el dramatismo se haya resuelto en poco tiempo.

Asma bronquial: Con más frecuencia que el edema agudo de pulmón es posible que veáis alguna crisis de asma bronquial. Es probable que se trate de un enfermo que tenga episodios muy aislados de asma, quedando totalmente bien en los intervalos; pero lo más probable es que se trate de un bronquítico crónico con crisis asmáticas más o menos acusadas. Es el caso del bronquítico habitual, que ha esperado algún tiempo en la atmósfera, tal vez cargada, de vuestra antesala o que percibe fuertes olores en el gabinete de trabajo y que empieza a notar cosquilleo en garganta, tal vez estornudos y seguidamente tos quintosa, durante la cual se pone cianótico, tiene intensísima fatiga y respiración más bien lenta y difícil, con ruidos de pecho que muchas veces se oirán a distancia. Quizás se apoye en los brazos del sillón para hacer más eficaces los movimientos respiratorios y aun es posible que pida permisa para salir al balcón por la gran sed de aire. Seguramente expectorará poco o nada hasta el final del acceso.

Si el acceso no es muy fuerte, se da un comprimido de cualquier preparado antiasmático (Novasmol, Asmotón, etc.), que acaso lleve el enfermo por consejo médico. Si el acceso es inicialmente muy fuerte o resiste a estos preparados, se pone una inyección subcutánea de un miligramo de adrenalina (un centímetro cúbico de la solución al uno por mil). Si pasada una hora el acceso no hubiera cedido notablemente, se puede repetir la inyección, pues generalmente el asmático tolera bien la adrenalina.

Si el enfermo fuera un gran hipertenso o hubiera sufrido crisis de angina de pecho, sería más prudente darle medicamentos que no lleven adrenalina ni sucedáneos (Iminol o una inyección de Atropaver).

Conviene distinguir bien la crisis de asma bronquial del edema agudo de pulmón, ya que la conducta a seguir es totalmente distinta, como hemos dicho. Por fortuna, la confusión no es fácil por los antecedentes del enfermo en caso de asma, siendo en ésta la respiración lenta, bradipneica, con espiración difícil y la expectoración también muy difícil y escasa, mientras que en el edema agudo de pulmón la respiración es frecuente y la expectoración abundante, asámonada o roja.

Claro que si la crisis de asma bronquial dura muchas horas o días puede terminar en un edema agudo de pulmón y aun producirse un neumotórax espontáneo; pero cuando esto ocurre, lo probable es que el enfermo ya no esté bajo vuestros cuidados.

Embolia pulmonar: No es imposible que alguna vez se os presente algún caso de embolia pulmonar consecutiva a fracturas de maxilar y aun a procesos inflamatorios de boca complicados con flebitis proximales. Otras veces el émbolo partirá de una lesión valvular, de una flebitis de extremidades. Si el émbolo es grande y, por lo tanto, obstruye una rama importante de la arteria pulmonar, la muerte puede ser rapidísima. El enfermo entra en un estado de disnea extraordinaria, dolor torácico, cianosis y síncope final. Pero en los casos, mucho más frecuentes, de émbolo mediano, es decir, de obstrucción de una rama de la pulmonar no demasiado importante, la fatiga y el dolor de costado, aunque grandes, serán soportables, el enfermo estará pálido o cianótico si hay insuficiencia de corazón derecho y el pulso, pequeño y frecuente. El infarto pulmonar secundario a la embolia, con la expectoración hemoptoica, se constituirá más tarde.

Hay que calmar la disnea y el dolor poniendo una inyección de un centigramo de morfina, y si la cianosis es muy intensa, hacer una sangría de unos 300 c. c. aproximadamente.

