

Año XIV



NÚMERO 156

REVISTA MEDICA

DE COSTA RICA

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO DEL COLEGIO DE MEDICOS Y CIRUJANOS
Y DEL CENTRO DE ESTUDIOS MEDICOS "MORENO CAÑAS"

Director:
DR. JOAQUIN ZELEDON

Secretario de Redacción
Dr. E. GARCIA CARRILLO

CUERPO CONSULTIVO:

Dr. SOLON NUÑEZ
Secretario de Estado en el Despacho
de Salubridad Pública y Protección
Social.

Dr. FERNANDO PINTO
Presidente de la Facultad de Medicina

Dr. A. PEÑA CHAVARRIA
Dios.
Director del Hospital San Juan de

Sumario:

	Pág.
I.—Síndromes ictericos de las lúes, por el Doctor Joaquín Zeledón A.	73
II.—La sífilis cardio-aórtica en Costa Rica, por el Doctor Eugenio García Carrillo.	80
III.—Un caso de herida del miocardio por arma de fuego, por los Doctores Víctor M. Hernández A. y Edwin R. Zamora	87
IV.—Nuevo tratamiento de la sífilis en el ejército norteamericano, exposición del Doctor A. Peña Chavarría	93
V.—Informaciones Médicas.	96

SAN JOSE, COSTA RICA

ABRIL DE 1947

DIRECCION Y ADMINISTRACION

Calle 2ª entre avenidas 2ª y 4ª
Apartado 978 - Teléfono 2920

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Director: Dr. JOAQUIN ZELEDON

Tomo VII

San José, Costa Rica, Abril de 1947

No. 156

Año XIV

Síndromes Ictéricos de la lúes Interpretación y tratamiento

Trabajo presentado al I.º Congreso Venereológico de Panamá, Abril, 1946

Dr. Joaquín Zeledón Alvarado

Ictericia en sus diversos grados, astenia, trastornos digestivos y bradicardia, constatados en un luético, cualquiera que sea el período o accidente de la enfermedad, es lo que hemos dado en llamar síndromes ictericos de la sífilis. Ostentan como síntoma cardinal el más llamativo, que es la coloración amarillo verdosa de los tegumentos. Aparecen, a veces formando parte del cortejo sintomático inicial, otras, en las etapas activas, en las latentes, sea también como meros accidentes en el curso del tratamiento y, en fin, como entidades patológicas concomitantes u ocasionales sin ningún nexo directo con la sífilis. Se deduce, en tales circunstancias, que para una adecuada interpretación y tratamiento del síndrome, es fundamental establecer su etiopatogenia, base del diagnóstico diferencial. Con tal propósito sugerimos una clasificación de orden puramente clínico, basada en la observación de enfermos luéticos durante cerca de diez años. Admitimos que está muy lejos de ser completa y que adolece del respectivo control de laboratorio. Ni se practicaron índices ictericos, ni van den Bergh, ni búsqueda del ácido B. oxibutírico. No obstante, conceptuamos que nuestras observaciones pueden tener algún valor para el médico práctico. Desde el punto de vista de la modalidad clínica y etiológica, los síndromes ictericos de la sífilis pueden ser iniciales o sintomáticos puros, alérgicos, biotrópicos o de reactividad infecciosa visceral, tóxicos o medicamentosos y en fin ocasionales y extraños a la lúes.

1º—Iniciales.—Así denominamos esas ictericias que formando parte del cuadro sintomático de la sífilis, temprana o

tardía inducen al enfermo a acudir al médico. Consideremos dos eventualidades.

a) En Sífilis Activas, encontraremos además, las clásicas manifestaciones del período serológico: si es reciente, huellas de chancro, infartos ganglionares, positividad de las pruebas de Wassermann, etc. No hay, en ciertos casos, bradicardia, pero sí astenia e insomnio. Faltan los pruritos y disturbios digestivos. Orina ligeramente hematurica. No hay urobilina.

b) En Sífilis Latentes y tardías será preciso buscar los signos de las hepatitis, sea como manifestaciones secundarias que simulan en ocasiones ictericias infecciosas o catarrales, pero con la característica que tienen una rebeldía manifiesta al tratamiento clásico, sea como evidencia de terciarismo que realiza las muy conocidas y variadas formas de las cirrosis. En estos casos el diagnóstico se dificulta considerablemente. Es preciso eliminar factores posibles de infección crónica (como la angiocolitis litiasica Milian). Determinar el posible papel de la intoxicación alcohólica frente a una cirrosis atrófica tipo Laennec, o hipertrófica biliar de Hannot.

En tratándose particularmente de adultos que han sobrepasado los cincuenta años debe pensarse en los tumores malignos del hígado, de las vías biliares (ampolla de Vater), del páncreas. El signo de Courvoisier no debe olvidarse. En nuestros países tropicales la hepatitis específica con su hígado aumentado de volumen y sobre todo de consistencia, con ictericia moderada, aún en el caso de positividad del B. W., no excluye la posibilidad de una malaria crónica, de un absceso amibiano o de un quiste hidatídico. La asociación de estos últimos estados con la sífilis puede ser causa de numerosos errores de diagnóstico.

2º—Alérgicos o de conflicto.—Los encontramos particularmente en el curso de tratamientos. Tienen la particularidad que aparecen consecutivamente a otras manifestaciones alérgicas (urticarias, crisis nitritoides rojas y blancas, etc.). Son fugaces. No alteran el estado general, pero producen náusea, vómitos, pruritos, anorexia pasajera, astenia benigna. Pueden observarse en cualquiera de las etapas de la medicación. Los hemos visto coincidir con los cambios del tiempo (humedad atmosférica.)

