

INFORME SOBRE UN CASO DE SODOKU

Por el doctor

ROBERTO FRANCO F.

Señores académicos:

El doctor Roberto Serpa ha presentado a la consideración de la Academia un caso de Sodokú que tuvo ocasión de observar en el Hospital de Arbeláez en el Ferrocarril de Puerto Wilches.

Desde muchos puntos de vista es digno de estudio y análisis el caso que nos relata el doctor Serpa. Entre nosotros no se ha publicado hasta hoy ningún caso de Sodokú, bien que en nuestro servicio clínico de enfermedades tropicales sí tuvimos ocasión de hacer el diagnóstico de la enfermedad, como más adelante referiremos.

Conocido desde hace mucho tiempo en el Japón, se han publicado en Europa y América observaciones que se han hecho más numerosas en los últimos años, si bien es cierto que desde fines del siglo pasado se señalaron los primeros casos diagnosticados clínicamente. El conjunto de sus síntomas es tan característico que no ha habido necesidad de que los bacteriólogos nos confirmen el diagnóstico con el hallazgo de un germen específico. Esto sólo ha sido universalmente aceptado después de los trabajos hechos en el Japón en 1915 por Futaki, Takaki, Taniguchi y Osumi.

El antecedente de la mordedura de ratón (rat-bit-fever) es esencial para el diagnóstico y la evolución de la enfermedad, después de una incubación variable de pocos días hasta varios meses con sus manifestaciones febriles, los signos locales en el punto de inoculación, las linfangitis y adenitis en los ganglios correspondientes, la erupción generalizada con las manchas prominentes y de color característico, que se hacen más aparentes con cada acceso febril, constituyen un conjunto que para un clínico que una vez los ha observado son inconfundibles.

Hay en el caso del doctor Serpa que analizamos algunas particularidades que no hallamos en ninguna de las observaciones que hemos visto publicadas y que nos hacen pensar que debió haber en él alguna complicación que imprimió a su sintomatología variaciones que no se explican si se hubiera tratado de simple So-

dokú. Los signos locales que iniciaron la enfermedad con gran tumefacción del brazo, enrojecimiento y edema hicieron pensar justamente en un flegmón acompañado de adenopatías axilares, que fue tratado con aplicaciones locales y con propidón en inyecciones sin obtener ninguna mejoría; esto indujo a practicar una incisión con desbridamiento de los tejidos sin hallar ninguna colección supurada.

El primer acceso febril que duró más de quince días de fiebre continua fue tratado con inyecciones arsenicales y sólo se obtuvo con ellas un descenso de la temperatura a 38°. Después de quince días de apirexia apareció nuevo calofrío y un segundo acceso febril que fue nuevamente tratado con dos inyecciones de neosalvarsán de 15 y 30 centigramos sin lograr la baja de la temperatura ni la cesación de los dolores. Esto decidió al doctor Serpa a ensayar al sexto día una inyección intravenosa de cinco centigramos de tártaro emético, que después de una fuerte reacción hizo desaparecer el dolor, la fiebre y todos los síntomas generales.

Nos dice el doctor Serpa que los exámenes bacteriológicos fueron todos negativos y que con ellos no logró confirmar el diagnóstico clínico. La demostración de la espiroqueta *morsis muris* en la sangre de los enfermos durante el período febril no es constante, para hallarla se debe recurrir a la punción de los ganglios infartados y en algunos casos a la inoculación al ratón o al curí por la vía sub-cutánea, determinando en estos animales la aparición de los accesos febriles y la presencia de la espiroqueta en su sangre. También se puede utilizar para el diagnóstico la reacción de inmunidad que posee el suero de los convalecientes de la enfermedad que determina la lisis de las espiroquetas *in vitro* e *in vivo* (fenómeno de Pfeiffer) en la sangre del curí infectado y que sería específica.

Hubiera querido presentar hoy a la Academia la observación completa del caso de Sodokú observado en nuestra Clínica de enfermedades tropicales en el mes de agosto del año 1928, pero los cuadros de temperatura y los exámenes de la sangre se extraviaron de los archivos. La fotografía del enfermo, que fue tomada durante su paso por nuestro servicio clínico, da una idea de las características de la erupción que unidas a sus antecedentes y a sus otros síntomas nos permitió hacer el diagnóstico de la enfermedad.

Se trataba de un individuo de unos treinta y cinco años de edad, que a su regreso de Girardot y al llegar a Anolaima se alojó en una casa desocupada, infestada por las ratas: se dedicó durante la noche, acompañado de su esposa, a cazarlas y matarlas, con tan



OPOTERAPIA HEMÁTICA

el JARABE y el VINO

DESCHIENS

à la Hemoglobina pura

Admitidos en los Hospitales de Paris

Proporcionarán à los Médicos resultados que agradecerán sus enfermos

DOSIS :

Jarabe : Una cucharada de la de sopa en cada comida.