D.—*Disnea aguda por obstrucción*: Muchas son las causas que pueden determinar un cuadro agudo de fatiga por obstrucción; pero la única que interesa algo en este caso, aunque muy rara, puede ser la debida al paso a las vías aéreas de una pieza dentaria que haya podido ser desprendida con los dedos o la lengua. El enfermo, generalmente un niño, empieza a respirar mal bruscamente, se pone más o menos cianótico, y si el obstáculo ha quedado a la altura de la laringe, tendrá ronquera.

No se puede hacer otra cosa que intentar la extracción manual o con pinzas, si afortunadamente el obstáculo ha quedado muy alto. Si no se consigue extraerlo con estos procedimientos, se coloca al enfermo cabeza abajo, y si tampoco así sale, tiene que intervenir cuanto antes el especialista de garganta.

Tercero: ACCIDENTES NERVIOSOS AGUDOS. A: *Apoplejía cerebral*. B: *Vértigo*. C: *Ataque epiléptico*. D: *Ataque histérico*. E: *Jaqueca*; y F: *Sialorrea*.

A.—*Apoplejía cerebral*: Entendemos por apoplejía cerebral la abolición funcional del cerebro determinadas por alteraciones vasculares de aparición repentina y sintomatología focal. Aunque la apoplejía cerebral puede obedecer a muy diversas causas, casi siempre se produce por una hemorragia, una trombosis o una embolia cerebral. Puede ocurrir que el coma apopléctico se anuncie por ciertos síntomas premonitorios, como mareos, hormigueo en extremidades, cefalea, vómitos, torpeza en la pronunciación..., síntomas que deben poner en guardia cuando se dan de un modo relativamente frecuente, y, sobre todo, si el enfermo es de edad relativamente avanzada. Otras veces el coma se inicia rápidamente, sin síntomas que lo anuncien, y esto ocurre especialmente en la hemorragia cerebral y en la embolia, siendo en aquélla generalmente más profundo.

La hemorragia cerebral suele darse en personas de más de cincuenta años; la cara se presenta rubicunda, congestiva; el pulso es lento y fuerte y la tensión arterial casi siempre bastante alta.

A veces puede apreciarse desde la pérdida de conocimiento, es decir, desde la iniciación del coma, el lado de la parálisis; pero en otras ocasiones no se puede distinguir si no es con una exploración muy cuidadosa el lado afectado.

La embolia se da preferentemente en jóvenes portadores de una lesión valvular, y el coma, como ya dijimos, es de comienzo rápido, generalmente no profundo, y aun puede no existir, apareciendo las parálisis con absoluto conocimiento del enfermo.

La trombosis es casi siempre tributaria de la edad senil o presenil; pero también se puede ver en jóvenes con lesiones sifilíticas de los vasos cerebrales. No suele producir coma, sino más bien una cierta obnubilación, y a veces ni siquiera ésta.

En la trombosis y en la embolia no suele haber hipertensión, al revés que en la hemorragia. Pero estos síntomas diferenciales y otros que podrían citarse no tienen gran valor para vosotros, bastando con que sospechéis que estáis ante un coma cerebral o ante la amenaza del mismo por los síntomas premonitorios.

En vuestro caso, la conducta a seguir se limitará a poner una inyección de 20 centigramos de luminal, si el enfermo está excitado, aflojando las ropas del cuello para que respire mejor, y disponer el traslado en las mejores condiciones posibles. En principio es prefe-

rible no dar hipotensores ni hacer sangría, porque al modificar bruscamente las condiciones circulatorias del enfermo podéis perjudicarlo. Unicamente si la tensión fuera muy alta sería admisible la sangría moderada (250 a 300 c. c.).

Vértigo: En la crisis vertiginosa el enfermo tiene la sensación de girar alrededor de las cosas que lo rodean, de inestabilidad, y otras veces parece como si lo que se movieran fueran los objetos de la habitación en que se encuentra.

La marcha es vacilante, imprecisa, como si se sentiera empujado, e incluso, aunque rara vez, puede llegar a caerse. Esta sensación de inestabilidad se acompaña muchas veces de estado nauseoso, vómitos y rara vez diarrea, y de ordinario el pulso es pequeño, hay palidez y sudor, y si se trata del clásico vértigo de Ménière, existirán ruidos de oído y sordera.

