

## OTITIS ESCORBÚTICA

Por el Dr. SIMÓN L. RUSKIN

New York.

(Versión del Dr. A. VIDAL)

---

Este artículo y los que serán publicados en los próximos números fueron enviados por su autor *aü* Director de esta Revista para su publicación.

---

La otitis media asociada a la gripe es tan característica, *co-*tura, aunque el dolor y malestaro para diagnosticarla definiti- se vamente. En la literatura médica se describe generalmente como una miringitis ampollosa hemorrágica. Vesículas hemorrágica; aparecen en la piel del tercio interno del conducto auditivo externo, extendiéndose sobre la membrana del tímpano y formando vejigas purpúreas bier delimitadas.

Al mismo tiempo vejigas similares de color obscuro se observan en la cavidad timpánica. Estas vesículas aparecen por cosechas, y mientras que las más grandes se rompen dando lugar a un derrame hemorrágico y ligeramente seroso, otras nuevas aparecen. Al principio no hay ninguno o pocos signos constitucionales. puede haber poca o nin-

guna elevación de la temperatura, aunque el dolor y malestaro para diagnosticarla definiti- se inflamación aguda del oído. El primer impulso del otologista parece ser el de incindir el oído. El curso subsiguiente generalmente se caracteriza por elevación de la temperatura, seguida de mediana descarga del oído, con curación eventual o progresión hacia la mastoide.

El curso espontáneo parece ser la ruptura frecuente de las vesículas en el oído medio y la acumulación del fluido en dicho oído y <sup>la</sup> ruptura espontánea de la membrana del tímpano seguida de una descarga típica y sus posibles complicaciones.

El examen nasal de estos pacientes no nos muestra ningún proceso supurativo de las fosas nasales o de los senos. La mucosa

observa exclusivamente en los sujetos jóvenes y va acompañada siempre de un desarrollo exagerado de los órganos genitales y de una precocidad extraordinaria en la aparición de las funciones sexuales y de signos de compresiones diversas del en céfalo.

Tratamiento.— Le instituímos un tratamiento de preparados opoterápicos: Proluton y proginnon, con los cuales la enferma <sup>ha</sup> mejorado bastante, habiendo disminuido un poco el tejido adiposo de los glúteos,

Dr. Manuel CACERES VUIL,

está congestionada y muestra ocasionalmente costras sangrú-nolentas. La elevación de la temperatura generalmente sigue a la ruptura de algunas de las vejigas hemorrágicas en la pared del conducto o en la membrana del tímpano, marcando el principio de la infección secundaria, que generalmente es debida al estreptococcus hemoliticus. Cualquiera puede darse cuenta que esta extravasación sanguínea es un medio ideal para el cultivo de estos organismos.

El cuadro asume una significación única cuando es visto a la luz de la descripción clásica de Hess sobre el escorbuto infantil. Hess nos dice: "Uno de los más llamativos fenómenos clásicos del escorbuto infantil es la marcada susceptibilidad a la infección que enmarca los frecuentes ataques de gripe." La abundancia con que ocurren la difteria nasal, la furunculosis de la piel y el peligro a la neumonía en los casos avanzados. Esto ha atribuido en parte a un trastorno del metabolismo del agua, en vista del hecho que una susceptibilidad similar existe en casos de mala nutrición, en los cuales encontramos un exceso de agua en los tejidos, no existiendo base para juzgar, el hecho es llamativo y significativo.'

Hess asegura que el escorbuto algunas veces ocurre en forma epidémica. Hace algunos años tuvimos la oportunidad de observar una epidemia de escorbuto infantil en conexión con un brote de gripe en un asilo de niños. No sugerimos que sea un tipo distinto de enfermedad, porque hemos dicho justamente, que la in-

fección es común como estado secundario del escorbuto." Hess refiere sobre una epidemia en una sala del Hospital, afectando 12 niños en los cuales se desarrollaron síntomas de infecciones varias, tales como otitis, neumonía, nefritis, adenitis, etc. Tres murieron de neumonía; de nueve que se recuperaron, siete sufrieron de escorbuto infeccioso refiriéndose este término a una infección secundaria de tipo nutricional primario.

