

UNAS HISTORIAS CLINICAS

Por el doctor JESÚS MENDOZA C. (de Cúcuta).

(Trabajo para el cuarto Congreso Médico Nacional reunido en Tunja).

I

ESPINA BÍFIDA—Incluimos una fotografía de un caso de espina bífida, que en asocio de nuestro compañero de trabajos, doctor Fernando Troconis, hemos observado en la consulta externa del Hospital de Cúcuta.

Este caso es notable por el tamaño considerable del meningocele y por el recargo tóxico y patológico en los antecedentes de los progenitores de la niña.

El día 8 de marzo de 1918 es traída a la consulta externa del Hospital la niña María Alba Moreno, de tres días de nacida, natural de Ureña (Venezuela). Tiene cinco hermanitos enteramente normales.

El padre tiene cuarenta y dos años de edad, natural de Táriba (Venezuela), vive actualmente en Ureña. Es músico de profesión. Niega todo antecedente específico, y no presenta en la actualidad signo aparente de sífilis. Antecedentes alcohólicos marcados. Hace algunos años fue atacado de una coxalgia, y quedó con una luxación patológica de la cadera correspondiente. El padre, es decir, el abuelo de la niña era alcohólico inveterado. Ninguno de los miembros de la familia materna y paterna sufrió malconformaciones congénitas análogas a las de la enfermita que estudiamos.

La madre tiene treinta y tres años, es natural de Ureña, y presenta estigmas claros de heredosífilis; además es tuberculosa pulmonar y laríngea. Entre sus hermanos algunos han muerto de tuberculosis. Ni en su familia paterna ni materna ha habido malconformaciones congénitas.

Examen de la enfermita—Talla normal. Presenta el pie izquierdo en *talus-varus*, y el miembro inferior correspondiente está rígido, sin movimiento de flexión de la rodilla. A la inspección general llama a primera vista la atención una tumefacción de dimensiones considerables, la cual, como puede apreciarse en la fotografía adjunta, alcanza a la mitad del volumen total del cuerpo. Su situación corresponde a la parte inferior de la columna vertebral y presenta una base de implantación, más o menos pediculada, que se inserta exactamente en la región lumbosacra. Esta base está revestida de piel normal, la cual, a cierta altura, se transforma insensiblemente en una membrana de aspecto seroso, surcada por ramificaciones venosas. En la cima de la tumefacción la membrana es casi translúcida. La consistencia es renitente, y en cuanto a la naturaleza del contenido, no hay duda que es un líquido claro.

Por lo demás, todos los otros aparatos no presentan anomalía apreciable. La niña mama y se nutre normalmente.

La sola presencia de la tumefacción, su aspecto, su consistencia, el lugar de la implantación imponen el diagnóstico de meningocele por espina bífida.

Es de notar que a pesar de las dimensiones de la tumefacción no hubiera habido distocia en el parto y que las membranas meníngeas no hubieran estallado al empuje de las contracciones uterinas.

El 9 de abril (un mes después de la primera visita) la criaturita nos es traída de nuevo al Hospital; ha ganado en talla y en peso. Las membranas aparecen más tensas y todo hace prever una ruptura próxima.

Prescindimos de toda tentativa quirúrgica porque las condiciones y circunstancias de la familia, así como la falta de un servicio de cirugía infantil adecuado, nos impidieron la intervención.

Nuevamente fue llevada a Ureña, donde cinco o seis días después, al frote de los traumatismos externos, la tumefacción estalló dando salida a un líquido claro, transparente. La niña murió inmediatamente.

Un mes después murió la madre víctima de la tuberculosis pulmonar.

II

UN CASO DE DISTOCIA MATERNA—N. N., casada, natural de Piedecuesta, de cuarenta años de edad, lavandera. Su último niño había nacido hacía seis años. Desde hace diez años sufre de prolapso uterino de tercer grado, reductible.

El día 26 de noviembre de 1917 fuimos llamados a atender esta mujer, que tenía tres días de dolores sin poder dar a luz.

