

Año XIV



NUMERO 163

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
Director del Hospital San Juan de
Dios.

Sumario:

	Pág.
I.—Cardiopatías Congénitas, por el Dr. Alvaro Aguilar Peralta	257
II.—Dolor incoercible y su tratamiento, por el Dr. Manuel Velasco Suárez	264
III.—Estudio comparativo de las enfermedades de la piel que se presentan en Costa Rica y El Salvador, por el Dr. Arturo Romero	270
IV.—Secuelas de la Epidemia de San Rafael de Heredia, por el Dr. A. Brenes Ibarra	274

SAN JOSE, COSTA RICA
NOVIEMBRE 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, Noviembre de 1947

No. 163

Año XIV

Cardiopatías congénitas

Trabajo presentado por el

DR. ALVARO AGUILAR PERALTA

Para sustentar el examen de Asistente en la Sección de Medicina del
Hospital San Juan de Dios.

San José, Rep. de Costa Rica

Definición. Consideraciones Generales:

Son lesiones orgánicas que ocurren durante la vida intrauterina o en los primeros momentos del nacimiento, debidas a un vicio de desarrollo del órgano. Son raras, pues se encuentran en una proporción de uno a cinco por ciento entre todas las enfermedades orgánicas del corazón.

Se pueden considerar dos grandes grupos: representado el primero por aquellas malformaciones teratológicas complejas que son incompatibles con la existencia; el otro grupo está constituido por el conjunto de cardiopatías congénitas compatibles con la vida, precozmente precaria y alterada, como de la vida normal y apenas dificultada.

En diversas formas de alteraciones cardíacas congénitas es muy difícil el diagnóstico diferencial, constituyendo por lo tanto, uno de los problemas más áridos de la cardiología. Dice Labary al respecto: "En parte alguna, fuera de las lesiones congénitas, hay menos signos patognomónicos y todo signo, por manifiesto que aparezca, exige una discusión".

Clasificación

Adoptamos la clasificación clínica de Maude Abbott elaborada con el estudio de mil casos, considerando primordialmente el grado de cianosis que presentaron. Desde ahora diremos que a mayor grado de cianosis mayor gravedad clínica.

I.—Grupo, no cianótico.

Casos que no presentan comunicación anormal o cortocircuito entre ambos corazones.

A) — Menos grave.

- 1.—Dextrocardia simple.
- 2.—Anomalías del pericardio.
- 3.—Cuerda tendinosa anómala.
- 4.—Mayor o menor número de valvas.
- 5.—Orificio aurículoventricular doble.
- 6.—Coartación simple de la aorta (tipo adulto).

B) — Más grave.

- 1.—Ectopia cordis.
- 2.—Hipertrofia congénita del corazón.
- 3.—Estenosis aórtica o subaórtica pura.
- 4.—Estenosis mitral pura.
- 5.—Coartación de la aorta, tipo infantil.

II.—Grupo, Cianosis tardía.

Casos de comunicación arteriovenosa con posible inversión de la corriente, de carácter terminal o transitorio; la sangre pasa del lado arterial al venoso.

- 1.—Persistencia del conducto arterial.
- 2.—Defectos localizados del septum aórtico.
- 3.—Defectos localizados del septum interauricular, entre los que encontramos el foramen oval y el ostium primum.
- 4.—Comunicación interventricular (Enf. de Roger).

III.—Grupo, Cianótico o enfermedad azul.

Casos de cortocircuito venoarterial; presentan abundante pasaje de sangre venosa al lado arterial.

A) Cianosis leve o moderada.

- 1.—Defectos del septum interventricular con dextroposición de la aorta.
- 2.—Corazón trilocular univentricular.
- 3.—Estenosis pulmonar con persistencia del foramen oval.
- 4.—Estenosis tricúspidea.
- 5.—Atresia tricúspidea con anomalías septales.

B) —Cianosis moderada o acentuada.

1.—Tetralogía de Fallot: constituida por la stenosis pulmonar, la comunicación interventricular, la dextroposición de la aorta y la hipertrofia del ventrículo derecho.

2.—Tetralogía de Eisenmenger y Rosedale: formada por la atresia pulmonar (dilatación) la comunicación interventricular, la dextroposición de la aorta y la hipertrofia del ventrículo derecho.

3.—Transposición de los grandes troncos arteriales con comunicación interventricular.

- 1.—Corazón bilocular con trasposición de los troncos arteriales.
 - 2.—Persistencia del tronco arterioso con comunicación interventricular.
 - 3.—Corazón bilocular con persistencia del tronco arterioso
- C).—Cianosis Extrema.
- 4.—Trasposición total de los troncos arteriales sin comunicación interventricular pero sí auricular, o persistencia del conducto arterial.
 - 5.—Atresia pulmonar con comunicación interauricular y persistencia del conducto arterial.
 - 6.—Atresia mitral con aplasia aórtica, comunicación interauricular e interventricular y persistencia del conducto arterial.
 - 7.—Atresia aórtica, trasposición de los troncos arteriales y persistencia del conducto arterial.