Algunos de los niños tuvieron síntomas de intoxicación alimenticia; la mayor parte de ellos no tenían fiebre cuando la infección comenzó. En abril, otra nueva epidemia de gripe azotó la sala y otros tres niños fueron atacados de escorbuto. Los síntomas fueron en su mayor parte hemorragias en los lugares típicos característicos del escorbuto. Llamó la atención que estos síntomas fueron bastante diferentes de aquellos encontrados en el escorbuto infantil jamás hemos encontrado grandes hemorragias subcutáneas narradas solamente en literatura médica para los casos muy avanzados." El concluye que el escorbuto latente se cambió prematuramente en escorbuto florido por la presencia de una epidemia de gripe en la Sala; una epidemia de gripe precipitó una epidemia de escorbuto excepcional en su tendencia hemorrágica. Hess también dice que estos casos no solamente fueron excepcionales respecto a su terapéutica específica. Es interesante observar su explicación." La dieta ayuda a las bacterias intestinales a elaborar toxinas. Es dudoso si las toxinas son siempre

las mismas, o si desde un punto estrictamente etiológico, la enfermedad debe ser mirada como una entidad. El escorbuto infantil es una intoxicación intestinal, debida a la gran proliferación de bacterias inofensivas del intestino. El producto de una flora no controlada por una dieta apropiada.

■ Con nuestro conocimiento pre-

de reducción y oxidación, cual-

vitamina C. Las observaciones de

Minerva Médica. Turto. Pag. 52\*  
Julio 14 1936)

El paciente de Marín, de 22 años, presentó un cuadro de reumatismo agudo, dispepsia, intensa anemia y debilidad general, fiebre alta e intensa gingivitis hemorrágica. El diagnóstico de escorbuto se hizo porque a pesar de una dieta antiescorbútica que no fue eficaz sino hasta que se instituyó una terapéutica parenteral. El atribuyó la destrucción de la vitamina C durante la dieta al B coli y al B paratifoide.

En vista de que la principal observación de Hess es de lo más significativa, observamos las estadísticas de Goethlin sobre la prevalencia del estado escorbútico. Demostró que 22 % de los niños de escuela en Escandinavia mostraron signos de escorbuto latente.

Debemos considerar si estos disturbios gastrointestinales radican sobre el terreno que sigue a la gripe y la otitis, creando un estado preescorbútico. Regresando a nuestra consideración sobre el oído, encontramos que una de las más delicadas áreas de piel es aquella que tapiza el tercio interno del conducto auditivo externo. La menor presión son como una bolita de algodón H<

IIAWUIA u " ^4 onil!

sanguínea. Si fuéramos a selec-

de « TM \* J ^ " f latente ocurre, asociadas con manifestaciones hemorrágicas, el cuadro de meningitis ampollosa hemorrágica es muy frecuente.

T . -x- -- ■ ¿¿\*¿ nT,n| La asociación de esta enfermedad con el escorbuto latente nos lleva directamente a la aplicación de vitamina

C<sub>1</sub> con magníficos resultados.

En el lapso de un año, hemos observado 10 casos de meningitis hemorrágica. Todos recibieron grandes dosis de vitamina QUIEN la forma de cevitamato de calcio. Solamente a pocos de estos casos se les practicó la parasentesis y todos mostraron mejoría dentro del término de 12 horas y se curaron en 4, a 5 días.

Se observó una marcada disminución de los dolores después del primer día y aquellos casos

con descarga serosa del oído medio no se les aplicó ningún medicamento local, ni irrigaciones. Solamente el algodón del conducto fue cambiado tan pronto como estuvo mojado.

■ Los resultados fueron tan sorprendentes como para demostrar los efectos de la sal de calcio de la vitamina C. Así, pues, la asociación del escorbuto latente de Hess a la gripe fue confirmada al través de la adición del síndrome, miringitis ampollosa hemorrágica.