3º Infecciosos por reactivación. Síndromes éstos que gustosos denominamos biotrópicos ya que en su etiología se evidencia el fenómeno descrito por el Prof. Milian bajo el nombre de biotropismo. La sintomatología denota un cuadro infeccioso icterico. Se presentan con motivo de la arsenoterapia generalmente al iniciarse. Es difícil determinar la parte que corresponde al factor infeccioso y la que se origina de la acción tóxica propiamente dicha que actúa sobre el hígado. Para algunos autores modernos el principio de *locus minoris resistencie* explicaría esa exacerbación de la virulencia microbiana que originaría la angiocolitis, hepatitis. La leucocitosis, la epistaxis, la púrpura, la ausencia de pruritos y de neuritis estarían en favor del síndrome icterico infeccioso. En igual sentido colaborarían en este diagnóstico otras manifestaciones anteriores o concomitantes de biotropismo (Forunculosis, erisipelas, abscesos, herpes zoster, etc.

4º Tóxicos o medicamentosos. Ampliamente conocidos. Revisten una importancia capital pues de ellos depende la conducta a seguir en el tratamiento. Hay signos precursores como el enflaquecimiento, malestar general, tinte terroso, anorexia, lengua saburral, trastornos digestivos varios: colitis, timpanismo, digestiones lentas; sensibilidad en la región hepática. Los antecedentes de colelitiasis, en especial las formas frustradas, evidenciadas por vértigos, así como las frecuentes crisis hemorroidarias, dan la voz de alerta pues se avecina con frecuencia el síndrome icterico tóxico. Desde luego estos síndromes tienen valor única y exclusivamente en curso de tratamiento. El síndrome icterico tóxico puede aparecer tempranamente, acompañando las otras manifestaciones generales que implican intolerancia medicamentosa (arsenical sobre todo) tales como cefalea intensa que aparece desde las primeras horas que siguen la inyección, temperatura rebelde precedida de calofríos, mialgias, vómitos, urticarias, dolores lumbares y epigástricos, hiperhemia de las mucosas, eritemas y por último la ictericia.

Tardíamente, un enfermo que ha soportado bien un tratamiento de ataque y que está en plena consolidación o sostén, lo vemos de un momento a otro enflaquecer, se queja de astenia, de

dolores, insomnio, anorexia, dispepsia, púrpuras, hemorragias, etc., que finaliza con una ictericia dando el cuadro de la hepatitis tóxica (desde luego no incluimos en este caso la hepato-recidiva de Milian que entra en otra clasificación: biotrópica o bien infecciosa.)

5º Ocasionales, extraños a la lues, como entidades patológicas concomitantes y sin nexo alguno con la sífilis, estos síndromes ictericos evidencian ya una enfermedad de Weil, una infección de la vesícula, una obstrucción de las vías biliares por cálculo o tumor, una intoxicación, ya una discrasia sanguínea. El marco reducido de estos apuntes no nos permite entrar en detalles sobre cada uno de ellos. Baste con tenerlos presentes o investigar meticulosamente todo síndrome icterico que no encaje dentro de las categorías mencionadas.

Diagnóstico diferencial.

No ofrece dificultades en los S. I. iniciales, ni en los alérgicos. En los biotrópicos viscerales y los tóxicos, el diagnóstico constituye un delicado y complejo problema. Que papel juega la intoxicación medicamentosa y hasta donde llega? O bien se trata tan solo de la hepato recidiva que autoriza continuar el tratamiento? Las formas mixtas en que se combinan diversas etiologías son las más árdias de ser interpretadas. En ciertos casos la reactivación microbiana al impulso de un *locus minoris resistencie* creado por la hepatitis hace más intrincado el problema.

Como principio guía de un buen diagnóstico diferencial, téngase siempre presentes los síntomas cardinales: los S. I. iniciales en lues activas se acompañan de otras manifestaciones de fácil constatación, hay positividad serológica en un 95% de los casos y reaccionan favorablemente y en pocos días hacia la desaparición. En los latentes, los anamnésticos, el estado general poco afectado, las manifestaciones de terciarismo en especial viscerales orientarán la investigación médica. Los S. I. alérgicos se acompañan de otras manifestaciones similares. Son fugaces. El estado general no se afecta. Tienen poca intensidad. Ceden fácilmente. En cuanto a los S. I. infecciosos por reactivación

(biotrópicos) y a los S. I. tóxicos propiamente dichos, recuérdese que en los primeros suelen encontrarse manifestaciones externas de reactivación microbiana (eritemas, forunculosis etc.,) hay temperatura en la mayoría de los casos, antecedentes de infecciones biliares y a menudo leucocitosis. En los segundos, ciertos pródromos nos ponen sobre la vía correcta del diagnóstico: las elevaciones térmicas son tardías, la astenia, el prurito generalizado, los trastornos digestivos, la bradicardia, las cefaleas, el insomnio, etc.

Es evidente que las formas mixtas del síndrome icterico lúctico son a veces infranqueable escollo para el diagnóstico y, en tales casos, la terapia debe reducirse a su mínima expresión so pena de catástrofes verdaderas.

