LA CRONICA MEDICA

COMITE CIENTIFICO

Leonidas Avendaño, M. A. Velásquez, Max Gonzáles Olaechea, Hermilio Valdizán, Edmundo Escomel (Arequipa), Carlos Morales Macedo.

REDACCION

Eduardo Bello, Carlos A. Bambarén
Luis D. Espejo

Dirección: Apartado, 629

AÑO XL. LIMA-PERU
1923

SANMARTI y Cía.
Impresores

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

Endocarditis ulcerosa maligna

Por el Dr. ALBERTO L. BARTON

La endocarditis ulcerosa es enfermedad poco frecuente, de diagnóstico amenudo difícil y casi invariablemente fatal; su interés para el clínico es, por todo esto, considerable. No he hallado descrito caso alguno de esta infección, que entre nosotros parece ser bastante rara, en revistas médicas nacionales. Recordamos haber visto tan sólo tres ejemplares de ella, en nuestra ya larga práctica. Compañeros con más años de ejercicio profesional que nosotros nos han manifestado que muy pocas veces han tenido ocasión de tratarla. Por estas consideraciones nos ha parecido útil consignar, en forma breve, la historia clínica de un caso que nos tocó en suerte asistir hace poco. Antes de hacerlo, sin embargo, juzgamos conveniente rememorar los hechos principales que a ella se refieren.

Endocarditis ulcerosa, vegetante, maligna o infecciosa, son términos sinónimos; empleados en oposición a los de simple o reumática, que se diferencia de aquella en el terreno clínico, muy especialmente con respecto al pronóstico, que es diametralmente distinto en ambas.

Entre los factores etiológicos de la endocarditis ulcerosa figura el reumatismo como el más importante por su tendencia a producir lesiones valvulares permanentes, propicias a la implantación del proceso infeccioso ulterior. La escarlatina, gonorrea, influenza, tifoidea, disentería y neumonia, se consideran también, entre los antecedentes patológicos, aunque de importancia muy secundaria comparados con el reumatismo.

De 150 casos analizados por Horder, 122 ocurrieron entre los 15 y 20 años, debido, según el mismo autor, a que la esclerosis valvular que el reumatismo ocasiona, se presenta más o menos diez años después del ataque reumático que ocurre, por lo general, entre los 10 y 30 años. La rareza entre nosotros de la endocarditis ulcerosa se explicaría, según lo que precede, por el escaso número de reumáticos. Esto, en nuestro concepto, se debe a condiciones especiales de clima y a calidad de flora microbiana, aunque creemos que aquella infección pasa a veces desapercibida al médico.

La lesión más importante de la endocarditis ulcerosa, consiste en la infección microbiana progresiva de una o más válvulas del corazón o del endocardio mural. Es variable la naturaleza de los gérmenes cultivados de la sangre en vida. De

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

40 casos de esa enfermedad en que se obtuvo resultado positivo, en 26 se halló alguna especie de estreptococo, 5 veces el neumococo, y el bacilo de Pfeiffer, 2 el gonococo, 1 el estafilococo albo y en 1, un germen bacilar no clasificado aún. En cultivos hechos post-mortem el estafilococo aureo es el más frecuente y después el neumococo. Se encuentran además, ocasionalmente, los bacilos tífico, coli y diftérico. Excepción hecha de casos agudos, que son producidos por el estreptococo piógeno, el tipo de estreptococo hallado con mayor frecuencia, es uno de escasa virulencia, semejante al que se encuentra en las heces normales o en la saliva. Se trata generalmente de cocos en cortas cadenas cuya inoculación no produce la muerte del ratón, y que al análisis dan una serie de reacciones bioquímicas que los diferencian claramente de los estreptococos piógenos. Señalamos estas particularidades de modo especial, porque ellas nos explican ciertos hechos singulares tales como: la cronicidad de muchos casos de endocarditis ulcerosa; los períodos de apirexia que se presentan con relativa frecuencia; la falta de supuración, los infartos por embolia que constituyen una de las características más notables de la enfermedad; la ausencia, en la mayoría de los casos, de un foco de infección tangible que explique satisfactoriamente la infección del endocardio y, por último, el número enorme de gérmenes que suelen encontrarse en la sangre durante períodos en que el paciente se halla en buenas condiciones, lo que no ocurriría con gérmenes de exaltada virulencia. Indicaremos, de paso, que se ha conseguido producir, sin gran dificultad, la endocarditis infecciosa en conejos empleando inyecciones de estreptococos saprofitos, aislados de la saliva y heces de personas sanas.

El curso de la enfermedad es en raros casos, fulminante. Otras veces presenta tipo agudo que comprende aquellos casos que evolucionan entre 7 y 30 días.

