

## UN CASO DE LITIASIS RENAL

(Por el doctor JULIO ZULUAGA, de Manizales).

Trabajo presentado al tercer Congreso Médico de Colombia.

La litiasis renal no es como la hepática y la vesical, una entidad patológica común en el Departamento de Caldas. En cinco años de práctica profesional, durante los cuales he oído consultas a enfermos provenientes de todas las poblaciones del Departamento, he encontrado cuatro casos, uno de ellos confirmado por la intervención quirúrgica; los otros, no comprobados suficientemente por falta de elementos, pero que han presentado cólicos nefríticos. Al primero de ellos se refiere la presente observación.

C. V., de treinta y dos años, casado, comerciante, de sepa artrítica, sin antecedentes hereditarios de importancia. En su pasado patológico sólo se encuentra, como digno de mencionarse, un paludismo de varios meses de duración; una infección neisseriana insuficientemente tratada, un absceso periuretral operado, un cólico nefrítico hace unos tres años y medio, el cual cedió en pocas horas, después de una picadura de morfina y no fue seguido de expulsión de cálculo. Pocos meses después tuvo un nuevo cólico, de tres días de duración, después del cual arrojó una pequeña piedra. En el intervalo de estas crisis dolorosas no presentó jamás síntoma anormal en su aparato urinario, a no ser la expulsión en la orina de algunas concreciones mucosas cargadas de cristales. El paciente seguía formalmente el tratamiento dietético y medicamentoso aconsejado en tales casos.

En febrero de 1917, después de varias jornadas de a caballo, por tierras calientes, tuvo una hematuria, acompañada de calafríos y de alta reacción febril. Cuando llegó a Manizales, dos días después, había desaparecido la sangre de la orina, pero la fiebre y los calofríos continuaban.

Eliminado otro estado morbozo, procedí a tratar el estado infeccioso de sus vías urinarias, sin desatender a su litiasis.

Impotente fue el tratamiento médico para destruir la infección. La reacción febril, con altas más o menos intensas o largas, continuó sin un día de interrupción; la orina, sin brillo, contenía siempre, como lo comprobaron repetidos exámenes microscópicos, glóbulos de pus y microbios comunes; no fue posible provocar nuevas hematurias, ni aun microscópicas, con el poco ejercicio que el paciente pudo hacer en algunas ocasiones; raras veces encontré un delgado anillo de albúmina. La poliuria y la polatriuria, no.

muy acentuadas al principio, se hicieron mortificantes para el paciente en los últimos días de enfermedad. Los sudores, escasos al principio, fueron después frecuentes y abundantes, principalmente en la noche.

Los riñones no mostraron signos de retención, ni fueron perceptibles a la palpación. En el izquierdo se encontraba continuamente un dolor ligero al levantar bruscamente la pared lumbar (signo de Lloyd). Podía también provocarse dolor en el punto pielouretral de Baz y en el punto costomuscular. Los otros fueron siempre negativos.

El enfermo sentía en ocasiones un ligero dolor espontáneo, sin irradiación, en la región costolombolíaca.

Negativa fue la investigación del bacilo de Koch en la orina y negativa la inoculación practicada a un curí.

Después de eliminar toda causa que pudiera sostener la infección, confirmé el diagnóstico, que desde el principio sospechaba: cálculos del riñón con accidentes infecciosos.

Me faltó la separación de orinas por falta de elementos, y en este medio tampoco se puede confirmar un diagnóstico con la exploración radiográfica.

El enfermo llegaba a un agotamiento extremo el 4 de junio de 1917, día en que, acompañado de los doctores Emiliano Gutiérrez y Alejandro Villa, practiqué la nefrotomía. Encontré dos grandes cálculos y nueve pequeños amoldados a la forma del bacinete y los cálices, lo que, unido a la insuficiente exteriorización del riñón por ser de pedículo muy corto, hizo laboriosa la extracción. Sutureé incompletamente la incisión del riñón y dejé un buen drenaje.

La mejoría fue inmediata, sin que se presentara otro accidente que una nueva elevación de la temperatura, porque la fístula se cerró antes de tiempo. La dilaté entonces, dejé salir otros días la orina por ella, y cuando de nuevo se cerró definitivamente, el enfermo quedó radicalmente curado. Hoy se encuentra dedicado a sus trabajos de comercio y de campo, sin que nada lo mortifique, observando únicamente el régimen de los litiásicos.