Examen de la enferma—La parturiente tiene nueve meses de embarazo, es de talla media y regularmente conformada. Su semblante indica un estado de sufrimiento muy grande. Puja de vez en cuando, y tiene una sensación de disuria y de tenesmo rectal permanente. Nos dice que desde la noche anterior (diez horas antes del examen) le salió un tumor en *sus partes* que impide el nacimiento de la criatura. La inspección de las partes genitales muestra un tumor completamente redondo, del tamaño de una cabeza de feto, de superficie lisa, mucosa y cuya base corresponde a los grandes labios. En la parte media sobre la cara anterior de esta masa existe un orificio tan grande como una moneda de cinco centavos; los bordes de este orificio son lisos y redondeados, el fondo es una superficie dura cubierta de pelos. El cuerpo del útero está casi tetanizado. Hay ausencia completa de ruidos y movimientos fetales.

Estudiada con cuidado esta masa se ve que se trata de la cabeza del feto fuera del bacinete y cubierta totalmente por la pared vaginal y por parte de la matriz. El orificio que notamos

en la cara anterior es el orificio externo del cuello uterino que deja ver el cuero cabelludo del cráneo de la criatura. La bolsa de las aguas está rota. El parto de la cabeza se había verificado, pero ésta permanecía encerrada en una bolsa formada exteriormente por la vagina completamente invertida e interiormente por una parte de la matriz prolabiada. El orificio del cuello no tendía a dilatarse porque, dadas las circunstancias del caso, había quedado muy alto, lejos del eje de impulsión de la matriz que se dirigía hacia atrás sobre la parte posterior del prolapso uterino y vaginal.

No pudiendo intervenir inmediatamente en aquel lugar por ser perfectamente inadecuado, ordenámos el traslado de la enferma a la Casa de Maternidad para operarla allí. Media hora haría que habíamos abandonado la habitación de la parturiente cuando tuvimos aviso de que había dado a luz en el momento en que se paraba para entrar en la silla de manos que la debía conducir a la Maternidad.

Conocido esto fuimos a cerciorarnos de la manera como se había efectuado el parto y las condiciones en que había quedado la paciente. El niño había nacido muerto, la placenta había sido expulsada inmediatamente después del feto. El orificio del cuello de la matriz estaba tal como lo habíamos descrito antes: no había sufrido ninguna modificación en su tamaño. Cinco centímetros atrás de este orificio, es decir, sobre la pared posterior de la vagina y del útero, había una desgarradura lineal en el sentido anteroposterior, de una longitud de 12 centímetros: ésta fue la puerta anormal que el feto buscó para desprenderse del vientre de la madre. No hubo ruptura del recto, ni de la cavidad peritoneal, ni del perineo. Indudablemente el tabique rectovaginal había sido disecado completamente y la ampolla rectal rechazada hacia atrás, pues de otra suerte es muy probable que el recto hubiera sido lesionado. No hubo hemorragia de consideración. Poco después del parto tuvo violento calofrío. Los días siguientes tuvo fiebre alta, abundante supuración uterovaginal y eliminación de algunos colgajos de vagina. Tratada por baños antisépticos calientes la herida fue cicatrizando y retrayéndose hasta quedar enteramente curada después de seis semanas de tratamiento.

III

INYECCIONES INTRAVENOSAS DE SACAROSA — En seguida consignamos unas observaciones sobre la acción de las inyecciones intravenosas de sacarosa en los tuberculosos y en los casos de decadencia orgánica. Como el número de observaciones es muy limitado y carecemos de elementos de laboratorio para hacer una investigación completa sobre las modificaciones o cambios orgánicos verificados por este tratamiento, nos abstemos de sacar deducciones generales de la acción de esta sustancia: sólo queremos contribuir en alguna forma al estudio de la sacarosa.

El profesor Lo Monaco y sus alumnos en sus estudios sobre la sacarosa emplearon esta sustancia disuelta en su peso de agua para inyecciones intramusculares o subcutáneas como tratamiento en la tuberculosis pulmonar.

Georges Rosenthal, hallando aún débil la acción obtenida en esta forma de aplicación, substituyó a la inyección hipodérmica la inyección intravenosa.

Nosotros al hacer nuestras observaciones, en un principio aplicamos algunas inyecciones subcutáneas, pero el dolor producido y la fácil supuración que se establece en la región inyectada, nos decidieron a optar por la vía endovenosa.

