

Año XV



NUMERO 172

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. RAUL BLANCO C.

Secretario de Estado en el Despa-
cho de Salubridad Pública y
Protección Social

Dr. OSCAR MARTINEZ N.
Presidente de la Facultad de
Medicina.

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

SUMARIO:

- I.—Embarazo y Tuberculosis, por el **Dr. Fernan-
do Saborío Esquivel** 189
- II.—El corazón en relación con algunas enferme-
dades tropicales, por el **Dr. E. García Carrillo** 193
- III.—Trece casos de la Tíña tratados con Acetato
de Talio, por el **Dr. Arturo Romero y Bactgo.
Arnoldo Castro** 197
- IV.—Dietoterapia en Neurosífilis, por el **Dr. Gon-
zalo González Murillo** 200
- V.—Contribución casuística al diagnóstico de las
Neoplasias Pulmonares, por los **Dres. Cons-
tantino Urcuyo Gallegos y Antonio Portuguez**
F. 209

SAN JOSE, COSTA RICA

AGOSTO DE 1948

DIRECCION Y ADMINISTRACION

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

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Director: Dr. JOAQUIN ZELEDON

Tomo VIII

San José, C. R., Agosto de 1948
No. 172

Año XV

Embarazo y Tuberculosis *

Dr. FERNANDO SABORIO ESQUIVEL

Considerando nuestro Servicio de Obstetricia las vastas proyecciones del problema "tuberculosis y embarazo" y conscientes de su complejidad y de que una contestación final no ha sido dada aún, se me encomendó abordar esta noche tema tan discutido por los fisiólogos y tocólogos de todas las épocas.

Sin pretender imponer normas hemos de exponer hoy nuestra pequeña experiencia adquirida a través de un año de observaciones, tiempo que en fisiología resulta muy corto y que comienza después de un cambio de impresiones entre los médicos del Servicio y los del Sanatorio Durán, en reunión celebrada con tal objeto.

Se acordó en aquella reunión practicar una fluoroscopia a toda mujer embarazada que ingresara a Maternidad, y siempre que llegara antes del comienzo del parto. Todo caso fluoroscópicamente sospechoso sería sometido rápidamente a la rutina del Dispensario Antituberculoso, para llegar a un diagnóstico. Así se hizo y se hace actualmente. El origen de este acuerdo, puedo repetirlo, es el resultado de una inquietud y de una preocupación nuestras. Profiláctica una: aislar el bacilífero de un medio que así lo exige y obtener nuestros propios conceptos en nuestro propio medio.

Nuestra experiencia confirma la tesis de que el problema es dual, puesto que es necesario un conocimiento bien fundamentado de la tuberculosis pulmonar y un conocimiento perfecto de los hechos obstétricos: preñez, labor y puerperio. Asegurando pues, que se necesitan siempre al abordar tales casos, la íntima colaboración entre el obstetra y el fisiólogo, con la responsabilidad de este último de la conducta a seguir.

Por siglos, muchos médicos han declarado que el embarazo muy frecuentemente mejoraba a la tuberculosa, y Cullen en 1780, llegó hasta recomendar enfáticamente el matrimonio en las jóvenes tísicas, inspirado quizá en las opiniones de Hipócrates, Sydenham, Rokitansky y muchos más que mantuvieron el mismo principio. Aun más reciente-

(*) Trabajo presentado el 10 de mayo de 1948 en la Asamblea del Cuerpo Técnico del Hospital San Juan de Dios.

mente, el Dr. Townsed, al discutir sus casos del Boston Lying-in Hospital declaraba que durante el embarazo toda paciente fímica mejoraba su estado pulmonar y general.

Fué aun después de los estudios de Louis y Moriceau a mediados del Siglo XIX, y tal vez más tarde, en que todavía en el Congreso de Lausanne Sabourin y Forstener permanecían optimistas al respecto, la época en que ya la mayoría de obstétricos y fisiólogos comenzaron a inclinarse hacia el otro extremo. Embarazo más tuberculosis: enorme riesgo! Tal la opinión de Sergent, quien temió el embarazo en la tuberculosa, por la agravación de la paciente con terminación de curso rápido.

A últimas fechas, Trembley, del grupo de Saranac Lake afirmó que el 61% de 584 mujeres tuberculosas, mostraron los primeros síntomas de tal enfermedad durante la preñez, hecho que lo impresionó tanto como para decidir la interrupción del embarazo en toda fímica.

Así, en medio de ideas tan opuestas, la opinión médica actual se divide en los que piensan que el embarazo ejerce una influencia deletérea sobre la bacilosis y aquéllos que niegan toda relación entre ambos estados. La primera hipótesis subdivide ese grupo en los que preconizan que todo embarazo debe interrumpirse en toda tuberculosa y en los que propugnan un tratamiento intensivo contra la enfermedad haciendo caso críseo de la gestación.

Nosotros no nos encontramos en ninguno de estos grupos. Pensamos que el asunto debe individualizarse, inclinándonos por el conservatismo obstétrico. Y hemos encontrado en términos generales, que el embarazo es bien soportado por la tuberculosa y que en su futuro no es en manera alguno sombrío. Un ejemplo muy gráfico ha impresionado a algunos de nosotros para venir en apoyo de nuestra tesis: Algunos años antes de esta Guerra, Alemania encaró la preocupación por el aumento de natalidad, pudo observarse entonces a muchas tuberculosas, seguramente controladas, pasar por embarazos repetidos y así nos dicen Beckman, Shultze-Ronhof y Hansen de sus resultados obtenidos por un régimen discriminativo y tratando por todos los medios posibles a aquellas enfermas. Los autores alemanes no confrontaron ni durante ni después de la gestación desastres que los obligaran a desistir de su idea, antes bien, afirmaron que: Tuberculosis clasificada y correctamente tratada más embarazo: no debe causar inquietud alguna. Nosotros participamos con nuestra propia, pequeña experiencia de este sentir.

Durante un año, y de abril de 1945 a la fecha, hemos practicado 150 fluoroscopias. Resultando tuberculosas no reconocidas del Dispensario Central cuatro mujeres procedentes de lugares lejanos. Sobre estas pacientes, nada podemos decir desgraciadamente, fueron trasladadas al Salón Azul y perdidas de vista. Soiventamos únicamente

una de nuestras preocupaciones, el alejamiento de tales enfermas de nuestras salas.

Pero, para nuestra observación, contamos por fortuna con la colaboración del Dispensario Antituberculoso, porque a 150 pacientes a quienes se les hizo fluoroscopia se agregan 35 enfermas más, controladas por la Lucha Antituberculosa y que llegaron al Servicio en ese lapso de un año, enviadas por el Sanatorio Durán o espontáneamente. Pacientes, que por otra parte continúan bajo la vigilancia del Dispensario. A este grupo deseamos referirnos, pues en su mayoría lo observamos durante el embarazo, las vimos en nuestro Servicio durante el parto y las seguimos controlando hasta hoy.

