

SEMIOLOGÍA DEL COMA

*Plática sostenida en el seno de la
"Asociación Médica Hondureña"
por el Dr. HUMBERTO DÍAZ.*

Hubiera deseado en esta ocasión, decir algo que estuviera acorde con la trascendencia de este momento, en el que celebramos la primera sesión en el local que será el domicilio definitivo de nuestra Sociedad. De este momento en el cual comenzamos a contemplar el fruto de muchos años de lucha, sostenida por una fe inquebrantable y una nobilísima aspiración—Pero un trabajo que se ajuste a la importancia de esta ocasión, estaría siempre muy por encima de mis escasas facultades. Sin embargo, molestaré vuestra atención para decir algo acerca del valor semiológico del Coma; de este -síndrome cuyo estudio tiene a mi entender gran importancia práctica, no sólo porque pertenece a la Medicina de Urgencia, sino porque puede ser engendrado por multitud de factores etiológicos.

No pretendo decir nada nuevo al respecto, de lo que han dicho ya los grandes tratadistas; yo no hago más que resumir aquí, lo que he juzgado de más utilidad.

El plan que me ha parecido más simple, para abordar este asunto, y que al efecto he adoptado, está comprendido en cinco puntos principales: 1°—Concepto general acerca del Coma. 2°—Caracteres principales del Coma, que sirven para hacer el diagnóstico positivo del mismo. 3°—Formas clínicas. 4°—Estados morbosos con los cuales puede confundirse, y 5°—Diagnóstico etiológico.

El Coma es un estado patológico, generalmente de pronóstico grave, que se caracteriza por la pérdida parcial o total de la conciencia, de la motilidad voluntaria y de la sensibilidad, con persistencia de las funciones de la vida vegetativa, especialmente de la respiración y de la circulación.

En la definición que acabamos de dar se mencionan algunas de las características principales del Coma, que por su constancia sirven siempre de puntos cardinales para establecer el diagnóstico positivo del síndrome en cuestión. Así tenemos la supresión de la motilidad voluntaria, en virtud de la cual el comatoso permanece completamente inerte, generalmente en decúbito supino, sus miembros caen pesadamente cuando se les abandona después de haber sido levantados.

La abolición de la sensibilidad, hace que el sujeto no reaccione a las excitaciones exteriores, y si lo hace no es más que por ligeros movimientos reflejos, ligeros gritos o simplemente por sonidos guturales.

A estos caracteres habría que agregar la alteración en el funcionamiento de los esfínteres, que se manifiesta ya por incontinencia o ya por retención de las orinas y de las materias fecales. Los reflejos sufren también alteraciones que, como veremos, en muchos casos son particularmente características; pudiendo presentarse la disminución, la abolición, la exageración y la inversión de los mismos. La pupila se afecta con muchísima frecuencia, presentando alteraciones de su diámetro principalmente, según la variedad de cada caso.

Como queda dicho ya, en los diversos estados comatosos se conservan la respiración y la circulación. La primera puede ser sonora, estertorosa, a menudo lenta y profunda, pudiendo en muchos casos afectar tipos de disnea especial como sucede principalmente, en el Coma urémico o en el Coma diabético. Al mismo tiempo que se observan las alteraciones del ritmo respiratorio, será bueno darnos cuenta, de paso, de los caracteres que presenta el olor del aliento del enfermo.

El pulso puede ser ya acelerado, ya lento, o bien lleno y fuerte.

Todas las manifestaciones que acaban de ser descritas, se agregarán al estado de inconciencia más o menos acentuada, que se presenta siempre en los diversos estados comatosos.

Las formas clínicas del Coma, se establecen tomando como punto de partida la intensidad del mismo, y así se describen cuatro tipos principales: El Coma Ligero, en el cual el enfermo puede todavía reaccionar bajo el influjo de fuertes excitaciones. El Coma Completo, que constituye *el* tipo habitual, y en el que no hay reacción del enfermo aún cuando se le excite enérgicamente. El "Carus," que reviste mayor intensidad que el anterior, acompañado además de abolición de los reflejos y notables alteraciones de la respiración y de la circulación. Se ha descrito además, el llamado "Coma Vigil." variedad en la que se presentan accesos delirantes con agitación, lo que traduce la persistencia de cierta actividad psíquica.

