

# REVISTA MEDICA

Director: Dr. JOAQUIN ZELEDON

TOMO V	San José, Costa Rica, Enero de 1942 No. 93	AÑO IX
--------	---	--------

## **Caso de micosis pulmonar tomada por tuberculosis**

*(Cavernas radiografiadas desaparecidas con tratamiento yodoarsenical)*

**Trabajo del Laboratorio Bacteriológico del Hospital S. J. de D.**

Por ALFONSO J. TREJOS W.

Los elementos de diagnóstico de la Tuberculosis pulmonar son, fuera de los datos clínicos, la radiografía y el examen bacteriológico del esputo. Sin embargo, para sindicar a un individuo como tuberculoso, en varios países, sin excluir al nuestro, algunas veces se contenta el médico solamente con datos clínicos confirmados por una radiografía, y a veces tan sólo por una fluoroscopia. Esto puede conducir a errores de los cuales resulta víctima el paciente, pues, como veremos luego, las Micosis pulmonares, fácilmente curables, dan un cuadro clínico, e imágenes radiográficas semejantes a la Tuberculosis, y sólo el Laboratorio puede establecer las pruebas para el diagnóstico diferencial.

"Ante una afección pulmonar de tipo tuberculoso, a evolución lenta, y que afecte poco el estado general, el médico pensará en la posibilidad de una micosis pulmonar, que el examen clínico sólo no podrá mostrar." Esto es lo que aceptan autores reputados.

Durante los últimos cuatro meses, se han cultivado en el Laboratorio del Hospital, los hongos causantes de las afecciones pulmonares de 8 enfermos. Se han encontrado en dos pacientes, hongos del género *Penicillium*, y en tres *Aspergillus*; además tres géneros que no se han podido determinar.

Estos datos demuestran que las micosis pulmonares son en Costa Rica mucho más frecuentes de lo que se cree, hecho sobre el que

ha venido llamando la atención, desde hace muchos años el Dr. Picado. Sin embargo, parece que aún hay que hacer hincapié en ello.

El Dr. Picado preconizó además el agua de Coco, como un excelente medio de cultivo para los hongos, y es en agua de Coco que se han hecho en el Laboratorio del Hospital, los cultivos de los casos de Micosis mencionados. Para médicos mal equipados, en lugares lejanos, resulta este medio insuperable, pues basta depositar el esputo de un enfermo de micosis pulmonar, en una botella que contenga el agua de coco estéril y dejarla a la temperatura ambiente para obtener un magnífico cultivo, al cabo de pocas semanas, y algunas veces, días.

Es de tal trascendencia para el enfermo, el hecho de padecer una Micosis, y no Tuberculosis, que aún cuando no fuera más que 1 por cada 100 tuberculosos, (y ya hemos visto que son más) debe tenerse en cuenta esta probabilidad, para hacer todas las pruebas necesarias antes de dar el diagnóstico final. Al daño físico, suma el enfermo el daño moral, que es quizá tan importante como el primero, si se da cuenta de que el tuberculoso está, en una buena parte de los casos, condenado a muerte por causa de esta enfermedad.

Véamos el siguiente caso:

El 20 de setiembre de 1941 ingresó al Hospital San Juan de Dios el enfermo A. A. M. de 45 años de edad, caso número 16464. El 22 del mismo mes se le practicó un examen fluoroscópico, cuyo reporte es el siguiente: El campo pulmonar derecho aparece sombreado suavemente.

Aspecto Bacilos de Koch. Pulmón izquierdo aspecto normal.

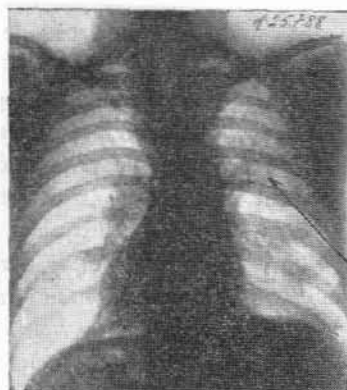
La reacción de Wassermann fué negativa.

El 25 de setiembre se le hizo la primera radiografía, número 25788, que aquí se reproduce, y en la cual se aprecian perfectamente las cavernas a la base del lobulo superior derecho.\*

El reporte que dió el Dr. Cabezas, Radiólogo del Hospital, de esa radiografía dice: Infiltración de aspecto Bacilos de Koch, tipo ulcerocaseoso de la base del lóbulo superior derecho.

Durante este tiempo ya se le habían practicado al enfermo varios exámenes del esputo, habiéndose constatado la ausencia de Bacilos de Koch, así como también la presencia de hongos. Se hizo además un cultivo de esputo para poder clasificarlos.

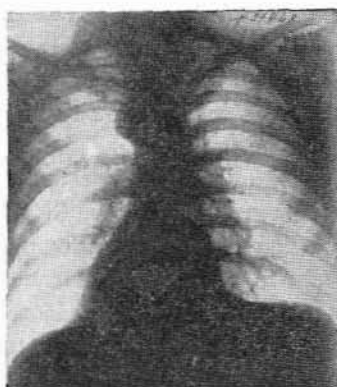
\* Las copias de las radiografías fueron tomadas debido a la desinteresada colaboración de los señores Guillermo Sancho, del Lab. de Anatomía Patológica, y Claudio Jiménez, de Rayos X. Para ellos nuestras más expresivas gracias.



Primera radiografía

Habiendo puesto el Laboratorio estos datos en manos del Dr. Padilla, médico del servicio en que fue internado el enfermo, dispuso tratarlo con Yoduro de Sodio, por vía bucal. Este tratamiento se comenzó el 26 de setiembre, y se continuó hasta el 1º de octubre, día en que otro médico que se hizo cargo del salón donde el enfermo estaba asilado, en vista de los datos clínicos y de la radiografía, pero haciendo caso omiso de los reportes del Laboratorio, decidió el traslado del paciente al salón de tuberculosos.

El 22 de octubre se le tomó la segunda radiografía, N° 26504,



Tercera radiografía

*Los copias de las radiografías aparecen invertidas*

cuyo reporte es el siguiente. Los campos pulmonares se han despejado. Persiste sin embargo una ligera esclerosis de la base del lóbulo superior derecho.

