
NOTAS CLINICAS

(Sección a cargo de los señores Luis Laverde M. y Rafael Azuero, internos de Clínica Quirúrgica; Alfonso Mejía y César A. Pantoja, internos de Clínica Médica, y Eduardo Iriarte, internad del Hospital de la Misericordia).

UN CASO DE ESPIROQUETOSIS BRONQUIAL QUE CEDE AL "NEOSTIBOSAN"

Por Alfonso Peláez Mejía.

No son extraños a nuestra Patología Tropical los casos de espiroquetosis bronquial (bronquitis sangrienta), y ya desde 1926 el doctor Rafael Martín Rodríguez inauguró su tesis de doctorado con algunas observaciones sobre la enfermedad. Es difícil, evidentemente, en nuestro medio, diagnosticarla dada su asociación, muy frecuente, con la tuberculosis y su rareza.

Cuando llegamos al Servicio de Clínica interna del profesor Miguel Canales, en calidad de internos, en marzo del año en curso, encontramos en la cama número 2 una enferma entrada en el hospital desde octubre de 1931. Nos llamó la atención la singularidad de su sintomatología que hacía difícil orientar el diagnóstico a determinada afección, máxime cuando sus mayores dolencias estaban del lado del aparato digestivo.

T. C., de 22 años de edad, soltera, que ha vivido siempre en Chiquinquirá, Departamento de Boyacá, clima frío, de una temperatura que oscila alrededor de 15° y 16°. Entró en el Hospital el 10 de octubre de 1921. Al interrogarla sobre sus antecedentes hereditarios no da dato alguno de importancia. En los personales encontramos sarampión, viruelas, tos ferina, fiebre tifoidea, gripes frecuentes y constantes perturbaciones gástricas. Su pasado genital normal: regló a los 13 años, reglas de un ciclo normal, no ha tenido familia ni abortos. Antecedentes específicos de ninguna clase.

Decíamos que la mayor sintomatología de esta enferma, al hospitalizarse, estaba del lado del aparato digestivo; evidentemente, nos cuenta que desde hace cerca de 3 años tiene, por épocas, vómitos, sensación de quemadura en el estómago que se extiende hasta la región retroesternal, dolor en el abdomen, más intenso hacia la fosa ilíaca derecha y propagada al miembro inferior del mismo lado; anorexia, constipación.

Nos cuenta el antiguo interno que dada la variedad de su sintomatología, no pudo hacer un diagnóstico preciso y, no obstante la temperatura estuvo los primeros días oscilando entre 36°,8 y 37°, con alzas, en dos días, a 38°, de que presentaba un dolor localizado en la fosa iliaca derecha, él no se atrevió a hacer un diagnóstico de apendicitis, ni menos de anexitis, cuando por sus antecedentes y sus exámenes genitales no se encontró nada a este respecto. El 15 de octubre se le practicó una reacción de Wassermann, que dió † † † (positivo total, ex. N° 22514). Este resultado obtenido, se creyó que todas sus dolencias eran debidas a su especificidad; se le comenzó a tratar con 914 y benzoato de mercurio.

Pasados dos meses, a pesar de la buena conducción del tratamiento, la enferma no experimentaba mejoría alguna: el dolor en la región de la fosa iliaca derecha continuaba, pero ya comenzaba a presentar fenómenos del lado del aparato respiratorio: dolor retroesternal, tos y expectoración abundante, especialmente por la mañana al despertar, la temperatura seguía oscilando entre 36°,8 y 37°. En vista de esto se le envió a los Rayos X, el 14 de enero, con el fin de ver si existía alguna lesión del lado del apéndice. Del laboratorio contestaron: "En el examen radiológico del intestino grueso, practicado 8 horas después de la ingestión de bario, se encontró el ciego y el cólon ascendente bien inyectados, el primero de estos órganos ocupaba una situación muy baja en la fosa iliaca derecha, pero se encontraba muy móvil.

"Por la palpación no se despertaba dolor sobre el ciego y apenas había una ligera sensibilidad sobre el ángulo hepático. El apéndice no se visualizó.

"No hay signos radiológicos de apendicitis".

