

ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser berichtet über die Symptome, die durch die Mandelxstirpation hervorgerufen werden und analysiert eingehend deren Ursachen und Folgen. Auf dieser Basis macht er dann Angaben, wann und in welchen Fällen die Tonsillektomie vorgenommen werden soll.

R É S U M É

L'auteur expose les phénomènes produits par l'extirpation des amigdales analysant en détail ses causes et ses conséquences et il expose son critérium sur le moment et dans quels cas doit on pratiquer la tonsillectomie.

NOTAS CLINICAS

TRES CASOS DE PNEUMOTORAX ESPONTANEO DURANTE EL CURSO DE RUBEOLA ATIPICA

J. DURÁN MOLINA

Centro de Estudios Médicos Canarios de Santa Cruz de Tenerife. Director: Dr. T. CERVIA.

Existen enfermedades que, sin duda por ser de aparición relativamente infrecuente y asignárseles con más o menos fundamento un carácter sumamente benigno, ocupan poco espacio hasta en las obras más extensas de Patología, y son descritas tan a la ligera y de manera tan estandarizada, que quien las estudia saca la impresión de que son más bien producto de la imaginación de los autores. Sin embargo, alguna vez se nos presentan, y si se trata de infecciosas, pueden, debido al carácter peculiar de la epidemia, muy diferente a menudo del que nos muestran los libros, sumirnos, al menos al principio, en un verdadero mar de perplejidades. Tal nos ha ocurrido con la rubeola que apareció en Tenerife hace unos ocho meses, registrándose todavía algunas nuevas invasiones. Para mejor poner en evidencia lo que dejamos dicho, y a la vez cuánto se separan a veces los cuadros clínicos de las descripciones clásicas, reseñaremos brevemente el primer caso que observamos, aunque no esté en relación directa con el fin primordial de este trabajo:

El día 14 de diciembre último fuimos llamados a asistir a la jovencita de catorce años M. A., que presentaba una masa ganglionar infartada del tamaño de una naranja pequeña en región retroauricular derecha, dolorosa espontáneamente y más al tacto, y fiebre de 40°, en contraste con un estado general excelente. La lengua no era saburral, las amígdalas aparecían absolutamente normales, el apetito era muy bue-

no y no se encontró nada restante anormal después de una exploración cuidadosa. No había fotofobia ni lagrimeo, ni se encontró puerta de entrada en cuero cabelludo ni en ninguna otra parte a la infección. Se prescribieron Diazinas, vitamina C y antitérmicos, sin apreciarse la más mínima influencia sobre el cuadro, que al tercer día comenzó a remitir, disminuyendo primero el tamaño de la tumoración ganglionar y luego la fiebre, que al quinto día fué de 37 y medio por la tarde. En este momento aparece una erupción algo pruriginosa en pierna derecha, que en menos de doce horas se extiende a todo el cuerpo, y a las veinticuatro ha desaparecido por completo. Tras ello permanece totalmente apirética tres días, pero al cuarto comienza otro ciclo febril de cinco días, esta vez sin infartos ni "rash", y cuya altura máxima fué de 39°. Se practicaron recuentos, fórmula leucocitaria, investigación de hematozoario, aglutinaciones, Mantoux, examen microscópico de sangre en busca de espirilos, y todo acusó normalidad. Tres días nuevamente sin fiebre y otros cinco más de elevaciones térmicas hasta de 39°, terminaron el proceso, del que salió la enferma con un aspecto tan magnífico, como si no hubiera tenido nada.

Sospechamos la posibilidad de una riketsiosis, y así lo comunicamos a la Jefatura Provincial de Sanidad, que consideró nuestra interpretación verosímil, máxime porque en aquella época parece existían noticias de una epidemia de tal índole en la cercana costa de Africa. Pronto salimos de nuestro error, al observar cuadros muy diferentes, febriles, apiréticos, con erupción y sin ella, pero todos con el único factor común de los abultamientos ganglionares retroauriculares, que a algunos pudieron hacer pensar en paperas, enfermedad con la que no existía el menor punto de contacto. Fué el Doctor CERVIA quien primero nos insinuó que pudiera tratarse de rubeola, diagnóstico que tu-

vimos por indudable al observar dos o tres casos "de libro" luego.