Es el tipo denominado subagudo el más común y al que nos referiremos de modo especial. A él pertenece el caso que adelante historiamos. En esta modalidad de endocarditis el comienzo es lento, indeciso, lo que hace amenudo que sea imposible determinar con precisión su principio. Está plenamente comprobado que en numerosos casos la infección del endocardio ha existido mucho antes de que se la sospechase siquiera. Los síntomas iniciales suelen ser debilidad y anemia o una fiebre cuyo origen por el momento se ignora. La duración es de 2 a 6 meses en la mayoría de los casos, pero en algunos se prolonga 12 y aún más. El germen infectante es un estreptococo de tipo fecal o salivar *(Streptococcus viridans, S. endocarditidis)*. El vacilo de Pfeiffer y el neumococo se han aislado también alguna vez.

En la mayoría de los casos el corazón presenta ya signos de afección valvular cuando el proceso se inicia; pocas veces dichos signos aparecen en el curso de la enfermedad. La mitral es la válvula primeramente atacada, por lo general, siguién-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

dola en frecuencia la aórtica. Merece señalarse que en buen número de casos el corazón presenta lesiones poco apreciables; esta circunstancia ha dado lugar a que se denomine de "tipo cardiaco" a aquellos en que los síntomas del lado de esa víscera se destacan de modo especial, como ocurrió en el enfermo asistido por nosotros.

Las embolias en el curso de la enfermedad son muy comunes y constituyen uno de los signos cardinales. En la piel se manifiestan bajo dos formas: *a)* petequias que suelen ser dos o tres, solamente, muy difícil de descubrir por lo tanto, o pueden presentarse en número considerable; *b)* pequeñas zonas rojizas, sensibles a la presión casi siempre, que aparece en las extremidades digitales, por lo común, pudiendo persistir algunos días o pocas horas solamente. Estas manchas cuyo valor diagnóstico es considerable cuando ocurren, son muy sensibles a la presión y despiertan dolor brusco, expontáneo, al producirse. En el riñón se realizan con frecuencia procesos embólicos que producen infartos y hematuria; pequeñas embolias detenidas en los glomérulos determinan la presencia de hematíes y vestigios de albúmina en la orina, pudiendo ocasionar nefritis glomerular. En el bazo las embolias se manifiestan por aumento de volumen del órgano; suelen causar dolor y aun periesplenitis. La embolia cerebral produce hemiplegia; en un vaso arteritis infectante, aneurisma o hemorragia, que puede ser rápidamente mortal, y aún gangrena.

La fiebre se presenta en todos los casos aunque en el curso de la enfermedad se observan períodos de dos o tres días o de otras tantas semanas en que falta. El tipo remitente irregular es el más común; la intermitente diaria no es rara. El descenso de la temperatura días antes de la muerte se observa algunas veces, por lo tanto, no deberá ese hecho considerarse como signo de buen pronóstico, si las condiciones generales del paciente no son satisfactorias.

La sangre, amedida que trascurre el tiempo se empobrece produciendo palidez apreciable en el rostro. La leucocitosis es poco marcada en las formas subagudas de endocarditis, oscilando el número de glóbulos blancos con notable constancia, entre 9,000 y 12,000. Los cultivos de sangre tienen gran importancia para el dignóstico aunque, con frecuencia, en casos típicos de la enfermedad no se logra aislar gérmen alguno. Esto que parece extraño se explica si se recuerda que los estreptococos de la endocarditis son difíciles de cultivar y que para obtener resultados positivos habrá de emplearse una técnica apropiada.

El estado general del enfermo se resiente por efecto de la prolongada toxemia, como es fácil comprender y su semblante adquiere tinte especial que los franceses llaman "cafe-au-lait", pero el adelgazamiento del sujeto es poco aparente la mayoría de veces.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

Sa ha llamado la atención sobre el espíritu optimista de estos pacientes no obstante que, casi sin excepción, su enfermedad es mortal. Es por esto, por tratarse de un pronóstico tan grave que el médico deberá abstenerse de diagnosticar la endocarditis ulcerosa sino tiene seguridad absoluta que se trata de esa fatal infección.

Hecha esta breve reseña de la endocarditis ulcerosa vamos a referir la historia de un caso que hemos asistido hace poco.

A. L., distinguido pedagogo del Callao, de 52 años, de sanas costumbres. Como antecedente patológico sólo merece mencionarse un ataque febril que duró dos semanas, hace cosa de 20 años y dolores al cuello atribuídos por su médico a reumatismo muscular, 3 años ha.

