

---

---

## NOTAS CLINICAS

*Sección a cargo de los señores Rafael Azuero, Luis Laverde M., internos de la Clínica Quirúrgica, y Alfonso Peláez Mejía y César A. Pantoja, internos de la Clínica Médica.*

### LA MEDICACION INSULINA-GLUCOSA EN LAS ENFERMEDADES DEL CORAZON

Hace ya varios meses que venimos ensayando con relativo buen éxito la insulina combinada a la glucosa en el tratamiento del período final de las cardiopatías valvulares y tenemos una observación interesante de una arritmia completa en cuyo tratamiento coadyuvó de manera eficaz la medicación de que nos ocupamos hoy.

Es una verdad fisiológica que la glucosa es un elemento indispensable para el funcionamiento de toda fibra muscular lisa o estriada y que el miocardio, como músculo que es, no escapa a esta necesidad funcional; sería además natural, suministrar a un músculo enfermo, cuyo funcionalismo está trastornado, los elementos que el entorpecimiento de sus funciones no le permitan utilizar en cada momento fisiológico, uno de estos elementos, de los más primordiales en la contracción cardíaca, es la glucosa, pero esta glucosa ha de ser administrada en condiciones que se acerquen a la manera como el organismo la utiliza normalmente, y para el efecto la administración de una dosis conveniente de insulina viene a realizar esta condición, puesto que en su carácter de hormona glicolítica desencadena y acelera el consumo de la glucosa del organismo al mismo tiempo que moviliza las reservas hidrocarbonadas del hígado y del músculo; mediante este proceso la insulina activando la glicolisis, aumenta la capacidad de contracción de todo músculo y de una manera especial del miocardio, cuya perenne actividad le permite aprovechar mejor esta condición favorable para su funcionamiento correcto.

En esta consideración es natural pensar que la glucosa convenientemente administrada eleva el valor funcional del miocardio, como ha venido a comprobarlo la observación clínica.

Nos permitimos referir someramente el resumen de las modestas observaciones que hemos llevado a cabo en el servicio a nuestro cargo.

#### I

.....

Se trataba de un enfermo en estado de asistolia como consecuencia de una insuficiencia mitral; en este enfermo casi puede decirse

que habían fracasado los medicamentos usuales en semejantes casos, puesto que sólo se había conseguido una mejoría ligera y los edemas, el hígado congestionado y el galope del corazón izquierdo, persistían sin tendencia a desaparecer; en este estado se suspendieron todos los medicamentos y se comenzó a administrar al enfermo cuotidianamente, 100 gramos de jarabe simple, en ayunas, y un cuarto de hora más tarde, cinco unidades de insulina; al cabo de cuatro días el enfermo mismo manifestó su mejoría por una mayor facilidad respiratoria y un ligero aumento de la diuresis; más tarde, a los ocho días de estar usando esta medicación, se le administró digital, que anteriormente había fracasado y que ahora vino a producir sus benéficos efectos, aumentando la diuresis, favoreciendo la resorción de los ademas, disminuyendo el tamaño del hígado y tonificando el corazón.

En este caso la glucosa combinada a la insulina obró favoreciendo la acción de la digital, que aplicada sola había fracasado ruidosamente.

## II

.....  
De antecedentes alcohólicos, con reacción de Wassermann positiva. Se presentó al servicio en estado de asistolia hepática: hígado cardíaco y derrame ascítico considerable. Al examen del corazón presentaba un doble soplo de insuficiencia mitral y arótica. Se le hizo punción evacuadora del derrame de ascitis y se le instituyó el tratamiento clásico: aguardiente alemán, digital y demás tonicardiacos; poco a poco fueron desapareciendo los síntomas de la asistolia, pero quedó el corazón descompensado, manifestando su insuficiencia por la aparición de intermitencias, se instituyó entonces el tratamiento con la glucosa y la insulina y al cabo de algunos días desaparecían las intermitencias y el enfermo abandonaba el hospital completamente restablecido.