La solución inyectable la preparamos al 100 por 100 en agua pura. No habiendo encontrado sacarosa químicamente pura en el comercio, la solución la hacemos con azúcar ordinaria, luégo la purificamos al través del negro animal y de filtros finos, en seguida la esterilizamos.

La inyección la hemos aplicado en las venas del pliegue del codo o del antebrazo, con el paciente acostado o sentado. La solución de sacarosa es admirablemente tolerada por el organismo: jamás observámos ninguna reacción general ni local desagradable. A un individuo hemos puesto cerca de treinta inyecciones en la misma vena y en el mismo sitio sin que se haya manifestado el menor indicio de flebitis o irritación local. Hemos empleado las dosis de cinco hasta veinte centímetros cúbicos por inyección con una tolerancia absoluta. La proyección de la solución en la vena es indiferente que sea lenta o rápida. El febricitante soporta tan bien la inyección como el apirético.

Es de observar que la sangre no se mezcla a la solución azucarada. Se comprueba esto cuando la inyección se va a hacer con la jeringa cargada y armada de la aguja; al verificarse el reflujo de la sangre en el cuerpo de bomba de la jeringa la sangre ocupa la parte baja y la solución el nivel superior. Rosenthal dice que al examinar al microscopio la sangre refluida se comprueba que los glóbulos no son sino ligeramente deformados: el contacto de la solución de sacarosa es admirablemente tolerado por la sangre.

1. N. N. Entró al Hospital el 1.º de febrero de 1919 y ocupó la cama número 22. Edad, veintidós años. Natural de Rubio. Jornalero. Antecedentes patológicos: paludismo, gripe.

En buena salud fue atacado de gripe en diciembre de 1918 durante la epidemia. Después de pasar el período agudo quedó en un estado de decaimiento orgánico muy acentuado, con tos frecuente, con expectoración abundante, mucopurulenta y estrias sanguinolentas, sudores profusos, inapetencia, fiebre de 38°, 39°, marcada palidez de todo el cuerpo. Sonido mate en la cima de los pulmones y parte de las bases. Estertores húmedos, espiración ruda.

Sometido al tratamiento en general antituberculoso hasta el 28 de febrero de 1919, lo suspendimos en esta fecha para ensayar las inyecciones de sacarosa. Cada veinticuatro horas le aplicamos una inyección intravenosa, al principio de 5, luego de 10, y en seguida de 15 centímetros cúbicos.

Después de la tercera inyección la fiebre bajó a $37\frac{1}{2}^{\circ}$; en los otros días a $36\frac{1}{2}^{\circ}$. Al mismo tiempo las secreciones pulmonares y sudorales disminuyeron considerablemente; el apetito renació; al cabo de una semana el estado general había reaccionado notablemente. Sin embargo, la mejoría no se prolongó por mucho tiempo; poco a poco el enfermo fue decayendo nuevamente. Como apareció edema maleolar, el paciente rechazó las inyecciones por atribuírselo a esta causa. Se le aplicaron catorce inyecciones. Murió el 12 de mayo en oliguria y anasarca.

2. N. N. Entró el 15 de febrero de 1919 al Hospital y ocupó la cama número 23. De cincuenta años de edad, de Arboledas, agricultor. Había sido palúdico, sufría de frecuentes catarros, pero su salud en general era buena.

Fue atacado de la gripe en enero de 1919. Después de esta enfermedad, que le dio muy fuerte, no pudo levantarse de la cama porque quedó con dolor de espaldas, ronquera, esputos abundantes y sanguinolentos, temperatura de 38° por la tarde, 37° por la mañana. Sudores nocturnos profusos. Cara afilada, tinte pálido, muy enflaquecido. Las bases y partes de las cimas de los pulmones estaban mates; estertores gruesos, tos tenaz.