NOTA: De acuerdo con la anterior clasificación el orden de frecuencia de las cardiopatías congénitas, citándolas de las más frecuentes a las menos frecuentes, es como sigue:

- 1.—Persistencia de la comunicación interauricular.
- 2.—Persistencia de la comunicación interventricular.
- 3.—Simple persistencia del conducto arterioso.
- 4.—Estenosis pulmonar.
- 5.—Anomalías de las válvulas semilunares.
- 6.—Coartación de la aorta (tipo adulto).
- 7.—Coartación de las grandes venas.
- 8.—Trasposición completa de los grandes troncos arteriales.

Patogenia

Teoría Embrionaria: se explica por la detención o la desviación en el desarrollo del corazón.

Teoría Inflamatoria e Infecciosa: Letulle resume dicha teoría así:

"Las afecciones del corazón humano reconocen por punto de partida una pancarditis insular, que data de la vida embrionaria y que ha ocasionado en consecuencia diversas malformaciones o deformaciones más o menos compatibles con la vida extrauterina".

Teoría Ecléctica: La infección, ya sea por la aparición en los factor desencadenante, los fenómenos embriológicos que al final vienen a constituir la malformación.

Etiología.

Herencia Teratológica: Se explica, ya sea por la aparición en los descendientes de la misma cardiopatía congénita, o en aquel sujeto cu-

Los progenitores han presentado mal-formaciones, quedando indemne el corazón.

Herencia Infecciosa: Debemos considerar en primer lugar la sífilis. Es discutido el caso de la tuberculosis, en donde actuarían las formas filtrantes del bacilo de Koch. Se habrá de tomar también en cuenta la infección reumática.

Estudio Clínico.

Me referiré únicamente al de los casos que presento esta noche, o sean: Persistencia del conducto arterial y Comunicación parcial interventricular o enfermedad de Roger.

Persistencia del conducto arterial.

Es más común en la mujer, aparentemente. El conducto arterial une el cayado de la aorta, en un punto más allá de los tres vasos principales que de él nacen, con la rama izquierda de la arteria pulmonar, y conduce en el feto sangre de esta arteria a la aorta. Se oblitera el conducto al nacer y descender la presión arterial pulmonar por debajo de la aórtica, haciéndose enseguida impermeable y atrofiándose. Realmente se puede considerar como una afección post-natal, pues su obliteración no se produce totalmente hasta los primeros días, semanas o meses después del nacimiento.

Al persistir el conducto, el flujo sanguíneo se hará por él, en dirección de la aorta a la arteria pulmonar, y su síntoma característico será la presencia de un soplo continuo, de refuerzo sistólico, por lo general rudo, sobre todo durante la sístole, comparable a un ruido de maquinaria, intenso y que se acompaña de thrill. Su máxima intensidad se encuentra en la parte interna del segundo o tercer espacio intercostal izquierdos; pero puede ser escuchado en una área más amplia de la base del corazón, y además en el espacio interescapular, si aumentara su intensidad; no se le ausculta en el cuello. Pueden oírse soplos de la misma clase en las anastomosis de arterias y venas de gran tamaño, corrientemente observadas en los miembros en el cuello, y accidentalmente en el tórax a consecuencia de heridas de bala.

La presión arterial y el pulso son normales.

A veces, la radiografía es normal; más frecuentemente presenta dilatación de la arteria pulmonar que se manifiesta en la radiografía por abombamiento del arco medio izquierdo en forma de semicírculo.

Los hallazgos electrocardiográficos son comunes a todas las cardiopatías congénitas. Louis N. Katz, en su libro *Electrocardiografía*, dice al respecto: "Recientemente nosotros hemos descrito un electrocardiograma característico, que en su forma completa es patognomónico de cardiopatía congénita; no está asociado en especial con varie-

dad alguna de ella y no es constante en todos los casos. Consiste en complejos QRS difásicos y de gran amplitud en las derivaciones de las extremidades, de tipo Q o S en más de una de dichas derivaciones, o viceversa. A menudo, pero no siempre, se encuentra una preponderancia ventricular derecha. Los complejos QRS difásicos indican defectos en el sistema de conducción sectal que alteran el patrón de actividad del ventrículo.

En las derivaciones corrientes, pequeños complejos QRS de este tipo difásico, pero con los accidentes positivos de amplitud normal, cuando se encuentran, sugieren cardiopatías congénitas; pero también ocurre en otros casos".