Tratamientos

Varían de acuerdo con la etiopatogenia del síndrome. Profilácticamente, recuérdese los prodromos y los antecedentes de la disfunción hepática.

a) En los S. I. sintomáticos iniciales y en formas activas, el tratamiento de ataque con arsenicales trivalentes a las dosis clásica de 0.10 gr. por kg. de peso para la dosis total con una eliminación de 0.15 gr. por día. Ordinariamente la mejoría es rápida. En formas tardías o latentes preferimos preparar al enfermo inyectándole según los casos de 2 a 2 gr. 25 de Bi-metal en dosis total de cura, sea 0.15 gr. de Bi-metal por semana. En ancianos el Bi y el Hg (cianuro) y el IK son nuestros preferidos. En estos casos iniciar el tratamiento con arsenicales conduce con frecuencia a ictericias graves o Herxheimers muchas veces mortales. Después de la bismutoterapia seguimos prudentemente con arsenicales trivalentes con la técnica de Siccard. Si hay rebeldía del S. I. estimulamos los emunctorios con los medicamentos usuales y agregamos dieta rica en hidratos de carbono, pocas proteínas (la cuarta parte de los hidratos), vitaminas A y D 25.000 U. 2 veces por día. Clorhidrato de tiamina.

b) Los S. I. alérgicos pueden autorizar la continuación del tratamiento pero con cautela. La eritrodermia y la tendencia

a la dermatitis es una formal contraindicación en cuanto a la arsenoterapia. Preferible es recurrir a los bismúticos. Está indicada la desensibilización.

c) Cuando se presenta la reactivación biotrópica icterica hemos adoptado la pauta de alerta: no interrumpimos definitivamente los arsenicales sino que fraccionamos las dosis teniendo en cuenta la concomitancia de la hepatitis luética que muy a menudo se esconde tras un pseudo cuadro infeccioso. En estos últimos tiempos hemos asociado la penicilinoterapia, sin poder referir los resultados por ser muy pocos los casos.

D) En los S. I. tóxicos se impone el paro inmediato de toda terapia de ataque (arsénico, bismuto). Quizá la penicilina sería la única indicada, pero ésta es tan reciente que no tenemos experiencia personal suficiente para recomendarla o rechazarla. Usualmente prescribimos hace años: dieta antitóxica con activación de la diuresis durante ocho días. Luego dieta rica en Hidratos de carbono para favorecer la glucogenia, pocas proteínas (cuarta parte de los hidratos). Vitaminas A y D, para reemplazar la supresión de materias grasas, fuertes dosis de tiamina diarias por vía venosa. Vitamina C. Los extractos hepáticos están indicados por su acción opoterápica.

Algunos datos estadísticos

Hemos analizado 100 casos; 60 varones y 40 mujeres de Síndromes Ictéricos observados en su mayor parte en el Dispensario Central Antivénereo de San José, algunos en nuestra clínica particular. De ellos catalogamos 50% como tóxicos o de intolerancia medicamentosa franca: un 40% en curso de tratamientos arsenicales (Neoarsfenamina, mafarside, etc.) y un 10% al final de las curas bismúticas (Subsalicilatos, yodobismutatos de quinina, hidróxido de Bi, etc.) Síndromes iniciales en formas activas tempranas 10%; en tardías 12%. Síndromes alérgicos, muchos de ellos de conflicto terapéutico, 16%. Síndromes de reactivación, microbiana (biotrópicos) 5%. Síndromes ictericos ocasionales y ajenos a la lues 5%. (Una ictericia Leptospírica, dos tóxicas y dos infecciosas, un cáncer de la ampolla de Vater, una por obstrucción por cálculo biliar)

El tratamiento que seguimos fué de acuerdo con la etiología y modalidad clínica respectiva. Es el mismo que hemos ya expuesto en líneas generales. Tuvimos resultados satisfactorios y ninguno de nuestros enfermos falleció por motivo de la disfunción hepática.

Nótese que el número de hombres es superior al de mujeres. Esto puede deberse a que las mujeres costarricenses sienten demasiada aprehensión y rechazan con frecuencia los tratamientos arsenicales. Son más adictas a las curas bismúticas.

Conclusiones

I

En todo síndrome icterico luético es fundamental establecer el diagnóstico etiopatogénico que orientará el tratamiento a seguir.

II

Síndromes ictericos infecciosos son consecuencia de una reactivación microbiana desarrollada, posiblemente, al amparo de un biotropismo visceral.

III

La dieta hidrocarbonada adicionada de una cuarta parte de proteínas y dosis diarias de vitaminas B1, A D y C, han dado resultados satisfactorios en el tratamiento de Síndromes Ictéricos tóxicos de la sífilis.

La sífilis cardio-aórtica en Costa Rica

Trabajo presentado al Congreso Venereológico de Panamá, Abril, 1946

Dr. Eugenio García Carrillo

Introducción

La clínica de la sífilis cardio-vascular fué durante muchos años más o menos oscura. Esto se debió aparentemente a un concepto erronéo sobre la posibilidad de alteraciones vasculares de origen sifilítico. (1).

Sin embargo, a partir de los últimos años del siglo pasado, se tuvo ya una noción bastante clara del asunto. Tal vez demasiado énfasis se puso luego en la sífilis como causa frecuente de padecimientos cardio-vasculares, hasta el punto de que aún hoy, se encuentran bastantes médicos para los cuales cualquier soplo cardíaco o sensación dolorosa cardíaca y aún más un aspecto anormal de la aorta en una radiografía, implica necesariamente la sanción de un tratamiento anti sifilítico. Es evidente que este modo de proceder no lo justifica la apreciación cabal de los hechos. Por tanto, es bueno señalar cuáles deben ser las condiciones previas al diagnóstico de sífilis cardio-vascular.

Diagnóstico clínico

Es posible sostener un diagnóstico de sífilis cardio-vascular cuando se presentan algunas de las siguientes eventualidades:

1º—Antecedentes claros de infección sifilítica primaria, es decir, un chancro, y constatación posterior de aortitis con posible envolvimiento de las arterias coronarias o de las válvulas aórticas;

2º—Una lesión típica de la aorta, sin antecedentes de sífilis, pero con reacción de Wassermann positiva; este caso es frecuente en la mujer;

3º—Una lesión estructural característica en la aorta asociada a otra lesión orgánica alejada de la esfera cardio-vascular, pero de tipo sifilítico, tal como la parálisis general pro-

gresiva o la tabes, pudiendo en este caso ser negativa la reacción de Wassermann y faltar los antecedentes netos de infección primaria sífilítica.