La mejoría revelada por esta segunda radiografía se debe indudablemente, al tratamiento yodurado previamente establecido, a que se sometió el paciente antes de ingresar al salón de tuberculosos.

Durante el tiempo que el enfermo estuvo en este salón (Calneck), esporularon los hongos que se cultivaban en el Laboratorio, y pudo comprobarse que eran *Penicillium*, género de Hongos que produce micosis pulmonares, aunque no tan frecuentemente como los *Aspergillus*.

Cuando se hizo esta determinación del hongo en causa, el Dr. Casorla, jefe del servicio, con amplio criterio decidió, el 30 de octubre, que se trasladara nuevamente al paciente a un salón de medicina. Se le designó el servicio a cargo del Dr. Núñez, quien en vista de que aún se encontraron hongos en el examen bacteriológico de esputo, determinó un tratamiento de Arseniato de Sodio por vía bucal, y Yoduro de Sodio por vía intravenosa.

El 26 de noviembre, o sea dos meses y seis días después de que el paciente entrara al Hospital, le fué tomada la tercera radiografía N° 27468, aquí reproducida, que el Dr. Cabezas interpretó de la siguiente manera: Ambos campos pulmonares aparecen actualmente despejados.

Estaba totalmente curado.

Por petición nuestra, el Dr. Blanco Cervantes, Jefe de la Lucha Antituberculosa, se ocupó de las tres radiografías que se le tomaron al enfermo y manifestó, que lesiones que se resolvían en poco más de dos meses, no podían ser tuberculosas. También para el Dr. Blanco nuestras gracias, por los bien detallados reportes radiográficos que se tomó la molestia de hacer.

Según J. Chasis, (*Studi ematologici nela micosi pulmonare. Rev. de Patología y Clínica Tuberculosa. T XI. 1937. p. 534*) la velocidad de sedimentación de los eritrocitos puede dar un aporte valioso para el diagnóstico diferencial entre micosis y tuberculosis, pues estando aumentada en la segunda, está casi siempre normal o disminuída en las primeras. El enfermo, cuyo caso acabamos de detallar, tenía una curva de sedimentación más lenta que lo normal: 0,20 cm. en la primera media hora; a la hora, había bajado hasta 0,50 cm., y a las dos horas, hasta 1,20 cm., dando un índice de 0,77 cm. por hora. Las curvas de dos casos de micosis que está tratando

---

el Dr. Naranjo en el Hospital, que también tenían lesiones pulmonares, y en los cuales se ha notado una franca mejoría con el tratamiento yodurado, dan un índice de sedimentación de 4,97 cm. el uno, y 3,87 cm. el otro. Se observa así que en estos casos, siempre que no haya causas intercurrentes que aceleren la sedimentación globular, el estudio de estas curvas puede aportar también muy valiosos datos.

El objeto de este trabajo es pues, presentar un caso, en que atendidos exclusivamente a la clínica y a la radiografía, todo médico habría dicho que se trataba de tuberculosis pulmonar con cavernas, pero que por los exámenes de laboratorio se diagnosticó como una micosis, y cuya curación completa, con desaparición de las cavernas pulmonares reveladas por la radiografía, confirmó plenamente tal diagnóstico.

Es mucho el bien que puede hacerse ante casos similares, empeñándose en obtener un diagnóstico preciso que transforma la desesperanza del enfermo, en una curación rápida, fácil y total.

Para quienes han contribuido, en una u otra forma, en este estudio, nuestros profundos agradecimientos.

---

---

## Importancia clínica de los trastornos de conducción del impulso cardíaco

Por el Dr. E. GARCIA CARRILLO

El paso del llamado impulso cardíaco a través del tejido miocárdico especial puede encontrar obstáculos patológicos o fisiológicos cuyo efecto interruptor se traduce en el electrocardiograma por la prolongación de los distintos segmentos entre las ondas que lo componen.

Ahora bien, dichos trastornos de conducción son del más alto grado de importancia como reveladores casi siempre de miocarditis, y además, su diagnóstico por la auscultación es imposible o puede pasar desapercibido.

De tal manera que nos parece interesante para el médico practicante, llamar la atención sobre algunas de sus variedades insistiendo una vez más en el valor del examen electrocardiográfico en casos como los que vamos a referir, para dejar sentadas bases diagnósticas y pronósticas, y desde luego, indicaciones terapéuticas propias. Naturalmente no es nuestro propósito pasar revista a todas las posibilidades clínicas y electrocardiográficas de las llamadas arritmias *dromótropas*, pero sí indicar cuáles son las más frecuentes e importantes.

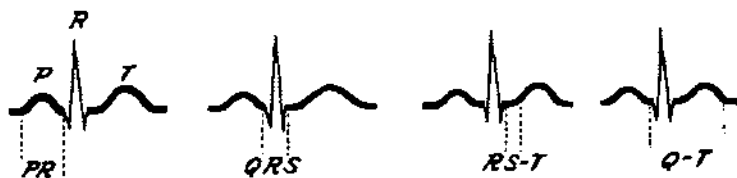


Fig. 1

La Fig. 1 muestra el perfil de una curva electrocardiográfica y sobretodo, las distancias que generalmente se toman en cuenta en la interpretación de la conducción. Un hecho fundamental, es la necesidad de considerar tales segmentos en función del sexo y de la edad del paciente, y en relación con el ritmo cardíaco por minuto. Consideremos aisladamente cada uno de ellos.

### Clasificación

*Segmento PR (o PQ) prolongado.* El impulso que nace en el nódulo de Keith y Flack origina una contracción auricular, pero la contracción ventricular respectiva se hace con tardanza, efectuándose el recorrido aurículo ventricular con lentitud relativa. Queda entonces constituido en *bloqueo aurículo-ventricular*, del cuál se distinguen las siguientes modalidades:

Bloqueo	Fisiología	Electrocardiograma
De primer grado	Retardo de la onda	Prolongación de PR
De segundo grado	Onda sinusal interseparada irregularmente	Ondas P no seguidas de QRST
De tercer grado	Onda sinusal bloqueada en absoluto, y marcapaso ventricular autónomo	Disociación completa entre las ondas P y QRST

Para ilustrar estas eventualidades presentamos dos observaciones, la una de bloqueo aurículo-ventricular de primer grado, y la otra de tercer grado.