Para su clasificación seguimos la norma de la Asociación Nacional Americana de Tuberculosis.

Casos I ó mínimos: enfermos con lesiones pequeñas, que no se extienden a más de un pulmón y sin evidencia de cavidad.

Casos II ó moderadamente avanzados: Con uno o ambos pulmones afectados, pero en el que la suma de las lesiones ocuparían solamente un campo pulmonar, y con cavernas que no excedan 4 centímetros de diámetro.

Casos III ó muy avanzados: Son todos aquellos que sobrepasan los límites anteriores.

Entre los casos mínimos observamos cuatro pacientes que tuvieron partos normales. A la fecha hemos visto regresión pulmonar en tres de ellas, bajo tratamiento únicamente dieteto-higiénico, y a pesar de que una sufrió una endometritis puerperal en marzo de este año. La única paciente de este grupo portadora de un neumotórax derecho bien establecido desde 1943 que presenta una reactivación de sus viejas lesiones, es una enferma con abortos provocados y repetidos.

Los casos del grupo II son los más numerosos: 25 en total. Hemos observado reactivación o progresión pre o post parto en once de ellas. Una recaída después de una cesárea practicada en la Maternidad Carit en 1941, bajo tratamiento dieteto-higiénico, con agravación de su proceso pulmonar durante un segundo embarazo el año pasado.

Hay progresión tuberculosa que coincide con el aborto que sufrieron tres pacientes. Una de ellas con invasión bilateral después de un curetaje.

Hay reactivación durante el embarazo y post-parto en 4 enfermas que abandonaron su neumotórax en esa época. Una de ellas por lesión cardíaca descompensada.

Un parto prematuro de siete meses provocado con un balón de Champetier por lesión grave del corazón en una paciente con un colapso pulmonar derecho, da lugar a la aparición de un exudado pleural tuberculoso que acentúa el colapso y provoca lesiones exudativas extensas contralaterales.

Enferma cavitaria que sale del Sanatorio en el octavo mes de embarazo, con tratamiento dieteto-higiénico únicamente. Parto normal el 17 de enero de 1945 con rápida progresión bilateral durante el noveno mes y en el puerperio.

A la última enferma de este grupo se le descubre su mal en el octavo mes de embarazo, no sigue ningún tratamiento y sabemos que siete meses después fallece de tuberculosis laringea.

Catorce personas en cambio, sufrieron uno o más embarazos, acusando regresión pulmonar siete, pese a que dos de ellas sufren algún padecimiento cardíaco.

No acusen progresión las siete restantes, es decir, permanecen con baciloscopia negativa y su estado general y pulmonar es satisfactorio. Diez de este grupo son portadoras de neumotórax menor o bilateral, tres han permanecido únicamente bajo régimen dieteto-higiénico y una presenta una plástia que se realizó poco antes de quedar encinta.

Del grupo III nos restan seis casos, cuatro de ellas han empeorado durante el embarazo y una fallece cinco meses después del parto por úlcero-caseosis bilateral. De los dos casos que se mantienen bien, el primero sufre una regresión post parto en un proceso bilateral con neumotórax defectuoso que mantiene la expectoración positiva. El segundo caso, una paciente con neumo izquierdo que se encuentra bien antes y después de un parto normal.

Insistimos que en este último grupo se catalogan todas las lesiones avanzadas, tal vez con diseminación laringea, intestinales, etc., silenciosas hasta ese momento y que se hacen patentes y progresan por un cambio alérgico, hormonal, circulatorio, humoral, etc. Algunas de estas mujeres y no lo dudamos, como mal agregado, presentaban y presentan lesiones no específicas miocárdicas hepáticas o renales. Tal la condición de estas pacientes; no obstante, todas llevaron a buen término su embarazo.

Vemos pues la importancia de mantener un tratamiento inintermitente, ya sea dieteto-higiénico o combinado con la colapsoterapia. Y así, en los casos de una tuberculosis aparentemente curada o detenida, con buen estado general, las dudas al respecto pueden eliminarse siempre que el fisiólogo controle la paciente indefinidamente.

Así también, en los casos límites, en aquellos en los cuales el fisiólogo es incapaz de pronunciarse a priori, los obstétricos seremos abstencionistas y jamás nos opondremos a que la colapsoterapia sea instalada oportunamente o a que la paciente sea enviada a un Sanatorio.

En contraposición de lo que afirmamos, el aborto terapéutico en casos I, II y III practicados por nosotros en otras épocas nos han dado resultados lamentables.

El Corazón en relación con algunas enfermedades tropicales

Por el Dr. E. GARCIA CARRILLO

En trabajos anteriores hemos descrito los hallazgos cardio-vasculares hechos al analizar 8000 autopsias practicadas en el Hospital San Juan de Dios. Nos hemos referido a las grandes divisiones de la patología cardíaca (1), a las causas raras de enfermedades del corazón (2), a la sífilis cordio-aórtica (3), y hemos insistido nuevamente en la rareza del infarto del miocardio y de la endocarditis infecciosa en nuestro medio hospitalario (4—5).

No encontramos en esta serie de autopsias ningún caso de miocarditis de la enfermedad de Chagas ni del paludismo. Sin embargo como no se hizo un estudio anatómo-patológico e histológico de las muertes debidas a la malaria, no puede afirmarse cual sea la incidencia de la miocarditis ni cual puede ser su relación con la cardiopatía anémica.

No hay ninguna evidencia en favor de la existencia de alteraciones valvulares producidas por la infección malárica, pero en ciertos casos de paludismo agudo, particularmente en accesos de tipo pernicioso, puede ocurrir la muerte repentina en medio de un cuadro de colapso circulatorio. Generalmente se trata de palúdicos con un acceso febril entre 39° y 40°, palidez o cianosis, disnea, sudores profusos, delirio, angustia o dolor precordial, pulso irregular, pequeño y rápido, ruidos del corazón débiles, hipotensión arterial. La autopsia ha mostrado los capilares del corazón llenos de parásitos (6).

En los casos avanzados de paludismo o de anquilostomiasis puede sobrevenir una insuficiencia cardíaca (7) tal como ha sido descrita por los autores que han visto anemias graves. En ellos el cómputo de glóbulos rojos es sólo de 1 ó 2 millones, algunas veces alrededor de 500,000. La cantidad de hemoglobina comúnmente alcanza sólo a 30% ó 10% de lo normal. El corazón aparece agrandado y se escucha ritmo de galope y soplos; éstos pueden ser sistólicos o aun diastólicos en la base.

