

ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

FUNDADA EN 1888

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA

TERCERA EPOCA }
VOLUMEN I I
NUMERO 3

PORTE REDUCIDO EN EL SERVICIO POSTAL INTERIOR — LICENCIA N° 1143

JULIO - AGOSTO - SEPTBRE.

OCTUBRE - NVBRE. DE 1946

DIRECTOR, DR. DAVID VELASQUEZ C.
PRESIDENTE DE LA CORPORACION

Profesor de Clínica Interna en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

REDACTORES:

DR. GUSTAVO GONZALEZ OCHOA

VICEPRESIDENTE

Profesor de Clínica Infantil del Pabellón
Clarita Santos

DR. ALFREDO CORREA HENAO

Secretario de la Academia

Profesor de Anatomía Patológica
de la Facultad de Medicina

DR. ALONSO RESTREPO

Ex-Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia

DR. JULIO ORTIZ VELASQUEZ

Profesor de Medicina Legal en la Facultad de Medicina y en la Facultad de Derecho
de la Universidad de Antioquia.

Jefe del Servicio Médico-Legal del Departamento.

Contenido:

Injerto de Endometrio. — Dr. Hernando Villegas R.	87
Las Neuro-Bartonelosis. — Dr. Juan B. Lastres.....	98
Diverticulosis y Diverticulitis del Colon. — Dr. Ignacio Vélez E.	202
Enfermedad de Morquio. — Dr. Gustavo González O.	225

PERMANENTE:

La publicación de un artículo no implica que la Academia y el Comité de Redacción de estos Anales aceptan las ideas de su autor.

Trabajos de la Academia

INJERTOS DE ENDOMETRIO

INFORME:

Señores

Presidente y
Miembros de la
Academia de Medicina de Medellín.
e. l. s.

Honorables Académicos:

En el estudio "INJERTOS DE ENDOMETRIO" que presenta el Dr. Hernado Villegas R. comprobamos con profunda satisfacción, una vez más, cómo la Cirugía contemporánea va prescindiendo de su exhibicionismo espectacular, de su aparatosidad deslumbrante, de sus pretensiones "artísticas", para entrar de veras, con honrosa humildad científica, a preocuparse más del porvenir de los pacientes que de la maestría, puramente manual, del acto operatorio.

Villegas fue uno de nuestros más destacados discípulos, y ahora, por su competencia y por sus prendas, ocupa sitio de avanzada entre la juventud profesional de Antioquia.

En este su meduloso ensayo de iniciación académica, previo un resumen de las correlaciones útero-ováricas y de la síntesis de tres historias propias, establece como en los casos inevitables de Histerectomía (intervención de la que tanto se sigue abusando) es posible proteger en buena parte el psiquismo ulterior de las enfermas, asegurándoles un coeficiente bienhechor de equilibrio endocrino y conservándoles, siquiera, un esbozo de funciones trascendentales para su tranquilidad como entes sociales.

Que al fin y a la postre y a pesar de las metafísicas más altas, y nobles y libertarias de la mísera animalidad

humana, es preciso convenir en que, desde las más repugnantes y delictuosas aberraciones hasta la sublimación espiritual más eminente, el biologismo de las funciones sexuales constituye la base, el eje y la razón misma de la Vida.

Proponemos se acepte el trabajo del Dr. Villegas, se ordene su publicación en los "ANALES" y se nombre a su autor Miembro Correspondiente de esta alta Corporación.

Atentamente,

Pedro Nel Cardona C.

Alonso Restrepo

❖ ❖ ❖

INJERTO DE ENDOMETRIO

HERNANDO VILLEGAS R.

Hay un hecho perfectamente definido y sobre el cual sería obvio insistir: la influencia endócrina de los ovarios en la constitución orgánica y psíquica de la mujer. En cambio, todavía algunos cirujanos discuten, y lo que es peor, desconocen de una manera fundamental el papel del útero —o mejor, de su mucosa— en el funcionamiento e integridad ováricas. Olvidan y desconocen con lamentable frecuencia —que no he de hablar en este momento de las proyecciones nefastas en el porvenir de sus operadas pues esto será motivo de otra comunicación amplia— que el ovario y el endometrio constituyen una unidad funcional, indivisible y definida y que la integridad funcional del uno está condicionada o subordinada a la del otro.