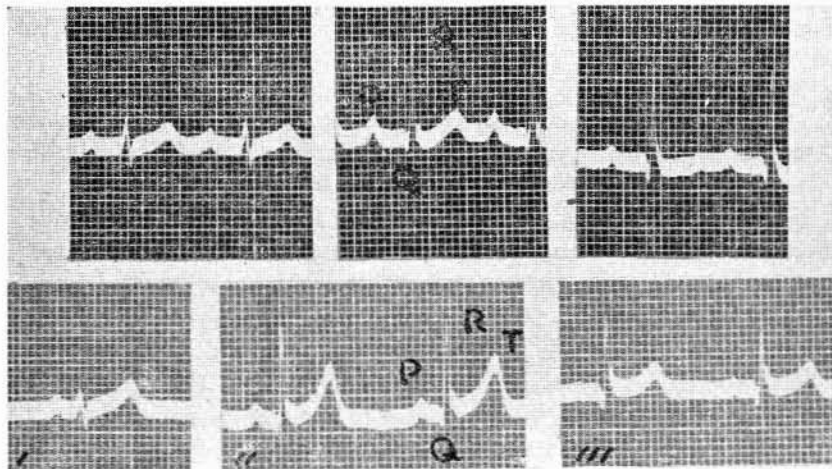


Fig. 2

*Observación I.* Joven F. G. R. de 16 años, quien desde hacía unos dos meses, se quejaba de dolores articulares en una rodilla; hacía tres semanas había tenido una angina y un tobillo también dolía. El E. C. G. practicado mostró una prolongación de PR a 0.21 segundos (ver trazado superior Fig. 2) Con el tratamiento apropiado

un mes después PR era de 0.15 segundos (trazado inferior, Fig. 2). El bloqueo aurículo-ventricular de primer grado había desaparecido y el diagnóstico de fiebre reumática se confirmó, pues se sabe la frecuencia de este trastorno de conducción en esa fiebre. Si no se hubiese practicado un trazado, tal vez el caso habría pasado desapercibido y los riesgos de miocarditis y de endocarditis reumática habrían aumentado.

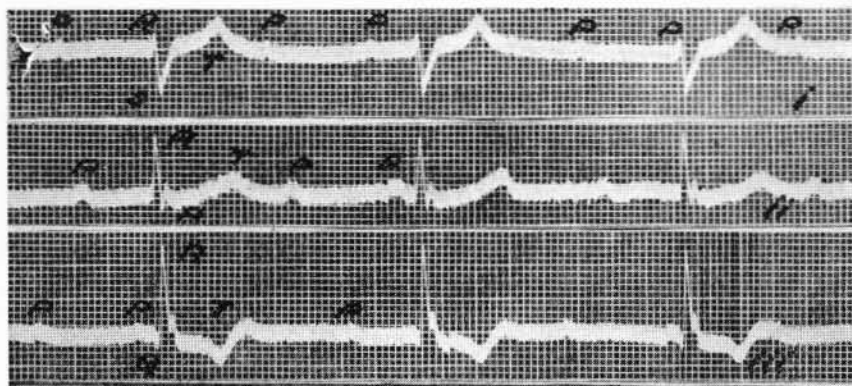


Fig. 3

*Observación II.* Señor M. A. G. de 73 años quien hacía una semana había caído, fracturándose el antebrazo izquierdo. Pulso de 40 por minuto, corazón agrandado sin soplos, presión arterial de 18-7 cm. de Hg. El E. C. G. (ver Fig. 3), muestra la sucesión de ondas P independientes de los complejos ventriculares QRST. Las primeras tienen una frecuencia de 96 por minuto (actividad auricular), y los segundos de 40 por minuto (actividad ventricular). Se trata, pues, de un caso de *pulso lento*, enfermedad en la cuál los trastornos del equilibrio son frecuentes (síndrome de Adams-Stokes). El examen del trazado permite darse cuenta que a veces la onda P queda escondida en el complejo ventricular.

*Segmento QRS prolongado.* Cuando el impulso cardíaco encuentra afectada una de las ramas del fascículo de His, la activación del ventrículo respectivo se efectúa por un camino más largo, y de allí resulta el ensanchamiento de QRS, trastorno denominado bloqueo de rama del fascículo de His. Dicho bloqueo puede ser incompleto o total, de rama derecha o de rama izquierda, o atípico, basándose en sus características electrocardiográficas sobre las cuá-



les no insistiremos aquí. También se denomina bloqueo intra-ventricular.

Si volvemos al trazado de la Fig. 3, observamos que la anchura de QRS es de 0.14 segundos, siendo el máximo normal 0.10 segundos. Hay pues bloqueo de rama concomitante con el bloqueo aurículo ventricular total, siendo el primero de tipo poco común, es decir, bloqueo de rama derecha.

*Segmento RS-T prolongado.* Esta parte del complejo ventricular comprende el segmento intermedio entre el final del grupo QRS y el comienzo de T. Su prolongación se encuentra con frecuencia en diversos tipos de trazados patológicos y es útil de tomarse en cuenta para afirmar un diagnóstico.

*Segmento Q-T prolongado.* Esta parte del complejo se mide del comienzo de QRS al final de la onda T, y define la llamada sístole eléctrica. Sobre la importancia pronóstica de la prolongación de Q-T en los casos de hipertensión arterial, llamamos ya la atención en *ésta Revista* (Enero 1941).

#### Comentario

Los trastornos de conducción siempre tienen importancia. Naturalmente no en todos los casos se puede llegar a una conclusión definitiva de daño miocárdico. Tal es el caso, por ejemplo, de aquellos que comprobamos en la miotonía atrófica familiar y que fueron publicados en la *Revista Argentina de Cardiología*, Mayo 1941. Tampoco pudimos llegar a esa conclusión en un enfermo hombre de 43 años, sin signos ni síntomas cardíacos, con presión arterial normal, radioscopia negativa, indemne de sífilis y de fiebre reumática, en quien encontramos un segmento PR de 0.24 segundos. La inyección intra-venosa de un miligramo de atropina no produjo abolición del bloqueo. Esta constatación no favorece la hipótesis de una influencia frenadora del pneumogástrico en este caso particular. El único antecedente patológico era escarlatina en la niñez, cuya influencia en el miocardio es dudosa. Como estos casos generalmente escapan al examen necrópsico, la duda en cuanto a su significado persiste.