La anatomía patológica del corazón en la anquilostomiasis se describe así (8): se encuentra dentro de la cavidad pericárdica una cantidad anormal de líquido que puede ser ligeramente hemorrágico. El corazón está dilatado y flácido, las paredes ventriculares, adelgazadas, presentan degeneración adiposa. Las cavidades derechas están llenas de coágulos. En ciertos casos se les encuentra dentro de las cavidades izquierdas y en los senos craneanos. Nosotros pensamos que la tendencia a la flebotrombosis que tienen estos enfermos (9) es debe

por lo menos en gran parte a su relativa inmovilidad. La muerte brusca por embolia pulmonar, o por pequeñas embolias que acarreen complicaciones pleuro-pulmonares, se observa con cierta frecuencia (10). No parece aventurado pensar que las embolias imponen una sobrecarga a un corazón ya afectado por la anemia y aún tal vez por carencias nutricionales diversas. Así queda constituido un síndrome cardio-pulmonar a menudo fatal en el anquilostomíasis. Su tratamiento profiláctico es posible hacerlo corrigiendo la insuficiencia cardíaca incipiente y prescribiendo un ligero ejercicio. Así tal vez se pueda disminuir algo la gran mortalidad ocasionada por este helminto en los trópicos.

La enfermedad de Chagas comienza generalmente por la picadura de un insecto *Triatoma*, sobretodo en la cara, o por contaminación con sus deyecciones. Introducido así el tripanosoma en la circulación, la manifestación inicial es cutánea. Con frecuencia ocurre un edema palpebral unilateral con dacrioadenitis y adenopatía satélite llamado complejo oftalmo-ganglionar, que no es sin embargo patognomónico. La evolución cardíaca de los casos agudos se traduce sobretodo por una taquicardia sinusal sin relación con la temperatura, generalmente moderada, e inestable. Con cierta predilección ocurren extrasístoles y en algunos casos la radiografía revela discreto o moderado aumento del tamaño del corazón. El electrocardiograma muestra cambios en la morfología del trazo al nivel del segmento ST y de la onda T. El estudio anató patológico demuestra intensa proliferación histiocitaria, infiltración leucocitaria y lesiones de la fibra muscular, atrofia o degeneración adiposa. El tripanosoma bajo forma de leishmania puede verse en el miocardio. No existen lesiones valvulares (11).

La tripanosomiasis fué descrita en Costa Rica desde 1941 (12) y varios casos han sido bien estudiados (13). Cuando la afección pasa a la cronicidad por reinfección o por evolución de los parásitos dentro del organismo, se concibe que puedan ocurrir cardiopatías crónicas, pero no tenemos experiencia con estos casos. Usualmente se trata de un cuadro de fibrosis del miocardio cuyo diagnóstico etiológico se basa en una reacción de fijación del complemento en presencia del antígeno específico.

Tampoco tenemos experiencia con otras enfermedades que pueden acompañarse de miocarditis y que se observan en algunas zonas tropicales, tales como tifo, fiebre amarilla, quiste hidático, otras enfermedades parasitarias, etc.

Para el observador tropical los accidentes producidos por la mordedura de serpientes venenosas, son impresionantes y han sido bien descritos en una literatura clásica (14 — 15 — 16). Se conoce el debilitamiento manifiesto del corazón en el curso del emponzoñamiento ofídico, lo mismo que las lesiones patológicas del corazón (17). Sin embargo parece que no se había investigado el electrocardiograma en

serie durante este envenenamiento. Nosotros hemos tenido la oportunidad de tomar 25 trazos en el curso de 11 observaciones de sujetos mordidos.

Nuestras culebras pertenecen al género *Bothrops*, cuyas especies dominan en la América tropical (18). Estudios estadísticos hechos en Centro América (19) demuestran una incidencia de 23 mordeduras al año por 100,000 habitantes. Entre 8000 autopsias solamente 10 casos fueron debidos a muerte por emponzoñamiento, siendo éste prácticamente siempre ocasionado por mordedura de *Bothrops atrox* o de *Bothrops schlegelii*. El hallazgo más notable en los sujetos fallecidos después de mordedura de *Bothrops* consiste en hemorragias múltiples. En los casos que reportamos (20) éstas fueron frecuentes en el tracto gastro-intestinal y en el cerebro, así como también en la pelvis renal. En un enfermo de 67 años se anotó una dilatación cardíaca, pero lo más común en el corazón son petequias sub-endocárdicas y sub-epicárdicas, que expresamente se señalaron en 3 casos. La congestión y el edema pulmonares fueron mencionados en 5 autopsias.

Las alteraciones cardíacas serían debidas a la acción de citolisinas (16), pero el corazón es además sensible a perturbaciones en su equilibrio nervioso o a cambios en su medio interno, efectos que no son extraños a la acción compleja de los venenos. Según Houssay y Mazzocco (21), el músculo sometido a la influencia de diluciones de ponzoña manifiesta una permeabilidad anormal que se caracteriza por la salida de elementos tales como el fósforo y el potasio, siendo mucho mayor la del último. La liberación del potasio recuerda a la de la hemoglobina, es decir, que hay mucha analogía entre la acción sobre el músculo y aquella acción hemolítica sobre los glóbulos rojos. Este paralelismo tiene su interés en la interpretación del electrocardiograma porque se sabe hoy que el trazo del hombre puede ser modificado según la potasemia.

De la evidencia obtenida (20) puede sacarse en conclusión que en los casos de mordedura acompañados de manifestaciones tóxicas, la configuración del electrocardiograma es parecida en todos los casos y consiste de ondas T con tendencia a la amplitud reducida y al vértice redondeado, en una o más derivaciones, y a una ligera depresión de la unión ST en derivación precordial CR5 con prolongación de la sístole eléctrica QT. Cuando la mordedura no se acompaña de un cuadro tóxico, las modificaciones del electrocardiograma son inexistentes o leves, pero en el mismo sentido.

BIBLIOGRAFIA

1. García Carrillo E.: Rev. Méd. Costa Rica 6:491, 1945
1. " " : Ibid. 6:463, 1945.
3. " " : Mem. Primer Congreso Centro-americano de

Trece casos de la Tiña tratados con Acetato de Talio

Por: Dr. Arturo ROMERO
Bacigo.: Arnoldo CASTRO

El acetato de talio fué usado en 1894 para combatir los sudores profusos en los tuberculosos, pero dejó de usarse por la alopécia difusa que producía.