Verthazky en 1937 publicó trabajos sumamente claros y precisos y cuyas conclusiones hoy se han confirmado plenamente. Si bien es cierto que antes de él algunos experimentadores habían obtenido contradictorios y aun antagónicos resultados —como Holzbach, Berger, Mandletc, etc. que no apreciaron alteraciones en los ovarios después de la histerectomía y en cambio Jakobson, Lindig, Zimmermann y otros sí pusieron en evidencia la existencia de fenómenos degenerativos a nivel de los mismos después o a consecuencia de la extirpación del útero— esta diferencia reconocía como causa el hecho de que todos le daban importancia en forma exclusiva y unilateral a las perturbaciones morfológicas de los ovarios, previa histerectomía, sin tener en cuenta el aspecto funcional de los mismos. Porque, como muy bien lo dice Verthazky, el estado funcional de un órgano no se aprecia únicamente por sus alteraciones morfológicas sino que es necesario encontrar, además, una prueba también funcional que traduzca o que sea índice demostrativo de su integridad funcional.

Bien conocemos que a través de las modificaciones de la citología vaginal se puede apreciar con nitidez y claridad el estado de funcionamiento ovárico ya que aquéllas están íntimamente condicionadas a la actividad estrogénica. Fue este método práctico y sencillo de estudio de la citología vaginal el que sirvió a estos experimentadores, es decir, a Verthazky y compañeros para valorar y apreciar el estado funcional de los ovarios después de la histerectomía. Pero, además de lo anterior, también se plantea el interrogante si es la falta de endometrio la que provoca la atrofia de los ovarios o es la desconexión vasculo-nerviosa de los mismos y ocasionada por la histerectomía la que influye de una manera primordial en su atrofia.

En frente de estas dos hipótesis: desconexión vasculo-nerviosa, o suspensión de la acción hormonal sinérgica del endometrio sobre el ovario, veamos los resultados experimentales: en ratas sometidas a regímenes alimenticios iguales y cuidados similares se injertaron trozos de endometrio en el Douglas y en la pared abdominal fijándolos con una sutura fina o dejándolos libremente en el Douglas. A partir del tercer día se practicaron sistemáticamente frotis vaginales durante un lapso de once meses; al cabo de este tiempo las ratas se sacrificaron y se hicieron cortes en serie de los ovarios.

Una primera serie de 32 ratas con ciclo vaginal regular se dividió en cuatro grupos: un primer grupo —10 ratas— a las que se les practicó la extirpación total de ambos cuernos; un segundo grupo —seis ratas— en las que se interrumpieron las conexiones vasculo-nerviosas entre cuernos y ovarios; un tercer grupo —diez ratas— en las que se practicó la extirpación total de los cuernos del útero y, a la vez injertos de pequeños trozos de endometrio; un cuarto grupo —seis ratas— que sirvieron de testigos.

Los animales del primer grupo presentaron un ciclo estral normal durante los dos primeros meses, pero posteriormente se hicieron más y más notorios fenómenos de insuficiencia estral hasta terminar en un corto tiempo en una desaparición completa del estrus. También los ovarios presentaron signos claros de degeneración microquística y atrofia. De lo anterior se deduce, como *primera conclusión*, que la histerectomía ocasionó un estado de degeneración y atrofia gradual de los ovarios.

El segundo grupo, de acuerdo con las experiencias de Verthazky, no presentó modificaciones notorias en el ciclo estral y tampoco alteraciones ováricas. A este respecto quiero manifestar que este concepto se ha revaluado hoy, o mejor, se ha rectificado, y que es imposible aceptarlo en la forma literal como inicialmente se expresó ya que está demostrado que para el correcto y normal funcionamiento ovárico es indispensable la integridad de sus conexiones vasculares y nerviosas. Como ratificación a lo anterior basta recordar que la rama ovárica de la uterina en ocasiones es la única arteria nutricia del ovario.

En los animales del tercer grupo se pudo apreciar, primero, la buena forma en que prendieron los injertos de endometrio y también la vitalidad de los mismos y, segundo, que el estrus no se modificó en forma alguna (es decir, se conservó con sus caracteres iniciales). Los frotis vaginales fueron normales y a la autopsia no se encontraron alteraciones morfológicas de los ovarios. De estos resultados anteriores podemos sacar la *conclusión* quizás más interesante: la realidad de la sinergia o unidad funcional utero-ovárica ya que fue suficiente el injerto de trozos de endometrio a los animales histerectomizados para conservar en toda su integridad la actividad endócrina del ovario —traducida en la persistencia del estrus— y también para prevenir su degeneración y atrofia pues a la autopsia no se encontraron estas lesiones que sí se hallaron en el primer grupo.