Manizales, 1917.

## TRATAMIENTO

DE LA ANQUILOSTOMIASIS POR EL QUENOPODIO

(Por el doctor DANIEL VARGAS V., de Cartagena).

Presentado al tercer Congreso Médico Nacional.

Se ha dicho lo bastante: la anquilostomiasis es una entidad morbosa de carácter parasitario y con lesiones del lado de la piel y en el tubo digestivo.

Algunos autores, con muy escasas razones, han tratado de caracterizar una forma clínica más dándole como lugar de predominio las vías respiratorias.

La frecuencia nunca exagerada de esta terrible plaga en nuestra clientela particular nos ha movido a la curiosidad de las investigaciones clínicas, y la práctica de laboratorio nos ha puesto de manifiesto, millares de veces, la presencia en las deyecciones de los huevos o de los gusanos genitores del mal que apuntamos.

Este ha sido colocado con justa razón en el cuadro nosológico de las enfermedades tropicales, de aquellas que nuestros colegas del occidente europeo apellidan de exóticas y que en realidad deben revestir real importancia para nosotros.

¿Cuál es el aspecto clínico de esta entidad patológica? La variabilidad de caracteres es natural si bien se tiene en cuenta que no hay enfermedades sino enfermos: la práctica nos demuestra la ninguna exactitud de sintomatología entre dos casos observados de la misma entidad patológica. En verdad, se han encontrado muchas semejanzas, pero también hemos podido comprobar casos tan discrepantes que solamente las investigaciones de laboratorio nos han llevado a las conclusiones de entidad en la causa morbosa.

La ciencia avanza a paso agigantado en el vasto campo de la investigación objetiva; y apenas el ojo facultativo se aplica a la lente, el prodigioso instrumento nos habla con tanta claridad y precisión que las más de las veces los embrollos de la clínica sugestiva quedan dilucidados por este medio.

Si se obliga a la imaginación a que investigue nuestro pasado de veinte o treinta años atrás, se comprende cuán ardua era la tarea que se imponían nuestros ilustres antecesores en la ciencia de Galeno: soportaban sobre sí y con harta frecuencia el peso abrumador de conciencias no satisfechas ante la inexplicabilidad de casos que encerraban un caos de conjeturas y se limitaron, por tanto, a aquella fraseología que en un sentido lato comprende un sinnúmero de entidades patológicas.

Las denominaciones de neurastenia, artritis y algunas veces dispepsias, que nada concreto han dicho de los diagnósticos formulados, no han servido sino de subterfugio en donde se han encubierto las agudezas del entendimiento humano en su continuo deseo de querer sorprender la verdad de las cosas, como si fuera un hasta aquí en los planes falibles del hombre.

Igual cosa sucedía con la denominación de diarrea crónica, que nos ofrecía siempre un enemigo atacable, y en el cual combate casi siempre salíamos vencidos.

¿Porqué? Las causas del mal eran desconocidas, y en virtudes tales los sabios experimentadores no podían resignarse a esos continuos desenlaces funestos e inexplicables.

De aquí el que se le hubiera dedicado toda la atención a este embrollado ramo de la patología del canal digestivo y que de aquellas diarreas con manifestaciones disentéricas o sin estas últimas, se haya podido dilucidar ya la producida por el flexner, por el shiga, por el amibo de Schaudin, por el anquilóstomo, por el necátor, por el tricomonas, por la ascáride, por el tricocéfalo, por el oxiuro y otros más, todos agentes patógenos capaces de transportar los organismos más viables a las regiones de lo desconocido.

La epidemia de disenteria habida en muchas regiones de Colombia en el año de 1915, la cual ocasionó numerosas víctimas, no revistió las más de las veces sino la característica amibiana, comprobada en cada caso particular por los análisis de laboratorio y por la emetina, que muchas veces ha servido de piedra de toque justamente en aquellos casos en que se ha establecido la duda por la falta de un microscopio dilucidador. Sin estos recursos el porcentaje de funestas consecuencias, que quizá no pasó de un 3 o 4 por 100, hubiera podido llegar fácilmente a las calamitosas proporciones de un 30 o 50 por 100.