Conforme al diagnóstico del laboratorio con el de la Clínica, descartada la apendicitis, se mantuvo todavía la enferma en expectativa. Los síntomas pulmonares se acentuaban más: la expectoración que al principio era de un color amarilloso fué tomando un tinte rosado hasta llegar a ser francamente escarlata, la tos era dolorosa. Sorprendía el hecho de que no se encontraban signos físicos de ninguna clase en sus pulmones: ni la palpación, auscultación, percusión, arrojaban dato alguno fuera de una ligera macidez en la cima derecha. No obstante ésto y no habiéndose encontrado en su boca y garganta nada que justificase su expectoración francamente hemoptoica, de que la edad de la enferma no hacía sospechar un cáncer del pulmón, de que los antecedentes no arrojaban una infección amibiana anterior para pensar en una bronquitis amibiana, de que no había habido climas palúdicos para sospechar una forma bronconeumónica de acceso palúdico, de que en las orinas no se encontró espiroqueta ictero-hemorrágica para suponer una complicación bronco-pulmonar de la espiroquetosis ictero-hemorrágica; se enviaron al laboratorio, el 2 de febrero de 1932, los esputos para que se investigaran espiroquetas bronquiales. La respuesta fué ésta: numero-

sas espiroquetas bronquiales (ex. N° 3583). Con ésto quedó confirmado el diagnóstico clínico.

Cuando nosotros, el 1° de marzo, fuimos a hacernos cargo del servicio, al pasar revista de los enfermos encontramos esta paciente que nos sorprendió por su aparente buen estado general y más aún, por la rareza de la afección que la aquejaba, y nos propusimos seguirla con algún cuidado.

Al examinarla, la encontramos en un estado general muy bueno. Su aspecto no era el de una enferma que sufriera una grave dolencia: mujer robusta, de buen semblante, nada de anemia, nada de color subictérico, etc. A la inspección general no se encontró cosa rara alguna.

Al examen del aparato digestivo observamos: labios color normal, dentadura en estado satisfactorio, lengua ligeramente saburral, garganta bien. A la inspección del abdomen nada raro; a la percusión, ligero timpanismo; palpación profunda dolorosa, especialmente en la fosa iliaca derecha y en el epigastrio. La enferma hace deposición diaria. En el examen practicado a las materias fecales no se encontraron huevos de parásitos intestinales, ni quistes de amebas (examen 4987). Hígado y bazo normales.

En el aparato circulatorio sólo encontramos un ligero reforzamiento del primer ruido. Pulso normal. Tensión arterial; 13 mx. y 8 mn.

En el urinario y genital no había nada raro. Las orinas, en un examen completo, no presentaron elementos anormales de ninguna especie y de los normales, la úrea estaba un poco disminuída, así como los sólidos totales, que sólo subían a 13 gramos por litro, en lugar de 22 a 35, lo normal entre nosotros. Diuresis de 1,800 gramos en 24 horas. Las reglas han sido normales, no hay dolor. No existe flujo de ninguna clase.

Aparato respiratorio.—A la inspección se aprecia un tórax bien conformado y sólo en la parte anterior, hacia la región external, se nota una ligera circulación colateral; a la palpación, piel húmeda, las vibraciones torácicas se transmiten débilmente en la cima del pulmón derecho, se aprecia una buena amplitud respiratoria; la percusión da una ligera macidez en la cima derecha, el resto normal, la auscultación nos hace oír un murmullo vecicular no alterado. No hay disnea, 18 respiraciones por minuto. Pero la tos dolorosa, la expectoración franca-mente hemoptoica, en especial al despertarse, que le aparece la boca llena, según nos cuenta; el dolor retroesternal, como con sensación de quemadura, temperaturas entre 36°,5 y 36°,8, son sus síntomas. La enferma todos los días se siente más angustiada en vista de ésto.

Hecho el diagnóstico, nos quedaba el problema del tratamiento en frente de una forma crónica de bronquitis sangrienta que, como bien nos dicen los autores, es rebelde y toda terapéutica parece ineficaz. Nos aconsejaban el emético, los arsenicales, los yódicos, así como los balsámicos.