Además de los trabajos anteriores, por cierto muy demostrativos, podríamos citar las experiencias de Sessums y Murphy quienes en 1933 en su trabajo sobre "La influencia del endometrio sobre el ovario de la coneja histerectomizada" dicen lo siguiente: "Microscópicamente los ovarios de los animales histerectomizados se diferencian de los de control (no histerectomizados) por lo siguiente: a) escasos folículos primordiales en desarrollo; b) mayor número de folículos atrésicos; c) menos estroma; d) más tejido intersticial. Además comparando microscópicamente los ovarios de los animales histerectomizados con los ovarios de los animales también histerectomizados pero a los cuales se les practicó autotransplatación de endometrio, se observó que estos últimos presentaban los siguientes caracteres: a) más folículos secundarios; b) menos folículos atrésicos; c) más estroma; d) un franco y típico aumento de tejido intersticial".

Las experiencias anteriores lo mismo que las de Mishel y Motyloff, para citar apenas algunos, concuerdan en forma clara y categórica al afirmar que en el endometrio existe una glándula de secreción interna, o mejor, que el endometrio tiene una función endócrina cuya conservación es fundamental si se quiere respetar la función ovárica; es decir, existe una sinergia endometrio-ovárica, una unidad funcional que el cirujano está obligado a conocer y, mejor, a respetar en todas las intervenciones sobre el útero. A las experiencias anteriores podría agregar las muy conocidas de Cirio y Murray que al practicar injertos de endometrio sobre la superficie interna de la safena obtuvieron muy buenos resultados ya que, además de obtener que prendieran en forma muy satisfactoria, pudieron demostrar la decisiva y benéfica influencia de los mismos sobre el funcionamiento y la integridad ovárica y, por ende, sobre el equilibrio endócrino. También Wolf en su muy reciente obra sobre Endocrinología acepta la existencia de una glándula endometrial.

Schmid injertaba los trozos de endometrio sobre los fondos de saco vaginales; Douay entre los haces de los músculos anteriores del abdomen; Max Cheval en el tejido celular subcutáneo de la pared abdominal. Indudablemente que lo lógico es injertar el endometrio en tejidos, o, mejor, en órganos que tengan relación directa con las funciones sexuales y que permitan una salida fácil y fisiológica a la sangre menstrual, porque si bien es cierto que las menstruaciones que se presentan después del injerto son de corta duración y pequeñas en cantidad, en cambio, son cíclicas, con caracteres bastante regulares si el injerto se ha verificado en buenas condiciones. Por las razones anteriores juzgo que el punto de elección para practicar el injerto es el mismo cuello, es decir, el muñón o porción de cuello restante. La técnica es la siguiente: se practica una histerectomía alta dejando bien nutrido el muñón; en este muñón se hace un lecho lo suficientemente amplio como para colocar en él un trozo de endometrio que se saca del útero extirpado, de preferencia del fondo del mismo. Este trozo de endometrio que debe medir por lo menos dos centímetros y que además tiene una pequeña cantidad de miometrio que le sirve de sostén y base, se coloca en el lecho del cuello y, de acuerdo con el procedimiento usado por el Profesor Werner de Viena, con la cara endometrial mirando a la luz de la cavidad cervical. Con puntos separados se afrontan los bordes

del lecho y luego se peritoniza el muñón. Otros fijan el injerto al lecho por medio de cuatro puntos que van de los ángulos de aquél a las paredes del lecho. Nosotros hemos practicado en todos los casos —por considerarla más racional y fisiológica— la siguiente técnica de Dutra: del fondo del útero o de la parte más suculenta de éste se sacan dos trozos de endometrio con una pequeña base de miometrio; se colocan estos dos trozos en contacto mirándose por la cara endometrial y se pasa en su parte superior un catgut cromado que tenga en sus dos extremos dos agujas de mano no muy gruesas, es decir, el injerto se halla formado en este momento por dos trozos de endometrio-miometrio que están adosados por su cara endometrial y sostenidos en su parte superior por un catgut que lleva en sus extremos dos agujas. Verificada la hemostasis del cuello se introduce el injerto en forma vertical de tal manera que viene a quedar las caras miometriales en contacto con las paredes del lecho y el endometrio formando una especie de cavidad virtual orientada en la dirección del canal cervical. Las agujas de mano que lleva el catgut se pasan de dentro hacia afuera a uno y otro lado del lecho y por encima del mismo se anuda. En esta forma se fija el injerto y se cierra a la vez en gran parte el lecho. Luego se ponen unos puntos separados de peritonización lo mismo que en las técnicas anteriores.

Se trata indudablemente de una técnica muy racional ya que además de fijar bien el injerto este queda constituido por dos láminas de endometrio que se miran entre sí y que, a su vez, forman una especie de cavidad endometrial que fácilmente puede expulsar a través del canal cervical la sangre producto de las modificaciones cíclicas que en él se presentan. Hasta hoy hemos practicado por medio del procedimiento de Dutra tres injertos. Podría argüírseme que el número de casos es muy pequeño para obtener conclusiones pero estoy seguro que las razones que al final de este trabajo presento habrán de sacarme avante.