Eliminando las cardiopatías congénitas, los trastornos de conducción se asocian generalmente a procesos infecciosos incluyendo la sífilis y la fiebre reumática, y a lesiones degenerativas por esclerosis de las arterias coronarias. Algunos de estos pacientes entran a la

---

cardiología por la puerta de la cirugía menor, después de fracturas o de heridas causadas al caer (síncopes por irrigación cerebral insuficiente). No está de más llamar la atención al cirujano sobre el interés del electrocardiograma en casos parecidos. (Ver la Observación II).

Una de las grandes ventajas del examen electrocardiográfico para establecer un balance del estado cardio-vascular, es precisamente despistar casos con trastorno de la conducción, que de otro modo pueden escapar al examen. En efecto, *el diagnóstico por la auscultación de dichos trastornos no siempre es claro.*

En el bloqueo aurículo-ventricular total (disociación aurículo-ventricular), el ruido auricular correspondiente a las ondas P disociadas, se percibe en la diástole (sístoles en eco), y refuerzan ocasionalmente el primer o segundo ruido pero esto mismo introduce causas de error en la auscultación, pues se pueden confundir con extrasístoles o aún con la fibrilación auricular (arritmia completa), como lo hemos observado. Naturalmente el error es importante por las conclusiones pronósticas que se deduzcan (graves en el caso de bloqueo, más benignas en caso de fibrilación), y por el tratamiento (digitalización rápida en caso de fibrilación, prudencia en el uso de la digital en caso de bloqueo). En el bloqueo de rama, varios autores han insistido sobre las modificaciones del primer ruido (desdoblamiento del mismo o ruido auricular intenso), que resulta en un ritmo a tres tiempos (galope). Revisando nuestras propias historias y trazados, encontramos que en un cincuenta por ciento se percibía un ruido de galope asociado a un segmento QRS ensanchado de 0.11 a 0.17 segundos (bloqueo de rama). Es de notarse que muchos pacientes que presentan esta anomalía de auscultación, no tienen trastorno de conducción. En cambio, la mortalidad en dos años de observación fué también de cincuenta por ciento, lo que aún confirma el valor pronóstico del examen electrocardiográfico en estos casos. En cuanto a las otras variedades de trastornos de conducción, su diagnóstico puede ser imposible aún para oídos ejercitados.

En lo que se refiere a la *terapéutica*, es muchas veces en enfermos con trastornos de conducción en donde se impone el tacto y juicio medicamentoso más delicado. En efecto, se deben pesar en cada caso las indicaciones y contra-indicaciones de la digital, de la quinidina, de la adrenalina, de la epedrina, de la atropina, para no citar más que las principales posibilidades de tratamiento sintomático.

---

## ACTUALIDADES

### El tratamiento local de las Quemaduras

R. S. B. Pearson, E. E. Lewis, R. B. Niven, British Medical Journal, p. 41-45, 12 Julio, 1941.

En este trabajo se compara entre sí y con otros métodos más antiguos, incluso el empleo de agentes del tipo del tanino, dos nuevos métodos de tratar quemaduras: la envoltura irrigable y la aplicación de polvos sulfanilamida y tul graso. La envoltura irrigable es una bolsa de seda de forma apropiada en la que se incluye al miembro quemado o el tronco después de limpiarlo bajo anestesia. Como solución irrigante se emplea hipoclorito electrolítico ("Milton"), a concentraciones finales de 0.025—0.05% hechas con agua ("Milton" sin diluir contiene hipoclorito al 1%). Las irrigaciones se llevan a cabo tres veces al día.

El método alternativo consiste en espolvorear bien la zona quemada con "Streptocide" (sulfanilamida) después de haberla limpiado, y aplicar tiras de tul graso. El vendaje se dejó puesto generalmente cuatro o cinco días, al cabo de los cuales se vio a menudo que las quemaduras superficiales se habían curado.

La envoltura irrigable se encontró más adecuada para quemaduras extensas de los miembros, ya fuesen superficiales o profundas; en las últimas, este tratamiento fué un preliminar del injerto de piel.

El tratamiento con Streptocide y tul graso fué especialmente útil para quemaduras del rostro y heridas superficiales de los miembros de extensión limitada.

En algunos casos se alternaron ambos métodos con buen éxito. La rapidez de la curación y el control de la infección se comparan favorablemente con los métodos que emplean agentes del tipo del tanino, pero se reconoce que el ácido tánico puede ser todavía el medio más eficaz de salvar la vida en las quemaduras muy extensas.

(B. M. I.)

### La preparación y condimentación de las verduras

*Medical Research Council, British Medical Journal, p. 26-27, Julio 1941*

Este trabajo es una versión ligeramente abreviada de una nota preparada por el Accessory Food Factors Committee (1) del Medical Research Council.

#### *Conservación de Vitaminas*

Las vitaminas se pierden y destruyen en la preparación y condimentación de verduras por muchos de los métodos actualmente en uso común.

Las generalizaciones siguientes resumen nuestros conocimientos sobre la conducta en las verduras de las vitaminas que es más probable que sean afectadas en el curso de la preparación de verduras para la mesa.

La Vitamina liposoluble A no es probable que sufra daño alguno; las vitaminas hidro-solubles B y C son las que es más probable que se pierdan en la preparación y cocción de las verduras. Esto es así por las razones siguientes:

(1) Porque son hidro-solubles, se disuelven al ser remojadas o cocidas en agua.

(2) Los vegetales crudos contienen enzimas que son activas para destruir las vitaminas especialmente si el vegetal crudo se deja cierto tiempo después de haberlo picado o cortado.

Estas sustancias que destruyen las vitaminas se hacen más activas a medida que la temperatura se eleva durante la cocción hasta llegar a un punto en que ellas mismas quedan destruidas. Este punto de destrucción no es más que algunos grados por debajo de la temperatura de ebullición.

(3) Las vitaminas hidro-solubles también son destruidas por el calor hasta un punto que depende del tiempo e intensidad del calentamiento.