Esta enfermedad no tiene gran influencia sobre la duración de la vida del individuo aunque lo predispone a padecer de endocarditis infecciosa. El tratamiento de la persistencia del conducto arterial ha sufrido radical transformación debido a la curación de la endocarditis bacteriana aguda por los medios terapéuticos actuales, y debido también a la práctica corriente, por medios quirúrgicos, de la obliteración del conducto arterial. Esta operación la sugirió Munro en 1907 y fué intentada por primera vez en 1938 por Strieder, aunque sin éxito. La primera intervención con buenos resultados fué llevada a cabo por Robert E. Cross un año después, quien en 1944 presenta una serie de cuarenta y cuatro casos en los que alcanzó éxito indudable. En efecto, en el *Surgery Gynecology and Obstetrics* de enero de 1944, página 36, tomo 78, escribe un magnífico y bien documentado artículo en el que da como indicaciones para la intervención: 1º.—Un gran paso de sangre arterial a la circulación venosa que impide un correcto desarrollo físico, o que produzca una sobrecarga ventricular con riesgo de provocar insuficiencia cardíaca. 2º.—Una endocarditis bacteriana. 3º.—Aneurisma del conducto arterioso. Además se refiere a la técnica operatoria, que por la índole de este trabajo no será discutida.

Caso Clínico "A"

B. C. T, sexo femenino, casada, de 39 años, de oficios domésticos. Se presenta a la Admisión de Enfermos del Hospital San Juan de Dios el 9 de abril de 1947, manifestando haber comenzado a estar enferma hacía ocho días con palpitaciones, disnea y ligeros dolores torácicos.

Antecedentes personales y familiares negativos. Ha dado a luz tres hijos con embarazo a término normal y parto fisiológico.

Exploración Física

Apariencia: desnutrida. Dientes muy careados. Presión arterial: 160 y 85. La exploración de la región precordial nos suministra los siguientes datos: Thrill palpable en el segundo espacio intercostal izquierdo; soplo continuo en el soplo pulmonar; galope.

Exámenes de Laboratorio

Hemocultivo (buscar estreptococos irridaus): negativo. Orina heces y Kahn negativos. Electrocardiograma: tipo Katz.

Telerradiografía del corazón: aumentos de los diámetros cardíacos con marcada acentuación del arco inferior izquierdo. Los campos pulmonares muestran una imagen de estasis acentuada (Nº 25371).

Pronóstico.

Es de temer la reaparición de la insuficiencia cardíaca ya presentada en abril de este año.

Tratamiento.

Dado que ya se presentó en una ocasión la insuficiencia cardíaca, que denota existir una sobrecarga ventricular, este caso se encuentra comprendido entre los que Gross cita como indicado la obliteración del conducto arterial por medios quirúrgicos.

Comunicación parcial interventricular o enfermedad de Roger.

Es una comunicación interventricular aislada, sin otra malformación congénita, abierta en su parte superior membranosa. Generalmente se asocia con otros defectos, tales como transposición o situación anómala de otras arterias, o casos en que el infundibulum pulmonar está ligeramente viciado sin estar estenosado. Se caracteriza por un soplo sistólico fuerte y largo, acompañado en ocasiones de Thrill, causado seguramente por la cantidad de sangre que pasa del ventrículo izquierdo al derecho, auscultándose con mayor intensidad hacia el cuarto cartílago izquierdo cerca del esternón.

Cuando el soplo es mediano o ligero tiende poco a propagarse; pero si es intenso, irradia el resto de la región precordial y a distancia excéntricamente, con mayor intensidad a la región hepática.

La cianosis es rara, y existen además muy pocos síntomas; al sujeto portador de la lesión se le descubre en un examen físico completo rutinario o al consultar con motivo de fenómenos sensitivos corrientes palpitaciones o algias precordiales, comunes a otras enfermedades. Cuando la comunicación entre ambos ventrículos es amplia, el ventrículo derecho se haya aumentado de tamaño, y la silueta del corazón a los Rayos X se dibuja en forma circular, de un modo esquemático; aunque en la mayoría de los casos la sombra cardíaca no sufre o casi no sufre deformación por el hecho de la enfermedad de Roger.

Caso Clínico "B"

C. M. R., del sexo masculino, de 28 años de edad y empleado

del Hospital San Juan de Dios. El paciente no presenta ningún síntoma subjetivo cardíaco ni extracardíaco. Fué remitido por el Dr. Alfonso Salazar Baldioceda a la Consulta de Cardiología atendida por el Dr. García Carrillo, en donde se le hizo su diagnóstico. Antecedentes personales y familiares negativos.

Exploración Física.

Ligeras cianosis de los labios. A la exploración de la región precordial encontramos un Thrill palpable en el tercero y cuarto espacio intercostal izquierdo cerca del esternón, auscultándose un soplo holosistólico rudo en el sitio antes mencionado, audible también en todo el precordio e irradiado a la región hepática.

Exámenes de Laboratorio.

Hemocultivo) buscar estrep. irrid.): negativo. Heces, orina, hemograma, Khan: negativos.

Telerradiografía del corazón: sombra cardíaca ligeramente globulosa, por acentuación de los arcos inferiores derecho e izquierdo, sin gran aumento de los principales diámetros (Nº 85.085).

Pronóstico

Puede llevar una vida normal.

Tratamiento.

De acuerdo con la condición actual del paciente, ninguno.

Julio dieciocho, de mil novecientos cuarenta y siete.