Factores como la edad, el sexo y la raza, deben también tomarse en consideración. Siendo la sífilis cardio-vascular congénital en el niño una verdadera curiosidad médica, el diagnóstico de padecimiento sífilítico del corazón o de la aorta no se hace generalmente antes de los 30 años, suponiéndose que una sífilis de la adolescencia ya ha podido afectar profundamente el organismo. La influencia del sexo se traduce por una mayor frecuencia en el hombre; y la de raza por la noción de mayor infección entre los negros.

Anatomía patológica

El problema de la sífilis y el corazón, se reduce a apreciar cómo esta enfermedad ataca la primera porción, estratégica, de la aorta. La ortitis sífilítica se manifiesta bajo diversas modalidades que son: 1º, el aneurisma; 2º, el envolvimiento de las válvulas aórticas; 3º el envolvimiento de las arterias coronarias; 4º, la llamada miocarditis sífilítica. En esta última son precisamente los trastornos ocasionados por la aortitis en la circulación coronaria, los responsables de algún proceso de tipo degenerativo que ocurre en el seno del músculo. En cuanto a la goma sífilítica del corazón, es una rareza.

Deseando aportar a este notable Congreso algunos datos originales, procedimos al análisis de 8.000 autopsias practicadas en el Hospital San Juan de Dios, de San José, y entresacamos de nuestro archivo 500 casos electrocardiografiados y explorados en su mayoría con los rayos X. Como datos pertinentes, señalemos que la mortalidad por afecciones cardio-vasculares fué de 9.6%, y que excluyendo la mortalidad de los menores de 5 años, las afecciones del aparato circulatorio ocupan entre nosotros el primer lugar en mortalidad general. (2).

Cuando la localización anatómica de la aortitis fué señalada en las autopsias, notamos que la aorta ascendente estuvo comprometida en 19.1% del total de casos, y que la combinación de aorta ascendente y del cayado arroja la cifra de 35.1% sobre

el total. Cuando se analiza la combinación de localización en la aorta ascendente con otras localizaciones en el trayecto de la aorta, aorta ascendente y cayado, cuentan por 71.2% del número de casos en este grupo combinado. (Ver el cuadro N° 1).

Cuadro N° 1

Del análisis de 768 autopsias cardio-vasculares, 94 corresponden a aortitis sífilítica cuya localización anatómica está descrita.

GRUPO	No. de casos	% sobre el total de casos	% sobre el No casos en cada grupo
A. (*) N° 1: ascendente..	18	19.1	46.1
N° 2: cayado	13	13.8	33.3
N° 3: descendente..	6	6.3	15.4
N° 4: abdominal..	2	2.1	5.0
B. N° 1—2	33	35.1	71.2
N° 1—2—3	3	3.2	6.5
N° 1—2—4	3	3.2	6.5
N° 1—3	4	4.2	8.7
N° 1—4	3	3.2	6.5
C. N° 2—3	4	4.2	44.4
N° 2—3—4	1	1.0	11.1
N° 2—4	4	4.2	44.4
TOTAL	94		

Diagnóstico	Nº en 8.000 autopsias	Sexo y raza
Sífilis cardio-aórtica	147 (1.8% del total). Sobre el total de muertes cardíacas 19.1%	120 varones y 27 mujeres. 31.9% del grupo de raza negra.

Estos datos son muy importantes para afirmar que sin ningún examen radioscópico del torax es prácticamente imposible descubrir precozmente la aortitis sífilítica, dada la particularidad anatómica de su localización. Esta información preciosa para un diagnóstico precoz y tal vez para un tratamiento útil debiera constituir un requisito de cualquier examen clínico después de los 30 años, el día en que se multiplique entre los médicos el uso de la radioscopia.

Discusión

La frecuencia de las cardiopatías reumáticas en las autopsias, es levemente superior a la incidencia de las sífilíticas, y llega a 20% cuando se incluye entre ellas a la sigmoiditis aórtica calcificada (estenosis aórtica). En clientela las cifras correspondientes son muy inferiores: reumatismo 11.8% y sífilis apenas 5.2%.

En lo concerniente a las lúes, debe advertirse la ausencia de sujetos de raza negra en la clientela. Al revés, en las autopsias la incidencia de la sífilis entre ellos es mayor que la correspondiente a cualquier otro grupo etiológico (31.9%), siendo en cambio apenas de 17.5% del total el porcentaje de mortalidad cardio-vascular para la raza negra. Como término de comparación, vamos a referirnos a algunas estadísticas publicadas en Puerto Rico, en México y en Colombia, adecuadas por tener estos países características raciales y sociales parecidas a las nuestras.

En Puerto Rico, Koppisch (3), estudio 1259 autopsias encontrando una incidencia de 10% de cardiopatías. La sífilis fué la causa más importante de muerte: 30%. Suárez (4), en la misma isla, analizó clínicamente 1081 enfermos, más de dos tercios de los cuales eran pacientes privados, señalando que la sífilis cardio-vascular se encontró en 6.1%. En México, Chávez (5), informó de 1674 enfermos privados; entre éstos la incidencia de la sífilis fué de 8.8%. En Colombia Salcedo-Salgar (citado por White, 6), da la siguiente frecuencia observada entre 522 pacientes privados: 7.2%.

Resalta por consiguiente el hecho de que en Costa Rica la incidencia de la sífilis cardio-vascular en clientela es inferior a la de los mencionados países, y que en relación con la mortalidad, tenemos menos sífilis que en Puerto Rico.