Sabouraud, (1) el gran dermatólogo francés, que había comprobado el fracaso de todos los tratamientos tópicos en la tiña, porque ninguno de ellos penetra hasta la raíz del cabello, y que sostiene que la tiña cura cuando cae el pelo porque arrastra consigo la mayor parte de los hongos (2), pensó que se podía emplear el acetato de talio para depilar a los enfermos de tiña y en 1896. comenzó a emplearlo en forma de pomada al 10% (3).

Se logró el efecto deseado, que era la depilación, pero los fenómenos tóxicos observados (neuritis periférica dolorosa, sialorrea, albuminuria, púrpura, taquicardia) fueron tan frecuentes que se consideró imprudente su uso.

El mismo autor usó entonces la vía oral, administrando una dosis de 0.005 gramo por Kilo de peso en el niño y obtuvo resultados inconstantes en la depilación pero sin accidentes tóxicos.

Basado en estas observaciones el mismo autor escribía en 1913, que muy bien podría buscarse la dosis óptima de acetato de talio que debería ingerirse, para obtener la depilación sin provocar la intoxicación.

Ricardo Cicero y Umaña iniciaron los tratamientos de la tiña en México y, en 1919, Salvador González Herrejón (4), en su tesis recepcional, expuso por primera vez la técnica del tratamiento de las tiñas con acetato de talio.

La dosis que los autores mexicanos, con una larga experiencia, (5) recomiendan es de 7 a 8 miligramos por Kilo de peso, tomada en una sola dosis en agua en ayunas. Hacen hincapié que la sal debe ser fresca y muy pura, recomendando el acetato de talio Merk.

En Costa Rica ese tratamiento fué usado por primera vez en 1924, con excelentes resultados por el Dr. Antonio Peña Chavarría (6), pero después se abandonó y ahora nosotros presentamos los 13 casos tratados que relatamos a continuación.

CASUÍSTICA

El día 8 de Abril de 1948, se instituyó tratamiento por acetato de

tallo, a 13 niños (6 hembras y 7 varones), después de practicárseles un examen de crina y un hemograma que resultaron normales.

Nº CASO	Nombre	Sexo	Edad	Peso Libre	Examen Micológico Directo	Dosis Milig.	Resultado
1	J. Z. R.	m.	10	39	Endothrix	125	mejoró
2	R. B. G.	m.	10	41	endothrix	135	mejoró
3	T. Z. U.	m.	8	45	negativo	140	curó
4	E. B. G.	m.	8	45	microsporum y endothrix	140	mejoró
5	M. A. M.	m.	8	37	negativo	120	mejoró
6	B. C.	m.	8	37	negativo	120	curó
7	R. B. G.	m.	7	35	microsporum y endothrix	115	mejoró
8	M. A.	f.	12	55	negativo	180	curó
9	C. L.	f.	11	53	endothrix	175	curó
10	L. M.	f.	9	39	endothrix	125	curó
11	I. S.	f.	9	44	endothrix	140	curó
12	C. J.	f.	8	39	endothrix y microsporum	125	curó
13	A. J.	f.	7	31	endothrix	105	curó

I.—Los casos Nº 2, 4, 7, 12, y 13 presentaban placas cubiertas de escamas grisáceas y de cabellos rectos a unos milímetros de la raíz y de cabellos grisáceos aglutinados e inclinados en el mismo sentido cubriendo las placas y envueltos en escamas. Todo los cabellos enfermos.

Clinicamente se trataba de tiña microspórica a grandes placas. Al microscopio, al examen directo, se encontró en 3 de esos casos microsporum y endothrix y en los caso 2 y 13, endothrix solamente.

II.—Los casos Nº 1, 6, 8, 9, 10 y 11, presentaban numerosas plaquitas o medallones con escamas grises y cabellos grises mezclados con cabellos sanos

Clinicamente se trataba de tiña macrospórica o pequeñas placas.

El examen directo mostró endothrix en 4 de ellos y en 2 fué negativo.

III.—Los casos 3 y 5, presentaban grandes placas de pelada, con lesiones dermo-hipodérmicas y con abscesos subcutáneos, rodeadas de plaquitas escamosas. El examen directo fué negativo en los cabellos que se examinaron.

Efectos del tratamiento:

- a) El examen de orina practicado 3 y 8 días después no mostró más que trazas de albúmina en un solo caso — que evolucionó favorablemente en una semana.
- b) Sólo en 3 casos hubo alopecia total.

Resultados:

A pesar de que la alopecia no fué total en todos los casos, las fricciones diarias del cuero cabelludo con alcohol yodado al 1% durante mes y medio lograron la curación en los 6 casos de las niñas y entre los varones curaron dos casos en los cuales la búsqueda del hongo había sido negativa.

Los 5 niños restantes, en dos de los cuales, la alopecia fué total no hubo curación total sino una simple mejoría.

COMENTARIO:

Publicamos estos casos, a pesar de lo incompleto de su estudio, por dos razones: 1º) Porque después de los casos tratados en 1924 por el Dr. Peña Chavarría, son los primeros que se publican en Costa Rica y 2º) porque los resultados hacen notar claramente que las micosis curan con mayor facilidad en el sexo femenino (7) (8).

BIBLIOGRAFIA:

- (1) Sabouraud, *Les tiegues*, Masson Edit.
 - (2) K V. Berde, Univ. of Pecs, Hungría. Influencia de las irradiaciones en el desarrollo de la Tricoficia cutánea. *Dermatológica* 84—320—329— 1941.
 - (3) Sabouraud, *Entretiens Dermatologiques*: Masson Edit. p. 435.
 - (4) Salvador González Henejón, Tesis opcional México 1919.
 - (5) Drs. N. L. Melo y V. F. Melo, El tratamiento de las tiñas por el acetato de talio. *Revista Pediatría de las Américas*. Tom. I, mayo 1943.
 - (6) Antonio Peña Chavarría. Comunicación personal.
 - (7) S. Rothman, A. Smiljanic A. L. Shapiro, Univ. of Chicago. *J. Invest. Dermat.* 8:81 — 98 febrero 1947 — Cura espontánea de la tiña del cuero cabelludo en la pubertad.
 - (8) Duncan O. Peth y Sidney R. Kaliski, Estrogen Therapy of Tinea capitis. *Asch. Dermat y Sypl.* 45:121—128. Enero 1942.
-

Piretoterapia en Neurosífilis

por el Dr. GONZALO GONZALEZ MURILLO

En época antigua, observaciones de Hipócrates (640—377 a. J. C.) y Galeno (130—201) hicieron ver el efecto beneficioso ejercido por enfermedades febriles sobre padecimientos mentales. Centurias después, eminentes clínicos como Sydenham (1624—1689), Boerhaave (1668—1738) y luego Esquirol (1772—1840), Baillarger (1806—1891), Mingazzini (n. 1859), Janet (1859—1947), Gordon (n. 1869), etc., comprobaron el mismo hecho que sirvió de base para que en época más o menos reciente se llegase a una mejor comprensión y estudio de la piretoterapia la cual goza en la actualidad de perfecta técnica en su aplicación y concreta orientación en sus indicaciones.