La conducta a seguir es acostar al enfermo, y él elegirá la posición de la cabeza en que se encuentre mejor, pues la intensidad del vértigo varía muchas veces, según la inclinación de la cabeza, hacia uno u otro lado. Evitar los ruidos y la luz y dar un comprimido de 10 centigramos, que se repetirá a la media hora si precisara.

C.—*Ataque epiléptico*.—La epilepsia, como es bien conocido, se da con mucha mayor frecuencia en la juventud, especialmente la genuina o esencial, pues la sintomática puede presentarse en cualquier edad. Pero las crisis y la conducta a seguir durante las mismas es igual.

El ataque epiléptico puede ir precedido de auras o pródromos diversos que al enfermo o a las personas que con él conviven lo hacen prever. Estas manifestaciones pueden consistir en irritabilidad momentánea del carácter, algunas contracciones aisladas, olvido momentáneo de lo que estaba diciendo... Pero otras veces el ataque se inicia bruscamente, de un modo súbito, inesperado; es como la tormenta en cielo sereno. El enfermo pierde el conocimiento, cae al suelo si no se le sujeta y con frecuencia emite un grito, "grito epiléptico". Seguidamente entra en la fase de contracciones tónicas, estando los músculos muy contraídos, los dientes apretados, los puños, cerrados, cogiendo el dedo pulgar; la respiración se interrumpe por la contracción de los músculos respiratorios y aparece la cianosis. Esta fase de contracciones tónicas dura de un cuarto a medio minuto, e inmediatamente se inician las contracciones clónicas, es decir, las convulsiones, con

sacudidas violentas de la cabeza, tronco y extremidades, siendo frecuentes la mordedura de lengua y la producción de heridas en distintas partes del cuerpo, así como la incontinencia de orina y menos veces la de heces. Midriasis durante el ataque. Este período convulsivo dura generalmente uno o dos minutos, cesando después de un profundo suspiro. Es decir, que el "grito epiléptico" levanta el telón del ataque epiléptico y el "suspiro" lo baja. La respiración se hace tranquila y la cianosis desaparece, así como el aturdimiento, aunque éste un poco más tarde. El enfermo puede recuperarse rápidamente; pero otras veces el ataque va seguido de coma o sueño profundo, que puede durar varias horas.

Durante el ataque conviene aflojar las ropas del cuello, sujetar al enfermo, para evitar que se haga heridas, y si no hay grandes dificultades, ponerle un corcho o mejor un tapón de goma entre los dientes para que no se muerda. Si queda en un sueño profundo, hay que disponer el traslado, y si despierta y repite inmediatamente el ataque, poner una inyección de 20 centigramos de luminal.

Si se sabe que el enfermo es un epiléptico, conviene aconsejarle que tome una tableta de 10 centigramos de luminal antes de ir a la consulta.

D.—*Ataque psicógeno*: El ataque psicógeno puede simular el epiléptico; pero, en general, la diferenciación, es fácil. Se presenta con más frecuencia en jóvenes, especialmente en mujeres nerviosas, impresionables, que sin llegar a perder el conocimiento, aunque a veces lo parece, caen al suelo, pero procurando no hacerse daño; tiene convulsiones desordenadas, movimientos teatrales, procurando coger las cosas o personas que hay a su alcance, a las que a veces lastiman; gritan y aprietan los dientes; pero no cambian de color, no hay cianosis, no se muerden la lengua o lo hacen rara vez, para impresionar más a sus allegados; no tienen incontinencia de orina ni de heces y la pupila no está dilatada y reacciona normalmente.

A estas enfermas conviene hacerles una buena preparación psíquica, quitando importancia a lo que vaya a hacerseles; se las tranquiliza lo posible y se las anestesia bien, porque suelen soportar mal el dolor, y si sobreviene la crisis, se les da una tableta de luminal, y aun antes de empezar el trabajo si están muy excitadas.

E.—*Jaqueca*: La jaqueca consiste en un dolor paroxístico de cabeza que casi siempre interesa solamente a la mitad de la misma, y

por esto el nombre de hemicránea, aunque puede extenderse a toda ella. El comienzo brusco y la limitación a media cabeza, con preferencia a la región oftálmica, la diferencia de la cefalea habitual.

Es más frecuente en la mujer que en el hombre y muchas veces se inicia en la juventud para ir decreciendo con la edad. Es frecuente verla desaparecer espontáneamente después de la menopausia.

El comienzo de la crisis suele ser repentino, notando el enfermo como si la cabeza fuera a estallar, molestándole mucho la luz y el ruido. A veces va precedida o acompañada de náuseas y disminución de la visión, y con frecuencia termina con el ansiado vómito bilioso.

El remedio más eficaz para hacer cesar una crisis de jaqueca es la inyección de Ginergeno (subcutánea), más tanto útil cuanto más pronto se ponga.

F.—*Sialorrea*: Normalmente, la cantidad de saliva producida en las veinticuatro horas es de unos 350 c. c., aproximadamente. En los casos de hipersecreción, es decir, de sialorrea, la cantidad puede elevarse a varios litros al día cuando aquélla es permanente, con abundante salida de la boca (ptialismo). Pero lo más frecuente es que la sialorrea sea transitoria y provocada por las manipulaciones intra-bucales, por estímulos químicos y, sobre todo, en caso de personas neuróticas, por estímulos psíquicos, y en este caso el estímulo obra no sobre las terminaciones nerviosas de la mucosa bucal, sino sobre los centros bulboprotuberanciales de la secreción, como en el reflejo condicionado de Paulow. Cuando la sialorrea es muy abundante, puede entorpecer el trabajo notablemente, y entonces procede hacer uso de un aspirador y poner una inyección de bellafolina (una ampolla) o un miligramo de atropina, subcutánea o intramuscular.

Cuarto: HEMORRACIAS AGUDAS. A: *De la boca*. B: *De aparato respiratorio*. C: *De aparato digestivo*; y D: *De nariz*.

A.—*Hemorragias agudas de la boca*: Aunque por fortuna las hemorragias agudas de la boca no suelen revestir importancia extraordinaria, se suelen presentar con una cierta frecuencia, y esto, sobre todo, justifica vuestra antigua preocupación por este problema. Como exponente de esta preocupación citaré un magnífico trabajo, conocido seguramente por todos vosotros, publicado hace ahora veinte años en la excelente "Revista de Odontología Clínica" por los profesores Landete y Mayoral, éste desgraciadamente desaparecido, sobre la manera

de prevenir y tratar las hemorragias de la boca. Tan completo es el trabajo, que, a pesar del tiempo transcurrido, apenas si puede añadirse nada interesante.

Evidentemente, en Medicina es siempre preferible prevenir a curar; pero esto, que desgraciadamente no deja de ser una utopía en la mayor parte de los casos, en las hemorragias de la boca y en otras es generalmente posible.

Con el interrogatorio previo a cualquier intervención se puede saber, o al menos sospechar, si el enfermo tiene una diátesis hemorrágica, es decir, propensión a sangrar. Hay que sospecharla cuando el enfermo refiere que al pincharse sangra más de lo habitual, que se le forman hematomas (cardenales), aun con pequeños traumatismo; si sangra fácilmente por encías, si tiene un proceso hepático que puede determinar un mal aprovechamiento de la vitamina K, con la consiguiente disminución de la protrombina, y, por consiguiente, una coagulación deficiente... Podrá comprobarse la sospechada diátesis hemorrágica haciendo determinación del tiempo de sangría, de coagulación y protrombina y explorando la fragilidad capilar por cualquiera de los sencillos métodos conocidos (prueba del lazo de Rumpel-Leede, de la puntura de Koch, de la percusión, del pellizco...).