En conjunto, hemos asistido 36 casos, en 20 de los cuales, pertenecientes todos ellos a las clases peor alimentadas, aparecieron cuando el cuadro iba cediendo edemas ligeros o más acentuados sin albuminuria, dos nefritis típicas, que curaron bien; un noma de la boca, actualmente en tratamiento, y los tres pneumotórax espontáneos que vamos a relatar:

Primero.—Niño de diez años, J. J. M., visto en consulta con su Médico de cabecera en la madrugada del 3-III-46. Su historia, hasta el momento en que le vemos, había sido la siguiente: Sin antecedentes familiares ni personales de interés, salvo amigdalitis de repetición, que estaban haciendo pensar en ablación operatoria; comenzó con fiebre moderada e infartos ganglionares a nivel de ambas mastoides, síntomas que cedieron en unos cinco días, dando paso tras dos de remisión a inflamación tonsilar intensa con 39° de fiebre y disnea bastante marcada. A causa de intolerancia sulfamídica, se aplicaron 300.000 U. O. de penicilina, cesando completa y rápidamente la sintomatología amigdalar, pero acrecentándose la dificultad respiratoria, que se hacía más molesta por las noches, atenuándose en las primeras horas de la mañana. La percusión torácica era particularmente clara, como sucede siempre en la infancia, sobre todo, cuando se trata de enfermos disneicos; por auscultación sólo se oían roncus en todos los sitios en que se aplicaba el estetoscopio. El niño no había aquejado durante su enfermedad el más mínimo dolor torácico, y la fiebre, que cesó después de la penicilina, se inició nuevamente bajo la forma de ascensiones vespertinas hasta de 38°. Últimamente surgieron edemas de párpados, manos y tobillos, que pronto cedieron. La noche que fuimos llamados nos encontramos al paciente con una ortopnea intolerable. Contamos 60 movimientos respiratorios y 155 pulsaciones por minuto. Los signos físicos eran, aproximadamente, los descritos. El corazón no parecía aumentado de volumen, no había ruidos de soplo y si algún extrasístole. La tos era pertinaz y seca. Acordamos llevarle a la pantalla para aclarar el diagnóstico. Encontramos ambos pulmones reducidos a muñones simétricos en torno a los hilos y un grueso pelotón ganglionar traqueobronquial. Falleció al terminar esta exploración.

Segundo.—Niño de dos años, J. S., traído a nuestra consulta el 8-V-46. Sin antecedentes de importancia, hace ocho días le apreciaron dos tumoraciones detrás de las orejas, sin fiebre ni malestar general. Dichas tumoraciones fueron disminuyendo de volumen, pero hace cuarenta y ocho horas notaron hinchazón palpebral, abdominal y de tobillos, y fiebre, y luego intensa disnea. El análisis de orina fué negativo con respecto a albúmina, y normal en cuanto a cloruros y demás elementos, en vista de lo cual nos lo envían, sospechando algo cardíaco. El enfermito aparece ortopneico, con intenso "tiraje", 60 respiraciones al minuto y 180 pulsaciones, con algún extrasístole; la percusión de hemitórax derecho denota timpanismo, que contrasta evidentemente con el sonido claro del izquierdo; la auscultación de este último revela normalidad, pero en el otro, sólo se oye un roncus acentuadísimo en cualquier lugar en que se explore. Por radioscopia se demuestra pneumotórax derecho, con pulmón del mismo lado retraído alrededor del hilo correspondiente, gran masa ganglionar traqueobronquial y normalidad completa en el lado izquierdo. Nada cardíaco ni vascular de interés. Mantoux negativo. Se hizo tratamiento adecuado, y un mes después la curación había sido completa, pudiendo demostrarse recuperación clínica y radiológica.

Tercero.—Niña de doce años, B. N. Ch., igualmente sin antecedentes relacionables con el caso. El día

13-II-46 amanece con un exantema ligeramente pruriginoso en cara y extremidades, sin fiebre, fotofobia, lagrimeo, estornudos, manchas de Koplick ni amigdalitis; a las veinticuatro horas dicho exantema ha desaparecido y comienzan a establecerse dos zonas de infarto ganglionar simétricas, detrás y algo por debajo de los pabellones auriculares, que llegan a alcanzar el tamaño de mandarinas, acompañados de febrícula. Tres días más tarde se produce edema facial y de las cuatro extremidades, sin albuminuria ni anomalía cualitativa o cuantitativa en los componentes de la orina; cuarenta y ocho horas después comienza una intensísima disnea súbita, sin el más leve preludio de dolor torácico, que la paciente, dada su edad, indudablemente hubiera acusado. Por radioscopia se comprobó pneumotórax espontáneo izquierdo que, sometido a tratamiento, cura en poco más de mes y medio.