Dolor Incohercible y su Tratamiento *

Dr. Manuel Velasco Suárez

De la Facultad de Medicina de México

Llamamos dolor incohercible aquel que no cede por el adecuado y específico tratamiento de la condición patológica causal y que necesita ser aliviado por cualquier procedimiento.

Dentro de esta vastísima connotación se encierran cuadros dolorosos producidos por las más distintas causas, desde las de naturaleza desconocida como el "Tic douloureux" del trigémino, hasta las producidas por el cáncer espinal...

Todo aquello que promete alivio debe ser ofrecido a los pacientes que viven bajo la trágica situación de un dolor de esta naturaleza, ya se le llame neuralgia del glossofaríngeo, del occipital de los intercostales, del crural, etc. Enfermedad de Raynaud, angina de pecho, tumores malignos y sus metastasis, tabes, procesos tuberculosos de la laringe, neuritis periférica intratable, causalgia, herpes zoster, etc. lesiones o padecimientos inoperables de los nervios espinales o la causa equina, dolores viscerales de origen simpático o desconocido dolores talámicos, etc.

La elección del procedimiento terapéutico para cada caso, dependerá de la naturaleza de su origen, de su localización, del estado general del paciente, de su edad, etc. Y después de agotar todos los tratamientos, para el proceso causal, se hará un concienzudo análisis de la condición psicológica y de encontrar elementos anormales en esta especie se justificará la psicoterapia que en algunas condiciones logra resolver situaciones sifitivas dolorosas de causa desconocida.

Los recursos médicos casi nunca obtienen resultados satisfactorios en estos pacientes, sin embargo es de recomendarse su uso antes de recurrir a los medios cruentos y, en forma definitiva, sólo en aquellos casos de contraindicación operatoria. La combinación de codeína, barbitúricos, morfina y otros analgésicos deberá reservarse para los pacientes condenados a no poderse servir de los beneficios quirúrgicos, y en los que se hará tratamiento técnico de radioterapia, etc.

Tratado este difícil capítulo desde un punto de vista genérico, antes de hablar de los distintos procedimientos quirúrgicos, señalaré brevemente, el recurso de la inyección de alcohol y sustancias anélgicas en el espesor de los troncos nerviosos y en el saco dural.

La novocaina sigue siendo una droga útil para obtener anestesia

*Trabajo leído por su autor en el auditorio de la Facultad de Medicina, durante su visita a Costa Rica.

transitoria y su inyección sobre un tronco nervioso dado, podrá ser vir, como procedimiento diagnóstico para localizar las ramas nerviosas involucradas en el proceso doloroso.

La inyección de suero fisiológico en los nervios y su periferia ha sido recomendada para romper adherencias inflamatorias que suelen ser causa de dolor (ciática crónica, espacio epidural, para dolores sobre el plexo sacro, etc.)

Las inyecciones de alcohol continuarán en uso, pero se emplean cada vez menos. La sección fisiológica lograda por este método, sin destrucción de la continuidad de las fibras es casi siempre transitoria y puede producir reacciones neuríticas severas. Comúnmente se usan mezclas de novocaína 1% y alcohol 80% en suero fisiológico. Sobre añadir que nunca debe inyectarse alcohol en nervios mixtos. Cuando se haga sobre fibras sensitivas debe hacerse precisamente en el espesor mismo de los troncos nerviosos, pues de lo contrario precipitará las proteínas de los tejidos vecinos y producirá reacciones de irritación.

Las inyecciones de alcohol absoluto en el saco dural, ofrecen algún beneficio en los casos de dolor visceral, pélvico y de las extremidades inferiores, sin embargo son muy raras las secuelas de trastornos esfinterianos y cambios inflamatorios generales, en la médula, así, pues, su uso debe ser limitado a aquellos pacientes en los que no se espera una integridad duradera de sus funciones espinales, por la naturaleza misma de su enfermedad.

Cada inyección no pasará de 1 c.c. y se repetirá con intervalos de 10 a 15 días.

Cuando los procedimientos anteriores no sean oportunos, hubiesen falado o no se juzguen indicados, se recurrirá al tratamiento operatorio.

La mayoría de las intervenciones quirúrgicas indicadas para el alivio del dolor, se realizan sobre elementos nerviosos anatómicamente intactos; de este hecho se desprende que se requiere muy buen juicio para escoger siempre el procedimiento menos vulnerable y sólo cuando sea absolutamente necesario.

Las operaciones utilizadas hasta hoy contra el dolor incohercible son: la *neurolysis* o *neurorrafia* que tiene por objeto liberar un tronco nervioso de adherencias perineurales; la *neurectomia* periférica indicada en aquellos casos de dolor limitado al campo de la inervación del nervio en cuestión; la *rizotamia* posterior o sección de las raíces sensitivas de los nervios espinales cuya indicación se reduce cada día más, sólo es aconsejable cuando se trate de molestias bien individualizadas, para uno o dos nervios raquídeos. La *cordotomía*, que consiste en la sección medular del fascículo espinotalámico es probablemente la intervención más racional para resolver problemas de dolor unilateral ya que la sección bilateral, aun cuando no se haga a la misma altura, deja a la médula con huellas de lesión muy seria y

secuelas definitivas muy desagradables (pérdida del control esfinteriano).