Dentro de las dificultades a veces insalvables que existen en nuestro medio para observar con la debida frecuencia los resultados lejanos en las intervenciones quirúrgicas —unas veces porque las enfermas se alejan de la ciudad y no escriben a pesar de las reiteradas súplicas para que lo hagan y, otras, desgraciadamente la mayoría, porque no existe una conciencia

científica, siquiera rudimentaria, de colaboración— he podido controlar al menos en forma subjetiva la evolución de estas tres enfermas. Y digo que en forma subjetiva ya que el ideal sería controlar la actividad estrogénica después del injerto por medio de una dosificación colorimétrica o biológica de estrógenos —bien se comprende la imposibilidad en que actualmente estamos para llenar esta aspiración— o al menos traduciendo a actividad estrogénica la lectura de los frotis vaginales que en forma seriada hubiéramos querido practicar, máxime ahora cuando bien conocemos la técnica simple de Mack modificada por Pineda. Desgraciadamente, tampoco fue posible verificar lo anterior. Empero, debo manifestar que es nuestro propósito controlar desde este punto de vista funcional los otros pocos casos —Dios quiera que ninguno— en que haya necesidad de practicar intervención tan radical y mutiladora como es la histerectomía. Permítaseme decir que extirpar no es curar.

Carmen E. J. de 40 años y María T. de 45 años de edad a quienes se les practicó —por indicación forzosa e ineludible— histerectomías subtotales con injertos de endometrio, no presentaron posteriormente signos menstruales. Debo advertir, sí, que del cuidadoso interrogatorio a que fueron sometidas se dedujo que ambas presentaban los fenómenos característicos de un climaterio que se iniciaba —no de menopausia pues bien sabemos la diferencia que existe entre ambos estados— por pequeñas perturbaciones simpáticas; además, María T. había tenido ya un período de amenorrea de tres meses. Indudablemente que se trata de dos casos no ideales pues ambos estaban ya en los límites de la actividad genital y en los que, con sobrada razón, se temía un fracaso. Pero quisimos forzar la indicación táctica especialmente con la intención de hacer escuela y observar cuidadosamente los resultados. Y cuál no sería nuestra satisfacción al poder observar un hecho extraordinariamente sugestivo como es el que durante este lapso de seis meses que van corridos desde la intervención no han presentado signos climatéricos diferentes en forma o intensidad a los que inicialmente sufrían. Otra hubiera sido seguramente la suerte de estas enfermas sometidas a histerectomías sin injerto.

Es un hecho de observación constante que las mujeres a quienes se les practica una histerectomía, con conservación de anexos por supuesto, además de no presentar fenómenos

o signos menstruales— hecho psicológico de infinita significación y que les crea complejos obsedantes en su vida— rápidamente y muchas veces en un plazo máximo de tres o cuatro meses empiezan a presentar signos de climaterio que con el correr de los días se agudiza más y más. Comprendo que indudablemente existen ciertos factores predisponentes, o mejor, constitucionales, que es preciso tener en cuenta y que juegan primordial papel en la génesis de este cuadro polimorfo que es el climaterio, pero esto no obsta para que continuemos hoy y siempre insistiendo sobre la imperiosa e ineludible obligación que tiene el cirujano —bien sea general o especializado— de conservar aun cuando ello implique un poco de sacrificio en lo que erróneamente se ha dado en llamar brillantez de las técnicas. Cuántas mujeres han sido castradas brillantemente, en aras de la conservación de un equilibrio endócrino que le permita a estas mujeres histerectomizadas la satisfacción psicológica de ver cada mes una pérdida sanguínea que lleve a su ánimo el convencimiento que su función menstrual se ha conservado y, muy especialmente, que las ponga a cubierto de ese terrible y torturante cuadro de desarmonía endócrina que caracteriza el climaterio, cuadro cuya intensidad y fisonomía en gran parte están condicionadas por la brusquedad en su iniciación y también por la forma artificial o provocada como se origine.

Pero haciendo a un lado estas elucubraciones de orden práctico que nos sugiere la endocrinología, podríamos preguntarnos, qué beneficios han obtenido de sus injertos de endometrio las enfermas Carmen E. J. y M. Torres? Primero: Se les ha conservado el equilibrio endócrino como lo prueba el hecho que los fenómenos climatéricos, incipientes en ellas, no se han agudizado. Segundo: El climaterio franco que lógicamente habrá de establecerse en un lapso corto forzosamente será más silencioso, de evolución más lenta, de gradual y suave iniciación o culminación, sin ruidosas perturbaciones ya que en forma insensible y prácticamente fisiológica el organismo va a acomodándose a su nuevo régimen endócrino. Muy otra sería la iniciación del climaterio en los casos a que hacemos referencia en el caso de no existir el injerto de endometrio. Bien sabemos que la conservación de la sinergia endometrio-ovárica protege la integridad morfológica y funcional de los ovarios. Tercero: Cuando se quiera compensar el déficit es-

trogénico en estas enfermas se necesitará una dosis menos y la respuesta al tratamiento es muchísimo más rápida y real que en los casos en que no se ha practicado injerto.

Otra de las enfermas operadas, Mercedes H. de 39 años de edad, posiblemente el único caso ideal para injerto de endometrio, vive en una población un poco retirada de Medellín lo que no ha sido obstáculo para que nos haya comunicado en dos ocasiones, una de ellas recientemente, que ha tenido menstruaciones con ritmo de $1-1\frac{1}{2}/30$ aun cuando la pérdida sanguínea es poca. Muy bien se comprende que la pérdida hemática está condicionada a o por la cantidad de injerto que se practica. También es muy explícita Mercedes H. al afirmar que no ha presentado ningún síntoma climatérico. Esta enferma nos demuestra en forma amplia y categórica todas las excelencias y la razón biológica del injerto de endometrio. Además de la conservación de su menstruación —claro que en forma menor— que, repito tiene una significación psíquica inapreciable, conserva un equilibrio endócrino normal, requisito fundamental que debe llenar todo cirujano ginecológico en sus operadas so pena de regresar a las épocas aciagas y mutiladoras de la cirugía anatómica.

El injerto de endometrio lo practicamos únicamente cuando es necesaria, forzosa e ineludible la histerectomía casos por fortuna, todos los días más excepcionales. Considero por razones obvias que no debo referirme al neo de endometrio en el que sí hay una indicación clara. Los nuevos conocimientos adquiridos sobre la sinergia utero-ovárica, las nuevas concepciones fisiológicas y funcionales de la cirugía ginecológica y el respeto sagrado —*primum movens actual*— por el equilibrio endócrino de la mujer, encuentran un amplio campo de aplicación en la miomectomía, que además de respetar la función endócrina que es la esencia misma de la feminidad, les conserva íntegra en la mayoría de las veces su función generativa base y razón de su existencia.

Cuando no nos es posible practicar la miomectomía recurrimos a la histerectomía fúndica de preferencia por el método modificado de Passeron o la miometrectomía de Cirio. Recientemente hemos practicado con éxito halagador una modificación a las histerectomías fúndicas y parciales que permite la extirpación de la mayor parte del miometrio y a la vez respeta la integridad, o mejor, las conexiones vasculo-nerviasas entre ovario y matriz y no es obstáculo para la conser-

vación de grandes trozos de endometrio. Es el tipo de histerectomía ideal. En cambio, cuando las circunstancias no permiten practicar una histerectomía fúndica, o la anterior, y es forzosa la extirpación del útero practicamos el injerto de endometrio a lo Dutra. De manera que el injerto lo hacemos únicamente como complemento de una técnica de excepción cual es la histerectomía subtotal para nosotros.

No sería aventurado asegurar que a pesar del variado material quirúrgico del servicio de Ginecología serán muy pocas las histerectomías que habremos de practicar en el curso de este año. Por las razones anteriores es por lo que apenas nos es posible presentar tres casos de injerto de endometrio.

Cuando con espíritu desprevenido y ecléctico contemplamos los angustiosos cuadros de una menopausia quirúrgica, cuadros que representan desde las pequeñas perturbaciones simpáticas hasta alteraciones neuro vegetativas y circulatorias de intensidad y gravedad crecientes, y los fenómenos psíquicos que van desde pequeñas manifestaciones de irritabilidad general a formas graves de melancolía, fobia y locura activa—toda traducción o exteriorización de un intenso desequilibrio endócrino que en el fondo reconoce como causa íntima una disminución en la actividad estrogénica ovárica que permite a otras glándulas, especialmente a la tiroides, hipófisis y adrenales, una hiperactividad exagerada que produce intenso desequilibrio del sistema nervioso vegetativo— no dejo menos que pensar en que el cirujano tiene el deber, la ineludible obligación de conocer a fondo estos fenómenos, estas vitales correlaciones glandulares. Es por todo lo anterior, y por algo más que en otras comunicaciones sobre cirugía Ginecológica conservadora habremos de consignar, por lo que estamos afiliados, identificados científicamente a la escuela que propugna por una cirugía conservadora, por una cirugía físico-funcional, por una cirugía de equilibrio endócrino.