El pneumotórax espontáneo es una eventualidad relativamente frecuente, y que, sin duda, por no pensar en ella, deja de diagnosticarse muchas veces. Podemos asegurar, basados en nuestra modesta experiencia, que en bastantes ocasiones pasa desapercibido, considerándosele como miocarditis o endocarditis agudas, insuficiencia circulatoria aguda u otros síndromes semejantes. Generalmente se acompaña de dolor agudo, y CERVÍÁ tiene un caso publicado de un estudiante, hoy médico, que fué diagnosticado de insuficiencia coronaria aguda nada menos que en la Facultad donde cursaba, aunque el dolor puede tener a veces localización abdominal, como sucedió en un enfermo que, al asistirle nosotros, se dudaba acerca de si se trataría de cólico hepático o nefrítico. Naturalmente, no nos referimos a los casos de perforación de pulmones enfermos, tuberculosos o no, sino a los que se producen en individuos cuyo aparato respiratorio no ofrece nada patológico al más meticuloso examen, ni antes ni después del accidente. Ya decíamos que, en estas condiciones, se trata de un fenómeno no demasiado raro, como lo demuestran los numerosos casos recopilados de la literatura y de su experiencia profesional, los insignes clínicos argentinos CASTEX y MAZZEI, que han dedicado al asunto particular atención, haciéndole objeto de varias publicaciones, entre otras, una admirable monografía, y en nuestra patria, por CERVÍÁ, que ha sido quien más se ha dedicado a su difusión, haciendo una revisión casi completa del mismo con motivo de sus casos publicados, uno de ellos en colaboración con PÉREZ. Nosotros, desde el año 1942 al 1945, hemos observado personalmente 4, cifra relativamente considerable, ya que se restringe a nuestra práctica privada.

Sin embargo, por mucho que se dé el pneumotórax espontáneo en circunstancias ordinarias, en modo alguno alcanza el extraordinario porcentaje que en nuestros casos de rubeola hemos tenido ocasión de comprobar, según hemos venido viendo. Claro es que, en las estadísticas pequeñas, y aun en las grandes, influye mucho el factor casualidad, por lo que su valor siempre debe considerarse con reservas, particularmente en la que sirve de motivo a este

trabajo, en la que dicho factor posiblemente lo es todo, pero ello no nos evitará hacer algunas reflexiones patogénicas, para lo cual comenzaremos por reseñar lo que hoy se sabe acerca de la producción del pneumotórax espontáneo en general.

Desde luego, parece indispensable una causa predisponente local, como lo demuestra el hecho de que del 10 (NICKOLSKI) al 70 (ZINN y SIEBERT) por 100 sean recidivantes, y alrededor del 90 por 100 (EDWIN, HAWES y WOOD, de la Mayo Clinic) del mismo lado. Esta vulnerabilidad local puede ser congénita, como demuestran los hallazgos de autopsia de ORTH, BARLÖW, MILLER, RINDFLEICH, SMINSKE, etc., bajo la forma de debilidad pleural (MORAWITZ) o de pulmón poliquístico (STOLAK, KOOUTZ), o adquirida a causa de alteraciones anatómicas producidas por lesiones generalmente tuberculosas ya cicatrizadas (hallazgos necrópsicos de FISCHER y WASELS). A estas circunstancias predisponentes locales ha de sumarse como desencadenante otro elemento que CARDIS y MICETTI han demostrado ser la tendencia a la atelectasia por obstrucción bronquial.