A propósito de las modalidades clínicas, sería muy del caso recordar que el Coma puede establecerse de dos maneras diferentes: De un modo rápido, brusco, o súbito o de un modo lento: es decir, precedido de uno o varios síntomas premonitorios que permitirían hacer un diagnóstico muy precoz, pudiéndose conjurar el peligro, en muchos casos, por "una actividad y conveniente terapéutica.

Es indispensable saber diferenciar los diversos estados comatosos, de algunas afecciones morbosas, con las cuales tiene semejanza, y que nos pueden inducir a error si procedemos con ligereza en su análisis. El Coma pues, debe diferenciarse del Síncope, del Estupor, de la Somnolencia, de la Asfixia y del Sueño profundo que pueden presentar ciertos fatigados o convalescientes. El Síncope se caracteriza fundamentalmente por el paro de la respiración

y cié la circulación. El Estupor es un estado propio de ciertas psicosis (**melancolía**, demencia precoz, etc.), en el cual se asocian siempre las diversas manifestaciones de las mencionadas, alteraciones mentales con 3a suspensión más o menos completa de hipocactividad cerebral. La Somnolencia, que se observa con máximum de frecuencia en la Encefalitis Letárgica, no va acompañada de abolición completa de la actividad psíquica; lo que hay en ella es obnubilación mental. Evitaremos de confundir la Asfíxia con los diversos estados comatosos, por los antecedentes inmediatos que la preceden: fenómenos de agitación, y la cianosis que presenta el sujeto. En el Sueño Profundo que presentan los individuos fatigados o convalescientes, hace falta el Estertor y el individuo puede reaccionar a fuertes excitaciones. Se ha hablado además, con respecto, a la posible confusión entre el Coma y el Ictus, pero este último es un accidente distinto que bien puede asociarse al primero, y es lo que sucede en los comas que se presentan de manera súbita, originados generalmente por lesiones; cerebrales (hemorragia, para el caso). Por lo dicho se comprenderá, que e] Ictus no **edemás** que una manera de caer en Coma, Hay que evitar además, la posible confusión de éste con el ShoK.

Conocidas ya las manifestaciones principales que caracterizan a los estados comatosos en general, y conocidos también los principales cuadros clínicos con los cuales podrían confundirse, habiéndose citado además sus principales caracteres diferenciales, pasaremos ahora a estudiar la parte más importante del problema, es decir, al establecimiento del diagnóstico etiológico. Para llegar a este fin es indispensable valernos de elementos clínicos de diversa naturaleza, siendo los de mayor relieve los siguientes: 1°—Dats suministrados por el interrogatorio de los que rodean al enfermo. 2°—Resultado del examen físico practicado al paciente, y 3°—Interpretación de los diferentes exámenes de Laboratorio que sea posible verificar.

La interpretación de los datos suministrados por los que rodeando al enfermo, que han podido darse cuenta de las manifestaciones que éste ha presentado inmediatamente antes y en el momento preciso de establecerse el Coma reviste un interés extraordinario. Así, trataremos siempre de averiguar por medio de ellos si el sujeto estaba sano por completo hasta el momento del accidente; *si* había presentado signos precursores, como vértigos, debilidad de algún miembro, dificultad de la palabra, etc., etc. Trataremos de comprobar además, si ha habido cefalalgias violentas; vómitos y trastornos visuales; si el individuo es diabético o dispéptico; si ha padecido fiebres palúdicas; si es epiléptico o ha presentado manifestaciones de histerismo; clase de profesión del individuo; si ha estado sufriendo de reumatismo articular agudo, o de un ataque ríe Gota y luego la investigación de otras circunstancias que pudieran hacernos sospechar la presencia de una intoxicación endó-

gena o exógena; o la de variaciones notables de temperatura ya sean elevadas o bajas, (Insolación o enfriamiento).