Caso 1: La señora Rosa C de 34 años, se presentó a mi oficina el 10 de enero, de 1937 quejándose de un fuerte dolor del oído derecho irradiándose hacia la mandíbula inferior del mismo lado. No existía ninguna desearga vasal. No había fiebre. El examen del oído derecho reveló dos vesículas hemorrágicas en la pared del conducto auditivo externo, una de ellas de color púrpura cubriendo el cuadrante postero superior. La membrana del tímpano aparecía congestionada y sus detalles obliterados. La paciente recibió una inyección de 3 c. c. de la solución al 15 % de cevitamato de calcio intramuscularmente. El próximo día la paciente estaba mejor. Una de las vesículas se había roto, descargando alguna sangre. Se le dió otra inyección de 3 c. c. de cevitamato. El próximo día estaba mejor y no hubo más hemorragia. Tres días después la vesícula había desaparecido y la revolución era completa.

Caso 2: Joe W., de 4 V<sub>2</sub> años. Fué visto el 30 de abril de 1937. Su historia de gripe con tempehatura de 102 en dicha mañana

Desde la tarde anterior se había quejado de dolor en el oído derecho. El examen de dicho oído mostró una otitis media aguda con vesícula hemorrágica. Sobre las paredes del conducto auditivo externo y membrana del tímpano. Fue incindida la membrana del tímpano. Simultáneamente se le inyectó 3 c. c. de cevitamato intramuscular. Se le aplicó tratamiento en seco. El próximo día el paciente estaba mejor. Había una pequeña descarga serosa la que desapareció al cuarto día. <sup>los</sup> detalles de la membrana del tímpano reaparecieron y los <sup>tomados del oído mejoraron.</sup> Se le

dió una segunda inyección de cevitamato.

Caso 3: Milton K., de 17 años, se presentó el 25 de febrero de 1937, quejándose de dolores en el oído izquierdo sufridos en las últimas 24 horas. Había tenido un resfriado gripal en los últimos días sin muchos síntomas nasales. El examen reveló algunas ampollas hemorrágicas de forma típica en el conducto y en el tímpano. Se le dió una inyección de 3 c. c. de cevitamato de calcio a 15 % intramuscularmente. Se le dió otra inyección al día siguiente. Al tercer día la reaparición de los detalles del tímpano fue seguida de una rápida resolución. No se le practicó paracentesis.

Caso 4: Frank K., de 10 años, enviado por el Dr. Kohlenberg el 16 de marzo de 1937. El niño sufría de gripe desde hacía 2 semanas. El día anterior le había aparecido dolor en el oído derecho, seguido de fiebre de 102.0. Examinando los oídos se encontró una miringitis hemorrágica

del lado derecho. Se le inyectó 3 c. c. de cevitamato. No se hizo paracentesis. El niño mejoró notablemente y los padres decidieron que no había necesidad de más tratamiento.

Caso 5: Abbott L., de 17 años se presentó el 8 de diciembre de 1936 con la historia de dolor en el oído izquierdo la noche anterior. No había tenido resfriado, ni dolor de cabeza, ni náusea. Examinando los oídos se encontró una meningitis ampollosa hemorrágica del oído izquierdo. Se le inyectó 3 c. c. de cevitamato. El día siguiente las vesículas esféricas secas y la miringitis en rebaso,

Caso 6: Marcia B., de 11 años, Esta niña había tenido una gripe mediana, seguida de dolores en el oído derecho por dos días. El pediatra que asistía esta niña creía necesaria una paracentesis. La membrana del tímpano estaba hinchada. No había manifestaciones hemorrágicas aunque el conducto también aparecía inflamado. Se le inyectó 3 c. c. de cevitamato, que fue seguido de alivio esa noche y evidente resolución al día siguiente. El cambio en la condición general y loca de la paciente era muy evidente,

Caso 7: Joel D., de 3 años, se presentó el 26 de abril de 1937 dando una historia de resfriado desde hacía tres o cuatro días seguido por dolor del oído izquierdo. No tenía fiebre. El examen del oído mostró una meningitis ampollosa hemorrágica envolviendo el conducto y la membrana del tímpano. Se le inyectó 3 c. c. de cevitamato. El próximo día hubo notable mejoría con resolución aparente al tercer día.