Comenzamos con el emético por vía intravenosa, la primera inyección de 0,01 centigramo, la toleró mal: tuvo dolor en la región epigástrica, náuseas y vómito, no insistimos y fuimos al arsénico bajo la forma de 914, y no obstante que ya se había puesto, en esta ocasión, la dosis de 0.30 centigramos, le produjo fenómenos de crisis nitritoide, a pesar de que se le habían dado por vía bucal 15 gotas de adrenalina diez minutos antes de la inyección. En vista de esto, buscamos específicos en las distintas casas y en la *Bayer* se nos dió una muestra de “*Neostibosan*” (Sal dictilamínica de ácido pramínico fenil de antimonio). Comenzamos a inyectarlo por vía endovenosa a la dosis de 0,05 centigramos hasta llegar a 0,30. La tolerancia fué completa y pronto se notó que la expectoración sanguinolenta disminuía, que la tos era menos dolorosa. Dejamos unos días de inyectarle y mientras tanto le dimos, por vía bucal, arsénico bajo la forma de Licor de Fowler asociado a la tintura de Mars tartarizado, iniciando por 15 gotas, aumentado una diaria hasta llegar a 30. Nada pudimos observar distinto a lo ya mencionado.

Deseosos de comprobar los datos dados por los libros sobre la alta eosinofilia en esta enfermedad, solicitamos del laboratorio la numeración globular, la fórmula leucocitaria, el 28 de marzo, y obtuvimos:

Glóbulos rojos... ..	3.480.000	por mm ³
Glóbulos blancos.	6.800	” ”
Polinucleares neutrófilos.... ..	52%	
Polinucleares eosinófilos.... ..	16%	
Linfocitos..... ..	31%	
Mononucleares.	1%	(Ex. N° 2762).

Como bien puede notarse, y de acuerdo con los libros, los eosinófilos están muy aumentados, todo de acuerdo con la afección, máxime cuando la enferma no tiene parasitismo intestinal.

Su expectoración había cambiado el carácter francamente hemoptoico por el de un color crema de curuba y en vista de esto volvimos a mandar al laboratorio los esputos para la investigación de espiroquetas, él nos contestó: “no se encuentran” (Ex. 3696). El 1º de abril se le envió a los Rayos X para investigar el estado de sus pulmones y con el diagnóstico de espiroquetosis bronquial. Se nos contestó: “La radiografía presenta únicamente algunas sombras de lesiones de peribronquitis en las regiones infra-hilares, pero la transparencia pulmonar en general es buena”. (Ex. 11.810). Es bueno advertir que a la enferma se le hizo una broncoscopia, de la cual no se sacó conclusión alguna de importancia, fuera de una ligera irritación de los bronquios.

Vista la gran mejoría obtenida con el “*Neostibosan*”, volvimos a

insistir y le inyectamos, en varios días, un total de 0,30 centigramos. En esta ocasión la expectoración cambió de aspecto totalmente, se hizo blanquecina, espumosa y disminuyó notablemente, hasta hacerse insignificante. El 17 de abril volvimos a enviar esputos al laboratorio pidiendo la investigación de bacilo de Koch y espiroquetas, tanto el uno como el otro fueron negativos (Ex. 3.716); pero antes, el 6 del mismo mes, después de tener la enferma en reposo de todo tratamiento y sin que acusara la menor temperatura, enviamos su sangre al laboratorio con el fin de practicar una sero-floculación de Vernés, para tbc. El resultado fué de 9 (Ex. 209).

Como se ha dicho, la enferma mejoró casi completamente con la segunda serie de “*Neostibosan*” y sólo subía a 0,60 centigramos la dosis aplicada en las dos series: nada de esputos sanguinolentos, nada de tos y el dolor retroesternal había desaparecido. Parte del mes de abril y mitad de mayo la tuvimos en observación sin que hubiéramos notado el menor atraso del estado tan satisfactorio conseguido por el tratamiento. No obstante, al finalizar mayo, le volvimos a inyectar “*Neostibosan*”, 0,30 centigramos en varios días y permanecemos en expectativa. En ausencia de toda sintomatología, en frente de dos análisis negativos de esputos y en vista de su buen estado general, resolvimos despachar la enferma que salió del servicio el 10 de junio. Pero, para tenerla en observación, le exigimos volviera cada dos días, con el fin de hacerle un tratamiento antisifilítico, puesto que la enferma presentaba un Wassermann positivo total.

