

UN CASO DE SODOKU

Por el doctor

ROBERTO SERPA

Bogotá, septiembre de 1933.

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina.—E. S. M.

Con todo el respeto que esa alta corporación merece, le presento la historia de un caso de Sodokú, el único hallado por mí en mi ya larga práctica profesional.

Sé que es costumbre acompañar a esta clase de historias clínicas los resultados que los exámenes bacteriológicos hayan dado en los casos que se relaten, pero habiendo sido negativos todos los exámenes hechos a A. Ramírez con el fin de hallar el agente causal del Sodokú—exámenes hechos por el bacteriólogo señor José L. Barreto, cuya competencia es conocida por algunos señores académicos, me pareció inútil hacer alusión a ellos.

Envío esta historia a la Academia para que ella, agregando este caso a los pocos conocidos en el país, haga saber a los médicos colombianos que sí existe entre nosotros la enfermedad japonesa, pues temo que a muchos colegas les haya sucedido lo que a mí me sucedió: que había considerado el Sodokú como una enfermedad exótica en Colombia y solamente la había estudiado como una curiosidad científica, sin pensar nunca hallarme frente a ella.

Las ratas y los ratones de nuestro país son tan tímidos y cobardes que casi nunca muerden al hombre y cuando llegan a hacerlo es con consecuencias tan inocuas, que A. Ramírez, el paciente cuyo caso relato, llevaba razón, considerada nuestra manera de ser, en ocultar la mordedura de que había sido víctima.

A. R. llegó al Hospital Arbeláez, lugar en donde lo traté, procedente de El Conchal, estación quizá la más infectada de paludismo en toda la región del Ferrocarril de Puerto Wilches. Pero el ser A. R. palúdico crónico no me hizo pensar en que su fiebre alta y continua pudiera ser malaria, porque esta forma continua, alta y acompañada de fuertes dolores es frecuente en los jóvenes que sufren las primeras invasiones de hematozoarios, pero en los palúdicos crónicos las reacciones son mucho menos violentas.

Naturalmente, como el paludismo estalla en forma aguda cuan-

do alguna otra enfermedad ataca al palúdico crónico, yo instituí tratamiento de quinina, de moderada intensidad, al paso que lo traté como a víctima de una septicemia que empezaba a localizarse en el brazo.

La inutilidad del tratamiento general por el propidón y el no haber hallado pus en la incisión profunda del antebrazo, me hicieron buscar otro diagnóstico. La placa de gangrena, con sus dos pares de agujeritos, me hicieron pensar en la mordedura de ratón y, consecuentemente, en el Sodokú.

Pero los autores que hablan de esta enfermedad le dan una importancia capital a la erupción, y ésta era tan discreta en Ramírez, que solamente buscándola se halló, y como el paciente negaba con obstinación el haber sufrido mordedura de rata, dio trabajo hacer el diagnóstico.

Creo sería conveniente que quien hallara un caso de Sodokú hiciera relación de él con las particularidades que le encontrare a fin de ver si en este país tiene formas especiales que lo diferencien del asiático y del europeo.

En el caso hallado por mí, la duración de los períodos febriles fue muy larga, la erupción muy discreta y los fenómenos locales muy marcados: la placa de gangrena seca de la piel presentaba el aspecto de un pedazo de cuero curtido y los fenómenos de inflamación del brazo eran tan vivos que hacían pensar en un flegmón.

Pero lo que quiero hacer resaltar en este caso es la superioridad del tratamiento por el *tártaro emético* (tartrato doble de antimonio y de potasio) sobre el *neosalvarsán*.

Ningún autor de cuantos he consultado habla del *tártaro* en el tratamiento del Sodokú, y esto no más vale la pena de poner a los señores miembros de la Academia de Medicina en el trabajo de leer la historia de un caso raro ocurrido en nuestro país.

Del señor Presidente, atento y seguro servidor,

Roberto Serpa.

El día 2 de enero de 1933 llegó al Hospital Arbeláez, A. Ramírez, de treinta años de edad, natural de Amalfi, Antioquia, quien hace diez años trabaja en el Ferrocarril de Puerto Wilches.

Entre sus antecedentes patológicos está la disentería amibiana, que lo obligó a hospitalizarse durante seis meses, en el año de 1929.

En 1930 se hospitalizó de nuevo por amibiasis hepática y paludismo. Entonces permaneció en el hospital dos meses.

Desde entonces no había vuelto al hospital, a pesar de haber sufrido ataques palúdicos. Se le trataba en la línea del Ferrocarril



El punto de ataque reside en el tejido mismo

A esto se debe la notable movilización de agua de la diuresis provocada por el

SALIRGAN

M. R.

Indicaciones especiales: Hidropesías cardíacas, edemas por enfermedades hepáticas y nefroesclerosis, hidrolipomatosis endocrinas

El preparado no causa efectos desagradables, aunque se use en tratamientos muy prolongados

ENVASES ORIGINALES:

Cajas de 5 y 10 ampollas de 1 y 2 c. c.