No es posible negar que en los casos que referimos en esta publicación existiera labilidad congénita mayor o menor, pero es indudable que si la había tuvo que ser acrecentada por la alteración del espectro proteico orgánico que hacían patentes los edemas, ya que desde las investigaciones de BEATTY y colaboradores sabemos que las proteínas del plasma no constituyen, como los hematíes, por ejemplo, un conjunto encerrado dentro del aparato circulatorio, sino que fluyen de aquél a los tejidos, y viceversa, al igual que en un sistema de vasos comunicantes, y así sus variaciones son como un espejo de las que ocurren en el seno tisular, y no hay que insistir en que el desequilibrio proteico ha de debilitar la resistencia de los órganos, incluso contra los insultos mecánicos. Sin duda alguna, tal desequilibrio, que, como decíamos al principio, pudo verse en casi las dos terceras partes de todos los enfermos de rubeola por nosotros asistidos, tuvo por causa la infección misma, al actuar sobre individuos desnutridos, ya que, como también hacíamos notar, los edemas sólo se produjeron en los más pobres; pero aparte de todo esto, tenemos que considerar la intensísima nocividad histiocitaria, que es capaz de desarrollar el virus de la afección que nos ocupa, puesta de relieve incluso en el desenvolvimiento fetal cuando la padecen las embarazadas, según se desprende de estudios muy completos realizados en Australia por CREEG, SWAN, REESE, RONES, ERCKSON, PERERA, GREENTHAL y ALBAUGH, los cuales han descrito las más variadas anomalías congénitas en los hijos nacidos de madres que durante los embarazos correspondientes habían padecido rubeola.

Por lo que respecta a la tendencia atelectási-

ca desencadenante, aparecía bastante ostensiblemente originada por los gruesos ganglios traqueobronquiales descritos, cuya acción compresora y estenosante de los conductos aéreos, ponían bien de manifiesto los fuertes roncus de que también hicimos mérito.

RESUMEN.

Se describen tres casos de pneumotórax espontáneos, ocurridos todos ellos en la fase final de cuadros de rubeola, con sintomatología diferente a la que suele leerse en los tratados clásicos de Patología. Después de considerar las causas generales de producción de esta clase de pneumotórax, se razona la posible patogenia de los casos reseñados.

BIBLIOGRAFIA

- CERVIA.—Práctica Médica, 2, 329, 1929.
CERVIA y PÉREZ.—Rev. Tub. de La Habana, 1, 1937.
CERVIA y PÉREZ.—Trabajos del Dispensario Antituberculoso de Tenerife. Fascículo III, pág. 93.
CASTEX y MAZZEI.—Prensa Méd. Argent., 21, 8, 1935.
CASTEX y MAZZEI.—Prensa Méd. Argent., 5, 8, 1936.
CASTEX y MAZZEI.—Neumotórax Espontáneos. Manuales de Medicina Práctica. Ed. Labor, 1940.
JIMÉNEZ DÍAZ.—Lecciones de Patología Médica. Tomo II.
BEATTY.—Lancet, 237, 1943.
MORAWITZ.—Münch. Med. Wschr., 80, 1861, 1933.
FISCHER y WASELS.—Münch. Med. Wschr., 74, 1927.
MARINO.—Revista de Fisiología Práctica del Uruguay, 1, 14, 1935.
MILLER.—Arch. of Surg., 1926.
COURCOUX y LEREBOUILLLET.—Presse Méd., 21, 349, 1930.
ALBAUGH, ERICKSON, GREENTHAL, GREGG, OWEN, PERERA, REESE y SWAN.—Edit. Rev. Clin. Esp., 20, 255, 1946.
PARDAL y MAZZEI.—Arch. Argent. Ap. Resp. y Tub., 1, 1935, 1933.
WATSON y ROBERTSON.—Arch. of Surg., 16, 431, 1928.
SALARIS.—Riv. di Pat. e Clin. delle Tub., 8, 211, 1934.

EL YODOBISMUTATO DE QUININA EN EL TRATAMIENTO DE LAS FIEBRES TIFOPARATIFOIDEAS

M. TORRES y FERNÁNDEZ-CUARTERO

Ecija.

Desde hace bastante tiempo en que leímos un trabajo de LANGERON, en el que resucitaba antiguas observaciones de SAHLI sobre los favorables resultados obtenidos en varios casos que trató de F. T. con Yodobismutato de quinina, hemos seguido paso a paso y con creciente interés científico cuanto se ha venido publicando a este respecto, confirmándose cada vez más el excelente resultado obtenido en nuestro país recientemente por reputados colegas, los cuales han utilizado el Yodobismutato de quinina en todos los casos por ellos publicados, muchas veces sólo y otras asociado a diversas medicaciones.

A partir de estos trabajos hemos tenido un verdadero interés en aportar nuestro esfuerzo en la comprobación del Yodobismutato de quinina en estas afecciones de tipo T. P., y hemos conseguido reunir, tras ímprobos trabajos, y en