En noviembre de 1922 pernoctó en Lurín con la brigada "boy scouts" formada por los discípulos de su colegio y 14 días después sufría fiebre alta. La temperatura persistía después de 10 días, habiendo sido llamado entonces para verlo en consulta. Nada hallé que llamara mi atención, aparte de la fiebre elevada, y teniendo en cuenta su tipo francamente intermitente así como la circunstancia de haber dormido pocos días antes en Lurín, que es foco conocido de paludismo, opiné que probablemente se trataba de una infección malárica resistente a la quinina que se había administrado por vía oral y propuse su empleo intramuscular. Pocos días después se levantó y pudo reanudar sus labores.

En mayo la fiebre vuelve: Se está en duda si su salud fué completa en los meses que mediaron entre esos dos ataques. Según el paciente lo fué; pero personas serias que lo trataban de cerca, afirman que su estado no era normal, habiendo decaído su acostumbrada actividad para el trabajo.

La fiebre comiensa esta vez en forma insidiosa. El termómetro marca tan sólo unos cuantos décimos en las tardes y el paciente conserva por algún tiempo sus aptitudes para la enseñanza. Pero la fiebre y las molestia derivadas de ella se acentúan gradualmente y lo postran en cama poco después. La temperatura es de forma intermitente; el descenso se inicia a media noche, después de ligera sudación, para alcanzar la normal en la mañana. En junio el Dr. Ostoja, además de la fiebre, comprobó un ligero soplo sistólico en el foco aórtico que consideró como lesión valvular de origen degenerativo. Continúa la fiebre aumentando de intensidad, el apetito disminuye y el estado general decae un tanto, por lo que su familia resuelve trasladarlo a Chosica en la creencia de que se trata de una de esas fiebres tropicales que, según el concepto errado del público, se curan cambiando de clima. En ese caserío pasó diez días asistido por uno de los médicos de la localidad y volvió al Callao, sintiéndose muy aliviado. Trascurridos algunos días la fiebre reaparece más elevada que antes. En estas circunstancias, el 30 de agosto, se solicitó nuestros servicios.

El estado del paciente, no obstante los tres meses de fiebre que venía sufriendo, era bastante bueno. Su semblante algo pálido, no ostentaba huellas de demacración, se mostraba animoso y aún dispuesto a levantarse si el médico lo permitía. La piel, de tinte anémico, no ofrece lesión alguna apreciable a la vista, pero sentía escozor y calor en los dedos y palma de las manos. Todos los dedos presentaban sus extremidades abultadas, dándoles la apariencia llamada "palos de tambor". No había edemas en ninguna región y las articulaciones estaban indemnes; los reflejos normales; acusaba ligero insomnio. La orina era normal, según un certificado de análisis completo que se nos mostró. La lengua limpia y húmeda; existían varias piezas careadas en la boca y su aliento era ligeramente ofensivo; las amígdalas, fosas nasales y senos de la cara, al parecer, sanos; le vientre funcionaba con regularidad. El bazo no se palpaba, ni la presión profunda en el

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

hipocondrio izquierdo despertaba molestia alguna, aunque el paciente dijo que en varias ocasiones había sentido dolor en dicha región. El hígado normal; ausencia de ictericia. Notamos abundantes estertores inspiratorios, finos, en las bases de ambos pulmones, sobre todo en la izquierda que presentaba, además, signos de condensación moderada en la parte inferior; no había tos, ni espectoración; 25 respiraciones por minuto. Temperatura normal en la mañana; en las noches llegaba al rededor de 39°. En el corazón, que en noviembre último hallamos sano, descubrimos, con gran sopresa, los signos estetoscópicos, bien marcados, de insuficiencia mitral y aórtica; el pulso de Corrigan; las arterias del cuello se dilataban ampliamente a cada sístole; se apreciaba fácilmente la frecuencia del pulso capilar bajo las uñas de las manos; 85 pulsaciones por minuto.

En presencia de una fiebre intermitente en enfermo a quien algunos meses antes habíamos considerado como palúdico e ignorando, de otro lado, el tratamiento a que estaba sometido, prescribimos 1 gramo de bicloruro de quinina intramuscular. Ese día le temperatura máxima fué 37°7. Alentados por este resultado favorable, el día siguiente repetimos la inyección alcanzando el termómero 37°9 como máxima. Persistimos con la misma terapéutica dos días más, pero sucedio entonces que lejos de descender la curva térmica, como esperábamos, llegó a 38°5 lo que nos obligó a desistir de ese tratamiento a la vez que abandonamos la hipótesis de que se tratase de fiebre palúdica.