Toda cirugía que conserve el equilibrio hormonal —equilibrio cuya justeza y nivelación no constituyen un mito ni una abstracta y que es un patrimonio que heredamos o al menos debemos heredar óptimo y mantener incólume en el decurso del tiempo— es una cirugía que consulta estrictamente postulados biológicos pues aquel equilibrio es también la base, el núcleo de nuestra armónica personalidad psíquica, somática y germinal.

Hernando Villegas R.

Las Neuro - Bartonelosis

INFORME

Sesión del 15 de Noviembre de 1946

Señor

Presidente de la Academia de Medicina
de Medellín y Honorables Académicos

E. l. s.

En un buen volumen, profuso en ilustraciones, la Casa Winthrop ha editado la excelente obra del Doctor Juan B. Lastres, de Lima, Perú, "LAS NEURO-BARTONELLOSIS, Síndromes Neuro-psíquicos de la Enfermedad Carrión", que, con una galante dedicatoria, el autor ha sido servido de enviar a nuestra Corporación.

El Dr. Lastres es un conspicuo exponente de la profesión en el Perú, y por ende personaje de categoría en la Medicina Latino-Americana, a cuya historia, especialmente, ha dedicado provechosos desvelos y muy notables ensayos.

De su brillante bibliografía, de que tengamos noticia, cabe destacar sus monografías sobre Neuro-patología en el Imperio de los Incas y durante la dominación española, sus estudios biológicos sobre Don Lope Aguirre, apellidado el "Rebelde" y sobre Garcilaso Inca de la Vega, sus deducciones clínicas de la Cerámica Peruana, etc.

Y sobre su muy interesante y, para nosotros, de extraordinaria actualidad, libro de ahora, más que un opaco resumen o un comentario intrascendente, preferimos, y así queremos pedirlo, que se publique en los "Anales" el excelente Resumen con que el Dr. Lastres concluye su obra.

Además, dados los méritos indiscutibles del autor, y las urgencias de un efectivo panamericanismo, cuya eficiencia depende ante todo de un continuo acercamiento intelectual, pedimos se nombre al Dr. Lastres Miembro Correspondiente de nuestra Corporación.

Atentamente,

Alonso Restrepo

Alfredo Correa Henao

LAS NEURO - BARTONELOSIS

Juan B. Lastres

RESUMEN

Las Neuro-bartonelosis (síndromes neuro-psíquicos de la Enfermedad de Carrión), son cuadros clínicos producidos en el curso de la infección bartonelósica.

La individualización de estos cuadros nosológicos se ajusta al criterio clínico, y su estudio de conjunto da idea de la variada sintomatología nerviosa de la Verruga peruana.

En la evolución de los conceptos históricos, señalamos cuatro períodos. En la primera etapa consigno datos desde 1531, hasta Carrión. La segunda va de Carrión a Odriozola, 1885 a 1898, llamada de reconocimiento de síntomas y síndromes neurológicos. La tercera va de 1898 a 1932, es la de enriquecimiento de la clínica neuro-psiquiátrica. Y la última, que comienza en 1932, es el período anatomo-clínico.

Anatómicamente, se encuentran lesiones macroscópicas, granulomas, carriónicos visibles, hemorragias en meninges, corteza, cápsula interna. Microscópicamente, lesiones en meninges, corteza, cerebelo, protuberancia, plexos coróideos, región infundíbulo tuberiana, bulbo, medula, nervio periférico, vegetativo, glándulas endócrinas. Hay lesiones en endotelios pre-capilares y capilares. Tumefacción de los endotelios, trombosis oclusiva, tramboangeitis obliterante. Transtornos nutritivos celulares, reblandecimiento rojo, necrosis, degeneración y muerte celulares, reacción adventicial e infiltración histiocitaria, de preferencia en los focos meníngeos. Trombos hemáticos pequeños y grandes. Reacción astrocitaria del tipo de glia-rasse y glia-strauchwerk. Granulomas carriónicos, de preferencia en la sustancia gris, constituidos por acúmulos de células histocíticas; acúmulos glióticos en otras zonas.

El estudio clínico ofrece un variado aspecto sintomático y sindromático, dependiendo seguramente del "mosaico de poderes" de la Bartonella bacilliformis, sus toxinas o los fenómenos para-tóxicos que acompañan a toda infección. Hay do-

lores generalizados y algunos que siguen el trayecto de los troncos nerviosos. Cefalalgia, disestesias, perturbaciones sensoriales, vértigo, tremor, exageración de los reflejos tendinosos, delirio, torpor, amnesia y a veces confusión mental. Entre los síndromes meníngeo-encefálicos señalamos las formas: hipertensiva, comicial, apopléctica, piramidal, opto-estriada, meníngea encefalítica, psíquica, mixta (meningo encefalitis), y asintomáticas. Ataque a los pares craneales: en el II par, papilitis óptica, ambliopía, amaurosis, hipertensión de la arteria central de la retina. Parálisis del III, IV, VII y X. Alteraciones discretas del VIII. Entre las formas medulares, consignamos la paraplegía espástica, la poliomiелitis anterior aguda y la mielitis difusa aguda. Entre las localizaciones periféricas se señalan las neuritis, neuralgias, disestesias.