Cuando la indicación es de sección unilateral, la lesión es benigna y se obtiene anestesia contralateral.

Ultimamente el Profesor Werheimer ha sido entusiasta partidario de la mielotomía comisural anterior que trata de reproducir una "siringomielia artificial" por división de la comisura mediana y con la que se obtiene pérdida de la sensibilidad al dolor y a la temperatura (bilateral y cuya extensión está de acuerdo con las secciones medulares incididas). Creemos que este procedimiento debe preferirse, en médula cervical, a la cordotomía bilateral.

La resección neuro-vascular de arterias temporales y occipitales para el tratamiento de las cefaleas por neuralgia vascular, constituye también un procedimiento racional contra el dolor (Watts). Así como una de las más recientes adquisiciones en esta lucha es la simpatectomía y casi no puede hablarse de ella sin hacer mención de Leriche, de Francois-Frank de Cannon, de Gaskell, de Smith-Wilk y de los trabajos de James C. White, quien ha puntualizado la doctrina quirúrgica del simpático.

Las resecciones del plexo hipogástrico son preconizadas para corregir el dolor de la vejiga y órganos genitales internos; la de la cadena lumbar para corregir trastornos circulatorios dolorosos de las extremidades inferiores y la cirugía del simpático-torácico y cervical brinda grandes beneficios en la angina de pecho, causalgias y enfermedad de Raynaud.

Por último haremos hincapié en los magníficos resultados de la leucotomía prefrontal como tratamiento del dolor incoercible.

Casi nada se ha dicho del mecanismo funcional de esta intervención con respecto al dolor, pero es posible que siendo el tálamo el centro receptor no discriminativo de la sensación y necesitando ésta de la distinción cortical para ser identificada, la sección blanda de los elementos de concepción tálamo-frontales impida la percepción definida del dolor, la identificación de sus componentes y haga perder carga efectiva y mental a esta sensación.

Si pues, la desconexión tálamo-frontal disminuye el valor del dolor, lo hace tolerable y permite que los enfermos vivan mejor, hemos pensado que para lograrlo no es indispensable llevar a cabo la lobotomía amplia total, sino tratar de alcanzar particularmente la radiación talámica anterior. Sobre esta base hemos operado recientemente a tres enfermos con muy buenos resultados.

CASUÍSTICA

A. Y. B.—Mujer de 48 años, casada, con nueve hijos.

En abril de 1947, úlcera en el cuello del útero. En noviembre de

de 1940 histerectomía total por cáncer. En octubre de 1942 se inician dolores penetrantes sobre el muslo y pierna izquierdas y sedescubre una recidiva del tumor que desde entonces se juzga inoperable. Las molestias dolorosas pronto se acompañaron de edema en las extremidades inferiores, sobre todo del miembro izquierdo. En marzo de 1944 se le hicieron diez aplicaciones de terapia profunda, obteniendo disminución del edema pero ningún alivio para el dolor. Un estudio radiológico practicado en febrero de 1945 deja ver una incipiente invasión del ilíaco izquierdo.

Por este tiempo se le hacen doce aplicaciones más de terapia profunda, sin resultado aparente y los dolores se extienden a la baja espalda. Ya desde entonces ningún analgésico mitiga sus molestias y empieza a abusarse de la morfina y el demerol (cuatro a cinco inyecciones diarias).

En noviembre de 1946, por el enorme edema de la pierna izquierda, es internada en el Hospital Inglés donde se le somete a nuevo tratamiento roentgen (doce radiaciones) y se le hacen tres o cuatro transfusiones.

En abril de 1947, los dolores llegaron a tal extremo que no toleraba ni el roce de sus ropas sobre todo el miembro edematoso y fué imposible registrar qatos oscilométricos.

Biopsia: carcinoma epidermide.

Estudio radiológico: invasión neoplásica del ilíaco y alas del sacro izquierdos.

Estando la paciente en condiciones trágicas de dolor se le practica la lobotomía pre-frontal "modificada", el 6 de junio de 1947. Bajo anestesia local. Terminada la leucotomía y establecida la desorientación resultante, (habitual) nuestra enferma no volvió a quejarse de dolor, a pesar de friccionarle la pierna e imprimirle movimientos bruscos. La inercia mental consecutiva fué profunda. Recuperada al doceavo día de la operación, se mostraba mucho más alerta que los lobotomizados comunes. Nunca se quejó por los baños de esponja, ni cambios de posición, etc al preguntarle si tenía dolor contestaba indistintamente que sí o que nó. Desde entonces no ha vuelto a requerir analgésicos de ninguna clase. Come mejor que antes, duerme bien y ha ganado 2.5 kilogramos de peso (VIII-29-47). No han ocurrido grandes modificaciones en su personalidad y sigue siendo comedida, seria y gran factor de respeto en su casa.

H. C.—Mujer de 36 años. Casada, sin hijos. Comerciante. Antecedentes familiares y personales, positivos para alcoholismo y lues.

Hace seis años, diez después de la primera infección luética, empezó a sufrir dolores en las piernas y espalda. Al poco tiempo de iniciadas estas molestias se presentó un dolor intenso en transicción y cinturón a la altura del epigastrio, que se acompaña de vómitos, duró cuatro a cinco horas y desapareció espontáneamente. Desde en-

tonces ha venido sufriendo estas crisis dolorosas acompañadas de náusea y vómito, en forma periódica. Inicialmente hacían su aparición cada cinco meses, luego fueron haciéndose más frecuentes, hasta que ahora son diarias y durando tres y cuatro horas, se repiten por la noche. Después de dos a tres días de relativo bienestar, tiene cuatro en "estado de mal". Además hay disuria, estreñimiento y anorexia absoluta.

Todo el estudio especializado para aparato digestivo dió datos negativos a excepción de... "carencia de ácido clorhídrico libre en el cont. gástrico de ayuno".

Exploración neurológica: signo de Argyll-Robertson, estrabismo, hipoacusia, abolición de todos los reflejos profundos tendinosos (signos de Westphal y Romberg positivos).

Las reacciones serológicas en la sangre fueron intensamente positivas para lúes. En L. C. R. hubo seis linfocitos por mm. cúbico y todos los otros datos dentro de lo normal.

Terapéutica empleada: en los últimos dos años se la han aplicado inyecciones de arsénico, bismuto y mercuriales. Ultimamente se la han inyectado 6000.000 U. O. de penicilina y doce ampollas de bismuto. Como las condiciones generales de la paciente continuaran empeorando, se propone la operación.

Lobotomía pre-frontal (modificada para dolor). Se practica la intervención el 17 de julio. Ocurre muy discreta desorientación e inercia post operatoria. Al tercer día la enferma se muestra alerta, no hubo incontinencia urinaria y desde entonces no ha vuelto a tener dolores ni vómitos. Ha abandonado la cama, come y duerme bien.

G. A.—Mujer de cuarenta y cinco años, casada con tres hijos. Hace dieciséis meses inicia su padecimiento con: hiperpolimenorrea aperiódica. Dolor en ambas fosas ilíacas que ha ido aumentando progresivamente de intensidad. Flujo mucosoide blanco. Aumento de volumen del vientre. Metrorragia con coágulos y líquido serosanguinolento, que aumenta con los movimientos. Hace siete meses el dolor irradia hacia la región lumbar acompañado de vómitos. Crecimiento del vientre, como embarazo de seis meses.

Aplicación de treinta y ocho sesiones de terapia profunda con ligero alivio durante las mismas y recrudecimiento de la sintomatología después.

Vientre: se aprecia un bulto duro, irregular, inmóvil, doloroso, dos dedos arriba del ombligo y que ocupa todo el hipogastrio.

Vagina totalmente invadida por masas irregulares de color gris oscuro sucio que forman un solo bloque con el tumor del vientre cuello desaparecido.

Diagnóstico: cáncer uterino con invasión total de la vagina y parametrios.

Para resolver el problema del dolor cada vez menos tolerable, se ofreció la operación.

Lobotomía prefrontal (modificada para dolor) el 8 de agosto de 1947. Inercia mental transitoria. Recuperada a los tres días. No vuelve a quejarse de dolor. Discreta euforia y no más requiere el uso de analgésicos.

Desgraciadamente esta enferma no sobrevivió más de dos semanas y murió (sin dolores) a consecuencia del cáncer ya muy avanzado.

Setiembre veintinueve de mil novecientos cuarenta y siete.

Estudio comparativo de las enfermedades de la piel que se presentan en Costa Rica y El Salvador

Dr. Arturo Romero

El cuadro representa el número de enfermos que consultaron en el Dispensario Dermatológico del Hospital San Juan de Dios de San José de Costa Rica, desde Octubre de 1945 a Junio de 1947, que forman un total de 3.146.— Representa igualmente, la clasificación de 2.000 tarjetas dermatológicas estudiadas en la Beneficencia Pública de San Salvador y presentadas al 29 Congreso Médico Salvadoreño en 1942.—

ENFERMEDADES DE LA PIEL

Dermatosis Parasitarias	Costa Rica		El Salvador	
Escabiosis	491	15,5%	587	29,3%
Micosis	120	3,6%	271	13,5%
Leishmaniosis	72		0	
Sífilis	64		70	3,5%
Pian			1	
Dermatosis cocogénas				
Dermoepidermitis localizadas y generalizadas	856 = 26,5%		526	
Erisipela, impétigo,				
Piodermitis, intertrigo				
Orzuelos, forúnculos				
Folliculitis, botriomicoma Angio-dermitis pigmentada				
Dermatosis medio torácica			26,3%	