Averiguados de un modo rápido pero cuidadoso, los detalles anteriores, pasaremos inmediatamente a practicar el examen somático del paciente. Aún cuando debamos actuar con rapidez, nuestro examen debe ser metódico, debiendo tratar siempre de que éste no sea entorpecido por la nerviosidad de los allegados y otras circunstancias más, propias del momento dramático que acompaña a estos accidentes.

Insistiremos principalmente sobre los puntos siguientes: a) Facies del enfermo, b) Caracteres de la respiración, c) Estado de la Circulación, d) Cifra de la presión arterial, e) Alteraciones de la pupila, f) Presencia de contracturas o de convulsiones, g) Temperatura del enfermo, y una serie de datos más que revisten importancia secundaria. .

A los datos suministrados por el examen somático del paciente habrá que agregar, siempre que sea posible cierto número de exámenes complementarios, muchos de los cuales pueden practicarse de inmediato, aún cuando no se cuente con un Laboratorio completo. Así el análisis químico de las orinas, investigando por lo menos la presencia de azúcar y albúmina prestarán mucha utilidad. Pero naturalmente, no debemos contentarnos únicamente con esto, procuraremos en todo 'caso el examen microscópico del sedimento urinario; el examen químico de la sangre, por medio del cual se dosificará la urca y la glucosa. Se investigará la Reacción de Kahn o la de Wasserman., y en muchos casos, nos veremos obligados, desde un principio, a recurrir a la punción lumbar para llevar a cabo el estudio del líquido céfaloraquídeo. Entre nosotros reviste particular importancia la investigación en la sangre del hematocrito de Laverán.

Verificado el examen del enfermo y si fuere posible frente a los resultados de las pruebas de Laboratorio que hubieren sido realizadas, entraremos a considerar la causa productora del Coma. Para resolver ese escabroso problema, tendremos que recordar los diversos grupos de entidades morbosas, de afecciones y de otros factores etiológicos más que pueden conducir a un individuo a un estado comatoso determinado.

Comenzaremos por hablar acerca de los traumatismos, aún cuando estos deban considerarse del dominio exclusivo de la clínica quirúrgica; pero se justificará nuestro proceder si se recuerda que en muchísimos casos de esta naturaleza interviene antes el médico que el cirujano, ya que los que requieren la pronta asistencia del enfermo, no están en capacidad de discernir cuál de los dos debe ser el llamado a prestar sus servicios. Por otra parte, nos interesa tener presente las características del Coma de origen traumático, para no confundirlo, con el numeroso grupo que pertenece al orden médico.

Los traumatismos craneanos son los que, casi de un modo exclusivo, pueden conducir al Coma. Las fracturas del cráneo, ya sean de la bóveda o de la base, se identificarán por sus signos propios: Epistaxis, otorragia, parálisis de los nervios craneales (principalmente del facial, del motor ocular común y del motor ocular externo), agregando a esto los resultados de la punción lumbar, por medio de la cual podemos obtener un líquido rosado o francamente sanguinolento.

La conmoción cerebral, sería otro mecanismo por medio del cual los traumatismos del cráneo, podrían producir el Coma. Este último seguiría inmediatamente al traumatismo, y revestiría la característica de ser ligero y transitorio.

Otro mecanismo lo constituye la contusión cerebral; en este caso la masa encefálica, como bien sabido es, no ha sido solamente conmovida, sino que lesionada. El Coma tiene que ser más completo, la respiración será estertorosa, el pulso lento, la facies pálida y la temperatura podrá ser elevada algunas veces.

Un derrame sanguíneo intracraneano, consecutivo al traumatismo, puede darnos una compresión cerebral capaz de producir el Coma. Debemos tener presente sus características; generalmente se tratará de individuos que habiendo salido de la fase *dé* conmoción o contusión, presentan el tan conocido estado de "Intervalo Lúcido", que puede ser más o menos largo y que cede al fin su lugar a un estado comatoso que se instala de un modo progresivo y que presenta siempre la sintomatología generada por la compresión cerebral; requiriendo tratamiento quirúrgico de urgencia.