Caso 8: Berenice G., de 11 años, se presentó el 4 de enero de 1936, quejándose de dolores en el oído izquierdo. Tenía gripe desde hacía una semana; El examen reveló una miringitis ampollosa hemorrágica. Se le inyectó cevitamato. El siguiente día amanece mejor y la resolución se obtuvo en los siguientes 2 días. Caso 9: Luis H. Jr., de 2 años 2 meses, fue visto el 6 de octubre de 1937, al segundo día de la enfermedad. El niño tenía temperatura de 101 y aparentemente dolores en el oído izquierdo. El examen reveló congestión vascular con ligera descarga. El oído izquierdo apareció congestionado en su conducto externo, con vesículas hemorrágicas rotas llenando dicho conducto. Se le practicó la paracentesis evacuando un líquido seroso sanguinolento. Se le inyectó 1, V<sub>2</sub> cc. de cevitamato de calcio. El oído fue conservado seco, cambiando únicamente los algodones. El siguiente día el oído apareció seco y dos días después la resolución era visible.

Caso 10: Hanna E., de 42 años enviada por el Dr. L. Miller, fue vista el 22 de marzo de 1936, quejándose de resfriado, descarga vascular y tos desde hacía una semana. Desde hacía 2 días tenía dolor de oído derecho, seguido la mañana siguiente por una descarga espontánea. Al momento del examen tenía fuerte dolor en el oído y en la mastoide. Se diagnosticó otitis media supurada. Se le practicó una paracentesis para mejorar el drenaje. No se aplicó inyección de cevitamato de calcio. Fue enviada a su casa bajo el cuidado de su mé-

dico particular. Le aconsejaron los acostumbrados lavados de H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> y agua. El 29 de octubre de 1937, se presentó de nuevo con una meningitis ampollosa hemorrágica, ruptura espontánea de la membrana del tímpano y descarga sero-sanguinolenta. Durante tres días se la aplicaron

inyecciones de 3 c. c. de cevita-mato de calcio.

La resolución fue completa al quinto día, tres semanas más tarde se le practicó la insuflación de la trompa de Eustaquio para mejorar el estado del oído.

Aunque cualquiera puede asegurar que la resolución de una otitis media simple es una experiencia común; estos casos fueron de un tipo distinto y tuvieron un curso de 10 días a 3 semanas. En su tratamiento se empleó la sal de calcio y la vitamina C, porque la sal de calcio de la vitamina C. es fácilmente soluble y no irritante.

Las pruebas de investigación de la vitamina C en los casos de preescorbuto no fueron practicados por la dificultad de hacerlo con casos de Oficina. La orina debe ser investigada tres veces al día y el examen practicado algunas horas después y no inmediatamente. Las dosis te-

rapéuticas empleadas particularmente en niños, de 450 mgrs. son suficientemente grandes para saturar todas las necesidades del organismo y no deben tomarse como un buen índice de lo requerido.

njrvTTnsvM

lrf ,, . ,

hace notar la relación

entre meningitis ampollosa hemorrágica y escorbuto latente.

29—El trabajo de Alfredo Hess, hace hincapié sobre la correlación entre escorbuto latente y gripe.

30—El valor de la administración parenteral de la vitamina C como sal de calcio, fué demostrado en el tratamiento de la otitis de origen gripal,

4<sup>a</sup>—Se presenta un nuevo criterio para diferenciar la otitis y se describe un nuevo factor etiológico.

#### BIBLIOGRAFÍA

Falk S; Godda, T. O., and Goethlin, G. I; Skand Aroh. Physical, 65; 24. 1932.

Hess, Alfred Falian; Infantile Scurvy, A Study of its Pathogenesis. Amer, Jour. Dis. Child, Nov., 1917

Marín P.: Scurvy due to Destruction of vitamin C by Intestinal bacteria. *Minerva Medica*. Turin, Julio 14, 1936.