Es natural que si por el interrogatorio o las pruebas mencionadas se descubre la existencia de una diátesis hemorrágica hay que hacer un tratamiento antihemorrágico preoperatorio. Si a pesar de éste o, lo que será mucho más frecuente, por no haber preparado convenientemente al enfermo se hiciera mal la hemostasia durante el acto quirúrgico o la hemorragia surgiera unas horas o acaso días después vosotros conocéis perfectamente los recursos, algunos reputados como muy eficaces, para cohibir la hemorragia. Se pueden aplicar compresas humedecidas en diversos líquidos (Clauden, Coaguleno, Manetol...). La leche fresca de mujer dada por boca (unos 200 gramos), y aplicada localmente tiene una cierta reputación como hemostático desde la antigüedad. Pero supera a los productos mencionados el suero o la sangre fresca de otra persona, método muy empleado, con excelente resultado por el Dr. Schermant y del que se citan brillantes éxitos, especialmente en hemofílicos. En último término, y si fracasan los demás remedios, existen recursos mecánicos de segura eficacia cuando se pueden adaptar bien a la superficie sangrante, como es un tapón de corcho, y mejor de goma o un molde de escayola.

Además del tratamiento local hay que dar hemostáticos en inyección; pero sin esperar demasiado en su eficacia, salvo en determinados casos en que haya, por ejemplo, una evidente carencia de vitamina K, comprobada por el alargamiento del tiempo de protrombina, en el escorbuto con dosis altas de vitamina C. De un modo un tanto rutinario, y aun sin tener en cuenta el tipo de diátesis hemorrágica, conviene dar dosis altas de vitamina C (dos o tres ampollas al día de Redoxon o Cebión fuerte), de vitamina K (dos ampollas de Karanum, de Kaergona...), vitamina P o citrina (también un par de ampollas al día), reputada como la vitamina específica de la permeabilidad capilar. Todo esto ha de hacerse aún sin saber cómo está el tiempo de hemorragia o de coagulación, la protrombina..., que podrá investigarse en el curso del tratamiento sin demorar éste. Por último, y como remedio supremo, conviene hacer una transfusión de sangre total si la hemorragia es algo importante.

En cualquier hemorragia aguda hay que llenar tres indicaciones: una, actuar, si es posible, sobre el vaso o la superficie que sangra, y esto se consigue con los recursos locales ya referidos. Una segunda indicación es reponer la sangre perdida, y la tercera, actuar sobre la coagulación. Pues bien: las dos últimas quedan satisfechas con la transfusión de sangre, cuyas plaquetas, globulinas y otros elementos la hacen el coagulante más eficaz.

Unas palabras solamente sobre otras hemorragias agudas. En las *hemoptisis*, la tuberculosis será la causa en el 90 por 100 de los casos. Se identifica el origen respiratorio de la sangre por los antecedentes, por expulsarse con tos, por el color, casi siempre rojo vivo, y por estar aireada.

Conviene dar inmediatamente una tableta de codeína o dionina para calmar la tos, y si no cede, inyección de un opiáceo con un anti-espasmódico para evitar el vómito, que puede acentuar la hemorragia (Spalmagine, Epasmopión...), y seguidamente inyectar dos o tres de los hemostáticos citados.

Si se trata de una *hematemesis*, es decir, si la sangre proviene de vías digestivas, de estómago preferentemente, se expulsará con vómito y mezclada con jugo gástrico, será oscura o negra, coagulada y a veces tendrá el aspecto de posos de café, con los que habitualmente se compara. La historia anterior del enfermo también puede

ser útil en este caso, sin olvidar que la hematemesis puede ser el primer síntoma clínico de una úlcera gástrica o duodenal.

También aquí conviene dar un opiáceo con antiespasmódico para disminuir la motilidad gastrointestinal.