Dermatosis Bacilógenas	Costa Rica	El Salvador
Lepra	28	2
Chancro Blando	3	7 0,35%
Tuberculosis cutánea		
Dermatosis Trópicas		
Úlceras de las piernas	296 — 9,4%	111 (28 sífilis) 5,5%
Várices	140 — 4,4%	
Mal perforante plantar	4	
Dermatosis Tóxicas		
Dermatitis medicamentosa	4	1
Eritrodermia arsenical	8	4
Otras Dermatitis		
Eritema poliforme	24	1
Pitiriasis rosada de Gilbert	1	1
Liquen plano	4	1
Púrpura	3	3
Queilitis	12	2
Eritema Ovérico y cloasmas	21	12

	Costa Rica	El Salvador
Queloides	1	1
Dermatosis vegetante	4	
Eritemas	20	8 (pelagroides)
Pruritos	9	8
Quemaduras	8	
Nigricia Unguinal	1	
Amilodoidosis cutánea	1	
Varias	127	73
Sin diagnóstico	15	
Totales	3146	2000
	diagnósticos	diagnósticos

COMENTARIOS

Es de notar la ausencia de Leismaniosis y de Lepra en el Salvador, por lo menos en el Consultorio Dermatológico de la Beneficencia Pública.

La consulta de escabiosis en El Salvador representa el doble del de lo que se ve en Costa Rica y la consulta por micosis representa el cuádruple.—

Las dermatosis producidas por cocos representa un porcentaje idéntico en ambos países.

La consulta por úlceras de las piernas es dos veces más frecuente en Costa Rica que en el Salvador.

La consulta por enfermedades que no ocasionan molestias (ni dolor, ni ardor, ni prurito) como las dermatosis pigmentarias, las diskermatososis (salvo la Hiperkeratosis plantar), las enfermedades de los anexos de la piel, los tumores cutáneos las várices, etc., son causa de un número menor de consultas en El Salvador debido al bajo nivel de cultura de las personas que frecuentan los consultorios de beneficencia.

Obsérvese que los porcentajes de lúes son bajos debido a que la gran mayoría de esa clase de enfermos acude directamente a los Dispensarios respectivos de Lucha Antivenérea, en ambos países.

Secuelas de la Epidemia de San Rafael de Heredia

Por el Dr. A. Brenes Ibarra
Jefe de Clínica del Servicio
de Enfermedades Infecto-contagiosas
del Hospital San Juan de Dios.

En Junio de 1946 se presentó una epidemia en uno de los pueblecitos de la Provincia de Heredia. La morbilidad y mortalidad eran elevadas y tanto en el público como en el seno de las autoridades sanitarias y cuerpo médico se despertó de inmediato un vivo interés, lo que se tradujo en variadas conjeturas acerca de la posible etiología.

La Secretaría de Salubridad Pública y el Hospital San Juan de Dios destacaron algunos médicos para que verificaran un estudio en la zona afectada. Las opiniones que a su regreso emitieron fueron diversas; no se fundó un diagnóstico con bases suficientemente firmes y en suma, ningún trabajo serio se publicó al respecto.

El Sr. Director del Hospital San Juan de Dios nos comisionó para que nos hiciésemos cargo de los casos que para estudio nos serían enviados y para los cuales destinamos algunas camas del Servicio de Enfermedades Infecto Contagiosas.

En esa forma tuvimos la oportunidad de estudiar el problema, agotando todos los recursos clínicos y de laboratorio para tratar de esclarecerlo. Examinamos siete enfermos y algunos de sus parientes —aparentemente sanos— que los acompañaban.

Los hechos esenciales que pudimos obtener del análisis de este material los sintetizamos a continuación:

1º—La morbilidad y mortalidad eran notables, pues la incidencia de enfermos en una población tan reducida era grande y gran parte de ellos moría.

2º—No se encontraba base en el interrogatorio de los pacientes o convivientes para determinar el mecanismo del contagio.

3º—Eran atacados sujetos de todas las edades, en ocasiones todos los miembros de una misma familia.

4º—Los síntomas principales —comunes a la mayoría de los pacientes— fueron: fiebre, cefalalgia, náuseas, vómitos y astenia; algunos presentaron calambres en las extremidades, artralgias, mialgias, convulsiones y diarrea.

5º—La exploración física demostró: hipertonía de los músculos de la región lumbo dorso cervical o de los miembros inferiores; signo de Danielopolu intensamente positivo. En uno de los enfermos había abolición de los reflejos en los miembros inferiores. Tuvimos oportunidad de presenciar una crisis convulsiva que presentó uno de los

sujetos, cuya duración fué de tres minutos, con pérdida absoluta del sensorio, convulsiones tónicas y clónicas, midriasis y trismus.

69—Los exámenes de laboratorio no arrojaron datos de gran importancia. Los hemogramas eran normales, exceptuando la leucopenia de uno de ellos. Un coprocultivo fué positivo para el paratífico A, pero exámenes adicionales demostraron que se trataba de un portador. La química sanguínea fué francamente patológica en un paciente que murió urémico (úrea total: 0.5%; úrea nitrógeno: 0.23%; creatinina: 0.012%). Tanto en éste como en los restantes pacientes el líquido céfalo raquídeo era normal. Hemocultivos, seroaglutinaciones, pruebas para determinar la función hepática, orina, etc., normales. Los cultivos por salmonelas resultaron negativos.