## III

.....  
Se presentó el servicio en estado de asistolia, con edemas en las extremidades inferiores, disnea intensa, tos y expectoración sanguinolenta; se hizo el diagnóstico de una locura del corazón, pues este órgano no presentaba dos sístoles iguales, había una intensa taquicardia de 250 revoluciones cardíacas por minuto con extrasístoles, intermitencias, sístoles abortadas, etc.; en suma, se trataba de una arritmia completa o *Delirium cordis*. Este enfermo tenía el antecedente próximo de una bronconeumonía que en nuestro concepto había obrado como causa de la degeneración en que se encontraba ese miocardio.

Además el corazón estaba dilatado, el hígado era voluminoso y doloroso a la palpación y a la percusión, y la diuresis estaba disminuída.

Con el objeto de reducir la taquiarritmia instituimos el tratamiento con la quinocardina, pero tuvimos que suspender tal medicación porque el enfermo no la toleró; recurrimos a la digital, sin resultado favorable; idéntica suerte tuvimos con la digibaina primero y con la uabaina por vía digestiva, después; entonces resolvimos apelar a la medicación glucosa-insulina asociada a inyecciones intravenosas de uabaina y fuimos sorprendidos por la notable mejoría del enfermo en quien fueron desapareciendo poco a poco cada uno de los síntomas enumerados arriba hasta reducirse completamente la arritmia y al cabo de tres meses el enfermo abandonó el servicio con 70 pulsaciones por minuto.

Como puede notarse por la enumeración somera de estas tres observaciones, la insulina combinada a la glucosa obra favorablemente en la insuficiencia del miocardio, aumenta la diuresis y como consecuencia desconggestiona los órganos y favorece la desaparición de los exudados y edemas periféricos, al mismo tiempo que obra en calidad de mordiente para los otros tonicardiacos; en tal concepto debe aceptarse por lo menos, como un medicamento más en la ya numerosa terapéutica de las enfermedades del corazón.

*César Augusto Pantoja*

Interno del Servicio de Clínica Médica del Profesor Miguel Jiménez López.

## UN ERROR DE DIAGNOSTICO INSTRUCTIVO

...Llega una mañana al servicio de clínica quirúrgica, en el momento de terminar una apendicectomía, cuando los enfermeros se preparaban a llevar otro paciente a la sala de operaciones, un enfermo de una de las salas médicas, en estado general grave, con el diagnóstico de absceso hepático e indicación de intervención urgente.

Acompañado por uno de los clínicos más distinguidos del Hospital, cuya competencia en asuntos tropicales es de sobra conocida, y a su manifestación de necesidad operatoria rápida no se examina detenidamente el enfermo, sino diagnóstico aceptado, a la presencia de un gran tumor que ocupa el hipocondrio derecho, al parecer formando parte o continuado con el hígado, se procede a efectuar una laparotomía exploradora.

El enfermo, es de aclarar, había sido bien estudiado en las salas de medicina, dando lugar a una Junta de Internos, que sin duda alguna, hicieron exámenes completos y tras de una viva deliberación llegaron a la conclusión de absceso hepático. Casi todos ellos en el deseo de ver el resultado operatorio, están presentes.

A su gran sorpresa, el resultado de la laparotomía es inesperado: la intervención muestra un hígado alto, rechazado tras de las costi-

llas, de bordes perfectamente lisos. El tumor del hipocondrio viene del riñón: es una gran masa violácea, que llena toda la región abdominal derecha, del tamaño de una cabeza de adulto, levantando el colon y las ansas delgadas, viniendo a ponerse en contacto con la pared anterior del abdomen. La impresión del momento es la de un sarcoma renal que ha invadido totalmente el órgano.

El grave estado general del enfermo, la posibilidad de que muera sobre la mesa, abrevian la exploración y se cierra el abdomen, en espera de un próximo desenlace...

Aunque parezca entonces un gran error de diagnóstico el que fué llevado —de absceso hepático— se hallaba completamente justificado por la historia clínica, relatada en vista del resultado de la operación:

El enfermo, de 26 años de edad, natural de Chiquinquirá, nunca salió a tierras calientes; la única enfermedad padecida fué una fiebre tifoidea en su niñez.