Wagner Jauregg inició en 1917 la impaludización en los parálisis generales remontándose a 1887 su inquietud por los métodos terapéuticos piretógenos usando primeramente la tuberculina y luego la vacuna antitífica.

En la actualidad se clasifican los diferentes agentes piretóterápicos en cinco grupos.

I) Agentes Físicos:

- a) Baños de Agua caliente con sumersión del cuerpo (Mehrtens y Pouppirt).
- b) Cobijas eléctricas (Cashkin).
- c) Cámaras de calor seco con lámpara corriente.
- d) Cámaras de aire acondicionado húmedo.
- e) Calor penetrante (diatermia). Técnica del saco de Neyman y Osborne.
- f) Aire acondicionado húmedo más calor penetrante.

II) Agentes químicos:

- a) Azufre. Su compuesto Sulfosin introducido por Shroeder en 1928 es magnífico.
- b) Nucleínas. El compuesto nucleinato sódico introducido por Donath y Fischer al 10% es muy usado. Se comienza con 2 cc. intramuscular.
- c) Trementina. De todos es conocido el clásico absceso de Fijación tan empleado en determinados países en síndromes psicóticos con gran agitación psicomotriz, estados crepusculares, etc.
- d) Metales coloidales.
- e) Aceite de Chaulmoogva por consiguiente abandonado.

III) Agentes proteínicos no Bacterianos.

- a) Leche: hervida o en preparados comerciales.

mesodérmico con estimulación principal histiocitaria, alcanzando los macrófagos en los vasos de los órganos internos del 20% al 35% de la fórmula leucocitaria total siendo su función resolver los infiltrados perivascularales con destrucción de los treponemas por el mecanismo de la fagocitosis.

Creemos que la acción terapéutica de los agentes pirogénicos en las neúrolues está favorecida por el factor hiperpirexia "per se", por la reacción general orgánica que permite un ataque biológico efectivo contra el germen y coloca al organismo en mejores condiciones para la acción del tratamiento químico y antibiótico.

Conservan en la práctica privilegio en el tratamiento de las neúrolues las cámaras de aire acondicionado húmedo más calor penetrante, la impaludización, la vacuna antitífica mixta y más recientemente Kawamura propone emplear el virus de Rickettsia tsutsugamushi orientalis debido a que provoca accesos febriles regulares con nula tendencia a complicaciones.

En cuanto al valor de la fiebre provocada por medios físicos en la terapéutica de las diversas formas clínicas de la sífilis, será otro colega de gran experiencia en la materia quien lo juzgará y en cuanto a los otros medios piroterápicos más efectivos, haremos un resumen de los efectos reaccionados que determinan en el organismo, de su técnica de aplicación y de su eficacia en las neurosífilis.

Las reacciones del soma ante los diversos agentes proteínoterápicos no específicos son las siguientes según los trabajos de Stockes, Nonnembruch, Müller, Jaffe, Ewalt, Parsons, Warren, Osborne, Freund, Rusznyak y Korarji:

- a) Sacudida coloidal con cambios en la estructura de los tejidos.
- b) Reacción inflamatoria local originada en el sitio de la lesión.
- c) Aumento en la sangre de productos de desintegración celular: sustancias adrenalinoideas, sustancias digitaloideas y estimulantes del centro térmico.
- d) Pérdida en exceso de líquidos con su consecuencia en la alteración del metabolismo acuoso siendo necesaria la administración de suero fisiológico por vía intravenosa o subcutánea.
- e) Decrece el volumen de sangre aumentando la concentración de los elementos celulares y químicos, aumenta la circulación en todos los órganos, aparece leucopenia inicial seguida de leucocitosis y la velocidad de sedimentación se comporta inconstante.
- f) Aumenta la actividad cardíaca, la presión permanece normal después de discreta elevación inicial siempre que exista el equilibrio normal entre electrolitos y líquidos en el medio interno y según se comporte el sistema neurovegetativo ante el estímulo pirogénico. Una presión sistólica de 80 mm. de Hg. o menor indica tendencia al colapso vasomotor.

- g) La respiración es más profunda y se aceleran los movimientos respiratorios. La hiperpnea conduce a la reducción del contenido de CO₂ en la sangre y por consiguiente a la alcalosis.
- h) Se altera el metabolismo mineral. Por el sudor se pierde gran cantidad de CL Na. Descienden las concentraciones del Ca y Ph favoreciéndose la presentación de convulsiones tónicas generalizadas. El metabolismo basal aumenta 5 ½% a cada grado de ascenso febril.
- i) Se presentan reacciones anafilácticas tipo shock u otras como la fiebre anafiláctica del impaludizado a las 24—48 h. de inoculación.
- j) Se acrecienta la resistencia general por aumento de la desensibilización a las proteínas y formación de anticuerpos.
- k) Estimulación e hiperplasia del sistema retículo endotelial.

Resumida así la fenomenología reaccional del organismo ante el insulto proteinoterápico pasamos a una breve descripción de uno de los más importantes medios terapéuticos de la PGP: la malarioterapia.

MALARIOTERAPIA.

Fué iniciada en el año 1917 por Wagner von Jauregg en los pacientes afectos de meningo-encefalitis parenquimatosa crónica difusa de origen luético. Luego su aplicación tomó auge como medio importante terapéutico en este padecimiento sometiendo a críticas, controles y experimentación que condujeron a una correcta técnica en su manejo.

La impaludización se puede efectuar por medio de anófeles contagiantes, por sangre de un palúdico cuyo contagio fué espontáneo o extraída de un paciente en curso de paludismo experimental o por sangre en cultivo. Diversos investigadores consideran ideal aprovechar un sujeto en curso de paludismo experimental en el cual la cepa palúdica ha sido seleccionada evitando formas mixtas o malignas, causa, principalmente en nuestro medio, de la interrupción del tratamiento por la gravedad de las mismas. La fiebre provocada por *Plasmodium vivax* es la preferible por su sensibilidad al tratamiento y su relativa benignidad. J. R. Mays, J. W. Oden y C. G. Cox (Southern Medical J. Birmingham, Ala. Marzo de 1940) en 304 paráliticos generales tratados, dicen haber obtenido mejores resultados con *Plasmodium malariae* considerando el curso clínico más benigno y los accesos febriles más sostenidos.

PROCESO DE INOCULACION:

Se pueden aprovechar para la inoculación las vías intradérmica, subcutánea, intramuscular, intravenosa y según Ducosté la cerebral ya sea en sustancia blanca ya en los ventrículos. Las vías subcutá-

nea e intravenosa son de elección, aprovechando de 2 cc. a 5 cc. de sangre proveniente del dador seleccionado.