Con raras excepciones, toda la Costa Atlántica fue presa de esta terrible plaga, y precisamente esta misma región es la que nos ofrece hoy la mayor cantidad de individuos portadores del anquilóstomo en sus intestinos.

Alarma la frecuencia de los casos observados, y la rebeldía a los tratamientos hasta ayer empleados no ha hecho más que llevar el desconuelo al sano criterio del médico.

Quizá ya es del dominio general que la anquilostomiasis es producida por un gusano (anquilóstomo) del orden de los nemátodos y de la familia de los estrogílidos. Mide poco más o menos 11 milímetros de longitud y no es propio sino de los climas cálidos.

Que este gusano en su forma larvaria ataca directamente a la piel, y penetrando por el bulbo piloso, pasa a las corrientes de los vasos linfáticos y sanguíneos hasta llegar a los alvéolos pulmonares que atraviesa. Remonta entonces a lo largo de la tráquea, y penetrando en el esófago desciende hasta el intestino delgado, fijándose en el duodeno, en donde adquiere el estado adulto.

Que las larvas cuando no encuentran un medio ambiente apropiado para su evolución hasta el estado adulto, se enquistan, y bajo esta forma quística son llevadas (por el aire que respiramos o por los alimentos que ingerimos o por el agua que bebemos) hasta nuestro estómago, en donde les es destruída la concha por el jugogástrico, quedando en-

tonces estos desconchados en la libertad requerida para continuar su marcha hacia el intestino delgado, en donde terminan su desarrollo y ponen los huevos por millares.

Que este gusano tiene como lugar de implantación las mucosas del duodeno y del yeyuno.

Que la constitución de la boca (provista de ventosas y ganchos), propia para desgarrar la mucosa y aspirar la sangre, le hace tan apto como a la sanguijuela para producir verdaderas sangrías, y de aquí que la gravedad de la enfermedad causada sea proporcional a la cantidad de parásitos existentes en los intestinos.

Este último considerando es condición suficiente para que la enfermedad se presente, desde el punto de vista clínico, bajo diferentes aspectos.

Le Dantec nos demuestra la realidad de nuestro decir poniéndonos de manifiesto las diferentes fases en que su convencionalismo cree que se puede presentar clínicamente la enfermedad:

### 1º Una primera fase latente o ambulante.

Verdadero anquilostomado, pero tan pequeño número de parásitos se alberga en sus intestinos que no son lo suficiente para alterar siquiera el aspecto de buena salud en el individuo infeccionado.

2º Forma benigna, la cual se caracteriza por trastornos ligeros en el organismo infectado. Hemos podido observar en este estado fatigas de vez en cuando; diarrea, alternada ésta con la constipación; ligeros estados hipocondríacos y algo de anemia.

3º Esta forma está caracterizada por una anemia profunda, por crisis gástricas muy acentuadas y por la degeneración de algunos órganos de vital importancia para el buen funcionamiento del organismo viviente.

Un dolor continuo en la región del epigastrio, más marcada aún a la presión; una continua sensación de fatiga, apaciguada al momento de la ingestión de cualquier partícula de alimento; por lo regular un apetito voraz (pero la ingestión de alimentos proporciona un malestar inexplicable y a veces mareo): al enfermo se le antoja mezclar comidas que hacen un plato desagradable, pero que a sus ojos adquiere magníficas condiciones; a veces se hacen geófagos.

Las perturbaciones intestinales no faltan, y así hemos podido observar la constipación; la diarrea acompañada de cólicos o estos últimos sin ninguna otra manifestación característica; borborigmos, y muchos fenómenos más propios casi todos de indigestiones debidas a la acción directa de los parásitos sobre la mucosa del intestino delgado y por acción refleja sobre los órganos vecinos.

Palpitaciones exageradas en la región precordial y

algunas veces soplos que han hecho pensar en lesiones orgánicas del corazón, pulso irregular, continua frialdad en las extremidades, pérdidas de las fuerzas, que acentúa el estado hipocondríaco hasta despertar en algunos individuos ideas extravagantes en contra de su propia vida; pérdida de la memoria, mareos, a veces verdaderos vértigos, en fin, se caracteriza en esta forma por un estado patológico que con frecuencia nos ha hecho pensar en un pronóstico de fatales consecuencias.

4º La ictericia que se presenta como intercurrente en este período caracteriza la forma cuarta. Es una forma bastante rara y a veces se han manifestado varios brotes en el mismo individuo, siendo de creencia general que estos brotes son producidos por la toxina hemolítica que secretan las glándulas servicales del anquilóstomo.

5º Los trastornos anteriormente citados al avanzar en su camino de destrucción nos presentan la forma extrema o caquéctica.

Un verdadero desgaste del organismo enfermo: la piel arrugada, de color pálido terroso, o más bien como si estuviera continuamente sucia; ya no hay apetito, no hay crisis gástricas, pero sí un vivo dolor a la presión del vientre; constipación muy acentuada; hay una marcada inquietud de las vías digestivas, como cansadas de la ahincada lucha por la vida de un organismo que se agota paulatinamente.

En un caso observado, la consunción llegó hasta el extremo de no permitirle al enfermo más que la facultad para dejarse oír y no expresarse bien, hasta que una intercurrente terminó con sus días, caso lo más frecuente en estas condiciones.

La anquilostomiasis no respeta raza, ni edades, no es directamente contagiosa; pero un solo individuo es capaz de hacer endémico el mal, si las condiciones del medio ambiente son favorables para el eficaz desarrollo de las larvas o las condiciones higiénicas desfavorables permiten la llegada de los huevos hasta el estómago del hombre.

Temperaturas no menores de 15° ni mayores de 35° son propicias para el estado viable del parásito, razón por la cual casi toda la Costa es atacada de tan terrible plaga.

Los Gobiernos de los países extranjeros han dictado algunas medidas higiénicas para combatir esta plaga, que ya es considerada como un peligro social.

Examen minucioso de los individuos que trabajan en las minas o en las colonias agrícolas. Aislar a los infectados hasta obtener su completa curación, y en aquellos lugares sospechosos evitar que los trabajadores permanezcan con los pies y las manos descubiertos, buscando para ello elemento que los haga impenetrables a las larvas.

Pero nosotros debemos ir más lejos; el Gobierno colombiano debe establecer sanatorios en las distintas regiones infectadas; estos sanatorios deben estar a cargo de autoridades médicas, las cuales observarán un celo minucioso en la comarca de su jurisdicción y en donde harán una investigación minuciosa sin distinción alguna, para poder localizar de ese modo la plaga que amenaza destruirnos, toda vez que traicioneramente nos ataca.

¿Y porqué no poderlo hacer, ya que en apoyo de nuestra tesis presentamos un nuevo tratamiento con el cual hemos obtenido resultados sorprendentes?

El timol, el helecho macho, el eucaliptol, el naftol, el cloruro de sodio, todos estos antihelmínticos han sido empleados, obteniendo las más de las veces verdaderos fracasos.

Há solamente un año que venimos empleando el que-nopodio, y siempre el éxito ha coronado nuestros anhelos.

Lo hemos administrado en cápsulas y bajo la forma de aceite esencial que contenga cada cápsula la moderada dosis de 0.39 centigramos del mencionado medicamento.

Nuestra administración se ha verificado del modo siguiente:

Repartimos el tratamiento en tres días, y la víspera de principiarlo se le dará al enfermo, en la tarde, una comida ligera, y en cada uno de los tres días se le darán tres cápsulas con un intervalo de una hora entre ellas. El último día del tratamiento, y dos horas después de la última cápsula, se le dará un purgante de aceite de castor.

Recomendamos muy especialmente la administración de cada cápsula con un poco de agua caliente, sobre todo café, que agrada mucho a los enfermos, y solamente dieta láctea y agua de arroz.

La condición de ser caliente el vehículo es porque de ese modo las cápsulas gelatinadas son disueltas inmediatamente en el estómago y permiten que el medicamento obre directamente sobre la primera porción de los intestinos.

Esta ha sido nuestra dosis para adultos, modificándose en algo según la forma que ha revestido la enfermedad, pero jamás hemos tenido necesidad de pasar la dosis de 0,90 centigramos al día.

A personas menores de diez y ocho años y mayores de doce les hemos administrado 0.60 centigramos, y por debajo de esta edad acostumbramos solamente 0.39 centigramos por día. Es de suponerse que para estas edades no se han usado más que dos cápsulas por día en el primer caso y una sola al día en el segundo caso.

No podemos mencionar aún alguna manifestación de intolerancia marcada, si se tiene en cuenta que el estado

enfermo del organismo acompañado de una dieta nada satisfactoria son razones poderosas para producir fatigas intensas y mareos.