Si se trata de una *melena* solamente se aprecia al principio el estado colapsoide del enfermo, y como tal hay que tratarlo. La deposición negra, denunciante de la hemorragia interna, tendrá lugar horas o días después, probablemente.

Epitasis: Acaso baste, si es pequeña, con comprimir el ala de la nariz contra el tabique, porque casi siempre la zona que sangra es anterior. Si persiste y por ligera inspección se aprecia que, efectivamente, la hemorragia es anterior, se pueden aplicar compresas humedecidas en cualquiera de los hemostáticos citados al hablar de las hemorragias de la boca. Pero si la sangre proviene de la zona posterior, tiene que intervenir el especialista, haciendo el taponamiento pertinente.

En cualquier hemorragia de cierta importancia hay que tener en cuenta lo que ya dijimos, es decir, hacer una transfusión en el mismo gabinete si el caso es urgente. Como un índice de cierto valor para la urgencia de la transfusión está la presión arterial y el pulso. Cuando aquélla baje de 100 milímetros y el pulso pase de 100, hay que disponerla inmediatamente, porque el enfermo puede estar en el umbral del choque, que llegará seguramente cuando la presión se aproxime a los 80 milímetros. Pero repito que el valor de estas cifras es solamente relativo.

Quinto: ACCIDENTES ABDOMINALES AGUDOS: Unas palabras solamente, porque apenas si tiene interés para vosotros, sobre el abdomen agudo.

Si el enfermo se queja de un dolor aparecido bruscamente en la región renal, con irradiación hacia la vejiga, siguiendo el trayecto ureteral, con deseos de orinar y dificultad para hacerlo, teniendo acaso náuseas o vómitos, se trata con seguridad de un *cólico nefrítico*. Si el dolor lo refiere a la región hepática, irradiado probablemente por el costado a la región sub-escapular y al hombro derecho, y probablemente con vómitos amargos, el responsable es un *cólico hepático*.

Si las cosas están clínicamente tan claras como acabo de decir y si, además, existen antecedentes del enfermo en uno u otro sentido, se da una inyección de Epalmagine, Spasmopión, Atropaver... Pero

fuera de estos dos casos concretos, y solamente cuando aparezcan tan claros que no puedan ofrecer dudas, os abstendréis de dar ningún calmante, poniendo al enfermo en manos de su médico lo antes posible, pues puede tratarse de un proceso (perforación de una úlcera, apendicitis aguda, obstrucción intestinal...) que requiera una rápida intervención, y si dais un calmante, podéis provocar una falsa calma de la tempestad, haciendo perder al enfermo unas horas que pueden ser de incalculable trascendencia para su vida y empañar vuestro prestigio.

Deseo aconsejaros la conveniencia de que hagáis a vuestros enfermos vistos por primera vez un ligero interrogatorio, hábilmente, para no llegar a preocuparlos. Puede seros utilísimo para interpretar la mayor parte de los accidentes agudos de que hemos hablado y no pocas veces para prevenirlos. Concretamente, preguntaréis si ha tenido crisis de taquicardia, mareos, dolores torácicos y característicos de éstos, crisis de asma, ataques nerviosos, jaquecas, vértigos, propensión a hemorragias, si padece de hígado, si es diabético... Medicamentos que ha tomado y análisis que le hayan hecho. También sería un buen hábito tomar el pulso y la tensión arterial. Todo esto no os llevaría más de cinco minutos.