La insolación, lo mismo que el enfriamiento, son factores que figuran en la etiología del Coma; pudiendo ser reconocida fácilmente, si se consideran los datos anamnésticos inmediatos del enfermo.

Las afecciones del sistema nervioso, constituyen un importantísimo grupo de estados patológicos, que pueden conducir a un individuo a diversos estados comatosos. Tenemos en primera línea la hemorragia cerebral, la cual podemos diagnosticar en presencia de sus características fundamentales, que son las siguientes: 1.º—Se trata por lo general de individuos cuya edad es de 45 a 50 años. 2.º—El Coma ha sido precedido de Ictus Apoplético. 3.º—La facies del enfermo es vultuosa y presentará la desviación, conjugada de la cabeza y de los ojos. 4.º—El pulso es lento, tenso, fuerte y se acelerará si hay elevación de temperatura. 5.º—A la auscultación del corazón, se comprobará con mucha frecuencia el "ruido de galope." 6.º—Habrá hipertensión arterial. 7.º—La respiración será estertorosa. 8.º—Podrá haber, en fin, emisión involuntaria o retención de orina.

El cuadro contenido en la descripción que antecede, corresponde a una hemorragia cerebral del tipo corriente; pero debemos tener en cuenta las manifestaciones clínicas propias de la hemorragia cerebral con inundación ventricular, la cual reviste una

gravedad extraordinaria. En este caso habría que tener en cuenta, además de las características mencionadas ya, la presencia de convulsiones y de contracturas precoces, acompañadas de un estado comatoso más profundo. En este caso la punción lumbar tendría una importancia decisiva en el diagnóstico.

El reblandecimiento cerebral, es también de las afecciones del sistema nervioso, que con mayor frecuencia dan origen al Coma. Ya sea debido a embolia o a trombosis arterial, se caracterizará por los signos siguientes: En la generalidad de los casos hay ausencia de Ictus apoplético, y lo que sí presenta el enfermo como pródromos del estado comatoso, serán los vértigos, dificultad de la palabra o paresia de uno o varios miembros del cuerpo. En los antecedentes se encontrarán manifestaciones de arteritis, *de* arterioesclerosis o bien podremos poner en evidencia focos de alteraciones orgánicas situados fuera del cerebro, capaces de dar origen a embolias (estrechez mitral, flebitis, etc., etc.).

Hay otras afecciones cerebrales, que revisten también gran importancia en la etiología del asunto que nos ocupa, y éstas son: Los accesos cerebrales; los tumores cerebrales; las encefalitis en general destacándose entre éstas la encefalitis epidémica; las meningitis agudas de cualquier naturaleza (sean sifilíticas, tuberculosas, etc., etc.). Habría que recordar a este propósito a la Parálisis General (Meningoencefalitis Intersticial difusa crónica), que puede presentar el Coma no sólo en *su* período final, sino que éste puede constituir su accidente de iniciación.

La Epilepsia y el Histerismo, son afecciones del sistema nervioso capaces también de dar origen al Coma, revistiendo este último en cada una de ellas, características especiales. Así, el Coma epiléptico, lo encontraremos en individuos cuya anamnesia revela crisis anteriores de mal comicial, va precedido de convulsiones tónicas y clónicas, hay mordedura de la lengua y espuma sanguinolenta en la boca, hay respiración estertorosa, la temperatura es poco elevada (salvo que se trate de un estado de mal) y se acompaña de enuresis. La Epilepsia jacksoniana puede dar origen al Coma, únicamente cuando las convulsiones, que se manifiestan primitivamente localizadas, tienden a generalizarse.