Profilaxis y tratamiento

Numerosos estudios en varias clínicas, han demostrado que el mejor medio de prevenir la aortitis y sus complicaciones es el tratamiento apropiado de la infección durante los primeros años. Aparentemente los sifilógrafos de diferentes escuelas no se han puesto aún de acuerdo sobre un tratamiento único, y la introducción de nuevos derivados arsenicales y de la penicilina ha hecho cambiar modalidades de tratamiento que parecían estables hace unos 10 o 5 años. Sin embargo, es evidente que un tratamiento inicial prolongado ofrece las mayores posibilidades de profilaxis.

La estadística de Russell (7), publicada en los Estados Unidos en 1940, es a este propósito muy ilustrativa. Este autor pudo seguir a 590 enfermos sífilíticos durante un número de años suficientes para observar la aparición de manifestaciones cardio-vasculares. Demuestra Russell que 328 enfermos que siguieron un tratamiento adecuado, el 3.4% desarrollaron sífilis cardio-vascular. De 191 pacientes que siguieron un tratamiento menor que el considerado como suficiente, el 5.8% enfermó de su aorta, y en cambio, en 61 sujetos que soportaron un tratamiento standard, la incidencia de la aortitis fué de cero.

En resumen, un tratamiento adecuado, prolongado y enérgico de la sífilis en sus comienzos, previene la aparición de su complicación cardio-vascular 15 o 25 años después. Una vez

que esta se ha establecido, hay que proceder con la mayor cautela, sobre todo si se sospecha insuficiencia coronaria, pues un tratamiento intempestivo puede ser catastrófico. Nosotros, por lo que nos ha sido dado observar, somos casi abstencionistas en el tratamiento anti-sifilítico de la lúes cardio-vascular avanzada. Las indicaciones, la técnica del tratamiento, son materia de casos individuales bien estudiados desde el punto de vista clínico, electrocardiográfico, radiográfico y neurológico (incluyendo punción lumbar).

Nosotros tuvimos ocasión de analizar un grupo de 269 enfermos a quienes examinamos para dictar si eran aptos o no a soportar la fiebre artificial como medio terapéutico de su dolencia, casi siempre venérea. Rechazamos 3 casos de sífilis cardio-vascular (8). Posteriormente hemos observado 2 casos de bloqueo en sífilíticos, uno por prolongación de PR y otro intraventricular, beneficiándose ambos con la fiebre artificial. Repetimos al lúético cardio-vascular debe recetársele como enfermo y no por su enfermedad.

Resumen y conclusiones

Al llegar de nuestra informe, podemos resumirlo de esta manera,

1º—La sífilis cardio-aórtica en Costa Rica tiene una incidencia de 13% del total de muertes cardio-vasculares en 8.000 autopsias. Esta cifra excluye a los sujetos de raza negra, y no parece excesiva comparándola con datos de países vecinos.

2º—En relación con el problema de la sífilis cardio-aórtica se deben contemplar los siguientes puntos:

a).—Los fundamentos del diagnóstico positivo.

b).—El examen radioscópico como medio de diagnóstico precoz.

c).—El tratamiento del enfermo y no de la enfermedad en los casos avanzados.

3º—Sobre estos postulados se asienta la obra de profilaxis llevando a cabo un programa curativo apropiado.

4º—La propaganda, echando mano a sus recursos propios, es indispensable para lograr eliminar a la aortitis sífilítica como entidad patológica.

Referencias

1. Herrick James B.: "A Short History of Cardiology": Springfield 1942.
 2. Luros, .: "Aspectos Biodemográficos de la Población de Costa Rica". San José. 1942.
 3. Koppisch, citado por Suárez.
 4. Suárez, R.: "The incidence of heart disease in Puerto Rico" *Am. Heart J.*: 29:339, 1945.
 5. Chávez, I.: "Incidencia de las cardiopatías en México". *Arch Lat.-Am Hemat. y Cardiología*: 12:87, 1942.
 6. White, F. D.: "Heart Disease". New York. 1944.
 7. Russell, A. E.: "Syphilis case finding in industry". *J. Am. Med. Ass.* 114: 1321, 1940.
 8. García Carrillo, E.: "El estudio cardio-vascular previo a la fiebre artificial". *Rev. Méd. Costa Rica*: 6:321. 1945.
-

Un caso de herida del miocardio por arma de fuego

*Dcs. Víctor M. Hernández A.
Edwin R. Zamora*

Comentamos este caso aunque no exista supervivencia del enfermo, por ser excesivamente raros en la vida civil esta clase de heridas y por existir detalles de técnica que es conveniente discutir.

C. D. Masculino. De veintiún años de edad. Ingresó al Hospital el 27 de diciembre de 1944 a las once de la mañana siendo atendido por el médico de guardia, quien al recibirlo constata dos heridas por arma de fuego producidas el 24 de diciembre, una con orificio de entrada en la región anterior del hemitórax izquierdo, entre cuarta y quinta costilla, sobre el borde izquierdo del esternón; la otra herida estaba situada en la región lumbar por debajo de la cresta iliaca. El estado del enfermo no es de suma urgencia por lo cual el médico de guardia además de avisar al Servicio de Emergencia ordenó se tomaran las respectivas radiografías, una de pelvis y otra de tórax. Con estos exámenes previos y orden de colocar una fleboclisis glucosada, el enfermo es trasladado al Salón donde es visto después por uno de los cirujanos del Servicio quien constata lo siguiente: enfermo de buena estructura, dispnéico, ligeramente cianótico, respiración francamente abdominal, consciente, pulso 130, pequeño, con extrasístoles. Se aprecian también los orificios de entrada de los proyectiles sin orificio de salida en el tórax. La auscultación de un murmullo vesicular normal en ambos pulmones y un alejamiento de los tonos cardiacos; a la percusión se constata aumento de área cardiaca; existe estado febril. La presión sanguínea es de 120 máxima y 80 mínima. La radiografía da lo siguiente, el proyectil se encuentra dentro de la sombra cardiaca y presenta los

