

portancia mientras se reconoce el grado de malignidad y la posibilidad de curación o por lo menos detención de la enfermedad. Algunos de los cánceres papilomatosos son de bajo grado de malignidad, y si son cuidadosamente extirpados y tratados luego con radioterapia adecuada, tiene posibilidad de curar. Este tipo de tumores suele encontrarse en personas jóvenes y comprenden por lo menos una tercera parte de los cánceres del tiroides. A este grupo pertenecen los denominados tumores tiroideos aberrantes, considerados en un tiempo como tumores malignos, originados en restos congénitos de tejido tiroideo, localizado en la región ganglionar del cuello. Ahora sabemos que son en realidad lesiones metastásicas de la glándula tiroides y si son extirpados junto con una lobectomía total del lóbulo adyacente y subtotal del otro, tiene buenas probabilidades de larga supervivencia.

Asimismo, en muchos pequeños adenocarcinomas que pasan inadvertidos por el cirujano pero no para el anatomopatólogo, hay esperanzas de curación. Por otra parte, el adenocarcinoma difuso es generalmente de corta duración, crece rápidamente, es altamente maligno, y rara vez es susceptible de ser tratado por el cirujano o el radiólogo.

Por último, llegamos al método más reciente de tratamiento, el yodo radioactivo. Por un tiempo pareció ofrecer una gran esperanza en el tratamiento de aquellas personas que no podían ser tratadas de algún otro modo; pero hoy los resultados han demostrado no ser satisfactorios, siendo poco probable que algún caso haya curado con este método.

CARDIOLOGIA

EL CORAZÓN EN LAS ENFERMEDADES DEL TIROIDES

Dr. WILLIAMS EVANS

TOXEMIA TIROIDEA. — La presencia de trastornos cardiovasculares puede constituir a menudo la única evidencia de toxemia tiroidea en un paciente con síntomas nerviosos y una glándula tiroides ligeramente infiltrada. Son tan comunes los efectos cardiovasculares, que la ausencia de una alteración del pulso o del corazón excluye el diagnóstico, con lo cual se evitará la tragedia que significaría muchas veces la tiroidectomía en un neurótico.

Las palpitaciones constituyen un síntoma común, aunque de por sí no pueden más que sugerir el diagnóstico. Rara vez hay dolor precordial. El pulso está acelerado, y si alguna vez es poco frecuente se debe a un bloqueo sinoauricular. Durante el sueño la frecuencia es menor que en vigilia, pero la diferencia no es tan pronunciada como en la taquicardia de origen nervioso. Puede disminuir de frecuencia durante el tratamiento yódico, y en forma más espectacular y continuada cuando se administra tiouracilo. La digital no tiene efecto sobre la frecuencia del pulso. Como consecuencia del hipertiroidismo puede observarse taquicardia auricular paroxística sostenida, pero la forma más común de arritmia es la fibrilación auricular. Cuando se produce una fibrilación auricular paroxística en un individuo con un tiroides infiltrado, su extirpación puede anular la arritmia, pero este resultado favorable no siempre tiene

lugar, posiblemente porque no fué aquella la causa. Una fibrilación auricular instalada tiene en el hipertiroidismo un lugar común de origen. Como regla es signo de insuficiencia cardíaca, mientras que en la insuficiencia cardíaca tireógena la fibrilación existe siempre; el ritmo ventricular es rápido y puede ser reducido con tiouracilo, digital, y, a veces, con yodo. El tratamiento con tiouracilo restituye muchas veces el ritmo normal, pero no con tanta seguridad como la tiroidectomía. Cuando se proyecta un tratamiento quirúrgico en una fibrilación auricular tireógena, se administrará digital junto con yodo, y se la suprimirá tres días después de la intervención. Si la fibrilación persiste diez días después de la operación, se comenzará a administrar quinidina. Alrededor de dos tercios de los casos normalizan el ritmo espontáneamente después de la tiroidectomía; cerca de una mitad de los casos restantes responden a la quinidina, y, el resto, continúa con la fibrilación, pero a un ritmo más lento; en tales casos la persistencia de la fibrilación no es desfavorable y no se hace necesario administrar digital, a menos que la frecuencia sea bastante elevada después de esfuerzos físicos como para provocar palpitaciones molestas. Por mi parte no creo que el agrandamiento cardíaco progrese en la fibrilación tireógena remanente cuando la causa ha sido eliminada con la tiroidectomía.

La presión arterial está generalmente aumentada en la toxemia tiroidea y puede producir un pulso colapsante en el cual el ascenso de la máxima es un efecto más prominente que el descenso de la mínima.

Fuera de la elevación moderada de la presión sistólica que en tan gran proporción forma parte de la toxemia tiroidea, se encuentra a menudo un estado de hipertensión tireógena. El hecho de que la presión sanguínea no baje en estos enfermos con la tiroidectomía no excluye el origen tireógeno de la hipertensión.

Al examen del corazón se perciben los latidos próximos a la pared torácica, debido a la taquicardia, y su agrandamiento no puede apreciarse con certeza al examen clínico porque es siempre de grado moderado. Hay a menudo desdoblamiento del primer tono a la auscultación, lo que puede prestarse a confusión con un soplo presistólico. Un soplo sistólico accidental se oye con frecuencia a nivel del foco pulmonar, pero el carácter del segundo tono no tiene nada de particular. Del mayor interés durante la auscultación es el hallazgo, en un paciente mayor de 45 años de edad, de un triple ritmo cardíaco por la adición de un tercer tono que nos habla de un agrandamiento cardíaco confirmado por la radiografía.

El electrocardiograma, además de la taquicardia sinusal o alguna forma de arritmia, puede presentar inversión de la onda T en tercera derivación, con depresión del segmento S-T en segunda, especialmente en presencia de taquicardia la que puede constituir el factor causal. Las ondas de fibrilación en la toxemia tiroidea pueden ser prominentes como en la estenosis mitral, pero la falta de preponderancia del corazón derecho en un trazado con fibrilación hace pensar en una causa distinta a la de la estenosis mitral, y es probablemente tireógeno.

El examen radiológico del corazón en la toxemia tiroidea puede ser muy característico. La imagen del corazón en el bocio resulta de la combinación de una prominencia de la arteria pulmonar, del ventrículo izquierdo, y en menor grado la aurícula derecha. En presencia de insuficiencia cardíaca, el agrandamiento puede constituir el hallazgo más evidente, aunque es solo moderado —salvo en presencia de hipertensión— y no siempre va acompañado de prominencia de la arteria pulmonar. Un hallazgo característico en numerosos pacientes con fibrilación auricular tireógena e insuficiencia cardíaca es el agrandamiento de la aurícula izquierda revelado por el esofagrama en posición oblicua.

Mixedema. — Puede haber cortedad de aliento, explicada por una posible anemia concomitante; puede deberse, también, a una causa cardíaca, pero estos pacientes rara vez se mueven con bastante rapidez como para provocar esta sensación, y si la experimentan generalmente no lo manifiestan. El dolor precordial nunca es un síntoma específico de mixedema. El edema es un signo común, pero rara vez es resultado de insuficiencia cardíaca. El pulso es lento. La hipertensión, si existe, es un hallazgo casual. El electrocardiograma revela un bajo voltaje en su curva, con aplanamiento o inversión de la onda T. Estas modificaciones ceden a una terapéutica tiroidea adecuada al cabo de una a dos semanas.

El examen radiológico del corazón puede no revelar ninguna anomalía, pero a menudo presenta agrandamiento cardíaco moderado o llamativo. La causa de ello no se conoce con certeza. Es necesario tener en cuenta que en estos enfermos la imagen del corazón puede deberse a la posición alta del diafragma.

DERMATOLOGIA

LA RECONSTRUCCIÓN DESPUÉS DE LAS LESIONES POR IRRADIACIÓN

Dr. P. W. GREELEY

Universidad de Illinois

A GREELEY le impresionó profundamente la observación de pacientes que buscan la reparación quirúrgica plástica después de haber estado sometidos a roentgenoterapia más de 45 años antes, habiéndose producido desintegración y degeneración carcinomatosa después de este largo intervalo. Aunque, en comparación con el gran número de tratamientos con rayos X y radio, el total de lesiones es relativamente pequeño, para el especialista de cirugía plástica que ve pacientes con tales lesiones, el número parece excesivamente grande. Algunas de estas lesiones obedecen a lesiones incidentales consecutivas al tratamiento de lesiones profundas, mientras que otras muchas surgen en manos de operadores mal preparados o inexpertos. Todos los tipos de tratamiento con rayos X, bajo otro nombre y a menudo en manos de profanos, constituyen una seria amenaza para el público.

Los síntomas típicos de la dermatitis crónica por los rayos X son dolor intenso, prurito y después ulceración. Frecuentemente, los síntomas son tan intensos, que producen habituación a la morfina, y no puede obtenerse alivio hasta que se ha extirpado el tejido lesionado. Después de la extirpación quirúrgica, el alivio es espectacular. Se puede prever la curación permanente tan pronto como haya cicatrizado el defecto creado por la extirpación quirúrgica.

De importancia sintomática secundaria son la atrofia, las telangiectasias y algunas pequeñas contracturas de la piel. Como en otras lesiones cutáneas aso-