El 15 de junio quisimos ver si la eosinofilia se había modificado en uno u otro sentido; se solicitó una forma leucocitaria que dió:

Polinucleares neutrófilos....	75%
Polinucleares eosinófilos....	5%
<hr/>	
Polinucleares basófilos.	1%
Linfocitos....	18%
Mononucleares.	1% (Ex. 3.082).

Comparada con la primera, salta a la vista la baja de los eosinófilos que de 16 descendió a 5, casi lo normal entre nosotros; los linfocitos, bajaron de 31 a 18. Pudimos observar esta mujer hasta fines del mes de junio, se sentía muy bien, no había vuelto a toser ni a tener expectoración de ninguna clase. Su anorexia, muy marcada en un principio, había desaparecido. Sus síntomas intestinales habían desaparecido, sentía deseo de trabajar y regresó a su casa.

En resumen: obtuvimos con el “*Neostibosan*” Bayer, una curación completa; fueron suficientes 0.90 centigramos para alcanzarla y pudimos inyectarlo sin el menor accidente y con toda confianza. De ahí que nos atrevemos a creer que se ha obtenido un verdadero triunfo te-

rapéutico sobre una enfermedad considerada como incurable en su forma crónica.

Alfonso Peláez Mejía

Bogotá, agosto 20 de 1932.

EL SINDROME DE COLLET EN TIEMPOS DE PAZ

(Caso presentado por el servicio del Profesor Canales)

La diaria visita en el servicio se ve detenida en la cama N° 20 de la sala de hombres, por la presencia de un enfermo nuevo, llegado en la noche anterior y cuyas dolencias, no bien claras, reclaman un examen detenido.

El enfermo en cuestión alcanza una edad de treinta años. Es un hombre barbado, en un estado deprimido, comparable al de una fiebre tifoidea, pero conservando aquí la lucidez; bastante enflaquecido, descuidado en su persona, a pesar de que ostenta en las sienes un interesante par de *confortativos*, rústicos parches “reconstituyentes” que gozan de notable fama entre nuestros campesinos.

Las hojas que se hallan en el cuadro encierran algunos datos particulares: una solícita recomendación del alcalde de Viotá, quien pide le sean suministrados al enfermo los cuidados más cariñosos, por hallarse enfermo de la garganta y ser un “enérgico defensor de las instituciones legalmente constituídas”. La línea de temperatura muestra una apirexia completa.

De rostro terroso, exhibe claramente la influencia del sol de las tierras cálidas, y las manchas de insuficiencia hepática tan comunes en los cafeteros; estas manchas se hallan diseminadas por todos sus tegumentos; su abdomen, tórax pigmentados igualmente y enflaquecidos; piernas grandes, arqueadas, sin edemas.

El interrogatorio da pocos datos, informando sobre las intensas alteraciones de la fonación, de palabra gangosa, silabeante, lenta, que estalla entre los labios, como si la columna de aire que viniera de la glotis se apagara contra una cortina inerte.

La anamnesis vale poco; este hombre venía sufriendo de cefálicos, de continuo malestar, algunos sudores... Un día, hallándose acalorado se bañó en el río Cuja.

Al día siguiente quiso levantarse para seguir en su trabajo; pero, cosa sorprendente para él, se despertó con el sol alto, contrariamente a su costumbre, la de salir a las cuatro de la mañana; sus piernas se negaron a sostenerle y el *cefálico* atroz, intenso, le hacía sentir que arrancaban sus nervios del cuello o que se partía en astillas su columna cervical.

Quince días después comenzó a establecerse una dificultad en la

deglutición; primero para los sólidos, cuyo paso a través de la faringe eran imposibles, luego para los líquidos, única alimentación que tolera hoy, en cantidades mínimas.

El cuello está muy enflaquecido; se aprecia bajo la piel la situación de la laringe con mínimos detalles, hay abundantes vesículas de sudamina, y sobre los paquetes vasculares corren gruesos cordones de ganglios, desde las fosas claviculares a la región occipital.