Se citan casos de resultados negativos después de la inoculación debido a defectos de técnica en cuanto a las condiciones del material empleado, a haber estado sometido el dador a medicación antipalúdica durante los días de su aprovechamiento y también a inmunidad del receptor. El período de incubación comienza el día de contagio y termina cuando se presenta el primer acceso febril. Será de más o menos días de duración según la vía de inoculación seguida. No se tomarán en cuenta la fiebre anafiláctica y prodrómica de aparición temprana y de fácil o posible confusión con el verdadero acceso febril inicial. Las mesetas febriles alternas oscilan corrientemente entre 39—40° y los períodos de apirexia están sujetos a la clase de Plasmodium escogida e incluso a la clase de fiebre sufrida. No siempre es constante y regular el curso clínico del paludismo habiendo con frecuencia agravaciones, interrupciones espontáneas o complicaciones.

Según Rodríguez Arias y Pens Balmes, neuropsiquiatras españoles de gran experiencia en malarioterapia, se pueden presentar en el curso del paludismo experimental diversos tipos de gráficas que clasifican en seis grupos:

Tipo terciana regular aunque el ciclo completo dure menos de 48 horas.

Tipo terciana mixto, siendo regulares los 2 ó 3 primeros accesos y diarios los siguientes.

Tipo cotidiano con accesos iguales más o menos intensos.

Tipo cotidiano alternando temperaturas altas y bajas.

Tipo cotidiano con algunos accesos de forma doble.

Tipo cotidiano de fiebre continua.

En la práctica se encuentran con más frecuencia las gráficas correspondientes al grupo segundo y tercero respectivamente.

Creemos fundamental la obtención correcta de la temperatura cada 30 ó 60 minutos para darnos cuenta exacta de la duración de las mesetas febriles y su altura.

El curso clínico del paludismo está sujeto a complicaciones y con más frecuencia si no se ha llevado a cabo un completo estudio del sujeto a tratar. Los vómitos, las diarreas, la ictericia, las hemorragias, los trastornos esfinterianos, la hiperpirexia sostenida, etc., son complicaciones serias.

En un paralítico general no es infrecuente encontrar en el curso del paludismo sintomatología psicótica sobreañadida y ante todo síndromes convulsivos subintrantes o ictus apoplectiformes de pronóstico grave.

El impaludizado ha de estar bajo vigilancia constante. Se han

de hacer diarios análisis de orina y determinación de úrea en sangre con frecuencia.

El conteo y recuento hemáticos se efectuará cada dos días y esfigmomanometría diaria.

Si el paciente muestra escasa resistencia tendiendo el paludismo a temperatura continua y alta o si se presentasen cualesquiera otras contingencias no graves se puede regular el curso clínico usando pequeñas dosis de quinina o un preparado bismútico tipo thio-bismol.

No se han de descuidar otras medidas importantes como la administración de ClNa de suero fisiológico, de estimulantes cardiovascularés, de vitaminas y en general de un régimen alimenticio bien balanceado.

VACUNOTERAPIA ANTITIFICA

Este procedimiento terapéutico fué iniciado por Wagner von Jauregg en sustitución de la Tuberculina.

El uso de los agentes pirogénicos está sujeto a gran variabilidad en cuanto a la obtención de gráficas con accesos sostenidos a 39,7°—40,5° durante algunas horas. Esta variabilidad e inseguridad en la provocación de curvas febriles útiles, u óptimas, es uno de los inconvenientes de los procedimientos piroterápicos que nos ocupan.

Tanto en la malarioterapia como en la vacunoterapia, las cosas no suceden como desearíamos para el éxito terapéutico. Con frecuencia la temperatura no asciende o lo hace en grado mínimo, y otras veces los ascensos febriles son considerables, dando lugar a molestias o complicaciones, no fácilmente controlables. Se citan por tal motivo, casos fatales en el uso de la vacuna antitífica igual que en los otros procedimientos piroterápicos.

De ahí la necesidad de una vigilancia constante del paciente con control del pulso y temperatura frecuentes, además de todas las medidas citadas en la malarioterapia. Resulta mala técnica, inyectar la vacuna sin el subsiguiente control necesario en la correcta obtención de las gráficas y en la vigilancia constante del enfermo. Si no se lleva a cabo un sistema de tratamiento debido, se llega al fracaso terapéutico o hasta poner en peligro la vida del paciente.

De los diferentes métodos proteínoterápicos no específicos, es la vacuna antitífica la que da gráficas más parecidas a las obtenidas en el curso del paludismo experimental y no sólo ha resultado efectiva en las neurolúes, sino también en casos de epilépticos afectos de frecuentes ataques, reacios a la medicación prolongada habitual y en los cuales parece renacer con ella mayor sensibilidad a los medicamentos anticonvulsivantes y un compás de espera amplio para las nuevas crisis.

Se han citado varias técnicas a seguir en el uso de la vacuna antitífica mixta. Creemos pueden haber tantas como médicos se dediquen a hacer la vacuno-terapia. La respuesta de cada enfermo a la inyección de determinado número de gérmenes es diferente y es la experiencia del médico la guía verdadera en el camino a seguir. Esta y la intuición, nos dirán si es necesario provocar los accesos cada 2 ó 3 días, si aumentamos tantos millones de microorganismos en las subsiguientes inyecciones, etc., etc.

No se ha de olvidar la necesidad de probar la sensibilidad del paciente, no inyectando desde el primer momento, como ocurre con frecuencia, cien o más millones de gérmenes.

Creemos que para comenzar bastan unos 20 millones de microorganismos. Según sea la respuesta, se inyectará de nuevo a las 2 horas la misma cantidad para obtener mayor elevación de la temperatura y más duración. Cada 2 ó 3 días se irá duplicando, según la experiencia aconseje, la cantidad de vacuna a inyectar.

El esquema siguiente de Jack R. Ewalt y asociados, puede orientar como débil pauta; pero en la práctica, según nuestra experiencia, no es útil, como no lo son otros métodos basados en cifras fijas que no toman en cuenta el modo individual de reacción.

1 er. día.....	20 millones	a las 2 horas.....	20 millones
3 " "	30 "	" " 2 "	30 "
5 " "	40 "	" " 2 "	40 "
7 " "	50 "	" " 2 "	50 "
9 " "	60 "	" " 2 "	60 "
11 " "	70 "	" " 2 "	70 "
13 " "	80 "	" " 2 "	80 "
15 " "	90 "	" " 2 "	90 "
17 " "	100 "	" " 2 "	100 "
19 " "	110 "	" " 2 "	110 "

Como vemos, al 19avo día se inyectan 110 millones de gérmenes y con mucha frecuencia, hemos inyectado al 3º ó 5º día dicha cifra, sin ningún resultado.