Descartamos en seguida, por razones clínicas que es innecesario consignar, la tifoidea, fiebre de Malta y tuberculosis.

Prosiguiendo nuestra investigación sobre el origen del proceso febril y después de un atento examen del paciente encontramos que sólo el corazón presentaba alteraciones capaces de explicarlo. Existen, es verdad, algunos otros trastornos orgánicos pero, tanto por su magnitud como por su índole, carecen de importancia desde el punto de vista etiológico. El corazón en cambio exhibía lesiones avanzadas y en plena actividad que en noviembre, cuando vimos al enfermo por primera vez, no existían, que el doctor Ostoja descubre en junio como ligero soplo sistólico en el foco aórtico y que actualmente se manifiestan bajo la forma de insuficiencia mitral y aórtica evidentes, lo que acredita su carácter progresivo y grave.

La insuficiencia mitral podría considerarse quizás como de orden funcional y debido a simple ensanchamiento del orificio valvular correspondiente, aunque tal hipótesis resulta improbable si se tiene en cuenta que el corazón realiza aún su función propulsora sin dar muestras de alteración miocárdica. Pero dicha suposición es de todo punto inadmisible, tratándose de la válvula aórtica cuyo defecto es, sin duda alguna, de carácter orgánico. Esta lesión ofrece además, la circunstancia muy especial de haberse iniciado, como se ha dicho ya, hace tres meses más o menos, estos es al mismo tiempo que se hacían ostensibles los síntomas de la enfermedad y ha evolucionado paralelamente a ella. Existe, según se ve, estrecha dependencia entre las lesiones del endocardio y las manifestaciones morbosas del caso que nos ocupa, a tal punto que, ceñidos a la lógica de la clínica, debe concluirse que estas son, función de aquellas; y, por lo tanto, que la fiebre y demás síntomas de que es víctima este enfermo tienen su origen en los focos infecciones radicados en su endocardio; o lo que es lo mismo que sufre de endocarditis infecciosa, ulcerosa o maligna.

Nuestra atención se concentró entonces, como es natural, en torno del corazón, que examinamos detenidamente, observando lo siguiente: La punta no es localizable por la vista ni la palpación; el borde izquierdo sobrepasa por dos traveces de dedo la línea mamilar; el borde derecho se halla ligeramente desplazado hacia afuera. En la punta, un soplo sistólico bien marcado, de tono suave, prolongado, con propagación a la axila; al nivel del hemóplato correspondiente no se le escucha. En el foco aórtico se nota un ruido sistólico que se propaga hasta el cuello; el segundo tono, apenas perceptible, se halla reempla-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBICA

zado por un soplo fuerte que ocupa todo el gran silencio del ciclo cardiaco y cuya intensidad crece a medida que se avanza hacia abajo y a la izquierda, adquiriendo su máxima sobre el borde esternal al nivel del 3º y 4º espacios intercostales. El tono pulmonar se encuentra aumentado apreciablemente. El corazón derecho, aparte del lijero aumento de volumen señalado, no ofrece nada anormal.

Trascurridos algunos días se presenta una hematuria. Este accidente es de un valor diagnóstico considerable y confirma definitivamente el concepto emitido sobre la naturaleza de la entidad morbosa que estudiamos. En efecto, una hemorragia renal, que sobreviene en un sujeto que no sufre ni ha sufrido antes del aparato urinario, pero que presenta las graves lesiones valvulares de índole activa que dejamos descritas, obedece seguramente al desprendimiento de embolias cuya sede radica en su endocardio enfermo. El desarrollo de este proceso embólico, conjuntamente con la existencia de lesiones anotadas en el corazón, es prueba concluyente del carácter vegetante, ulcerativo de estas y la confirmación del diagnóstico emitido anteriormente.

El 12 celebramos una junta con el Dr. González Olaechea. El estado general así como también el ánimo se conservan todavía bien. La temperatura persiste, es algo más baja que en días pasados, pero tiende a prolongarse por más horas, de modo que la defervescencia, en lugar de hacerse en la mañana, se presenta, ahora, después del medio día. Las insuficiencia mitral y aórtica bien marcadas; pulso 84 por minuto; presión sistólica 140, diastólica 105 m|m. Persiste y tiende a aumentar más aún la congestión pasiva, señalada ya, en las bases pulmonares, especialmente la del lado izquierdo; respiraciones, 26 por minuto. La orina contiene sangre en abundancia, numerosos leucocitos, algunos cilindros epiteliales y 2 gramos de albúmina por litro. No existe sin embargo, el más ligero edema, náuseas, disnea, cefalalgia u otro síntoma de insuficiencia renal. La eliminación de orina diaria es de litro y medio, más o menos. Un hemocultivo hecho en caldo resultó negativo.