El esternocleidomastoideo derecho se dibuja bajo los tegumentos; el izquierdo ha desaparecido. Al pellizcar el pellejero del cuello para ver si está paralizado, reacciona y contrayéndose de ver el esternocleidomastoideo izquierdo flojo y paralizado. El hombro izquierdo está caído; los haces del trapecio correspondiente se hallan también en absoluta flaccidez.

La faringe tiene un tinte uniforme, ligeramente subido; la presencia del bajalengua ocasiona movimientos espasmódicos deglutivos e irregulares; la pared posterolateral derecha tiene tendencias al contraerse a dirigirse al centro; la mitad correspondiente al lado izquierdo está inmóvil. El velo del paladar igualmente. Al tratar de limpiar el istmo de las fauces con un porta algonones, para desembarazarle de una gran cantidad de mucosidades acumuladas, se puede constatar la falta del reflejo faríngeo.

Se aprecia sobre las mucosas una serie de manchas azuladas, restos de un colutorio de azul de metileno, aplicado anoche mismo, para aliviarle de la garganta, de acuerdo con las recomendaciones que traía.

Al sentar el enfermo para interrogar el estado de sus pulmones, se descubre la rigidez del cuello, que no le permite volver su cara para un lado o para el otro, a la vez que se palpa una eminencia alta, profunda, que parece provenir de los huesos hacia la base izquierda.

El aparato respiratorio sensiblemente normal, la respiración superficial a 45 movimientos por minuto, con algunos estertores congestivos en las bases.

Aparato circulatorio normal, pulso bradicárdico, depresible tensión arterial baja 10-5.

Wassermann negativo, tanto en la sangre como en el líquido cefalorraquídeo donde hay pocos linfocitos.

El enfermo se siente arrastrado hacia su lado izquierdo; los reflejos abolidos, Babinski, Oppenheim positivos, anisocoria perezosa pupilar; visión y audición buena; gusto alterado, olfato y sensibilidad buenas.

En resumen, este enfermo presenta una serie de parálisis asociadas en los últimos nervios craneanos.

Collet había descrito en 1914 en las heridas de guerra, un síndrome esemejante, llamado *Síndrome de la encrucijada condilo desgarrada posterior*.

Esta alteración, causada por una lesión situada en la base del cráneo en las cercanías del agujero desgarrado posterior y en el condiliano anterior, explica en la forma siguiente la parálisis de estos nervios:

El *glosofaringeo* sale del cráneo por el agujero condiliano anterior y va a repartirse entre los constrictores y la base de la lengua; su parálisis altera el funcionamiento de la faringe y del velo, ocasionando profundas perturbaciones de la deglución y luego de la voz.

La parálisis del trapecio y del esternocleidomastoideo inervados por el *espinal*, hacen ver que este nervio, que sale por el agujero desgarrado posterior se halla igualmente lesionado.

Las alteraciones respiratorias, laríngeas y cardíacas, suponen igualmente una lesión del nervio *vago*, que sale también del cráneo por el agujero desgarrado posterior.

En el clásico *síndrome* frío de la encrucijada o de los últimos nervios craneanos. Collet encuentra paralizado también el hipogloso, pero *Vernet* ha encontrado otros casos en los que siendo más pequeña la lesión respeta la porción anterior del hueco desgarrado anterior, por donde sale el hipogloso y le deja intacto.

Posteriormente en el servicio queda establecido el diagnóstico de *Mal de Pott* suboccipital. La dificultad de alimentarse, la agravación de la lesión precipitan el fin del enfermo, que muere probablemente por compresión bulbar, 45 días después de su entrada en la sala.

La autopsia verificada, da la razón del doble diagnóstico. En la región del cóndilo anterior izquierdo el hueso, hipertrofiado, reblandecido y sembrado de tubérculos comprimía el bulbo, aplastándole y dejándole reducido a una masa nerviosa estrangulada.

Hé aquí cómo el síndrome de Collet de las heridas de guerra, se lleva en pleno tiempo de paz, por una tuberculosis suboccipital, al enérgico defensor de las instituciones legalmente constituídas.