Algunas estadísticas americanas nos manifiestan uno que otro caso de intoxicación. En el Hospital de Santo Tomás también nos manifiesta la estadística casos de desenlaces funestos debidos al tratamiento a dosis curativas por el quenopodio.

Respetamos el dictamen de dicho Hospital, ¿pero no se podrían atribuir esas funestas consecuencias a la falta de la debida dieta más que al mismo medicamento?

Indudablemente que su acción curativa no se obtiene las más de las veces con una intervención; hay casos, y son los más que requieren, lo mismo que con los otros antibelmínticos, repetición del tratamiento, pero siempre se han obtenido con el quenopodio los más satisfactorios resultados.

En suma, el quenopodio es el medicamento ideal para poder combatir con eficacia la entidad patológica conocida ya con el nombre de anemia tropical; expulsa rápidamente los gusanos (anquilóstomos), no es tóxico, relativamente, y es de un costo completamente insignificante, razón esta última para que la clase menesterosa, que es la que le paga mayor tributo a la enfermedad, pueda beneficiarse con entera facilidad de él.

### CONCLUSIÓN

1º La anquilostomiasis es una enfermedad parasitaria propia de nuestros climas, cuyo germen patógeno es el anquilóstomo.

2º Este gusano tiene como condición esencial la de producir sangrías en el lugar de su fijación, causando una anemia más o menos grave, y de aquí el nombre de anemia tropical con que también se conoce la enfermedad causada por él.

3º No respeta raza ni edades, pero sí tiene como organismo de predilección los de las clases menesterosas, y prefiere más aún la gente que trabaja en los terrenos pantanosos.

4º La anquilostomiasis es endémica en Colombia, y debido a la poca atención que se le ha prestado se ha propagado en las dos quintas partes de la población, dando margen en cada individuo a una miseria fisiológica que lo hace incapaz para conseguirse siquiera el pan cotidiano.

5º La anquilostomiasis produce el mayor número de abúlicos, y si los estragos de la enfermedad avanzan, se establece un estado de menor resistencia capaz de albergar el



paludismo, la tuberculosis, el cáncer, una lesión renal, cardíaca o cerebral; esta última puede despertar los instintos más depravados y llenar de consternación a la sociedad.

6º La anquilostomiasis en Bolívar requiere más cuidados sanitarios que la tuberculosis, la sífilis y la lepra; San Juan, San Jacinto, Carmen, María la Baja, Montería, Loricá, San Onofre, Arjona, Turbaco, Cartagena, etc., le pagan un hermoso tributo a la enfermedad.

7º Para combatir este mal se hace necesario llevar a la práctica ciertas medidas higiénitas indispensables: juntas sanitarias en las cabeceras de los Departamentos o en donde la enfermedad revista caracteres alarmantes, laboratorios completos para investigar minuciosamente a cada individuo sospechoso, la creación de excusados aun en las chozas más humildes, el aislamiento, hasta obtener la completa curación de los individuos contaminados, la creación de médicos higienistas que hagan la propaganda profiláctica de pueblo en pueblo, de casa en casa, prestándole mayor atención a los colegios, a los cuarteles y a los individuos de los trabajos agrícolas.

8º Una propaganda por medio de la prensa, de carteles murales con aspectos llamativos, de folletos repartidos gratuita y profusamente; y

9º Tratar a todos los individuos infectados por el anquilóstomo con el quenopodio, único agente que hasta ahora ha dado los resultados más satisfactorios.

Cartagena, enero de 1918.

## FALTAS DE HIGIENE

QUE INFLUYEN NOTABLEMENTE EN LA PROPAGACIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

(Por el doctor JOSÉ A. CABALLERO L., de Cartagena).

Para el tercer Congreso Médico de Colombia.

Traemos estos apuntes sin ninguna pretensión; hemos querido solamente anotar algunas faltas de higiene, que al parecer sin importancia, sí influyen en la propagación de enfermedades infecciosas.

Hablar, decir aquí de los innumerables microbios que viven en la boca, capaces de producir en cualquier momento y en desconocidas circunstancias sus enfermedades específicas, es no decir nada nuevo, ni digno siquiera del tiempo en que se escucha, porque es corto, y cada minuto debe ser aprovechado en su mayor valor posible.