movimientos de pulsación cardiaca. Está situado cerca del borde izdo. Marcado aumento de la sombra cardiaca dando el aspecto de un hemopericardio. Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos: 4.600.000; hemoglobina 90%; leucocitos: 8.600; polinucleares: 68%; linfocitos: 30%; mononucleares: 2%; eosinófilos. menos de 1%. Orina: albúmina trazas. Grupo sanguíneo IV^o Moss. Tiempo de coagulación: 5 minutos, 30 segundos. Tiempo de sangría: 45 segundos. Estos exámenes fueron hechos el 27 de diciembre, día de su ingreso.

El día 31 de diciembre se repite el examen de orina que es negativo. El día 31 de diciembre se repite el recuento dando: glóbulos rojos: 3.750.000; hemoglobina: 74%; glóbulos blancos: 19.000; polinucleares: 84%; linfocitos: 12%; mononucleares: 4%; eosinófilos. menos del 1%. El día 1^o de enero del 45, el recuento da lo siguiente: glóbulos rojos 4.000.000; hemoglobina: 62%; glóbulos blancos: 12.000.

El enfermo queda en observación pues no se encuentra causa inmediata que justifique la intervención, pensándose además que ya habían pasado cuatro días desde el momento de su herida hasta su ingreso al Hospital; se le ordena solamente sedantes, coagulantes y una transfusión. Se establece un control minucioso de la presión y del pulso; en los momentos en que ingresa y en la tarde del mismo día 10 de presión máxima y 70 de mínima; el pulso es siempre de 130 con las mismas características de pequeñez, arrítmico y depresible; existía ligera cianosis y no había extasis venosa en el cuello. El 28 de diciembre por la mañana se observa que el pulso es más rápido y que la presión es de 100 máxima y 70 mínima por lo cual se decide hacer una punción del pericardio que da éxito a poca cantidad de líquido sero-hemático sintiéndose que la aguja se obstruye por la probable presencia de coágulos. La punción se hizo por la vía xífo-esternal. No se decidió la operación en la misma mañana por querer observar una hora más la evolución del paciente. En la tarde del mismo día 28 se observó que el pulso era de 145, muy pequeño, continuaban las extrasístoles y la presión era entonces de 90 máxima y 70 mínima; se pensó inmediatamente en el peligro de un taponamiento cardíaco y se decidió la operación que consistía en una pericardiotomía para la exploración

del corazón y para ver la posibilidad de extracción del proyectil. Durante el día 28 como tratamiento se le hizo otra transfusión, sedantes y coagulantes.

La operación se realizó bajo anestesia general con éter e intubación traqueal. Operación: Se hace una incisión de la piel siguiendo el borde izquierdo del esternón e incurvándose en el quinto espacio intercostal siguiendo hacia atrás casi la línea axilar anterior. Se realiza la técnica de Delorme-Mignón y Kocher resecaando quinto, sexto y sétimo cartilago costal, parcialmente el cuarto cartilago, previa ligadura de la mamaria interna por arriba y por abajo. Al descubrir el corazón se abrió accidentalmente la pleura por lo cual para obtener mayor exposición se continuó la incisión en el quinto espacio hasta la línea axilar anterior abriendo ampliamente la cavidad pleural. Se incidió el pericardio perpendicularmente observándose gran cantidad de coágulos recientes y sangre; se nota que continúa la hemorragia que procede de la cara posterior del corazón. por lo cual manteniendo ligera compresión en esta región se fija el músculo por un punto de sostén en la punta, el cual se desgarró decidiendo entonces maniobrar con el corazón apoyado en la mano. Por palpación se percibe en el ventrículo izquierdo cerca del nacimiento de la aorta el proyectil, el cual se extrae después de dislocar ligeramente el corazón para exteriorizarlo parcialmente, inmediatamente se hace la sutura del miocardio con catgut crómico y puntos en forma de colchonero; se coloca además un punto en el desgarro que se había producido en la punta del corazón. Se suturó el pericardio con puntos muy separados a fin de dejar libre drenaje en pleura a los exudados pericardiacos; se suturó la herida operatoria y a las doce horas después de la operación se colocó un drenaje mínimo en el espacio pleural izquierdo, que no se había colocado durante el acto operatorio. Durante la intervención se hizo una transfusión. La presión se mantenía siempre en 90-70 y el pulso era muy pequeño y débil, inmediatamente de abrir el pericardio y evacuar tanto los coágulos como la sangre, la presión mejoró colocándose en 120-70, el pulso se hizo más fuerte y más lento, y las respiraciones eran 60 por minuto al ingresar a la sala, fueron de 40 después de haberse efectuado eso.

Desde que se realizó la intervención se inició la inyección de Penicilina, 25.000 Unidades cada tres horas que no se suspendieron hasta que falleció el paciente; durante el post operatorio se hicieron dos transfusiones más y fleboclisis glucosadas; se realizó la oxigenoterapia con cateter nasal; se le administró morfina para calmar el estado de agitación. El cardiólogo Dr. García C., cooperó durante el post operatorio indicando solamente atropina y quinina cada seis horas.

La temperatura se mantuvo entre 37 y medio y 38 y medio, disnea, teniendo 40 respiraciones por minuto y algunas crisis de tipo asmático, el pulso se mantuvo siempre en 120 y 130 arritmico. El 31 de diciembre el enfermo está conciente y con menos disnea; este mismo día a las 12 de la noche es visto de urgencia porque su estado se agrava constatándose una arritmia completa de la cual fallece a los pocos minutos.