Se empezó el tratamiento por la sacarosa el 5 de marzo. La fiebre no se modificó notablemente. El apetito aumentó, los sudores y expectoraciones disminuyeron. La tensión del pulso mejoró. La animación de su semblante indicaba un cambio favorable del estado general, aunque la lesión local parecía no haber obtenido ningún beneficio. Este enfermo recibía con desagrado el piquete de la aguja; además tenía un sistema venoso muy miserable, y por esta razón abandonamos el tratamiento a la séptima inyección. El paciente permaneció en aparente reposición por dos semanas; en seguida hizo altas temperaturas, se agravó y murió el 1.º de abril, habiendo tenido antes algunas hemoptisis.

3. N. N. Entró al Hospital el 16 de marzo de 1919, ocupó la cama número 12, natural de Salazar, jornalero, sin antecedentes patológicos notables.

Hacía más de un año venía sufriendo de dolor de espaldas, tos con expectoraciones teñidas de sangre en ocasiones. Este hombre estaba áfono desde hacía dos meses, y el examen del aparato respiratorio demostraba la existencia de focos diseminados en ambos pulmones. La marcha de la enfermedad era lenta, sin accesos agudos. Temperatura normal, sudores escasos, esputos numulares. La laringe estaba edematizada y ligeramente ulcerada.

Este enfermo recibió diez inyecciones intravenosas de sa-

carosa de 10 centímetros cúbicos cada una. Desde la sexta inyección se sintió mejor, los esputos disminuyeron y empezó a emitir algunos sonidos vocales, de modo que al décimo día de tratamiento hablaba con alguna claridad. Salió del Hospital el 2 de abril, cansado con la vida hospitalaria pero reconocido por la mejoría obtenida.

4. N. N., de veintitrés años de edad, tolimense, fotógrafo. Antecedentes patológicos y hereditarios sin importancia. Antecedentes específicos y alcohólicos.

En el mes de febrero (1919) cuando empezamos a medicarlo en el Hospital, ya tenía un año de haber empezado la enfermedad. La primera manifestación que tuvo fue un dolor agudo en la planta del pie derecho y en la ingle y cadera del mismo lado; simultáneamente tuvo fiebre. Al cabo de un mes se estableció una supuración en la planta del pie, en la ingle y en dos puntos de la región superior del muslo derecho. El foco supurativo del pie cerró pronto; los otros quedaron en estado fistuloso.

En el momento del primer examen el enfermo tenía en la ingle derecha una masa ganglionar supurada con una fistula honda de bordes lívidos y granulados. En la región glútea inferior y en la parte media y posterior del muslo derecho otras dos fistulas provenientes de abscesos profundos. Todo el miembro derecho estaba atrofiado; la articulación coxofemoral casi anquilosada. El estado de desnutrición era exagerado. Tenía fiebre todos los días: $37\frac{1}{2}^{\circ}$, $38\frac{1}{2}^{\circ}$. Sudores. Los pulmones estaban bien.

A este enfermo le pusimos 28 inyecciones de sacarosa, a intervalos de veinticuatro horas cada una. La reacción en este enfermo fue lenta, pero tan favorable que al cabo de dos semanas la supuración disminuyó considerablemente, la fiebre desapareció por completo, el apetito mejoró notablemente, aumentó de peso y pudo levantarse del lecho por primera vez, después de cerca de un año. Al llegar a las veintiocho inyecciones el paciente abandonó el hospital, casi en reposición completa.

5. N. N. Entró al Hospital el 2 de marzo y salió sin reposición el 8 del mismo mes. Profesión, empleado del ferrocarril. Natural de San Gil. De treinta y ocho años de edad. Antecedentes hereditarios sin importancia. Antecedentes patológicos: litiasis biliar con colecistitis.

El pasado patológico lo refiere casi todo a su hígado; solamente desde hace pocos meses empezó a escupir con sangre, a tener tos y a enflaquecer. En el momento del examen atravesaba una etapa aguda: tenía tos, esputos estriados de sangre, fiebre de 39° , sudores, anorexia, opresión al pecho. Los pulmones tenían zonas de macicez bien extendidas; había además frotos pleurales.

En los siete días que estuvo en el Hospital le pusimos 7 inyecciones intravenosas de sacarosa. A pesar de llevar una observación cuidadosa del enfermo, no pudimos sorprender nin-

guna modificación favorable en los síntomas; al contrario, todas las manifestaciones patológicas se fueron acentuando cada día. No encontrando ningún alivio en el Hospital, el enfermo salió. Pocos días después tuvimos conocimiento de su muerte.