Generalmente, son necesarios de 10 a 15 accesos febriles.

Las complicaciones, pueden ser: Hiperpirexia sostenida, vómitos, diarreas, estados de ansiedad y de angustia, taquicardia elevada, hipotensión, shocks, etc., etc.

Los cuidados a seguir, se fundamentan en lo dicho en la parte correspondiente a malarioterapia.

CONCLUSIONES

No cabe duda en la efectividad de la piretoterapia en el tratamiento de la neurosífilis, siendo indicación absoluta en la P. G. P., mostrándose igualmente efectiva la malarioterapia y la inductopirexia. A esta conclusión llegan Hahn y Clarck (A. J. Syphilis, Gonorrhoea

and Ven. D., St. Louis) después de haber tratado 1800 casos de neurosífilis, incluyendo los más resistentes.

A. E. Bennett, J. C. Nielsen y A. H. Fechner, encuentran en la Parálisis General, un doce por ciento de remisión clínica, después del tratamiento químico (Tryparsamida), 42 por ciento, después de la malarioterapia, seguida de quimioterapia y un 53 por ciento después de la inductopirexia seguida igualmente de quimioterapia. En consecuencia el tratamiento por fiebre artificial más allá de las 50 horas a 105° F. combinada con arsenical, dió el más alto porcentaje de remisión (53 por ciento) y de mejoría (28 por ciento) (Nebraska State Medical Journal—Lincoln. Enero de 1940).

Establecida una discusión sobre piretoterapia en la Sociedad Médica de Londres (1940) el Dr. F. J. Natras, dijo que consideraba superiores los métodos eléctricos para producir fiebre a la impaludización. En 207 casos de P. G. P. tratados por inductopirexia no obtuvo defunciones, en cambio fué del 3 ó más por ciento en malarioterapia. En cambio J. Matsen y E. Lomholt, consideran a ésta como el medio más efectivo y de elección en el tratamiento de la misma enfermedad (Ugeskrift for Laeger Copenhagen — Nov. 6. 1941).

Cualquier método piretoterápico, es francamente efectivo, en los casos iniciales de P. G. P. sin deterioro. Paul A. O'Leary y asociados, encuentran un cincuenta por ciento de remisión en casos medianos, en los intermedios un 25 por ciento y en los avanzados un 10 por ciento. (J. A. M. A. Vol. 115 — Pg. 672).

Se está de acuerdo en la necesidad de un tratamiento intenso y completo, sean cualesquier los métodos usados. Así no se pueden considerar efectivos los tratamientos de neurosífilis tardías con pocos accesos febriles y 3 millones de U. de Penicilina (Augustus S. Rose, Harry C. Solomon J. A. M. A., Enero 1947).

Paul A. O'Leary, encuentra satisfactoria la combinación Penicilina-malarioterapia. Esta asociación resulta superior al uso aislado de cualesquiera de los dos métodos.

Kendell, W. M. Simpson y D. L. Rose (Archy of Physical Therapy Chicago — Set. 1942) llegan a considerar la inductopirexia tan efectiva como la malarioterapia en el tratamiento de las neurosífilis sintomáticas y asintomáticas. De 208 casos tratados, obtuvieron 52 por ciento de remisiones y 28 por ciento de mejoría marcada. Estas cifras, se mejoran en la actualidad combinando el método piretoterápico con la quimioterapia.

La misma efectividad terapéutica, encontró Nielsen (Archy de Dermatología y Sifilología — Chicago — Abril 1942), en los pocos casos de neurosífilis juvenil tratados.

A. Marín (A. J. Shyphillis, Gonorrea ven. D. St. Louis, Marzo 1942) induciendo fiebre con vacuna antitífica, siguiendo con fiebre artificial y quimioterapia simultáneas, obtuvo 46 por ciento de remi.

sión total en parálisis generales, 9 de 22 tabéticos y 6 de 9 tabo-parálisis.

Se pueden citar gran cantidad de opiniones, pero no hay duda en cuanto a la efectividad terapéutica de los procedimientos piretoterápicos en las afecciones sífilíticas del sistema nervioso. También se aceptan sus magníficos resultados sobre la sífilis prenatal tardía en su período de queratitis intersticial, en las uveítis, en las iritis agudas, en las neuritis ópticas y en las coroiditis agudas.

En la neuritis óptica primaria de origen luético son de aplicación fundamental la malarioterapia o la inductopirexia. Aquella es superior según los trabajos de Moore y Woods (J. A. M. A. Julio 1938) y de Bruetsch (J. A. M. A. Enero 1946). Este autor no les concede eficacia a los arsenicales trivalentes, bismúticos y mercuriales en esta afección. Nuestra experiencia coincide con los autores citados usando como medio piretógeno la inductopirexia. Estos datos los consideramos de extraordinaria importancia y de gran valor práctico porque conociéndolos se puede evitar una futura ceguera en quien a tiempo acude tras el auxilio terapéutico adecuado.

Bibliografía

Comprendida en el texto.

(Trabajo presentado al Congreso Médico Nacional de octubre 1947)

Centro de Estudios Médicos Moreno Cañas

Comunicación a la reunión No. VII. Marzo-4 1949

Contribución cauística al diagnóstico de las Neoplasias Pulmonares

Doctores: Constantino Urcuyo Gallegos y Antonio Portugal F.

La presentación de este caso no se hace como exposición novedosa u original, sino por la enseñanza que deja la sintomatología de los neoplasmas primarios o secundarios del pulmón, que se manifiestan siempre discretamente y de la cual hay que hacer una valorización sistemática y detallada.

... Ficha de identificación: Nombre: A.C. Edad: 63 años. Profesión: Ingeniero eléctrico. Lugar de nacimiento: Inglaterra. Residencia: San José de Costa Rica.

Antecedentes familiares: Su padre falleció de hemorragia cerebral. No hay antecedentes de cáncer en su familia.

Antecedentes personales: Tabaquismo desde hace 40 años, acostumbrando solamente fumar habanos y pipa sin inhalar el humo. Ingeniero de Plantas eléctricas en Panamá hasta hace dos años. Durante dos años trabajó en minas de oro.

Antecedentes personales patológicos: Negativos por lúes y tuberculosis.—El Julio de 1948 fué operado por un otorrinolaringólogo de neurosarcoma de la hipofaringe.

Enfermedad actual: Después de la intervención a que fué sometido en Julio de 1948, continuó perfectamente bien de salud, sin ninguna molestia, comiendo bien y haciendo vida normal a excepción de pérdida de peso progresiva.