En cuanto al Coma Histérico, debemos tenerlo presente tomando en cuenta el terreno neuropático del paciente, que podrá ser por lo menos sospechado conforme los datos que podamos obtener de sus allegados. Hay que recordar siempre la investigación de zonas histerógenas, la comprobación del clownismo y tener presente que en esta clase de Coma, el sueño y la respiración son tranquilos, el corazón y el pulso no presentan ninguna anomalía, hay ausencia de enuresis, existiendo en vez de este último síntoma, poliuria nerviosa después de las crisis. Se menciona como signo importantísimo del Coma histérico a un ligero temblor de los párpados, acompañado a veces de ligero temblor de las mejillas.

El Coma puede ser también, manifestación de un gran número de enfermedades infecciosas, principalmente las de evolución aguda, por ejemplo de la fiebre tifoidea, de la pneumonía, erisipela, diversas septicemias, reumatismo cerebral y otras más, que quizá para nosotros tengan menor importancia que el paludismo. Demasiado conocidas son en nuestro medio las fiebres perniciosas palúdicas, de forma comatosa, que revisten extraordinaria gravedad.

Nos toca ahora referirnos al importantísimo grupo de las intoxicaciones, ya endógenas ya exógenas como factores etiológicos en los estados comatosos. Haremos alusión primero, a las intoxicaciones exógenas, entre las cuales figura en primera línea, por razones de frecuencia, el alcoholismo. El Coma Alcohólico se caracteriza por los datos siguientes: 1°—Olor característico del aliento y de las materias vomitadas. 2°—Sobreviene después de copiosas libaciones. 3°—La facies es vultuosa. 4°—Al examen de las pupilas se comprueba una fuerte midriasis y ausencia de reacción a la luz, y 5°—No se acompaña generalmente, de variaciones, de la temperatura.

Pero no debemos olvidar jamás, que en un individuo que presenta una crisis de alcoholismo agudo, pueden instalarse estados comatosos de diversa naturaleza, en los cuales el alcohol no obraría más que como causa ocasional. En efecto, con ocasión de una intoxicación etílica aguda puede perfectamente bien verificarse una hemorragia cerebral o una hemorragia meníngea por ejemplo.

El Coma producido por los diversos preparados barbitúricos (Luminal, Veronal, Adalina, Nembutal, etc.) al ser ingeridos en dosis tóxica, tienen prácticamente mucha importancia, ya que el uso de estos medicamentos se ha extendido mucho y su adquisición no es nada difícil. El Coma por intoxicación barbitúrica, no presenta un cuadro clínico característico, lo que nos pondrá principalmente sobre su pista serán los datos referentes a los antecedentes inmediatos a su aparición. Sin embargo lo más frecuente en estos casos es ver al sujeto en un estado comatoso más o menos profundo, con facies más o menos normal, con pulso regular, con temperatura a menudo baja, pudiendo ésta elevarse en el término de 24 horas a 40.9, constituyendo lo que se llama: La Fiebre Barbitúrica.

Todas las demás substancias medicamentosas, particularmente las que están dotadas de acción heroica, son capaces de producir envenenamientos que conducen al Coma. No sería posible, dentro de los límites de esta plática, pormenorizar con respecto a cada una de ellas; por lo tanto nos referiremos únicamente a las que deben ser juzgadas como de mayor importancia por el hecho de ser de más frecuente uso.

En primer término, haremos alusión al Coma producido en el envenenamiento por el opio o sus derivados. Este se caracteriza,

el primer lugar por los datos anamnésticos del enfermo. Por el olor característico que poseen las materias vomitadas, cuando la intoxicación ha sido provocada por formas farmacéuticas de la droga en cuestión, que poseen un olor particular, como el Láudano de Sydenham. A lo dicho habría que agregar la facies pálida, la miosis acentuada, la hipotermia y la pequeñez del pulso que son características.

Además del opio, es de importancia señalar también los estados comatosos observados en la intoxicación producida por las solanáceas virosas, como la Belladona, El Beleño y la Datura Stramonium; en los tres casos la sintomatología del Coma es semejante ya que, como bien sabido es, la acción farmacológica de estas tres sustancias es similar. Así, pues, encontraremos un estado comatoso más o menos profundo y prolongado, que ha sido precedido de un delirio tranquilo, que parecería agradable; comprobándose además acentuada midriasis, y si el enfermo logra salir del Coma, se quejará de intensa sequedad de las mucosas.

El olor aliáceo del aliento, y la fosforescencia de las materias vomitadas, denunciarán la intoxicación por el fósforo; ciertos conmemorativos especiales, nos pondrán sobre la pista en las intoxicaciones arsenicales; lo mismo que en la intoxicación por los hongos y demás sustancias alimenticias.

El Coma saturnino, prácticamente carece de importancia entre nosotros, debido a la poca industrialización de nuestro medio. Sin embargo tendremos presente, que se produce siempre en individuos que sufren de encefalopatía saturnina, que han presentado otros accidentes debidos a la intoxicación plúmbica (cólico saturnino), siendo fácil comprobar al examen de las encillas, el conocido ribete de Burton.

De escasísima importancia práctica, será también entre nosotros el estudio del Coma por intoxicación oxicarbonada, dados nuestros sistemas de vida. Sin embargo podemos decir que se caracteriza, por las particularidades de la anamnesia próxima y por el color rojo rutilante de la sangre venosa del enfermo.

Dicho lo anterior, pasaremos a analizar los caracteres principales del Coma en las autointoxicaciones. Tenemos en primer término el Coma urémico, el cual podrá ser identificado por las características siguientes: 1^a—Habrà en la historia del enfermo, antecedentes renales. 2^a—Palidez del rostro acompañada algunas veces de edema palpedral. 3^a—Presencia posible de convulsiones. 4^a—Presencia de ruido de galope y de hipertensión arterial. 5^a—Al examen de la pupila se comprobará la miosis. 6^a—La respiración revestirá en la mayoría de los casos el tipo Cheyne-Stokes y el olor del aliento ser amoniacal. 7^a—Podrá comprobarse además edema de los miembros inferiores, y luego, por medio de los exámenes correspondientes de Laboratorio se descubrirá la considerable elevación de urea en la sangre y aún en el líquido cefalorraquídeo;

aparte de los conocidos resultados que deberíamos esperar del examen químico y microscópico de orina. 8ª—De ser posible un examen de fondo de ojo, no sería raro encontrar lesiones de retinitis albuminúrica.

Sin embargo deberemos tener presente siempre, que aún comprobando todos o la mayoría de los signos expuestos, cabría la posibilidad de error por el hecho de que con ellos podemos afirmar que se trata de un cardio-renal; pero no podríamos garantizar que su estado comatoso no obedece a otro factor, como la hemorragia o el reblandecimiento cerebrales, que bien pueden verificarse en un urémico. No habrá, pues, que olvidar las características de los estados comatosos susceptibles de ser producidos por las citadas afecciones, aún cuando hayamos comprobado un terreno orgánico que por sí sólo es capaz de producir el síndrome que se estudia.

Adscrito al Coma urémico figura, y no sin razón, el Coma Ecláptico producido por autointoxicación- gravídica. Se observará si la paciente se encuentra en la segunda mitad del embarazo, si sufre de crisis convulsivas precedidas de cefalalgia, de trastornos oculares, sensación de barra epigástrica, agregando a esto la inper-tensión arterial y la albuminuria.

El Coma diabético, reviste un interés extraordinario, ya que en la práctica lo encontraremos con alguna frecuencia, y porque constituye también el accidente más temible de la Diabetes Sacarina.

Consignaremos primero ante todo, que en un diabético pueden establecerse estados comatosos que no son producidos, al menos directamente, por la diabetes misma, sino, por factores que pueden asociarsele en un mismo individuo. Así, pues, distinguiremos: 1º—El Coma Diabético propiamente dicho, o acidósico. 2º—El Coma que puede presentarse en un individuo que sufre de diabetes, pero que es producido por ciertas alteraciones orgánicas, particulares, y 3º—El Coma Hipoglucémico o por Hiperinsulinemia.