Vino : Un vaso de madera en cada comida.

SUSTITUYE LA CARNE CRUDA Y EL HIERRO

Laboratorios Deschiens, 9, rue Paul-Baudry, Paris.

OLEOCAL

ACEITE de HIGADO de BACALAO
 (COMPROBADO BIOLÓGICAMENTE)
 CONCENTRADO Y SOLIDIFICADO
 VITAMINAS A.B.D.
 SALES de HIERRO y de CALCIO

GRAGEAS
 INALTERABLES
 SIN OLOR
 Y EN
 GRANULADOS



POSOLOGIA
 Adultos : de 6 à 10 Grageas
 ó 305 cucharadas de las de sopa
 de granulosos
 Niños : Mitad de esas dosis
 (en tres veces en las comidas)

RAQUITISMO
 TRASTORNOS DEL CRECIMIENTO, DESMINERALIZACION
 ESPASMOFILIA - GASTRO-ENTERITIS
 AVITAMINOSIS

Laboratorios de los Produits SCIENTIA D'E Perraudin • Fº delº Clase . 21, rue Chaptal . Paris (9º)

ESTAFILASA del D^r DOYEN

Solución concentrada, inalterable, de los principios activos de las levaduras de cerveza y de vino,

Tratamiento específico contra las Infecciones Estafilocócicas :
AGNÉ, FORUNCULOSIS, ANTRAX, etc.

MICOLISINA del D^r DOYEN

Solución coloidal fagógena polivalente.

Provoca la fagocitosis, evita y cura la mayor parte de las **ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

2 FORMAS : MICOLISINA BEBIBLE y MICOLISINA INYECTABLE.

Vino de Bugeaud

Tónico-Nutritivo, con Quina y Cacao.

Actúa por la Teobromina y por los Alcaloides de la Quina en la **NEURASTENIA, la ANEMIA y las CONVALECENCIAS**

Tratamiento específico completo de las *Afecciones Venosas*

Venosina

Comprimidos compuestos de Hipófitis y Tiroides en proporción prudencial, de Hamamelis. Castaña de India y Citrato de Sosa.

PARIS, P. LEBEAULT & C^{ia}, 5, Rue Bourg-l'Abbé
POR MENOR : PRINCIPALES FARMACIAS.

mala suerte que fueron ambos mordidos por los roedores. El enfermo se presentó al hospital con su herida en el pulgar de la mano derecha ya cicatrizada, con un acceso febril y con los signos de una linfangitis, tumefacción, enrojecimiento y dolor en el antebrazo y el brazo del mismo lado, los ganglios epitrocleanos y axilares estaban infartados y las manchas eritematosas se extendían al tronco y a los miembros, sus dimensiones llegaban al tamaño de una moneda de 20 centavos para algunas de ellas, eran ligeramente salientes, su tinte era violáceo y se observaba en su superficie ligera descamación. Sentado el diagnóstico clínico, que no nos pareció dudoso, hicimos el examen de la sangre sin encontrar la espiroqueta, la punción del ganglio epitrocleano, y el examen de su jugo fue igualmente negativo. Este enfermo fue tratado con el neosalvarsán en inyección intravenosa a la dosis de 0,30, 0,45 y 0,60 centigramos y después de permanecer en el hospital por tres semanas salió en completo estado de salud.

La ineficacia de la acción del salvarsán en el caso del doctor Serpa es un hecho poco frecuente y el tratamiento por el emético de que él se sirvió puede haber tenido alguna influencia en el éxito terapéutico, bien que un solo caso no permite aseverar la superioridad de una droga sobre la otra. Schackaert en un artículo en que se ocupa de la antimonoterapia en el tratamiento del Sodokú dice que ha empleado el tártaro-emético, el stibenyl, el antimosán y el stibosán, dando la preferencia a este último no sólo para el Sodokú sino también para la fiebre recurrente, "especialmente cuando hay alguna sospecha de que estas infecciones sean arsénico-resistentes". Pudiera ser este el caso del enfermo del doctor Serpa, y me atrevo a pensar que en ello hubiera podido influir la manera como se condujo el tratamiento, aplicando dosis muy pequeñas en la primera serie de inyecciones (7,10, 15, y 30 centigramos) y apenas medianas en la segunda (15 y 30 centigramos); lo cual pudo determinar la arsenoresistencia del parásito. Las dosis de 0,45 y 0,60 centigramos me parecen necesarias para dominar la enfermedad en este caso como en las otras espiroquetosis.

Antes de terminar este informe doy al doctor Serpa las gracias en nombre de la Academia por la interesante comunicación que nos ha dirigido y tengo el gusto de someter a su consideración las siguientes proposiciones:

- 1.ª Nómbrase al doctor Roberto Serpa Miembro correspondiente de la Academia Nacional de Medicina.
- 2.ª Publíquese su trabajo en el periódico de la Corporación. Señores académicos.