M. R.

ACIDOL-PEPSINA

M. R.

Preparado de ácido clorhídrico y pepsina en pastillas

Muy superior a las preparaciones líquidas de ácido clorhídrico y pepsina, por su acción más favorable y duradera sobre la secreción gástrica. Sin efecto cáustico, de sabor agradable. Los pacientes pueden llevar el tubito cómodamente en el bolsillo, sin peligro alguno.

ENVASES ORIGINALES:

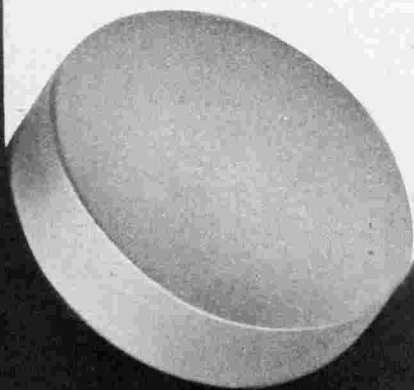
Tubo de 10 pastillas de 0,5 g.

Núm. 1. Acidez normal.

Núm. 2. Acidez débil.



M. R.



con quinoformo en inyecciones intramusculares y con quinina y arsénico por vía oral.

El día 31 de diciembre de 1932, el antebrazo derecho empezó a dolerle mucho, se le edematizó, se le puso rojizo, le dio un fuerte calofrío y tuvo fiebre elevada.

Dos días después se hospitalizó.

Examen: Cara pálida, angustiosa. Se quejaba de grandes dolores en el antebrazo. Hígado percutible hasta dos dedos abajo del borde costal. Bazo grande, de palúdico crónico. Sed viva. Acusaba la sensación de tener hinchada la boca. Decía que le "rascaba" la lengua. Anorexia. Dolor en el cuello y las pantorrillas. Pulso: 120. Temperatura: 40°.

El antebrazo derecho muy inflamado y doloroso. Los ganglios axilares derechos hipertrofiados y dolorosos. En la parte media y posterior del antebrazo había una placa de color morado del tamaño de una moneda de 20 centavos.

La fiebre y el dolor eran continuos. Al tratar de ponerse en pie, se le doblaban las piernas y caía sentado.

Se creyó en un flegmón profundo. Se le aplicó una ampolleta de propidón y, localmente, compresas empapadas en soluciones de permanganato de potasa, de sulfato de cobre y licor de Van-Swieten, tibias.

Como pasados tres días de este tratamiento no cediera un punto el mal, se hizo una incisión de tres centímetros, vecina a la placa y con sonda canalada se exploró buscando pus, que no se halló.

Se observó que la fiebre era, desde las primeras horas de la mañana hasta las dos de la tarde, de 39° y acompañada de muy fuertes dolores en las piernas y en los músculos externocleidomastoideos. De esa hora en adelante, la temperatura a horas precisas hacía pensar en el paludismo como enfermedad concomitante, por lo cual se aplicaron durante tres días ampolletas de 0.50 de quinoformo, a las 8 de la mañana.

El día 9 de enero, el estado general de Ramírez era muy grave: pulso, casi imperceptible. Temperatura, 40°. Esta no descendía un solo instante. Dolores muy fuertes en todo el brazo, en el cuello y las pantorrillas. No comía y solamente se sostenía con suero fisiológico y tónicos.

Examinándolo con sumo cuidado se halló una tenue erupción en todo el cuerpo, Las venas de las piernas estaban hinchadas y dolorosas. La placa morada del antebrazo se había convertido en negra y presentaba en el centro cuatro pequeños orificios, dos frente a dos, que parecían hechos con la punta de una aguja.

Entonces se pensó en el *Sodokú* y se empezó a tratar con el neosalvarsán, aplicando dosis progresivas de 0.07, 0.10, 0.15 y 0.30 con dos días de intervalo entre cada inyección.

Con este tratamiento se estableció una notable mejoría. Al cabo de diez días entendía con claridad cuanto se le preguntaba, tenía fuerzas para sentarse en la cama, comía algo y la fiebre no pasaba de 38°.

Pero se obstinaba en negar el haber sido mordido por rata alguna.

Cuando le hice ver las huellas de los dientes, me confesó que, en efecto, unos quince días antes de enfermar le había despertado el dolor de una mordedura y que había podido inmediatamente dar muerte a la rata que lo había mordido.

Excusaba su negativa diciendo que, como había estado tan enfermo, no recordaba bien y que, sobre todo, cómo iba a creer que “un ratón fuera tan bravo”!

Pasados quince días, un nuevo calofrío volvió a iniciar el proceso febril de la misma intensidad. La placa de cuero había caído y en el fondo veíanse músculos y tendones como disecados expofeso.

Se aplicaron, con intervalos de cinco días, 0.15 y 0.30 de neosalvarsán, sin lograr que la fiebre bajase ni hacer cesar los dolores. El sexto día de la recaída se aplicaron 0.05 de *Tártaro emético* (tartrato doble de antimonio y de potasio) por vía intravenosa, el que produjo fuerte reacción. Y desde el siguiente día desaparecieron el dolor y la fiebre.

Se aplicaron todavía dos inyecciones más, quedando entonces tan bien, que antes de salir del Hospital fue circuncidado con anestesia clorofórmica, sin que se presentara complicación alguna.

Roberto Serpa.

Septiembre de 1933.