(4) Las vitaminas hidro-solubles se ha visto que disminuyen en cantidad en los alimentos que se dejan esperar después de haber sido guisados.

(5) La sal o el azúcar añadidos a los vegetales antes de guisar-

los disminuye la cantidad de destrucción en las condiciones descritas en (3) y (4) más arriba.

(6) Las Vitaminas B y C son más estables en presencia de ácido que se añade a veces en forma de vinagre. La adición de alcalis (carbonato o bicarbonato de sosa) acelerará en cambio la destrucción de las vitaminas.

#### *Reglas prácticas para tratar las verduras*

- 1.—Conseguirlas todo lo más frescas posible.
- 2.—Conservarlas en lugar húmedo y fresco.
- 3.—Tomar precauciones para evitar desperfectos debido a aplastamiento o rozaduras durante su transporte o manejo.
- 4.—Si se ponen a remojar los vegetales úsese agua salada (15 gramos por litro):
- 5.—Si hay que picar o hacer pedazos de los vegetales para ensaladas, prepárense inmediatamente antes de servir.
- 6.—Usese la menor cantidad posible de agua para cocerlos.
- 7.—El agua ha de estar hirviendo antes de poner los vegetales.
- 8.—Añádase sal al agua antes de poner los vegetales.
- 9.—Pónganse poco a poco los vegetales o gradualmente con el fin de evitar que se salga el agua.
- 10.—No se cuezan los vegetales más que el tiempo necesario para que se pongan tiernos.
- 11.—Tómense disposiciones con el fin de que los vegetales se sirvan inmediatamente después de cocidos. No se les deje permanecer mucho tiempo en una fuente caliente bajo ningún pretexto.
- 12.—Si quedase agua después de cocerlos, escúrrase y empléese en la preparación de sopas y salsas; otro método alternativo, si se cuecen sucesivos vegetales en el mismo día, es usar de nuevo la misma agua, añadiendo más si es necesario.

#### *Métodos que proporcionan una menor pérdida de Vitamina C*

Método 1.—Cuézase el menor tiempo posible en una pequeña cantidad de agua salada; úsese el agua ya empleada para cocer más vegetales y para añadir a sopas y salsas.

Método 2.—Córtense los vegetales frescos en tiras de 5 a 8 centímetros de largo por un poco menos de dos centímetros de ancho y salténse a fuego vivo durante medio a un minuto en una pequeña

---

cantidad de aceite caliente o grasa a la que se haya añadido sal (dos cucharaditas de aceite y media cucharadita de sal para un repollo de tamaño regular). Añádase una pequeña cantidad de agua hirviendo (de media a una taza para lo indicado más arriba) y déjese hervir durante unos 10 minutos en una vasija cerrada. Cuando los vegetales están cocidos sólo debe quedar un poquito de agua. Este método se emplea en todo Oriente y en la India. En Europa, lo que más acerca a él es el método francés de "cacerola" o cocina "conservadora" para el cual los vegetales se colocan en un plato resistente al fuego, cubierto, con un poco de agua y grasa y se guisan en el horno o sobre una llama baja durante 15 a 25 minutos.

La cocción por vapor de los vegetales, incluso con el mejor equipo de utensilios, no es tan satisfactoria como los métodos más arriba descritos.

#### *Conservación de las sales*

Si las precauciones más arriba descritas se siguen cuidadosamente puede estarse seguro de que se conseguirá asimismo la conservación eficaz de las valiosas sales presentes en las verduras.

#### El Electrocardiograma en el ataque de Stokes-Adams

Y. Parkinson, C. Papp, W. Evans, British Heart Journal, p. 171-199, Julio 1941.

(1) La enfermedad de Stokes-Adams es un nombre aplicable a pacientes con bloqueo cardíaco que padecen de ataques recurrentes de pérdida de conocimiento debidos a parada ventricular, taquicardia ventricular, fibrilación ventricular o una combinación de estas últimas.

Durante un ataque de Stokes-Adams por parada ventricular, la aurícula continúa latiendo, mientras que en el síncope cardíaco de otros tipos hay por regla general una total parada cardíaca.

El síncope cardíaco de origen neurogénico (por ejemplo, desvanecimiento ordinario y parada ventricular procedentes de enfermedad que afecte al vago o al seno carotideo) y el síncope cardíaco de origen miocárdico sin bloque cardíaco (por ejemplo en la bradi-

cardia nodal y en la taquicardia ventricular paroxística) se hallan excluidos mediante esta definición, aunque hay casos limítrofes.

(2) El mecanismo cardíaco de los ataques de Stokes-Adams fué estudiado en electrocardiogramas registrados durante el período de inconsciencia, en ocho de los propios casos de los autores y en 56 casos registrados. Estos caen dentro de cuatro grupos o tipos y se hallan tabulados de acuerdo con la base electrocardiográfica del ataque.

Grupo I.—(28 casos publicados y 5 de los autores) comprenden de aquellos pacientes con *parada ventricular solamente*.

Grupo II.—(16 casos publicados y 2 de los autores) comprenden de tanto aquellos con (a) *baja taquicardia ventricular* y (b) *elevada taquicardia ventricular y fibrilación cuando una o la otra van seguidas de parada ventricular*.

Grupo III.—(12 casos publicados y 1 de los autores) comprenden de aquellos con *elevada taquicardia ventricular y fibrilación sin parada ventricular*.

Grupo IV.—Comprende aquellos casos raros con *extremada bradicardia en el bloqueo cardíaco*.

Es evidente que la parada ventricular por sí sola no es el único lapso cardíaco que determina un ataque de Stokes-Adams. Este es debido a menudo a mal funcionamiento, no a inacción del ventrículo. Alrededor del 55% se deben a parada ventricular; 25% a taquicardia ventricular (con o sin fibrilación ventricular) seguida de parada ventricular; y 20% a taquicardia ventricular sin parada ventricular.

(3) *Parada ventricular* es a veces consecutiva a un aumento de la velocidad auricular. Como quiera que el esfuerzo o la emoción determinan tan raramente la parada ventricular, este aumento en la velocidad auricular probablemente se origina localmente en la aurícula y no proviene de ninguna influencia nerviosa.