70—Tres de los pacientes fallecieron y la autopsia demostró, entre otras cosas, lo siguiente: En el cadáver del urémico: Enterocolitis hemorrágica con hiperemia muy marcada de las válvulas conniventes y de las placas de Peyer; hiperemia y edema marcados del cerebro; hiperemia de los riñones y pulmones. En otro cadáver (niño de tres años), se encontraron múltiples focos de bronconeumonía bilaterales y colitis mucosa. Por último, en otro niño de dos años, se reportó un flemón en el muslo izquierdo; bronconeumonía, hiperemia del bazo; hiperemia y edema del cerebro, etc. En resumen, los estudios anatómicos patológicos no aclararon la etiología del cuadro.

El examen de este material nos sugirió una doble posibilidad: Que se tratase de una salmonelosis o de una infección aguda a virus neurotrópico. Aparentemente el laboratorio negaba la primera. En favor de una infección a virus abogaba la intensa participación del sistema nervioso así como la muerte súbita de la mayor parte de los que sucumbieron. La demostración de la presencia de un virus resultaba extraordinariamente difícil y el hecho de que la inoculación al cobayo con líquido céfalo raquídeo de los enfermos resultase negativa en los dos casos en que tal estudio se practicó, en modo alguno negaba la posibilidad de la existencia de este agente infeccioso como causa del cuadro patológico.

Meses después encontramos una pista que nos permitió completar el estudio, pues el examen de cuatro sobrevivientes de aquella epidemia que ingresaron a nuestro hospital, nos suministró los datos necesarios para fundar una diagnóstico clínico. Los dos primeros pacientes ingresaron a los cuatro meses de aparecida la epidemia y tres meses después de éstos, llegaron los otros dos.

En los cuatro encontramos una gran similitud en lo que respecta a la semiología neurológica, que puede resumirse como sigue:

Motilidad: Activa: Disminuida. Pasiva: Normal. Paresia tipo neurona motriz periférica con marcha atáxica (steppage). Atrofias musculares; en dos de los enfermos la atrofia era notable a nivel de los tres primeros dedos de cada mano y regiones tenares y en los pies, estando los dedos de estos últimos, retraídos.

Tono muscular: Disminuido.

Sensibilidad: Dolor a la presión de las masas musculares y de los troncos nerviosos. Sensibilidades táctil y algésica normales.

Reflectividad: Arreflexia tendinosa bicipital, tricipital y rotuliana. No había reflejos plantares patológicos ni clonus. Reflejos cutáneos normales.

Trofismo: Caída del vello y de las uñas.

Pares craneanos, pupilas, esfínteres, etc., normales.

Analizando la profusa semiología neurológica que presentaron estos sobrevivientes, observaremos que corresponde a lesiones de polineuritis.

El líquido céfalo raquídeo de estos cuatro sobrevivientes resultó normal y muestras de dos de ellos fueron enviadas a EE. UU. por la Dirección del Hospital con el objeto de estudiarlos desde el punto de vista inmunobiológico, pero el resultado fué negativo.

Dos de los pacientes —atendidos por nosotros— fueron sometidos a tratamiento con complejo B reforzado con 100 miligramos diarios de clorhidrato de tiamina, durante 18 días, que fué lo que permanecieron en el hospital los sujetos, pues al final de dicho lapso la mejoría era tan notable, que exigieron la salida. La motilidad activa estaba menos disminuida; la marcha era casi normal; los troncos nerviosos y masas musculares ya no eran dolorosos a la presión; además, las acroparestesias que acusaban en forma marcada, desaparecieron completamente. Los restantes signos neurológicos no presentaron ninguna modificación en este corto espacio de tiempo de observación.

Uno de estos cuatro pacientes fué estudiado por el neurólogo Dr. F. Quirós M., quien emitió el diagnóstico de "Secuelas neurológicas de infección aguda a virus neurotrópo".

Creemos que nuestra primera sospecha acerca de la posibilidad de que un virus estuviese en juego en la etiología de esta epidemia se encontraba considerablemente reforzada con el estudio de las lesiones residuales neurológicas vistas posteriormente.

Ya en otra ocasión comentábamos en nuestro Centro de Estudios Médicos Moreno Cañas, la analogía que encontrábamos entre los cuadros agudos de esta epidemia de San Rafael de Heredia y procesos febriles, con vómitos y diarrea, que se observaban en lactantes y niños de corta edad, en forma epidémica también; emitíamos la opinión de que posiblemente ambos procesos eran debidos a virus.

En resumen, creemos que en ese pueblecito de la Provincia de Heredia lo que ocurrió fué una epidemia producida por un virus neurotrópo con manifestaciones clínicas de polineuritis aguda, cuyas secuelas pueden ser parcialmente reversibles.