En este Hospital existen tres casos de herida del corazón que han sido operados, uno de ellos con éxito y dos muertos en el post operatorio a causa de complicaciones que en ambos ha sido la infección.

Los puntos de interés para nosotros en este caso son los siguientes:

- 1).—La indicación operatoria.
- 2).—La vía de acceso quirúrgico.
- 3).—El cierre o nó del pericardio.

Creemos que en heridas por armas de fuego con proyectil alojado en el corazón, deben como dice Turner, una vez pasado el momento shock explorarse y tratar de extraer los proyectiles, pues éstos, ya sea por desplazamiento, por trastornos en el ritmo, por provocar émbolos, etc, representan un peligro para la vida del enfermo. Estamos también de acuerdo en que se debe obrar con prudencia y que en algunas ocasiones como en el caso Turner, que tuvo alojada la bala durante veinte años, no se debe insistir en su extracción, pero que hay que recordar, como cita Emile Holman que el proyectil a veces presenta dificultades de extracción por el vacío que se produce en el sitio donde está alojado, y en éstos casos es fácil extraerlo adoptando la manio-

bra que ellos realizaron, y que consiste en la introducción de una sonda acanalada entre el proyectil y el miocardio.

Por demás está decir que en nuestro caso tanto las condiciones generales del enfermo, los trastornos del ritmo, el acercamiento de la presión máxima y la mínima, el pulso cada vez más frecuente, más pequeño, obligaban a tomar una determinación eminentemente activa y operatoria, lo que fué corroborado durante la intervención por la presencia de coágulos recientes y la existencia de hemorragia.

La vía de acceso nos parece magnífica, pues da gran amplitud para la operación, facilita y permite que la operación se realice rápidamente y además cuando no se produce el accidente de la ruptura de la pleura, como en nuestro caso, permite trabajar evitando el pneumotórax que indudablemente agrava al enfermo durante el acto operatorio. Creemos también que si se produce este accidente no hay que preocuparse y en cambio dar mayor exposición a través de la misma pleura a fin de que las maniobras resulten más fáciles y se acorte por ésto el tiempo operatorio. No tuvimos en nuestro caso a pesar de la amplia apertura de la cavidad pleural que hacer como cita Bruckner sostener el pulmón con una pinza a fin de evitar el bambolear mediastinal y los efectos del pneumatórax abierto; es bueno si recordar esta maniobra que en algunos casos puede ser útil.

El pericardio lo cerramos con puntos separados y suficientemente flojos pensando en la necesidad del drenaje del pericardio a la cavidad pleural, pero después de ver la autopsia re-
criminamos nuestro proceder y creemos como todos los demás autores que el pericardio debe dejarse siempre sin suturar.

En cuanto se refiere al punto de sostén que muchos precognizan en la punta del corazón estamos con la mayoría de los autores que es más perjudicial que beneficioso, siempre se desgarran y es necesario colocar un punto de sutura en la región donde ha sido pasado al catgut.

Creemos también que cuando se ha abierto la cavidad pleural es de rigor dejar un drenaje por lo menos los cuatro primeros días a fin de dar fácil salida no sólo al exudado.

pericárdico drenado en pleura sino también al exudado pleural y permitiéndose así una rápida expansión del pulmón.

Bibliografía

- Bruckner John P.—Herida Punzante del Corazón. (Anales de Cirugía, junio 1943, volumen 2, Nº 7, página 990).
- Holman, Emile.—(Enero 1944, Vol. 3, página 3. Anales de Cirugía).
- Neuhof Harold.— (Journal of Toracic Sugery. Vol. 13, Nº 5. Octubre de 1944, página 374.
- Zerbini Jesús.— (Journal of Toracic Sugery. Vol. 12, Nº 7. Octubre de 1943 página 642.
- Turney Dray C.—Sugery. (Vol. 9, Junio 1941. Página 232.)
- Turner Dray C.—Brit M. Journal. (Vol. 1, Junio 1941, página 938).
- Glasser S. Thomas.—American Journal of Sugery. (Vol 53. Julio de 1941. Página 131).
- Surgical Diseases of The Chest Graham. Singer Ballou. Pág. 309-312. Neurosurgery and Thoracic Sugery. Militar Surgical Manual. Pág. 250.
- Moreno Cañas, Valverde Vega, Echandi Lahman.
Caso presentado en un Congreso Médico de Costa Rica

Crónica

Nuevos tratamientos de la sífilis en el Ejército Norteamericano

Exposición hecha ante el C. E. M. Moreno Cañas por el Dr. Peña Chavarría,
después de su último viaje a los Estados Unidos

"En los últimos años se ha notado un estudio intenso de tratamientos antisifilíticos rápidos. En un tiempo se usó, con éxito, el Salvarsán puesto gota a gota, pero habiéndose comprobado muchas encefalitis agudas, y conceptuándose por éste detalle, peligroso, se abandonó. Nuevos ensayos del tratamiento se han llevado a cabo, pero no han satisfecho del todo.

En los Estados Unidos de Norte América se ha continuado investigando; habiendo podido recoger informes de un nuevo tratamiento, actualmente en experimentación, dentro del ejército; he aquí un resumen sumamente interesante:

ESQUEMA GENERAL DEL TRATAMIENTO ANTI SIFILITICO, SEGUN LA FORMULA 5-12-3, DURANTE NUEVE DIAS

1).—Al admitirse.

a).—Laboratorio:

- 1).—Recuento de glóbulos rojos, blancos y recuento diferencial.
- 2).—Examen de orina completo.
- 3).—Prueba cuantitativa de Kahn.

b).—Examen Físico completo.