Durante una corta parada ventricular (inferior a 20 segundos), la aurícula late regularmente, a menudo a velocidad aumentada, y la persistencia de ondas P durante la parada ventricular es un rasgo que la distingue de la parada total del síncope cardíaco. Durante una larga parada ventricular (superior a 20 segundos), o cuando la parada ventricular va precedida de elevada taquicardia ventricular y fibrilación (Grupo II), la aurícula puede presentar ondas P más lentas irregulares y ectópicas, fibrilación auricular y "flutter" o puede incluso detenerse.

---

(4) En el grupo con *taquicardia ventricular*, son comunes como es de esperar múltiples y variables extrasístoles y complejos variables de bloqueo de rama entre los ataques. La baja taquicardia ventricular (hasta 160) no produce inconsciencia, pero provoca la subsiguiente parada ventricular que la produce (grupo II<sup>a</sup>). La elevada taquicardia ventricular y fibrilación (200-500) produce inconsciencia (grupo III) y este puede prolongarse por la subsiguiente parada ventricular (grupo IIb). El electrocardiograma de la taquicardia ventricular está compuesto de deflecciones regulares semejantes al bloqueo de ramas, que a velocidades elevadas se funden en ondulaciones simples; y sin embargo, el término de "flutter" ventricular no necesita ser empleado, porque el parecido con el "flutter" auricular es superficial.

(5) *Fibrilación ventricular*. Se distingue de la taquicardia ventricular por su irregularidad tanto en velocidad como en forma, aunque la velocidad por minuto puede ser la misma, más elevada e incluso inferior. La elevada taquicardia ventricular pasa fácilmente a fibrilación, lo que acaba con parada ventricular o con reanudación gradual del ritmo básico a través de un período de baja taquicardia ventricular o de complejos extrasistólicos variables.

(6) La base esencial de un ataque puede ser decidida solamente mediante electrocardiograma. La prolongación de la inconsciencia o su aparición tardía en la taquicardia ventricular y fibrilación no puede distinguir a este grupo del de la parada ventricular sola, porque otros factores pueden influir en la inconsciencia, por ejemplo, la rapidez de la presentación del bloqueo o el descenso en la velocidad, una rápida sucesión de ataques y el estado de las arterias cerebrales. Por razones semejantes, es difícil decir exactamente cual debe ser la duración de la detención circulatoria para producir síncope o convulsiones.

(7) En el bloqueo cardíaco completo ya establecido o en el bloqueo cardíaco parcial, el ataque de Stokes-Adams puede pertenecer a cualquiera de los grupos, mientras que en el bloqueo cardíaco paroxístico se halla generalmente en el Grupo I, es decir para ventricular solamente. Después de trombosis coronaria, pueden producirse ataques debidos a parada ventricular solamente, así como aquellos debidos a taquicardia ventricular y fibrilación.

(8) No puede atribuirse significado pronóstico al grado de bloqueo cardíaco parcial o completo obtenido entre los ataques, pero

---



la naturaleza electrocardiográfica del ataque tiene gran significado en el pronóstico e indudablemente en el tratamiento, aunque esto no se examina aquí. Los pacientes con parada ventricular (Grupo I) tienen buenos prospectos de curación y a menudo sobreviven durante muchos años, mientras que aquellos con taquicardia ventricular y fibrilación (Grupos II y III) rara vez se curan y rara vez sobreviven más de un año.

### Factores endocrinos en el Acné Vulgaris

L. E. Cohen, *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, p. 231-254, Agosto-Setbre. 1941.

Se trata de una revista de conjunto de los factores endocrinos en el acné vulgaris, con extensas citas de la literatura.

Las hormonas relacionadas químicamente con el colesterol producen proliferación en la epidermis. El tiroides regula el metabolismo de la piel. La lesión primaria en el acné es la hiperkeratosis de las bocas de los folículos y esta es la afección que probablemente es de origen endocrino.

Numerosos factores, que comprenden: la coincidencia del acné con la pubertad, su rareza después de la menopausia, sus variaciones según los periodos y en el embarazo, y el hecho de que la castración reduce la proliferación celular en la epidermis, hacen suponer una relación con el mecanismo pituitario-gonadal.

Se ha sugerido la superactividad basófila como una causa del acné. También se ha dicho que aparece en la acromegalia y en el arthenoblastoma. La existencia de disfunción de la pituitaria anterior y las gonadas ha sido asegurada por algunos autores y negada por otros. Otros diversos autores consideran igualmente importante la deficiencia gonadal y el hiperfoliculinismo. Se conviene en que la administración de andrógenos puede dar lugar a acné.

Existe completo desacuerdo por lo que toca a la eficacia del tratamiento con hormonas ganadotrópicas y estrogénicas. Muchos autores continentales consideran el acné como una manifestación de hipertiroidismo y muchos investigadores americanos lo consideran ligado con hipotiroidismo. No es común en ninguna enfermedad tiroidea completamente desarrollada. El metabolismo basal ha sido señalado unas veces elevado, otras bajo y otras normal. El tiroides puede ser un accesorio útil en el tratamiento del tipo de paciente tórpido.

El acné es común en la hipertrofia y tumores de las glándulas suprarrenales.

Las anomalías en el metabolismo de los hidratos de carbono pueden afectar la piel:

- causando vasodilatación local
- afectando la retención acuosa
- produciendo alteraciones en el pH.

Algunos investigadores encuentran elevado el azúcar en sangre y otros normal. Del mismo modo, unos encuentran la tolerancia a la glucosa baja y otros normal.

La incidencia del acné en la diabetes mellitus es incierta. El tratamiento del acné con insulina y con protamina-zinc-insulina ha dado resultados favorables.

El colesterol en sangre y la lecitina en sangre se consideran de ordinario normales. Algunas autoridades consideran al acné como una lipoidosis epidérmica primaria.

#### Complicaciones Renales de la terapéutica con Sulfapiridina

*M. S. Laird Lancet, p. 272-275, Setiembre 1941.*

Actualmente se reconoce la hematuria como una complicación importante de la terapéutica con sulfapiridina.