6. N. N. Entró al Hospital el 1.º de mayo de 1919, y ocupó la cama número 17. Salió por muerte el 3 de julio. Natural de San Luis de Cúcuta. Albañil de profesión. De cuarenta años de edad.

Este enfermo al entrar al Hospital estaba en pleno período agudo de tuberculosis pulmonar. Los signos adquiridos por la percusión y por la auscultación del pulmón eran muy claros.

El primer día de tratamiento le pusimos una inyección de 10 centímetros cúbicos; al segundo día por la mañana otra de la misma dosis. En el primer día no notamos ninguna reacción ni favorable ni desfavorable; pero en la tarde de la segunda inyección estalló una fuerte hemoptisis (es de advertir que este enfermo no había tenido antes este síntoma). Después no le aplicamos más inyecciones porque el enfermo no las aceptó, pues atribuyó a éstas la causa de la hemorragia.

La enfermedad siguió su curso ascendente hasta culminar con la muerte, dos meses después de la primera hemoptisis.

7. N. N., de Cúcuta; veinticinco años de edad; sirvienta. Antecedentes patológicos: paludismo, gripe en enero de 1919. Esta mujer desde el ataque de gripe quedó reducida a la cama. Tiene la cima de los pulmones endurecida, esputos mucopurulentos, tos poco frecuente y frotos pleurales. Después de la gripe había quedado en un enflaquecimiento extremo; el color de los tegumentos era amarillo, completamente anémico. Además tenía en la piel una erupción eczematosa generalizada. Sin apetito, con diarrea, en una astenia completa, que le impedía levantarse del lecho. El pulso pequeño y frecuente. Sin fiebre ni sudores. A esta enferma le aplicamos 25 inyecciones de 10 centímetros cúbicos. En las diez primeras no hubo ninguna manifestación favorable; pero después fue ganando en fuerza la tensión sanguínea; el semblante se puso animado; la erupción de la piel disminuyó considerablemente; el apetito mejoró, y al cabo de las veinticinco inyecciones había un grado de gordura apreciable, a pesar de que los signos pulmonares permanecían estacionarios.

No pudimos continuar el tratamiento porque tuvimos que dejar transitoriamente el servicio del Hospital.

8. N. N. Entró al Hospital el 2 de febrero y salió el 2 de abril. De Cúcuta; de treinta y ocho años de edad. Antecedentes patológicos: anemia tropical, paludismo. Agricultor.

Este enfermo no tenía signos de tuberculosis, pero los frecuentes ataques de paludismo y la anemia tropical habían desgastado tanto su organismo, que estaba en un estado de gran decadencia fisiológica.

Después de haberlo tratado con los medicamentos especí-

ficos para las enfermedades de que sufría, le inyectámos 10 centímetros cúbicos de sacarosa cada tercer día, por espacio de un mes. Muy pronto pudimos observar que todas las funciones orgánicas se animaban y que el enfermo adquiría gordura y bienestar. Al salir el enfermo del Hospital el estado era muy satisfactorio.

Según el profesor Lo Monaco el azúcar en inyecciones subcutáneas ejerce dos acciones: una sobre el epitelio glandular y otra sobre los vasos. Las dosis débiles de sacarosa aumentan las secreciones de las glándulas, las dosis altas las disminuyen o las suprimen.

Las hemorragias superficiales o profundas se detienen totalmente cuando se ponen sobre el campo operatorio compresas empapadas en una solución de sacarosa al 100 por 100; las heridas supurantes tratadas por la solución de azúcar disminuyen la producción del pus y pronto cicatrizan.

Las numerosas observaciones de Lo Monaco y sus alumnos demuestran que el tratamiento por la sacarosa disminuye o hace cesar las expectoraciones, los sudores y aun los otros signos de la enfermedad. En muchos enfermos los estertores húmedos han desaparecido; la nutrición ha mejorado y han podido volver a sus ocupaciones sin el peligro de contagiar a los demás, porque las secreciones bronquiales han quedado suprimidas. Sin embargo no se atreve a considerar como curados a estos individuos. Lo Monaco cree que los casos de tisis floreciente en los cuales los focos están en pleno trabajo y la intoxicación es grave, la acción de la sacarosa es nula; que, al contrario, los tuberculosos en los cuales la marcha aguda ha cesado y cuyos síntomas principales son la gran cantidad de expectoraciones, los sudores, la hipertermia ligera, etc., reciben grandes beneficios de las inyecciones de sacarosa.