En el sistema nervioso vegetativo se ha encontrado hipofotonía a predominio simpático, en el período de anemia grave. Hay hiperexcitabilidad simpática e hiperexcitabilidad vagal en menos casos. Existe para Marroquín una neurosis vegetativa mixta.

En el sistema endócrino se ha observado hipoepinefria. Ligera hiperfunción tiroidea durante la anemia.

En el líquido céfalo-raquídeo se nota hipertensión moderada oscilando entre 50 y 90. Ligera hiperalbuminosis, que oscila entre 0.15 y 0.40; a veces cifras mayores hasta 2.30. Globulinas en los procesos inflamatorios. Elementos celulares 6 a 8 por mm^3 . Bartonellas en algunos casos, bajo la forma de diplosoma, palangeta o haltera. Reacciones de Wass y Kahn, negativas. Rara vez, la de benjuí dio positiva.

El mecanismo de la extensión infecciosa al neuro-eje, ofrece varios aspectos: infecciosos, provenientes de la Bartonella bacilliformis y sus toxinas, y para-infecciosos. No creemos que exista un germen neuro-tropo, ya que sólo la bartonella muestra "una afinidad circunstancial por los elementos nerviosos". El terreno y el factor individual son importantes para las localizaciones nerviosas. Llega el germen principalmente por la vía hemática; rara vez por la linfática. Los cuadros se inician generalmente en el período intercalar o pre-eruptivo, en que hay oscilaciones de la alergia específica. El curso es influido por factores constitucionales y hereditarios, así como por la calidad de la infección, de las defensas,

de la capacidad inmunitaria, etc. Los cuadros clínicos de neuro-tifus, neuro-anemias y neuro-bartonelosis, no son enteramente superponibles. Toxemia, anafilaxia, la anoxia anémica y la destrucción exagerada del virus, son responsables de muchos síntomas nerviosos.

El diagnóstico es fácil en gran número de casos. La procedencia, los dolores, los síntomas humorales, los cultivos, la anemia, son datos de valor. Se presentan de preferencia al final de la fase hemática y también durante o después de la erupción.

El pronóstico es reservado, estableciéndose conforme sean los síntomas de impregnación del organismo, las características del cuadro hemático, las localizaciones nerviosas mismas. Son más graves las formas encefálicas. Las periféricas tienen larga evolución.

El tratamiento es sintomático. Atender al estado general y a la localización nerviosa. Soluciones hipertónicas y plasmoterapia, para combatir la cefalea. Extractos hepáticos, hierro, sales de magnesio. Suero inmune anti-bartonelosis, y vitaminoterapia, B1, C, y A. Ultimamente se ha empleado con éxito la trasfusión sanguínea y la penicilina. Para las secuelas nerviosas, la fisioterapia.

Las neuro-bartonelosis son más frecuentes de lo que corrientemente se cree. Cada enfermo hace su Verruga y cada verrucoso, según disposiciones biológicas del germen, terreno y fenómenos humorales para-infecciosos (carencia, anafilaxia, toxemia, anoxemia, destrucción del parásito, etc.), hace sus cuadros de extensión al neuro-eje, su neuro-bartonelosis.

Juan B. Lastres



Diverticulosis y Diverticulitis del Colon

DR. IGNACIO VELEZ E.

Queremos dar un resumen de la literatura actual sobre esta entidad tan poco conocida entre nosotros, y presentar luego unos casos —bastante interesantes— de reciente diagnóstico en mi clientela particular.

DEFINICION.—Divertículos se presentan con relativa frecuencia en toda la extensión del tubo digestivo, pero especialmente en el esófago, la segunda porción del duodeno, y más especialmente en el colon; y en este en su segunda mitad distal.

En todos ellos la lesión anatómo-patológica es la misma: “Una protrusión o hernia de la mucosa a través del punto débil de la capa muscular”. (Boyd).

Si es simple se llama divertículo, si múltiple se llama diverticulosis, siempre y cuando no haya infección sobreañadida, pues si ésta se presenta se llama entonces diverticulitis, la cual con gran frecuencia va acompañada de reacciones de vecindad más o menos intensas, como veremos luego, que constituye lo que se llama peridiverticulitis.

Se ha descrito inclusive un estado prediverticular que es un aspecto roenténológico que permite predecir la formación de divertículos. (8).

Limitaremos nuestro estudio a los divertículos del colon.