El cuadro clínico que presenta se describe en tres fases y se refieren cinco casos ilustrativos. En la primera fase, la hematuria sólo se percibe microscópicamente y a veces hay dolor; en la segunda, la hematuria es grande, de ordinario acompañada de dolor, pero desaparece rápidamente suspendiendo la droga y dando abundantes líquidos; y en la tercera, a pesar de tales medidas como remedio existe alteración de la función renal que puede conducir a retención de nitrógeno, anuria y muerte.

Se sugiere que los cristales de acetyl-sulfapiridina, precipitados en los túbulos renales, pelvis y uréteres, producen hemorragia, edema y, posiblemente, espasmo reflejo que en los casos graves puede conducir a obstrucción uretérica, hidronefrosis e insuficiencia de la función renal. Los factores que influyen en el precipitado de los cristales comprenden la intensidad de la dosis, la velocidad de absorción y excreción, la proporción de sulfapiridina libre y conjugada

en sangre y orina, la cantidad de líquidos ingeridos y pérdida de los mismos, y la concentración y reacción de la orina.

En la profilaxis, la medida más importante es asegurar una ingestión de líquidos diaria no inferior a tres litros.

La complicación habrá de ser reconocida a tiempo, porque en las fases primera y segunda el tratamiento es sencillo y sumamente eficaz. En la tercera fase, un pronóstico favorable depende de instituir sin pérdida de tiempo la cateterización uretérica y lavado; en uno de los casos que aquí se describen esta medida salvó la vida del paciente.

B. M. I. S.

#### La operabilidad del carcinoma de recto

J. C. Goligher, *British Medical Journal*, p. 393-397, Setiembre 1941.

En una serie de 1.186 casos se ha analizado la operabilidad del cáncer de recto. El índice de operabilidad para los varones fué de 58.5%; para las mujeres de 64.5% y para ambos sexos de 60.3%.

En 8% de los casos la inoperabilidad fué debida al mal estado general del enfermo y en 32% al estado avanzado del tumor.

Por lo que atañe a la edad, la operabilidad fué mayor entre los 40 y los 49 años, declinando en los pacientes más viejos o más jóvenes.

La inoperabilidad del cáncer mismo estuvo determinada por la presencia de una o más de las siguientes condiciones fijación local del tumor, metástasis hepáticas, placas carcinomatosas peritoneales o extensa complicación de los ganglios linfáticos abdominales. La laparotomía fué necesaria de ordinario para decidir sobre la existencia de dichas contraindicaciones.

La fijación local del tumor fué notada en 23.9% de los casos generalmente operables y en 18.9 de los casos en que se había practicado laparotomía. De ordinario, la fijación era anterior y a las vísceras pélvicas o abdominales correspondientes. Los tumores que afectaban la pared anterior del recto fueron mucho menos frecuentemente operables que los limitados a otros cuadrantes del intestino. La operabilidad de tumores anteriores en las mujeres fué más elevada que en los hombres. Las adhesiones que producen fijación fueron generalmente, pero no invariablemente, de carácter inflamatorio.

En 11.5% de los casos en que se practicó laparotomía fueron

---

palpables metástasis hepáticas. La presencia de matástasis ocultas no descubiertas se supone en otro 14.3% de dichos casos.

En 11.1% de los casos sometidos a laparotomía se apreciaron nódulos tumorales en el peritoneo o complicación extensa de los ganglios linfáticos abdominales. Estas afecciones, no obstante, rara vez fueron la única causa de inoperabilidad.

Al tratar de conseguir un índice mayor de operabilidad, se pone de relieve la importancia de poder disponer de varios procedimientos radicales de gravedad varia.

La cifra de mortalidad por operación para todos los casos operables que tengan cierta forma de tratamiento quirúrgico fué de 15.6%; para los casos sometidos a excisión combinada, de 18.7% y para aquellos sometidos a excisión perineal 7.9%.

#### El papel de la Vitamina C en la cicatrización de las heridas

*A. H. Hunt, British Journal of Surgery, p. 436-461, Julio 1941.*

Se estudió en cobayas el efecto de una deficiencia parcial en Vitamina C sobre la cicatrización de heridas. Se llevó a cabo la operación de gastrotomía en dos grupos de animales mantenidos con una dieta productora de escorbuto. Un grupo, el grupo "sub-escorbútico" recibió 0.5 mg. de ácido ascórbico en días alternos desde el décimo día en adelante; el otro grupo, los controles, 4 mg. en días alternos desde el principio del experimento. Ningún grupo desarrolló escorbuto. La cicatrización de las heridas fué seguida macroscópica y microscópicamente hasta el veintiún día.

Se demostró que una deficiencia en Vitamina C, insuficiente para causar escorbuto, estorbaba con certeza la cicatrización de heridas porque

- (1) La sustancia intercelular permaneció inmadura y de poca consistencia.
  - (2) las células proliferantes mesodérmicas mantuvieron las características de los fibroblastos.
  - (3) la cicatriz se alteró debido a efusiones de suero sanguinolento y
  - (4) la eliminación de los tejidos dañados y del catgut fué retrasada.
-

Asimismo se produjo escorbuto en animales después de que sus heridas habían cicatrizado. La colágena en las cicatrices retrocedió a "precolágena". Una herida cicatrizada imperfectamente se abrió de nuevo espontáneamente.

En 28 casos humanos que fallecieron después de operaciones de las vías digestivas se hicieron necropsias. Se examinaron las heridas histológicamente. La formación de colágena fué peor en aquellos casos en que sus tejidos poseían la menor cantidad de vitamina C. Estos fueron los casos que rompieron sus incisiones abdominales o perdían en las líneas de sutura anastomóticas. Por consiguiente también en el hombre una deficiencia parcial de Vitamina C probablemente retrasa la cicatrización.

### La transmisión de la Sarna

K. Mellanby, British Medical Journal, p. 405-406, Setiembre 1941.

Los experimentos descritos en este trabajo fueron realizados en voluntarios que vivían en condiciones institucionales controlados. Todos los voluntarios eran pacifistas que recibieron alojamiento, comida y salario semejante al que hubieran recibido en el servicio militar.

1.—*Transmisión indirecta.* Los voluntarios (a) durmieron desnudos en mantas previamente utilizadas por pacientes sarnosos; (b) usaron ropa interior que había sido llevada previamente por pacientes sarnosos.