Hace dos meses comenzó a sentir un dolor en el lado derecho, sobre los riñones. Era una fatiga dolorosa, que aumentaba con el ejercicio, con tensión, que cada día aumentaba, llegándose a hacer insostenible.

Veinte días apenas, antes de venir al Hospital, se declaró una disnea; el enfermo se imposibilitó totalmente para trabajar, se enflaqueció rápidamente, palideció su color habitual y en este estado ingresó en la clínica médica.

Estudiado allí, con la proverbial asiduidad que caracteriza los asistentes y servicio de Enfermedades Tropicales, fuera de los datos anotados, examinando de cerca los aparatos, encontraron una respiración superficial, fatigosa, estando totalmente mate el pulmón derecho, con silencio respiratorio completo, abolición de las vibraciones vocales, y en fin, todos los signos de una pleuresía. Puncionada con acierto, dió unos seiscientos centímetros de líquido serofibrinoso.

Observado el tumor abdominal, en previsión de un absceso hepático fué puncionado repetidas veces en blanco. Cualquiera circunstancia hizo suspender el examen, y al reanudarlo, 24 horas después, una punción más afortunada penetró en una cavidad de la que se extrajo al aspirador de Potain la cantidad de 900 c. c. de pus. Las opiniones se dividieron entonces; una de ellas, quizás la más autorizada por la experiencia en casos análogos, no se pronunció resueltamente por el pus hepático. Otras, encarnizadamente combatieron a aquélla, y momentáneamente lograron hacerla a un lado, para llegar a la conclusión segura del absceso hepático.

Toda la razón estaba de parte de la clínica entonces, y si falló el diagnóstico, fué por las extrañas y comunes veleidades que tiene la medicina y que engañan a los criterios más perspicaces y a los poco experimentados.

En el servicio de clínica quirúrgica, el Interno, por pura curiosidad, forzoso es confesarlo, practicó 24 horas después una punción de la pleura, con aguja pequeña y jeringa de 2 centímetros cúbicos. Contrariamente a los datos traídos a la sala, el líquido que llenó el tubo era completamente sanguinolento.

Sin embargo, la claridad de la historia, con sus desconcertantes datos, despertaba hora por hora la duda en los observadores de los servicios médicos, que visitaban el enfermo constantemente. Solicitaron una numeración globular que efectuada, dió 12,500 glóbulos blancos especialmente polinucleares, dato de ningún valor en el caso, puesto que había una herida operatoria.

Solicitaron igualmente investigación de amibas histolíticas en la expectoración, dato que no se pidió al laboratorio.

Nuevas punciones practicadas, resultaron en blanco. Una nueva opinión, sin examinar el enfermo, localizó el absceso al borde posterior del hígado, donde la punción no profunda, trajo un centímetro cúbico de líquido sanguinolento, que examinado al microscopio, dió glóbulos de pus y homatíos degenerados.

Al décimo día de la intervención cayó por completo el estado general; se presentaron abundantes hematurias, la dispnea se hizo angustiosa, el pulso se fué acelerando hasta hacerse incontable y el enfermo entró en la agonía.

10 horas después de la muerte se practicó la autopsia, hallándose las siguientes lesiones: El pulmón derecho, retraído al hilio, adherente al diafragma por una base llena de núcleos de aspecto maligno, sobrenadaba en una pleuresía de mediana abundancia y color café oscuro.

El hígado, muy rechazado, ligeramente aumentado de volumen, tenía en la cara superior las huellas de las punciones. Por debajo estaba el sarcoma del riñón, encofaloide, violáceo, ocupando toda la región. Adherido intensmente a los grandes vasos, el páncreas, al duodeno, a la cara inferior del lóbulo de Espigelio, su enucleación fué sumamente laboriosa. La parte superior del neoplasma, empotrada en el hígado, reblandecida, hacía vacilar, aun puesta la víscera sobre la mesa de autopsias a los ansiosos observadores de la clínica médica. Desafortunadamente para la opinión hepática, se encontró entre el tumor y el hígado un plano de clivaje perfectamente delimitable. Una sección transversa del sarcoma mostró en medio del tejido neoplásico, la estructura antómica del riñón, hipertrofiada y en plena anarquía celular.