Los inconvenientes encontrados por Lo Monaco a las inyecciones de sacarosa son los dolores producidos en el lugar de la aplicación en los individuos flacos y la fiebre de tipo séptico que se despierta o se exacerba en algunos tísicos.

La elevación térmica la explica porque la inyección de azúcar favorece la reabsorción de productos sépticos que existen en el pulmón; si estos productos no encuentran anticuerpos en suficiente cantidad, provocan la fiebre o la aumentan. Al multiplicar las inyecciones los anticuerpos aumentan o las materias sépticas disminuyen, y entonces la fiebre no se desarrolla. Cuando la fiebre persiste es debida a nuevos focos en germinación, sobre los cuales las inyecciones no tienen ninguna acción ya.

Georges Rosenthal reconoce la acción tónica general de las inyecciones hipodérmicas de sacarosa, y la compara al cacodilato de soda, teniendo sobre esta medicación la ventaja de la inocuidad y de la mayor potencia; pero cree que las inyecciones intravenosas tienen mayor actividad y por esto sus experimentos los practicó en esta forma.

Un hecho fuera de toda réplica para Rosenthal es el que las inyecciones intravenosas cotidianas rápidamente producen un renacimiento de las funciones digestivas, una excitación del apetito, un aumento de peso de 2 a 5 kilogramos por mes y un levantamiento de la tensión sanguínea, hasta alcanzar y aun pasar la normal.

Secundariamente a estos síntomas favorables nota una atenuación de las manifestaciones bacilares; los bacilos disminuyen o desaparecen en los esputos, y en muchos casos las lesiones evolucionan a la cicatrización rápidamente. A pesar de esto Rosenthal cree con Lo Monaco que la sacarosa no obra específicamente, y se funda en las siguientes razones: son muchos los casos en que al mismo tiempo que el estado general mejora, la lesión local prospera y se agrava, y son muchos los individuos enfermos que, no siendo tuberculosos, sacan un beneficio notable con este tratamiento.

La mejoría incontestable de los enfermos aun gravemente atacados, examinados por los procedimientos modernos de laboratorio, reconoce una patogenia hepática.

Muy pronto la sacarosa desaparece de la sangre, y los análisis de orina indican un aumento de la actividad del hígado. En efecto, la sacarosa introducida al organismo por medio de las inyecciones es una azúcar no asimilable directamente, porque ha evitado el desdoblamiento de los jugos digestivos. La célula hepática solicitada al trabajo para detener y elaborar la azúcar extraña, activa todas sus funciones según la ley fisiológica de la solidaridad de las funciones del hígado, y además excita sin duda la actividad de las otras secreciones del aparato digestivo.

En nuestras cortas observaciones pudimos ver que la sacarosa, en inyección intravenosa, obra prontamente como un reconstituyente general. Es un hecho que las secreciones bronquiales y sudorales disminuyen, por lo menos durante el tratamiento. Los enfermos recuperan el apetito y engordan. El pulso mejora en tensión.

Respecto de la fiebre observámos que desaparece o disminuye con el tratamiento por la sacarosa: nunca notámos que la despierte o exalte, como ha sucedido a Lo Monaco.

Varias veces observámos que el estado general de los tuberculosos mejora cuando las lesiones pulmonares siguen su marcha progresiva. Es evidente que las tuberculosis en plena evolución aguda no derivan el menor beneficio con el tratamiento azucarado. Los organismos decaídos, aun cuando no sean tuberculosos, reaccionan favorablemente. En los enfermos cuya reposición ha sido rápida y segura no hemos podido continuar la aplicación de las inyecciones por largo tiempo, porque se trataba de clientes de hospital, que siempre que obtienen una mejoría abandonan el lecho y se van.

Cúcuta, julio de 1919.