2.—*Contacto personal.* Los voluntarios durmieron en el mismo lecho con pacientes infectados, llevando ambos pijama.

Los sujetos fueron desnudados y meticulosamente inspeccionados diariamente durante un período de alrededor de un mes después de cada experimento.

En 63 experimentos utilizando ropa interior y mantas, la sarna sólo fué transmitida dos veces, aunque se hizo todo lo necesario para favorecer la transmisión. En ninguno de los experimentos (25 en total) en los que se usaron mantas solamente, se transmitió la infección y el autor concluye que bajo condiciones normales las mantas pueden rara vez ser culpables de la transmisión de la enfermedad.

En tres casos en los que un voluntario y un infectado durmie-

rott juntos durante 7 noches, los parásitos se encontraron en los tres voluntarios después de un período de 8, 9 y 12 días a partir del comienzo del experimento. En un cuarto caso el voluntario durmió durante dos noches en las mismas condiciones pero no contrajo la infección.

De estos hechos se saca en consecuencia que la sarna es transmitida normalmente por contacto personal, bien de naturaleza ligera o venérea.

El autor cree que las pruebas aportadas en el presente trabajo no son suficientes para afirmar que la desinfección de ropas y mantas es innecesaria en casos de sarna, aunque dicha conclusión parece muy probable.

#### Los cambios en la sangre producidos por deshidratación en la infancia

A. G. V. Aldridge, *Archives of Disease in Childhood* p. 81-94, Junio 1941.

Se han estudiado los cambios hémáticos en una serie de cincuenta y un niños que padecían diversos grados de deshidratación (treinta y cinco tenían gastro-enteritis y dieciséis estenosis pilórica).

El número de hematíes se hallaba aumentado, hallándose la media bien por encima de los 5.000.000 por c. mm. y ha quedado demostrado que esto representa un aumento considerable en los glóbulos rojos de niños de esta edad, aunque algo del aumento puede ser debido a anemia nutritiva. También aumentó la hemoglobina pero a menudo en grado inferior que los hematíes debido a la existencia de anemia hipocrómica. El cálculo de la hemoglobina por sí solo no es una indicación adecuada de la hemoconcentración. Descontando la edad y cualquier anemia nutritiva que pudiera hallarse presente, las cifras del hematocito se hallaban considerablemente por encima de lo normal.

El cloruro en plasma en la gastro-enteritis fué variable; el promedio de la serie fué elevado (651 mg. por ciento), pero en algunos casos las cifras estuvieron por debajo de lo normal. El nivel del cloruro en plasma no varió necesariamente por el grado de deshidratación o el estado clínico. Se vió que una elevación aparente cuando no efectiva en la concentración del cloruro en plasma en la gastro-enteritis y la deshidratación se debe a: a) La cantidad rela-

---

tivamente reducida de cloruro en comparación con la pérdida de base; b) la concentración de la sangre circulante; y c) la insuficiencia renal. En la estenosis pilórica, el cloruro en plasma o bien disminuyó ligeramente o estuvo por debajo de lo normal.

Las proteínas en plasma en la gastro-enteritis fueron, por término medio, algo más elevadas que en la serie de niños normales. La concentración de proteínas en plasma no puede utilizarse como una indicación del estado de hidratación de la sangre circulante. Las proteínas en plasma en la estenosis pilórica estuvieron ligeramente por encima de lo normal. En esta serie de casos no se halló una relación concreta entre concentración proteínica en plasma y recuento sanguíneo, hemoglobina y cifra del hematocito, excepto que todas las cifras tendieron a elevarse sobre lo normal en la deshidratación.

#### Gonorrea aguda: nuevas observaciones sobre el tratamiento con Sulfapiridina seguido de lavados

*J. Sommerville, British Med. J., p. 916-962, Junio 1941.*

El trabajo es una revista de 300 casos consecutivos tratados por el autor. El tratamiento consistió en Sulfapiridina administrada oralmente, 0.5 gr. 4 veces al día por espacio de una semana. Fueron cualesquiera los resultados se dieron irrigaciones de solución de permanganato potásico al 1:8,000 a diario durante una semana al comienzo de la segunda semana, seguidas de irrigaciones semejantes en días alternos durante la tercera semana. Por lo general esto bastó, pero si los exámenes clínicos y urinarios no eran completamente satisfactorios, al final de las tres semanas se continuaba el lavado.

Después de un período de observación de tres semanas, se tomaba exudado prostático y si este no era satisfactorio (menos de 4 células de pus por campo), se llevaba a cabo un examen uretroscópico una semana más tarde, seguido de la introducción, de una sonda curvada. De no obtenerse respuesta a la instrumentación, a la semana siguiente se hacía una prueba de Kahn ordinaria y, por último, si todo iba bien el paciente era dado de alta al cabo de nueve semanas.

El lavado se empleó después de la quimioterapia con objeto de

---

aumentar el porcentaje de curas precoces (90% con Sulfapiridina sola) como un esfuerzo para evitar complicaciones.

En 103 casos se anotó el tiempo necesario para conseguir exudados uretrales gonococo-negativos, siendo el promedio 1.74 días.

El tiempo necesario para el cese de pus uretral fué anotado en 291 casos, divididos en 4 clases como sigue:

	No. de casos	Promedio de días
Casos corrientes . . . . .	250	4.98
Alcohólicos confirmados . . . . .	33	23.09
Re-expuestos a contagio . . . . .	5	25.60
Complicaciones antes del tratamiento . . . . .	3	30.00
	<hr/>	<hr/>
	291	7.66
	<hr/>	<hr/>

De la serie total de 300 casos se excluyen siete debido a la irregularidad de su asistencia o ausencia total, y los 2 restantes (0.68% de 293) fueron considerados como fracasos.

Se observaron algunos signos de intolerancia en 39 casos . . . (13%) (se dá un cuadro de síntomas y media de incidencia diaria).

Asimismo se dá una tabla de las complicaciones antes y después del tratamiento, 10 (3.33%) registradas antes y 5 (1.66%) después de comenzado el tratamiento.

Se observó recaída en 20 (6.66%) casos, 15 en alcohólicos persistentes confirmados, 2 casi seguramente alcohólicos y 3 (1%) sin razón aparente.