2).—Durante los diez días de Hospitalización, hágase lo siguiente:

- a).—Recuento de glóbulos blancos el sétimo u octavo día, (si es menor de 4.500 glóbulos blancos, hágase diferencial).

b).—Examen de orina cada cuatro días (prefiéranse la primera orina de la mañana).

c).—Punción lumbar:

1).—Recuento y

2).—Kolmer cuantitativo y curvas de oro coloidal y globulina.

3).—Esquema de la Terapéutica en la Fórmula "5-12-3".

(5 corresponde a las inyecciones de arsénico; 12 a doce ampollas de 100.000 U. de Penicilina; y 3 a inyecciones de Subsalicilato de Bismuto).

a).—Penicilina: Un total de 1.200.000 U. Adminístrese intramuscularmente, de manera que haya en 2 centímetros de solución la cantidad de 16.666 unidades. Inyéctese cada tres horas, lo cual dará en los nueve días un total de setenta y dos inyecciones. Para alcanzar aquella concentración de Penicilina, pueden disolverse las 100.000 U. en 12 cc. de agua.

b).—Arsénico: Adminístrese intravenosamente 1 mg. por kilogramo de peso del paciente (no debe excederse de mg.) de dischlorophenarsine u oxyphenarsine hydrochloride en los días 1º, 3º, 5º y 9º del tratamiento.

c).—Subsalicilato de Bismuto: Adminístrese intramuscularmente 200 mg. de subsalicilato de bismuto el 1º, 5º y 9º día de tratamiento.

4).—Después de nueve días de Hospitalización:

Una vez dado de alta el enfermo hágase lo siguiente:

a).—Una prueba serológica para investigar, sífilis, cada mes durante el primer año, cada tres meses durante el segundo año, y cada seis meses durante el tercero, cuarto y quinto año.

b).—Punción lumbar cada seis meses durante el primer año.

c).—Si la clínica o la serología durante el tiempo de observación fuera positiva, repítase el tratamiento "5-12-3".

El porcentaje satisfactorio alcanzado hasta el día de hoy, de éste tratamiento, que lleva dos años de experimentación, nos hace pensar que vale la pena investigarlo en nuestro Hospital. Sólo un 15% (quince por ciento) de reincidencia serológica se ha notado en los dos años de experimentación.

La parte económica también es muy interesante, desde el punto de vista sanitario. Hay un cálculo que puede resumirse así:

1.200.000 unidades de Penicilina	¢ 48.00
5 ampollas de Arsénico	2.20
3 ampollas de Subsalicilato de Bismuto	1.00
	<hr/>
SUMAN	¢ 51.20
Hospitalización (nueve días a ¢ 8.00 diarios)	72.00
	<hr/>
TOTAL	¢123.20

Nota de la Dirección:

Actualmente este esquema ha sido modificado sustancialmente en cuanto a las dosis de Penicilina. Muy numerosos esquemas están en experimentación, sin llegarse a nada definitivo.

Informaciones Médicas

Condecoraciones y distinciones a médicos costarricenses

Al Dr. *German Naranjo*, San José, le ha sido otorgado el grado de Oficial de la Academia Francesa y las Palmas Académicas, por sus desinteresados y meritorios servicios a Francia.

Los Drs. *Fernando Quirós M.* y *Gonzalo González M.*, durante su reciente viaje a la Habana en calidad de Delegados de Costa Rica al Primer Congreso Médico Social Panamericano, fueron nombrados Miembros de Honor de la "APAI" (Asociación Pro-amistad Panamericana). Además el Dr. Quirós fué designado Miembro Honorario de la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Cuba.

El Dr. *Carlos Sáenz Herrera* fué motivo de homenaje en el Club Junior Chamber International de San José, considerándole como el Ciudadano Más Distinguido por su abnegada y científica labor en su esfera profesional de Pediatría.

Servicio médico y farmacéutico, domingo y días feriados

Se implantará al fin, el tan deseado servicio que desde hace años carece la capital. En diversas ocasiones los Cuerpos Colegiados de Medicina y Farmacia, las agrupaciones gremiales y el Ministerio de Salubridad han abordado el problema sin poderlo resolver. De esta vez, a iniciativa de la Unión Médica Nacional y de la Asociación Farmacéutica, un nuevo proyecto será presentado al Congreso por medio del Dr. A. Peña Chavarría. Al respecto, se nos informa, que el mayor escollo, el económico, ante el cual han fracasado siempre todos los propulsores, será allanado mediante la creación de un timbre de 0.25 céntimos, que llevarán las recetas médicas. Así se creará un fondo para retribuir el inaplazable servicio que urge San José.

Nuevos Médicos incorporados por examen

Dr. *Pedro Jiménez Gutiérrez*, Graduado Univer. Nac. de México. Ejerce en Nicoya, Guanacaste.

Dr. *Federico Faeron*, Graduado en Universidad de Colombia (Bogotá). Ejerce en Liberia, Guanacaste.

Dr. *Cabalcera Velazco*, Graduado Univer. Nac. de México. Ejerce en Cañas, Guanacaste.

Dr. *Guillermo Guillén Solano*, Graduado en Univ. Nac. de México. Médico Interno Hospital S. J. de D. San José.

Dr. *Arnoldo Fernández Pacheco*, Graduado Univer. Nac. de México. Médico Interno Hospital S. J. de D. San José.

Dr. *Edgar Jiménez Méndez*, Graduado Univer. Nac. de México. Interno Hospital S. J. de D. San José.

Dr. *Adrián Gutiérrez Bogantes*, Graduado Univer. de Turín.