El Coma Diabético Acidósico, podrá ser identificado por los caracteres siguientes: 1º—Por los antecedentes del enfermo. 2º—Porque puede presentar no sólo un principio brusco, sino también ir precedido de un período prodrómico, que se caracteriza por una serie de trastornos nerviosos: ansiedad, cambio de carácter, cefalea, dolores musculares, debilidad muscular, agitación o depresión. 3º—Porque en pleno período de estado, el enfermo presentaría acentuada palidez de los tegumentos, habría hipotermia, comprobaríamos midriasis con hipotensión de los globos oculares, taquicardia, respiración de Kussmaul, olor clorofórmico del aliento, a lo cual habría de agregar los datos suministrados por el Laboratorio, que confirmarían plenamente el estado de acidosis.

Pero, como acabamos de decirlo, hay que tener en cuenta los demás estados comatosos que pueden presentarse en la diabetes, sin que tengan relación inmediata con el estado acidótico. Los prin-

principales tipos de esta modalidad son los siguientes: 1°—El Coma cardíaco, o colapso cardíaco de forma comatosa. 2°—El Coma por insuficiencia hepática. 3°—El Coma apoplético de los diabéticos portadores de lesiones renales.

El Coma hipoglucémico o por Hiperinsulinemia es un accidente que puede observarse, en los diabéticos tratados por la insulina. Resulta de la administración de cantidades excesivas de dicho medicamento, en relación con la hiperglicemia que posee el paciente: originándose así una exagerada glicolisis que al llegar a la cifra de 0.40 gramos por 1.000, es capaz de producir accidentes muy graves. Con lo expuesto deberemos pensar siempre en un coma de tal naturaleza, siempre que se trate de un diabético confirmado que esté sometido a tratamiento por la Insulina, sin que éste se lleve a cabo bajo el control del análisis químico de la sangre; máxime tratándose de enfermos sometidos a un régimen dietético riguroso.

Se le diagnosticará, pues, teniendo en cuenta las circunstancias que acaban de mencionarse, agregando a éstas, las características siguientes: 1ª—Se manifiesta dos o tres horas después de la administración de la dosis de Insulina. 2ª—Va precedido de una serie de trastornos psíquicos, consistentes principalmente en agitación, delirio y más raramente de un estado depresivo. 3ª—Se comprueban además trastornos de la vista, consistentes en ambiopía, diplopía y andar de ebrio.

Una vez establecido el Coma por hiperinsulinemia, se diferenciará del Coma acidótico por los caracteres siguientes: 1°—La facies es más bien rubicunda que pálida como en el Coma diabético. 2°—La temperatura es normal y no descendida. 3°—No hay respiración de Kussmaul, pero siesta se presenta lenta, superficial e irregular. 4°—El pulso es fuerte y lento, al contrario de lo que se observa en el Coma diabético verdadero, en el cual es débil y acelerado. 5°—No hay hipotensión arterial. 6°—Hay hiperreflexia tendinosa, signo de Babinski, contracturas, convulsiones y parálisis.

Aún cuando todos estos signos son de un gran valor diagnóstico, la naturaleza hipoglucémica del accidente en cuestión, no podrá ser garantizada sino en presencia de los buenos resultados del tratamiento correspondiente, que debe aplicarse de un modo rápido. Es decir la inmediata mejoría del estado general, después de la administración endovenosa de suero glucosado 200 cc. al 20 % por ejemplo), reforzada por la inyección intramuscular de un miligramo de Adrenalina.

He aquí, pues, a mi entender, las más importantes nociones que con respecto al valor semiológico de los diversos estados comatosos, debe retener siempre la mente del práctico, para estar en posibilidad de hacer, en los casos que se le presenten, un tratamiento adecuado, o por lo menos para cumplir, hasta donde sea posible, con el conocido precepto hipocrático "PRIMO NON NOCERE."