Hace quince días empieza a notar disnea de pequeños esfuerzos, insomnio, anorexia, adinamia y muy poca tos no productiva. Pocos días después presenta ligero estado diarreico, motivo por el cual fué llamado el Dr. Portugal, quien verifica un examen general que le demuestra un cuadro pleural del hemitórax derecho con matidez total de ese hemitórax y ausencia de murmullo vesicular. Por consiguiente, hace el diagnóstico de derrame pleural derecho, ordena tomar una radio pulmonar que muestra un proceso pleural que cubre casi totalmente el hemitórax derecho y hace una punción diagnóstica. Esta punción da un líquido uniformemente hemorrágico, haciéndole sospechar un diagnóstico provisional de neoplasma pulmonar.

En tales circunstancias resolvimos hacer un estudio más completo del caso.

Interrogatorio por aparatos

Aparato respiratorio: Lo anotado anteriormente.

Aparato digestivo: Evacuaciones semi-líquidas y meteorismo.

Aparato circulatorio: Disnea de pequeños esfuerzos.

Aparato Urinario: Normal.

Sistema nervioso: Normal.

Síntomas generales: Ligeramente subfebril, anorexia, adinamia y pérdida de peso que no puede precisar.

Exploración física:

Cabeza: Nada anormal.

Cuello: Micro y Macropoliadenitis cervical.

Tórax: Región Precordial: Tones normales.

Hemitórax derecho:

a) ampliación y amplexación de la base derecha abolidas.

b) matidez a la percusión en todo el hemitórax.

c) ausencia de murmullo vesicular en todo el hemitórax.

Hemitórax izquierdo: Respiración ruda bronquial a los campos medios e inferiores.

Región axilar izquierda: Se palpan pequeños ganglios.

Abdomen: Timpanismo. Ganglios inguinales palpables.

Miembros: Normales. Tensión arterial: 135/85.

Seguidamente se verifica una primera punción evacuadora de 600 c. c. de líquido hemorrágico, que no se coagula, sino que se sedimenta, impidiéndola hacerla total una lipotimia que el enfermo presenta. Posteriormente se hace otra punción evacuadora en decúbito dorsal y en cantidad de dos litros de líquido hemorrágico y con caracteres anteriores.

Inmediatamente después se hace Fluoroscopia pulmonar que muestra: 1º) Neumotórax derecho con cámara aérea de 50% y con un residuo de fibrina en el ángulo costodiafrágico; 2º) gran masa densa en la región del ángulo cardiofrénico derecho y otra en la región hilar de ese lado de forma "numular"; 3º) en la región hilar contralateral, se percibe otra masa densa de la misma. Esta impresión fluoroscópica se corrobora con placa radiográfica, (3) que revela las formas de condensación anteriores y sobre todo un dato característico de estos derrames pleurales: en el intervalo de la fluoroscopia y la toma de la placa, el derrame se ha vuelto a reproducir en parte.

El examen del líquido pleural demostró ausencia de bacilos en Koch, de células neoplásicas y de bacterias. En el primer examen el porcentaje de linfocitos fué de 42% y en el segundo de 68%. Además el Dr. Fallas no pudo apreciar elementos neoplásicos. Este subido

porcentaje linfocitario es para G. v. Bergman, característico en los derrames pleurales hemorrágicos de naturaleza neoplásica. El no encontrar elementos degenerativos en estas clases de pleuresías, confirma lo que la mayoría de los autores aseveran. El poco esputo que se pudo recoger, fué negativo homogenizadamente a Bacilos de Koch siendo positivo a células neoplásicas.

El recuento globular y hemoglobínico dan valores de 2.700.000 glóbulos rojos y una baja de 14%, confirmando la hemorragia producida y la anemia precoz de que hablan los autores alemanes.

La Eritrosedimentación se encuentra francamente acelerada en 82.75 mm.

La Reacción de Kahn es: Negativa.

Los tiempos de coagulación y sangrado presentan valores normales: 4 minutos y 50 segundos respectivamente.

El grupo sanguíneo es: III.

Diagnóstico: Carcinoma y pleuresía hemorrágica metastásica del pulmón. Se fundamenta el diagnóstico por la clínica y por el laboratorio. Por la primera en: a) el antecedente neoplásico hipofaríngeo; b) la edad del enfermo; c) la sintomatología tardía de los neos secundarios del pulmón, que se traducen en una forma velada, tenue y sin estrépito como son: la aparición de una pleuresía hemorrágica concomitante como primera manifestación y su tendencia a reproducirse, que es casi un signo patognomónico; la disnea precoz de pequeños esfuerzos; la pérdida de peso acentuada; la anemia precoz; la progresividad; la anorexia; la desnutrición y la escasez de signos estetoacústicos.

Por el segundo en: el examen fluoroscópico y radiográfico característico; la presencia en el derrame pleural de gran cantidad de linfocitos y la positividad de células neoplásicas en el esputo.

Diagnóstico diferencial: La ausencia de bacilos acidorresistentes y examen clínico-radiológico negativo, elimina cualquier proceso tuberculoso. La negatividad de antecedentes venéreos, reacción de Kahn y examen clínico-radiológico, invalida un proceso luético pulmonar.

El examen clínico objetivo con ausencia de cianosis, tumefacción ganglionar, red venosa torácica visible, etc., desecha cualquier padecimiento linfosarcomatoso mediastinal.

Resumiendo: En este caso, con el antecedente neoplásico anterior, el cuadro clínico-radiológico, no ofrece duda alguna. Sin embargo, dentro del cuadro clínico podemos anotar lo siguiente: (1) La pérdida de peso es un índice de progresividad; (2) la aparición de la disnea de pequeños esfuerzos, la anorexia, adinamia y anemia, se revelan precozmente; (3) El derrame hemorrágico adquiere primacía

en las manifestaciones sintomatológicas. Dentro del cuadro radiológico, la punción diagnóstica aclara y guía; la evacuadora confirma.

En lo que respecta a métodos de laboratorio, la búsqueda de células neoplásicas por el método de Papanicolaou, tiene un valor definitivo, tanto como el examen broncoscópico y sin las molestias inherentes a éste.

Pronóstico: Fatal a corto plazo.

Tratamiento: Únicamente sintomático. Coagulantes, antianémicos, vitaminados y transfusión.

Conclusiones: 1º) Todo enfermo operado de cualquier proceso neoplásico de la cara y sus anexos, debe ser a menudo controlado radioscópicamente y ser objeto de vigilancia clínica respiratoria.

2º) Toda pleuresía hemorrágica sin antecedente traumático debe hacer pensar en proceso neoplásico pleuro-pulmonar, mientras no se demuestre lo contrario.