Permitidme también que os aconseje la necesidad de que tengáis en vuestro gabinete de trabajo unos cuantos medicamentos, los indispensables, para poder actuar con la mayor rapidez y eficacia en los accidentes agudos que nos han ocupado. Este arsenal medicamentoso, mínimo, podría estar compuesto de los siguientes preparados: un tubo de comprimidos de luminal de 10 centigramos, una caja de ampollas de Acetilcolina o Doryl, otra de Ouabaina o Kombetin, intravenoso, de un cuarto de miligramo; una de Cedilanid de dos centímetros cúbicos, una de adrenalina (ampollas de un miligramo) y otra de atropina con igual dosificación, una de Percorten o Cortirón de 10 miligramos, Cardiazol, una caja de Nafirose o Cafinitrina y otra de nitrato de amilo, una caja de Spalmagine o Spasmopión y otra de ampollas de un centigramo de morfina, una caja de Eufilina, un tubo de Novasmol o Asmotón, una caja de ampollas de 20 centigramos de luminal, una caja de Ginergeno. No estaría mal añadir, a los medicamentos indicados, una caja de vitamina C fuerte (Cebión o Redoxon), otra de vitamina K (Kaergona, Karanum...) y de Clauden.

Alguna vez vosotros, y con mucha mayor frecuencia los enfermos, nos preguntan si le pueden hacer tal o cual cosa en la boca. Pues bien:

actualmente podemos contestar casi siempre de un modo afirmativo. Teniendo *anestésicos* eficaces y prácticamente inofensivos, disponiendo de *antibióticos*, que deben darse antes y después de la intervención cuando se tema que ésta pueda, por ejemplo, reactivar un proceso endocardítico (recientemente he visto un caso de endocarditis lenta puesta en marcha a continuación de la extracción de una muela en una enferma portadora de una lesión mitral); contando con hemostáticos eficaces, conociendo los posibles accidentes médicos que se os pueden presentar y teniendo a vuestro alcance unos cuantos medicamentos capaces de resolverlos casi siempre, repetimos que, en términos generales, en cualquier persona se puede hacer en la boca lo que precise.

Si el recuerdo de esta conferencia puede servirnos alguna vez para resolver con fortuna el dramatismo de tan siquiera una situación de urgencia, que ojalá no se os presente, sería para mí una gran satisfacción y consideraría que no habéis perdido totalmente el tiempo al tener la amabilidad de escucharme.

Mezcla de permanganato ácido para la limpieza de material de vidrio contaminado con bacilos tuberculosos, por H. GOLDIE.

Las mezclas generalmente usadas de un oxidante con ácido sulfúrico y crómico para la limpieza del material de vidrio empleado en los laboratorios, resultan a veces muy perjudiciales para las personas que las manejan, siendo especialmente afectados los ojos, la piel y el aparato respiratorio.

El autor realizó ensayos con mezclas oxidantes de permanganato potásico, una ácida y la otra alcalina, observando que únicamente la ácida tenía un efecto destructor satisfactorio sobre los bacilos tuberculosos adheridos al material de vidrio, aun en ciertas cantidades.

Asimismo observó, en el curso de sus ensayos, que ningún tubo "negativo", es decir, estéril, se volvió positivo, mientras que todos los tubos "positivos" se esterilizaron con la aplicación de la mezcla mencionada.

Opina que la limpieza con el permanganato de potasa ácido es muy indicada para la limpieza de material nuevo, y si se combina con una ligera limpieza mecánica (con una torunda de algodón) pueden limpiarse asimismo de modo perfecto y seguro los tubos rayados.

La solución de permanganato de potasa ácido no desprende gases nocivos, es inodora y no produce tampoco lesiones de la piel en breve contacto. Tampoco ataca el vidrio, y su coste es relativamente poco elevado.

La mezcla se prepara disolviendo 50 gramos de permanganato de potasa en cinco litros de agua, añadiendo luego 50 c. c. de ácido sulfúrico comercial. Después de haber permanecido el material de vidrio durante una noche en esta mezcla se le traslada a otro recipiente con una solución de 125 gramos de ácido oxálico en cinco litros de agua, donde permanece igualmente durante una noche. Luego se lava el material durante media a una hora con agua corriente. El permanganato es descompuesto por la acción del ácido oxálico que se elimina con el agua corriente.—(per *Rev. Esp. Tuber.*, 56-1, 49, 1947.)