El Dr González Olaechea en vista de los síntomas y marcha del proceso aceptó sin reservas nuestro diagnóstico de endocarditis ulcerosa, no obstante el resultado negativo del cultivo de sangre que dijo, para tener valor, debería multiplicarse empleando técnicas especiales; y después de convenir en el término casi necesariamente fatal de la enfermedad, indicó como tratamiento el cacodilato de soda en inyecciones a alta dosis.

La medicación arsenial se emplea por diez días sin producir el menor beneficio. La hematuria persiste; la fiebre es moderada pero con tendencia a hacerse remitente; el proceso congestivo pulmonar se intensifica; el sueño intranquilo; el pulso y la respiración se hacen más frecuentes; las graves alteraciones cardiacas persisten y el primer tono de la punta se percibe desdoblado en ocasiones. Del lado del corazón derecho no se advierte, por ahora, señales de insuficiencia. Se apela al empleo de oro coloidal en inyecciones intramusculares.

El 28 lo vemos con el Dr. Julián Arce, quien comprueba los síntomas y lesiones que dejamos descritos, conviene en el diagnóstico ya emitido y llama la atención sobre el aumento de volumen del hígado que encuentra doloroso al nivel del epigastrio. Hacemos notar por nuestra parte, que el crecimiento y sensibilidad hepáticas, la congestión concomitante de las bases pulmonares y la frecuencia gradualmente creciente del pulso y la respiración, acreditan que el miocardio pierde su vigor. Acordamos emplear la urotropina en inyecciones una vez terminada la serie de seis ampolletas del producto coloidal que nos proponíamos aplicar. Un segundo hemocultivo en caldo ordinario, resulta igualmente negativo.

No obstante nuestro empeño y la solicitud con que el paciente es atendido por su familia y discípulos, el mal continúa su curso inexorable. Ya se advierte que el semblante se demacra y la respiración se dificulta, al punto que debe permanecer muchas horas sobresentado,

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
BIBLIOTECA

El 3, al medio día, con temperatura de 37°, cuento 98 pulsaciones y 35 respiraciones por minuto; la congestión pulmonar se acentúa; no hay tos ni expectoración; la noche última fué de insomnio casi completo; el apetito muy escaso. La situación, como se ve, es evidentemente grave pero nada parece revelar la inminencia de un desenlace fatal. En esta confianza no volvemos a verlo hasta el 5, siguiendo nuestras costumbre de visitarlo cada dos días, por juzgar innecesario hacerlo más amenudo. Con sorpresa profunda y sentimiento encontramos a nuestro enfermo en estado preagónico. Los días 3 y 4, se nos informó, pasaron sin mayor contratiempo. En la madrugada del 5 fué bruscamente acometido de angustia mortal, gran ansiedad respiratoria, lijera tos y expectoración teñida de sangre. Lo hallamos en ortopnea respirando laboriosamente, el pulso pequeño a 140 por minuto, cubierto de sudor abundante, con expresión ansiosa, pálido y profundamente demacrado. El colapso cardiaco era evidente. Bajo la acción de inyecciones estimulantes enérgicas y la administración continuada de oxígeno se consiguió reaccionarlo un tanto, prolongándose la vida hasta las 9 de la noche en que expiró conservando sus facultades mentales casi hasta sus últimos momentos.

Octubre 1923.

Tratamiento de las cervicitis

(Ecos de la discusión sobre este asunto en la Sociedad Obstétrica de Filadelfia)

Por el Dr. EDUARDO BELLO
Cirujano del Hospital "Santa Ana"

Con motivo de un trabajo presentado por J. O. Polack, de Brooklyn, a la Sociedad Obstétrica de Filadelfia, sobre el tratamiento médico y quirúrgico de la cervicitis, se produjo una interesante discusión en esta progresista institución. De la lectura de su extracto que publica "American Journal of Obstetrics and Gynecology" y de las ideas contenidas en el trabajo que la originó, se puede deducir el concepto actual de los principales ginecólogos americanos sobre las inflamaciones crónicas del cervix y su terapéutica.

Cree el doctor Polack excesivo el número de operaciones que que en New York y otras ciudades americanas se practican con el objeto de curar las rasgaduras del cuello, y para justificar su acerto estudia detenidamente estas lesiones. Los desgarros cervicales, dice, son casi constantes en las primíparas, uni o bilaterales y siempre más asentuados a la izquierda; poco valor tienen si son superficiales, pero múltiples o profundos trastornan la morfología del cuello y lo alteran en su estructura; la mucosa del endocervix sufre eversión y sus glándulas se in-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD