

ESPIROQUETOSIS ICTEROHEMORRAGICA

Su probable existencia en Colombia, por el doctor LUIS
E. URIBE E. (De Envigado, Antioquia).

ACCION CUASI ESPECIFICA DE LA UROTROPINA

A los doctores Montoya y Flórez y Miguel Calle,
respetuosamente.

El progresivo desarrollo y adelanto auténtico de las ciencias médicas en el Japón han dado lugar al descubrimiento de ciertas entidades, nosológicas desconocidas hasta poco há, o cuya existencia, si sospechada antes, su verdadera etiología, sus formas clínicas y su tratamiento, apenas estaban bosquejados. Tal sucede con la espiroquetosis icterohemorrágica, cuyo germen ha sido hallado, quedando fuéramos de duda su especificidad. Al igual de la fiebre tifoidea, es una enfermedad infecciosa, contagiosa, de formas clínicas variadas y cuyo agente se propaga sobre todo por el agua.

Inada e Ido, dos distinguidos bacteriologistas japoneses, verdaderos hombres de ciencia, compatriotas y compañeros del sabio Noguchi, descubrieron hace ya cerca de cuatro años el agente productor de la ictericia epidémica, al que denominaron *espiroqueta icterohemorrágica*. Entre nosotros tal descubrimiento no ha despertado entusiasmo bastante, ni llamado la atención, probablemente porque no ha llegado a presentarse una epidemia de ictericia. Hoy creo que el estudio de esta entidad merezca su vul-

garización, porque tengo la firme convicción de que ella existe entre nosotros, a juzgar por las once observaciones, objeto de este trabajo, que se presentaron en los primeros meses de 1917, en Envigado, pequeña población distante ocho kilómetros de Medellín, con una temperatura de 19° y con cerca de diez mil habitantes. Algunos de esos casos los asistí en asocio de los dos distinguidos médicos Montoya y Flórez y Calle.

La enfermedad es supremamente contagiosa, grave en algunas de sus formas clínicas, y conceptúo que es acreedora al estudio de los bacteriologistas y médicos del país, ahora que su agente productor ha sido hallado. ¿Cuánto no significa para el médico en un punto tan complicado de patología como lo es de las ictericias, de pronóstico tan difícil de establecer acertada y finosamente, y de tratamiento tan variable como variables son y pueden ser sus causas, el saber que el microscopio, sin riesgos de engaño, le muestra la causa específica del mal en tal o cual caso, y por ende le señala el tratamiento que deba elegir, si médico o quirúrgico? La guerra europea, ocasión propicia para la explosión de las epidemias, ha sido vasto campo para el estudio y mejor conocimiento de la epiroquetosis icterígena, pues en varios ejércitos ha aparecido haciendo víctimas, ya porque ocasiona la muerte a los soldados, ya porque los que de ella parecen curados, permanecen inválidos por tiempo que puede ser muy largo, pues la convalecencia es lenta, difícil, y no pocas veces interrumpida por recaídas.

Precisamente, cuando por motivo de la apa-

rición de la enfermedad en las filas beligerantes empezaban las publicaciones en Europa del descubrimiento de los médicos japoneses, y llegaban los periódicos médicos a mis manos, fue cuando me cupo en suerte la observación de los once enfermos que motivaron mi estudio. Desgraciadamente no puedo confirmar bacteriológicamente mi aserto de que la espiroquetosis existe en Colombia, porque los periódicos que de la enfermedad trataban, me llegaron dos meses después de ocurrida la epidemia en Envigado. De lamentar es que lo que la clínica parece afirmar no pueda ser confirmado por el microscopio, pero la descripción que de las diversas formas de la enfermedad hacen los autores japoneses como los autores europeos que sobre ella han escrito, concuerdan tan absolutamente con las formas que yo observé, que no abrigo duda respecto a la naturaleza específica de esos casos, y moralmente estoy seguro de que el microscopio habría confirmado lo que la clínica decía. Apelo al distinguido criterio científico de los Profesores a quienes he dedicado este trabajo, quienes, como arriba dije, compartieron conmigo el trabajo médico que los casos exigieron. En cinco de los casos fueron ellos quienes me sacaron adelante, indicándome la institución de un tratamiento rigurosamente científico y de admirable resultado.

La acción verdaderamente maravillosa de la urotropina en las infecciones biliares y hepáticas, ha sido móvil poderoso para la publicación de este trabajo. De poder considerarse como verdaderos casos de ictericia a espiroqueta los que

estudio, como lo creo, puedo asegurar que para tal enfermedad la urotropina es un específico. Fue el doctor Calle quien me la aconsejó como tratamiento sistemático para esa clase de infecciones (en la señorita de mi segunda observación fue en el primero de los casos de la epidemia en que empezamos a usarlo; observación que pertenece al doctor Calle). Su acción es tan constante, tan rápida, de efectos tan pronto, que en la ictericia es el tratamiento ideal. Recordando casos pasados de enfermos de ictericia, en los que usaba el calomel, el salicilato y el benzoato de zoda, la bilis de buey, los purgantes salinos, los lavados intestinales, he podido establecer una científica y rigurosa comparación, por lo que declaro, repitiendo, que la urotropina es el remedio específico para la ictericia epidémica.

HISTORIA

La espiroquetosis no es propiamente hablando una entidad nueva sino por su noción etiológica, por haber sido hallado el agente productor.

Arnould y Coyne, con motivo de una epidemia de ictericia grave acaecida en París en el año de 1878, calificaron los primeros, de enfermedad infecciosa la ictericia epidémica. Landouzy, Chauffard y Mathieu, desde 1885, señalaron ciertas ictericias como de carácter infeccioso, microbiano y aun le señalaron como su causa un paratífico capaz de desarrollarse en la bilis. Y a fe de que tenían razón para tal atribución, dado que la ictericia infecciosa solía aparecer en coexistencia o poco después de las epidemias de fiebre tifoidea; porque el cultivo

fue hallado positivo en varios casos como también la seroaglutinación, hechos que hoy, a la luz del nuevo descubrimiento, se explican perfectamente, puesto que en un enfermo pueden coexistir las infecciones tifoidea y espiroquetósica, como lo han demostrado la bacteriología, el serodiagnóstico y la reacción de fijación.

El sabio profesor alemán Weil, el mismo que se ha hecho célebre en Europa con la aplicación del suero fresco de hombre al tratamiento de la hemofilia, previó también el origen microbiano de ciertas ictericias, y la descripción clínica maestra que de ellas ha dejado, justifica bien la denominación de enfermedad de Weil, que los patologistas alemanes han dado a la ictericia epidémica de recaídas, la misma que los patologistas franceses abogan por que se denomine enfermedad de Mathieu, atribuyendo a éste el honor de la descripción y clasificación como entidad nueva, específica y contagiosa.

Legall y Girode, citados por Dieulafoy en 1891, clasificaron las ictericias epidémicas entre las enfermedades originadas por el estafilococo.

Hanot, el gran especialista en enfermedades del hígado, con motivo de epidemias aparecidas en los años de 1893, 1894 y 1896, publica también serios artículos, en los que consagra la ictericia epidémica como enfermedad microbiana, de *colibacilo*.

Pero es Widal quien en Europa ha llamado más seriamente la atención respecto de la ictericia epidémica como septicemia infecciosa, grave, capaz de aniquilar la célula hepática. Y Louis Martin y Petit, los que en 1916 confirma-

ron con tres rigurosas observaciones bacteriológicas el trascendental descubrimiento de los hijos del Imperio del Sol.

BACTERIOLOGÍA

(Morfología, especie microbiana, método de investigación).

En una importante sesión de la Academia de Medicina de París (enero 5 de 1917), y después de una discusión científica y metódica muy interesante habida entre los profesores Blanchard y Chauffard acerca de la naturaleza del agente de la ictericia epidémica, parece haya quedado definitivamente resuelto que el microbio productor de tal enfermedad pertenece al grupo de los espiroquetas, subclase de los tripanosomidias.

Llama la atención el hecho de que habiéndose encontrado un remedio, puede decirse específico, para el grupo de las espiroquetosis, no tenga efecto para la ictericia epidémica: los arsenicales orgánicos. La práctica enseña que la fiebre recurrente no resiste al arsenobenzol; que el mismo medicamento da maravillosos resultados en la angina de Vincent; que hace desaparecer el pian con pocas inyecciones; que es el remedio soberano de la sífilis, lo mismo que para el botón de Alepo y las leismaniosis.

¿Cuál será la causa del hecho? Parece que es lo difícil del diagnóstico precoz; pues cuando se precisa con el microscopio, han pasado muchos días, y la enfermedad se muestra rebelde. Es bien probable que aplicando el remedio de manera precoz, con la aparición de los primeros fenómenos, se obtendrá mejor éxito, obrará con mayor eficacia.

Es un espiroqueta que tiene la forma de un fino filamento espiral, en G. o S., poco móvil, visible al ultramicroscopio, con los extremos ligeramente encorvados, y en veces con dos y hasta cinco ondulaciones. Toma bien el giensa, el biosinato de Tribondeau y el pancromo de Laveran.

Para hallarlo en la orina basta centrifugar diez centímetros cúbicos de orina fresca, es decir, emitida hace poco, y colorear el precipitado con el albuminato de plata o el rojo congo, caso este último en el cual se ve blanco el parásito. Hasta hoy sólo ha podido hallarse el parásito en la orina del enfermo después del día décimo y antes del día veinticinco, en plena fiebre, porque en los días de apirexia el examen es negativo.

Las inoculaciones aseguran al diagnóstico de dos maneras:

Primera. Inyectar cinco centímetros cúbicos de sangre extraída de una vena del codo en la cavidad peritoneal de una cobaya, teniendo la precaución de extraer la sangre del enfermo el día en que aparece la ictericia, o en los dos siguientes. Ocho días después de la inyección aparece la ictericia en el animal, principiando por las conjuntivas, los párpados y las orejas, y ocasionándole la muerte treinta y seis horas después. A la autopsia llaman la atención las hemorragias de los pulmones, de los riñones, de los músculos psoas y de la masa posterior de la pierna. Basta entonces hacer un frotis del hígado y colorearlo, para hallar el parásito.

Segunda. Por la inoculación de la orina de los dos primeros días de la ictericia en la misma cantidad y por el mismo procedimiento que se inyectó la sangre.

Este procedimiento es sobre todo útil para el diagnóstico de los casos no febriles o en los días de apirexia de la enfermedad.

Es preciso confesar sin embargo que hay casos en que el examen bacteriológico es negativo y sólo la noción de epidemicidad orientará para el diagnóstico.

Respecto de sus cultivos nada hay establecido definitivamente.

FORMAS CLINICAS

Primera. *Forma de ictericia catarral*—Es esta forma la que más frecuentemente se observa en los principios de una epidemia. Evoluciona en un tiempo variable, que oscila entre quince y veintidós días, así:

Después de un tiempo variable, generalmente seis u ocho días de malestar general, decaimiento de las fuerzas, quebrantamiento consistente en dolores musculares, sobre todo en las pantorrillas (dicen Inada e Ido que los dolores son tan intensos en esa región de las piernas, que se atreven a considerarlo como signo patognómico de la enfermedad), espontáneamente y a la presión, inapetencia y fatiga epigástrica, fiebre de 37,5 o 37,8. Aparece entonces el color icterico de las conjuntivas, que se generaliza en tres o cuatro días, dominando entonces un fuerte estado saburral de las vías digestivas, constipación, estado nauseoso y lengua fuertemente cargada de un barniz amarillo y desagradable. La orina es escasa, oscura y ligeramente albuminosa. El hígado está ligeramente doloroso, pero no ha aumentado de volumen.

A veces es tan poco ruidoso el proceso que el enfermo no se da cuenta de su enfermedad sino por la adinamia que le ocasiona, y porque los que le rodean le llaman la atención respecto al color de sus ojos. Quince días después parece entrar en franca mejoría, pero muy frecuentemente reaparece la fiebre con un nuevo brote de ictericia que le dura dos o tres días.

Segunda forma. *Ictericia infecciosa*.—En esta modalidad la ictericia va acompañada de fenómenos generales más graves y ruidosos. El principio es brusco, pudiendo precisar el enfermo la hora del principio de su enfermedad. Calofrío fuerte, cefalalgia, vómitos, dolores musculares, fiebre alta; es éste el período preictérico que dura cuatro días, seis a lo más. Aparece entonces la ictericia, primero en las conjuntivas, en seguida en el velo del paladar y debajo de la lengua, para generalizarse después; la intensidad de la coloración es grande, amarillo de azafrán, y la temperatura baja tan pronto como se ha generalizado la ictericia. Pero este descenso no es completo ni constante, porque en ocasiones la temperatura se sostiene alrededor de 39° o 40° con curva irregular y afectando el tipo remitente; en otros cae no brusca pero sí completamente. La orina es escasa, hasta quinientos gramos en las veinticuatro horas, fuertemente albuminosa, y es esto lo que le da suma gravedad a esta forma de la enfermedad; la urea sanguínea aumenta y la constante de Ambard se eleva hasta 1,75 y 1,87 en lugar de 0,060, cifra normal. La eliminación urinaria defectuosa y la albuminuria persisten has-

ta un mes después de la aparente curación de la enfermedad.

La epistaxis no falta nunca, pudiendo revestir caracteres graves, dada la profunda alteración de la crasa sanguínea que origina la absorción de los pigmentos biliares. La duración de esta forma de la enfermedad es de veinticuatro a treinta días. La mejoría se anuncia por el aumento en la cantidad de la orina.

Tercera forma. *Espiroquetosis prolongada*. Subdivídese en forma renal y hepatoesplénica, según el predominio de las determinaciones morbosas.

En la forma renal, cuya duración puede llegar hasta tres meses, la orina permanece albuminosa todo el tiempo con alternativas de mejoría y agravación; aparecen brotes febriles y tintes de subicteria que duran hasta tres o cuatro días, con vómito, adinamia y repugnancia para los alimentos.

En la forma hepatoesplénica la ictericia permanece muchos días, aunque cada día menos acentuada; pero el hígado está doloroso y creciendo de volumen; el bazo, grande; tanto hígado como bazo se hacen más sensibles con los ascensos de la fiebre. Las observaciones octava y novena de este trabajo reproducen típicamente la forma hepatoesplénica de la enfermedad.

Hay finalmente formas asociadas en que la enfermedad coexiste con la enfermedad o bacilo de Eberth y en que el diagnóstico es difícil.

DIAGNÓSTICO

Con todas las enfermedades capaces de originar la ictericia puede confundirse la espiroquetosis.

La noción de epidemicidad es bastante para llamar la atención del médico respecto de la entidad específica, porque parece ya fuera de duda que la ictericia epidémica es producida por el espiroqueta. Recalcan y repiten los autores japoneses, afirmando que, prácticamente, toda ictericia con recrudescencias febriles es espiroquética.

Conocidas las modalidades clínicas de la enfermedad tales como quedan descritas, aun sin microscopio puede diagnosticarse la enfermedad que, *a fortiori*, será más fácil diagnosticar si se dispone de medios bacteriológicos.

Se tiende a admitir hoy que la ictericia grave esencial primitiva no existe como entidad nosológica específica, y que a la espiroquetosis hay que referir los casos que a ella se referían. Inada e Ido, y también los autores europeos, refieren casos de espiroquetosis con formas de ictericia grave, que ocasiona la muerte por insuficiencia renal y desfallecimiento cardíaco.

En cuanto a la ictericia grave secundaria a una cirrosis, a una retención biliar por cálculo o cáncer de las vías biliares o de la vecindad (páncreas o duodeno), los antecedentes y signos propios de esas enfermedades orientarán para el diagnóstico.

La cirrosis podría dar lugar a confusión con la forma hepatoesplénica de la espiroquetosis, y sólo lo largo del desarrollo de la cirrosis de Hanot, que casi nunca reviste el carácter de enfermedad francamente infecciosa, la falta de fiebre en ella, pero, sobre todo, la noción de epidemicidad, aclararán el diagnóstico. Hay casos en

que el diagnóstico es muy difícil, principalmente en los casos esporádicos, en los cuales sólo el microscopio puede disipar las dudas.

Con la fiebre amarilla es muy fácil la confusión, sobre todo en la forma grave. En ambas la temperatura sube de la misma manera; la ictericia aparece en el mismo tiempo, las hemorragias, si bien más frecuentes en la fiebre amarilla, también se encuentran en la otra; la anuria, la albuminuria, las variaciones de la constante de Ambard, existen igualmente para las dos. Clínicamente, por supuesto en los climas tropicales solamente, únicos en que aparece la amarilla, es imposible el diagnóstico y es preciso el recurso del microscopio.

Con la gastrobiliosa palúdica, con la tifoidea biliosa, enfermedad de todos los climas puede decirse, es con las que es más difícil el diagnóstico clínico. El hallazgo del hematozoario y del pigmento melánico y lo poco frecuente de la anuria para la primera; el serodiagnóstico, hemodiagnóstico, el gelodiagnóstico, para la segunda, harán la diferencia entre las dos enfermedades.

TRATAMIENTO

Trabajan incansables los afortunados descubridores del espiroqueta por el hallazgo de un suero especial, supremo ideal terapéutico. Poseen ya, si no curaciones, sí mejorías, que los alientan para continuar sus trabajos al respecto, y no hay duda, alcanzarán su anhelo. De los convalecientes han extraído un suero o inmunicina eficaz para el conejo y aun para el hombre.

También los franceses han preparado una vacuna que ha dado ya resultados de valor en el hombre, neutralizando *in vitro* e *in vivo* dosis mortales de virus. En espera de la última palabra, nos contentaremos con un tratamiento que si no es específico, es de un gran valor terapéutico: el tratamiento por la urotropina. En la ictericia epidémica es soberanamente eficaz; quizá obra mejor sobre la bilis que sobre la orina. Esta droga fue introducida en la terapéutica por Bardet, con el nombre de formina pero es sobre todo el profesor Chauffard quien en un luminoso artículo publicado en la *Semana Médica* de 8 de marzo de 1911, demostró su acción poderosa como tratamiento de las infecciones biliares. En cinco enfermos con fístulas biliares pudo comprobar que después de la absorción cotidiana de 1 gramo 50 de la droga se hacía por la bilis una eliminación rápida.

La urotropina es un antiséptico poderoso: pone muy fácilmente en libertad el formol que entra en su constitución, y de esta suerte ejerce una acción bactericida, particularmente preciosa y enérgica.

Chauffard empleó primero la urotropina en el tratamiento de las infecciones biliares agudas o subagudas de origen litiásico con accesos de fiebre bilioséptica.

El mismo autor la ha empleado en las fiebres tifoideas, en las que las investigaciones de la escuela de Strasbourg, de Lemierre y Abrami, han demostrado la constante eliminación por la bilis de bacilos venidos de la circulación; bacilos que, pasando de la bilis al intes-

tino, vendrían a ser una causa nueva de reinfección intestinal. Tanto en los tifoideos como en los infectados del aparato biliar, se comprueba la desaparición del síndrome urológico de Robin bajo la acción de la urotropina; la indicanuria es mínima; la albuminuria se reduce a huellas indosables.

Conceptúo que por su doble acción antiséptica sobre las vías urinarias, tan afectadas en la espiroquetosis, como por su acción sobre la bilis, es como la urotropina produce tan benéficos resultados en el tratamiento de esta enfermedad. Es diurética, antitóxica, colagoga, antiséptica. Por otra parte es perfectamente bien tolerada por el organismo, aun a dosis relativamente altas.

En los once enfermos de mi estudio se instituyó el tratamiento en la forma siguiente: infusión de té únicamente por alimento cuando existía el vómito; suero de leche, además del té, cuando el estado del estómago lo permitía; limonada cítrica o clorhídrica. Un purgante de 30 gramos de sulfato de soda o de 60 centigramos de calomel, en 3 dosis, de a 20 centigramos cada una, para dar una cada dos horas. Inmediatamente que aparece la ictericia se prescribe la urotropina a la dosis de un gramo diario en 4 dosis de a 25 centigramos cada una, repartidas en el día.

Es preciso no asociar la urotropina como hasta el presente se aconsejaba, a ningún alcalino, ni al benzoato, ni al bicarbonato, ni al salicilato de soda, pues la mezcla altera sensiblemente la urotropina, lo que se traduce a la vista, o el tacto, por la humedad de la masa o del pa-

pel o sello que la contiene. Aconsejan, si es que se desea unirla a algún otro agente terapéutico, de valor para el caso, el benzonaffol a la misma dosis.

En caso de anuria, usar los baños calientes: en las observaciones cuarta y octava correspondientes a los señores E. V. y P. P. P. me dieron magníficos resultados.

Si el pulso está débil y muy retardado, lo que es casi constante en la enfermedad, indicio de una insuficiencia suprarrenal, administrar la adrenalina a la dosis de 45 gotas en solución al milésimo en 3 dosis de a 15 cada una.

Diariamente un lavado intestinal de agua hervida fría, y en caso de adinamia profunda, pequeñas inyecciones de suero artificial.

Hago notar que los enfermos de ictericia infecciosa toleran muy difícilmente los antiálgicos y los antipiréticos, y que para la calafalalgia y los dolores musculares, es preferible usar de medios anodinos vulgares y sencillos, como las compresas de agua sedativa y las unturas calmantes. Observo, asimismo, que la leche es muy muy mal tolerada por los espiroquetósicos, pues les ocasiona malestar y fatiga epigástrica, eructos fétidos y vómitos.

En uno de mis enfermos usé el arsenobenzol en inyección intravenosa a la dosis de treinta centigramos, habiendo observado como único cambio en la marcha de la enfermedad un ligero aumento de la orina, marcadas caídas de la temperatura y debilitamiento del tinte ictérico. El enfermo de tal observación tenía antecedentes de verole indiscutibles, y ello justifica el que

hubiera empleado el arsenical orgánico desde el segundo día de la ictericia.

Como medidas profilácticas en tiempo de epidemia conviene aconsejar aislamiento relativo, porque la enfermedad es contagiosa; los excrementos y orina de los enfermos depositados más bien en hoyos profundos a distancia de las corrientes de agua limpia, tal como se acostumbra para la disenteria; hervir el agua para los alentados, y cuando haya grandes remociones de tierra o en tiempo de guerra, centuplicar las medidas higiénicas impidiendo las aglomeraciones; instruir en fin a los trabajadores en el sentido de que, pudiendo aparecer la epidemia, es preciso vivir con más cuidados de higiene.

OBSERVACIONES

1^a Octubre de 1916. C. Mejía, varón de cuarenta años de edad, soltero, natural de Envigado, agricultor. No presenta antecedentes personales ni de familia, de importancia; hombre de vida muy arreglada e higiénica.

Después de ocho días de malestar general, quebrantamiento, dolores en la cintura y gran fatiga en el epigastrio, fue advertido por su hermana de que tenía *buenamoza*.

Llamado yo inmediatamente, hallé a la verdad una fuerte ictericia generalizada, 38° de temperatura axilar, 1,200 gramos de orina en las veinticuatro horas, bastante albúmina y pigmentos biliares. Duró la enfermedad veintiséis días.

En este enfermo no usé la urotropina, fue el primero de los casos de la epidemia. Ipeca a

dosis vomitiva, sulfato de soda, calomelanos y antisépticos antintestinales fueron los remedios usados. La adinamia fue terrible en este enfermo, lo mismo que las epistaxis, que se repitieron tres veces y necesitaron asiduos cuidados.

2^a Diciembre de 1916. Señorita A. J., de familia distinguidísima, y quien fue asistida por el doctor Miguel Calle. De veintidós años de edad, y con antecedentes palúdicos de dos años atrás.

Por especial recomendación del doctor Calle asistía yo en esos días a la señora esposa del padre de la señorita para una novedad uterina, y fue por esta razón por la que ocasionalmente pude observar la ictericia de la señorita, aunque no como médico tratante. La familia vivía en Medellín, se hallaba por paseo en Enviado, y aun cuando yo era el médico recomendado por el doctor Calle, la señorita prefería su médico de siempre, ya bien conocido de ella.

Fue una ictericia catarral benigna con fiebre moderada y que duró sólo doce días.

Como tratamiento indicó el doctor Calle la urotropina a la dosis de un gramo diario en tres pepes para el día.

3^a Diciembre de 1916. L. Botero G., peluquero, treinta y cinco años de edad, sin antecedentes morbosos de importancia. En este enfermo la ictericia revistió un carácter infeccioso superior al de las dos observaciones anteriores: fiebre muy alta, 39°, depresión profunda, mil gramos de orina en las veinticuatro horas, mucha albúmina y la convalecencia fue interrumpida por una recaída que le duró seis días.

4^a Diciembre de 1916. E. Vásquez, mi boticario, de treinta y dos años de edad, con antecedente específico de treponema que remonta a tres años atrás. Fue éste uno de los casos más serios de la epidemia: profunda adinamia, estado tifoideo, temperatura de 39° 5, hemorragias gingivales, ochocientos gramos de orina. Le duró un mes la enfermedad. Olvidaba anotar que dos años antes había tenido este joven una tifoidea grave que le asistí en asocio del doctor Emilio Quevedo.

5^a Diciembre de 1916. G. Posada, niño de cinco años de edad, sanísimo, robusto. Ictericia de diez y seis días de duración, relativamente benigna. El primer remedio que se propinó a este niño fue un vermífugo con el que sólo arrojó tres ascárides.

Esta observación es importante porque fue el primero de los cuatro enfermos que en una misma familia aparecieron: padre, madre, dos hermanos.

6^a Diciembre de 1916. R. Uribe, niño de once años, muy sano; ictericia muy benigna que le permitió estar levantado y sólo hubo de notarse como curioso en este caso la tendencia al vértigo. Le duró doce días la enfermedad.

7^a Diciembre de 1916. P. P. Posada, hijo del caballero del mismo nombre, estudiante de la Universidad de Antioquia, de diez y ocho años de edad. Ictericia febril, de quince días de duración; eliminación urinaria buena.

8^a Enero de 1917. P. P. Posada padre, de cuarenta y ocho años de edad, hombre sumamente robusto y vigoroso, padre de numerosa y sana familia.

Como antecedentes personales, haber sufrido, veinte años atrás, de una tenaz constipación, y cinco años antes de esta enfermedad, accesos palúdicos ligeros, adquiridos en una hacienda de su propiedad, situada en la parte baja de la ciudad de Medellín, denominada *El Volador*.

Después de veinte días de fenómenos dispepticos consistentes en agrieras, eructaciones, anorexia, dolores en el hígado, pesantez en el hipocondrio derecho, estitiquez, quebrantamiento, le apareció la ictericia, intensísima, $38^{\circ},5$ de temperatura, náuseas constantes, fatiga tan intensa en el estómago que pedía constantemente agua tibia para provocar el vómito y procurarse así algún alivio. Vientre globuloso, orina escasa, mucha albúmina, hematuria, postración inquietante. Llamé entonces en consulta al doctor Miguel Calle, quien a la sazón temperaba en una casa de campo que posee vecina a esta población. Tuvimos tres juntas con tres días de intervalo entre una y otra. El caso fue de tal manera grave que llegamos a pensar en una atrofia amarilla aguda.

La urotropina, pequeñas inyecciones de suero cafeinado, lavados intestinales fríos dos veces al día.

La enfermedad le duró sesenta días, pero a los diez días de franca convalecencia volvió de nuevo la ictericia, aunque no tan intensa en esta vez; volvió la fiebre, y se reanudaron los vómitos. La enfermedad, en resumen, fue de tres meses y medio porque las perturbaciones digestivas con pesantez y dolor en el hígado reaparecían frecuentemente haciéndole difícil la alimentación.

9^a Enero de 1917. Señora T. de P., esposa de don P. P. P., de cuarenta y cuatro años de edad, y a quien conozco desde hace quince años como sanísima.

Como antecedente patológico una grave neumonía hace doce años. Esta observación es muy importante porque reproduce fielmente la forma hepatoespilómica de los autores. Prodromos y desarrollo de la enfermedad como en el caso anterior, llamando la atención el enorme volumen del bazo. La asistí en asocio del doctor Calle, quien pidió la hicieramos ver del doctor Montoya y Flórez, pues nos preocupaba sobremanera el grave estado general de la señora con aquel bazo tan enorme (también el doctor Montoya y Flórez temperaba en Envigado). Efectivamente la vio el doctor Montoya y Flórez, quien después de discutir largamente si se trataba de una sarcoma del riñón izquierdo o de una esplenomegalia palúdica, se decidió por esta última.

Es el caso que pasados tres meses en los cuales aparecían y desaparecían por períodos de pequeña duración la fiebre y la ictericia, el bazo volvió a la normal.

A la luz la nueva enfermedad que estudiamos no me queda la menor duda de que el caso de esta señora fue una espiroquetosis de forma hepatoesplénica.

10^a Enero de 1917. Doña M. J. Ochoa de V., asistida por el doctor Gómez Henao de Envigado, de cincuenta y cinco años de edad, viuda y sin antecedentes morbosos de importancia. Enfermedad de cuarenta y cinco días de duración, forma infecciosa con recaídas, con una adinamia

profunda, perturbaciones uterinas consistentes en graves metrorragias.

11^a Febrero de 1917. Niño de apellido Lotero, ignoro su nombre, de siete años de edad. Ictericia benigna de diez ocho días de duración, con fiebre moderada y relativo buen estado general.

CONCLUSIONES

Lamentando no tener comprobación bacteriológica por el microscopio para estos casos, basándome sólo en la observación clínica, creo que la espiroquetosis icterohemorrágica existe en Colombia, y que siendo una enfermedad grave, como lo es, merece vulgarizar su estudio y hacerla conocer por la prensa médica.

Siendo enfermedad que se transmite, probablemente por el agua, es preciso redoblar las precauciones al respecto, sometiendo el agua a la ebullición, siempre que se note la aparición en un lugar de uno o dos casos de ictericia.

Las remociones de tierra favorecen la explosión de la enfermedad en forma epidémica (En Envigado apareció con motivo de la construcción de un muro para el establecimiento de una compuerta precisamente en el punto en que se toma de la quebrada Ayurá el agua que surte la población).

El remedio heroico de la ictericia es la urotropina.

Envigado, abril de 1918.

BIBLIOGRAFÍA

Monde Medical números 533 de 5 de enero de 1917 y 554 de 15 de noviembre de 1917.

Practique thérapeutique, año XIII, agosto de 1917.

Presse Médicale de 30 de agosto de 1916.

Paris Médicale de 9 de diciembre de 1916

Semaine Médicale de 8 de marzo de 1911.

Journal des Practiciens, 18 de marzo de 1911,

Diéulafoy, *Pathologie interne*.

Revue de Médecine de julio de 1916.

Bulletin de Société de Pathologie Exotique de junio de 1916.

Société Médicale des Hopitaux de Paris, mayo de 1916.

INFORME SOBRE EL TRABAJO ANTERIOR

Señor Presidente y honorables miembros de la Academia:

El doctor Luis Eduardo Uribe, de Envigado, presenta a la consideración de la Academia un trabajo titulado *Probable existencia entre nosotros de la espiroquetosis icterohemorrágica. Acción cuasi específica de la urotropina*, y el señor Presidente tuvo a bien encargarme del estudio de este trabajo.

Con la atención que merece he leído el trabajo del doctor Uribe, trabajo original, que dará mucha luz entre nosotros al estudio de las icterias infecciosas y abrirá vasto campo a las investigaciones microscópicas referentes a la etiología de la patología nacional.

Principia el doctor Uribe hablando del descubrimiento de los sabios japoneses Inada e Ido, del espiroqueta que ellos llamaron icterohemorrágico, encontrado en la orina de los enfermos atacados de ictericia. Habla de una epidemia de esta enfermedad que se presentó en Envigado durante los primeros meses del año pasado, en la que estudió con detención once casos tratados por la urotropina, y aunque no pudo comprobar con el microscopio lo que la clínica le enseñaba, dedujo de sus observaciones que la epidemia estudiada era de la misma naturaleza que la observada por los profesores japoneses y por los médicos militares de los ejércitos beligerantes. Lamenta, y con razón, no haber hecho estudios bacteriológicos entonces, porque no tuvo conocimiento del nuevo descubrimiento sino dos meses después de haberse presentado la epidemia.

Relata después la historia de las icterias graves, desde los trabajos de Arnould y Coyne, quienes fueron los primeros en atribuir una causa infecciosa a la ictericia grave, en 1878; habla de los trabajos de Landouzy, Chauffard y Mathieu, del sabio alemán Wel, que le dio su nombre a las icterias catarrales prolongadas, y por último, de los trabajos de Martin y Petit, que confirmaron el descubrimiento de los sabios japoneses.

En otra parte de su trabajo el doctor Uribe describe el espiroqueta icterohemorrágico, la manera de encontrarlo en la orina de los enfermos, de colorearlo y de asegurar el diagnóstico por las inoculaciones de sangre u orina

Sigue el doctor Uribe estudiando las formas clínicas, y nos habla de la forma de ictericia cata-

rral, con su principio lento e insidioso, hasta que la ictericia se declara sin mayor alarma; en seguida describe la forma infecciosa, con altas temperaturas, hemorragias y complicaciones renales, y por último, la forma prolongada, subdividida en renal y hepatoesplénica. Hace un diagnóstico diferencial con enfermedades semejantes, y describe el tratamiento que ha usado, cuyo agente principal es la urotropina y que el autor lo considera heroico y cuasi específico.

Termina el trabajo con once observaciones, en las que se encuentran las variedades que el autor nos describe, y con importantes conclusiones sobre la vulgarización del estudio de nuestras epidemias de ictericia y de las medidas profilácticas que el doctor Uribe juzga convenientes para evitar su propagación.

Juzgo muy importante la monografía del doctor Uribe que vulgariza entre nosotros el descubrimiento de los maestros japoneses, abriendo nuevos caminos a la etiología, pronóstico y tratamiento de las diversas ictericias.

En efecto, el descubrimiento del espiroqueta hicterohemorrágico constituye una noción etiológica nueva, una causa más de las ictericias graves, que Dieulafoy llamaba ictericias primitivas, y de las ictericias catarrales prolongadas con recaídas, del mismo autor, que antes se llamaban ictericia febril con recaída, tifo hepático de Landouzy, enfermedad de Mathieu-Wel.

Parece que la ictericia que los sabios japoneses llamaron enfermedad espiroquetósica ictero-

hemorrágica corresponde a estas variedades, pues en las descripciones clásicas que del síndrome hacen los autores europeos que la han estudiado, se encuentran todos los caracteres de las antiguas icterias graves y catarrales, y que son las mismas que el doctor Uribe ha observado, con decadencia, degeneración grasosa y necrosis, más o menos acentuadas de la célula hepática. No es pues una entidad nueva lo que constituye este descubrimiento, sino una causa nueva de una enfermedad ocasionada por múltiples motivos y en muy diversas circunstancias.

Dejando a un lado la icteria verdadera o bifeica, tenemos todas las producidas por cualquier agente infeccioso o tóxico que deprima o destruya la célula hepática: ya es el estafilococo dorado en las observaciones de Legall y Girode; el estreptococo y neumococo en las de Hanot, Boix y Babes; el estafilococo blanco en las de Achard; el colibacilo, etc., etc. Ya son las icterias producidas por toxinas microbianas, y que Dieulafoy llamaba icterias graves secundarias: tales son las icterias que aparecen en el curso de una fiebre tifoidea, de una toxinfeción intestinal, de una apendicitis o de una neumonía; o ya es un agente tóxico, como el alcohol, el fósforo, el arsénico, etc. Así, tendremos una icteria estreptocócica, neumocócica, colibacilar, fosforada o arsenical; la característica en todas ellas es la decadencia, la degeneración, la destrucción de la célula hepática.

Lo que da más importancia, a mi modo de ver, al descubrimiento de los profesores japo-

neses, es el carácter de epidemia que el espiroqueta icterohemorrágico imprime a las icterias, hecho que esclarece profusamente su diagnóstico, arma al médico para luchar contra un agente conocido, tratando racionalmente lo que antes hacía de una manera empírica. Y como el espiroqueta icterígeno produce meningismo y verdaderas meningitis que pueden confundirse con las causadas por el treponema pálido, confusión tanto más natural cuanto que unas y otras producen reacción de Wassermann positiva, en presencia de una meningitis con icteria y con Wassermann positivo, el médico puede estar seguro de que se trata de una meningitis espiroquetal icterígena. Ya los maestros europeos cultivan el espiroqueta de Inada e Ido en gelosa y gelatina con sangre, líquido ascítico, suero, y sobre todo, suero de conejo mezclado con agua salada al 1 por 5 y cubierto con una capa de aceite de parafina; pero el suero no debe tener huellas de hemoglobina, porque su presencia impediría el desarrollo del espiroqueta. Se coloca en la estufa a una temperatura de 22° a 25°, y al cabo de dos o tres semanas ha adquirido el parásito su desarrollo completo.

El doctor Uribe piensa que la enfermedad se transmite por el agua, pues la epidemia por él observada estalló a tiempo que removían la tierra en el lugar mismo en que se tomaba el agua para la población. Los autores japoneses y franceses atribuyen este papel a las ratas; en las minas de Kyuschi, donde la enfermedad es endémica, han encontrado un 39.5 por 100 de ratas infectadas, y en dos casos han transmitido la en-

fermedad por sus mordeduras; de cincuenta examinadas por Courmont en Lyon se encontraron cinco infectadas, que transmitieron el mal al cobayo; los mismos hechos han verificado Petit y Martin. Los mismos autores señalan las pulgas como agente intermediario probable, y piensan que el espiroqueta penetra por la piel, pues han encontrado adenopatías correspondientes al punto de la inoculación.

El doctor Uribe describe la forma de ictericia catarral, la forma grave infecciosa y la forma prolongada, subdividida en renal y hepatoesplénica. Los autores europeos hablan de las formas de ictericia grave, catarral apirética y benigna, urémica muy grave; la forma de recaídas, muy frecuente, una forma sin ictericia con estado tifoide y dolores musculares; la forma meningítica y la forma hemorrágica.

Como la espiroquetosis icterígena produce reacciones humorales, los autores han fabricado sueros curativos, inoculando cultivos virulentos en la cavidad peritoneal del caballo. Inada e Ido han logrado disminuir la mortalidad a 11 por 100 con la sueroterapia, en lugar de la de 30 a 48 por 100 en los enfermos no tratados; ellos aplican 60 centímetros cúbicos en veinticuatro horas, repartidos en tres dosis, con cinco o seis horas de intervalo. El Instituto Pasteur prepara un suero de Petit y Martin, adoptado por las ambulancias del ejército.

Para la suerorreacción se usa el hígado de un cobayo infectado, pero da reacción positiva, lo mismo en un enfermo icterico que en uno sifilítico.

El doctor Uribe aconseja el tratamiento de la urotropina, el que le dio tan buenos resultados, que no vacila en llamarlo heroico y cuasi específico.

Es muy de lamentar, como lo hace el doctor Uribe, el que no se hubieran hecho estudios bacteriológicos en la epidemia de que trata este trabajo, que tiene la importancia de despertar el entusiasmo del Cuerpo médico nacional y que será el principio de las investigaciones referentes al esclarecimiento de la verdadera etiología de nuestras icterias epidémicas.

Felicito al doctor Uribe por su importante trabajo, que viene a enriquecer la patología nacional, y tengo el honor de proponer a la Academia:

«Nómbrese al doctor Luis Eduardo Uribe E. miembro correspondiente de la Academia, y publíquese su trabajo en la *Revista* de la misma.»

Bogotá, septiembre 30 de 1918.

Señor Presidente y honorables académicos.

Vuestra Comisión.

J. DEL C. CÁRDENAS A.

La Academia aprobó esta proposición junto con el informe del doctor Cárdenas, y nombró miembro correspondiente al doctor Luis Eduardo Uribe E. Dispuso también publicar este trabajo, así como el informe de la Comisión.