FRECUENCIA.—Los divertículos del colon son lesiones relativamente frecuentes. Buie dice que el 6% de los adultos mayores de 50 años tienen divertículos en su colon; esto en contraposición con la idea antigua de que estas lesiones eran raras. Lo que sucede es que su diagnóstico definido es casi exclusivamente un diagnóstico radiológico y más especialmente por el enema baritado, y sólo en los sitios en donde este

examen es frecuente y casi rutinario, es en donde este diagnóstico se hace con mayor frecuencia.

Las cifras que se den de su frecuencia, basándose en su diagnóstico clínico tienen poco valor, pues sin lugar a duda existe un buen número de casos que por lo mismo que son asintomáticos no consultan.

SEXO.—A pesar de que Bacon dice que son más frecuentes en el hombre, todos los demás autores coinciden en decir que no hay predilección por sexo; de los 201 casos de diverticulitis del New York Hospital, reportados por Martín y Absit, 105 son de hombres, y 96 de mujeres (6).

TIPO ORGANICO.—Parece que éste si sea un factor importante; todos están de acuerdo en que estas lesiones tienen una marcada predilección por los individuos obesos, (en la actualidad o anteriormente) y al menos por los de tipo esténico.

LOCALIZACION.—Son muy raros en el recto, su sitio de predilección es el colon sigmoidiano, y su frecuencia va disminuyendo a medida que se alejan de él, es decir muy comunes en la porción inferior del descendente, menos comunes en su porción superior, más raros aun en el transversal, y muy escasos en el descendente. No es demasiado raro que haya divertículos en el ciego.

En realidad es tal la predilección por el sigmoide y porción terminal del descendente, que es muy raro encontrar divertículos en otro lugar sin que los haya en estas regiones.

En todos nuestros casos, menos uno, estaban situados en estas porciones.

ETIOLOGIA.—Creo inútil entrar a enumerar las diversas teorías propuestas para explicar la formación de los divertículos, pues no hay ninguna que tenga un valor real.

Se creyó en un tiempo que la mucosa se herniaba a través de los puntos por donde los vasos sanguíneos perforaban la capa muscular, pero esta teoría ha perdido casi todo su valor. Quizás la pérdida de la tonicidad de los tejidos elásticos con la edad, sea una de las más sugestivas; algo seme-

jante a lo que sucede con la formación de las hernias en los viejos.

Sea cual fuere la causa que provoca la formación del divertículo nos queda por averiguar la causa de la inflamación de ellos, o sea la diverticulitis.

Auncuando las causas de esta inflamación tampoco son claras, hay sin embargo unas cuya influencia es muy clara y que enumeraremos:

1).—*Constipación*: podría según algunos confundirse con la siguiente pues como muy bien se sabe casi la totalidad de las constipaciones son dietéticas.

Sin embargo la presencia de divertículos puede producir un estado espasmódico del colon, lo cual a su vez puede ser causa de constipación, y la materia fecal al permanecer demasiado tiempo en las bolsas diverticulares ser causa de que éstas se inflamen.

2).—*Dietética*: Estas parecen tener un valor real; al menos es muy conocida su acción desencadenante de ataques en los individuos en los cuales ha habido ataques anteriores de diverticulitis. La ingestión de especies o condimentos, alcohol, y alimentos con residuos duros (cáscaras, hebras, pepas, semillas, etc.).

3).—*Focos de infección*: En otros lugares, como amigdalinos, dentarios, renales, vesiculares, etc. Quizas sea debido al tipo orgánico, pero es muy común la coexistencia de lesiones vesiculares en las mujeres que padecen de diverticulitis; según algunos hasta en el 40% de los casos.

4).—*Parasitosis*: Llamo la atención acerca de este párrafo, pues creo que es una idea que apesar de lo lógica no figura en ninguno de los artículos de la literatura consultada, y que creo es de una gran importancia en nuestro medio, dado el enorme porcentaje de infecciones parasitarias.

especialmente la amibiasis constituyen un factor muy impor-

Creo que las infecciones parasitarias intestinales, y muy tante en provocar la infección de los divertículos, formados por cualquier otra causa; en todos los casos —menos en uno—

por mí descritos, encontré quistes de amibas, y en dos de ellos esos quistes persistían apesar de tratamientos muy bien dirigidos, y sostenidos.

En vista de que como ya vimos, el porcentaje de infestación es tan alto, mucho me temo que el número de casos de diverticulosis que permanece sin infectarse y dar origen a diverticulitis, debe ser bastante más bajo entre nosotros que en otros lugares debido a este factor.

Sin que pueda tomarse como prueba de mérito, si es notorio el que en múltiples enemas baritadas no haya encontrado aún ningún caso de diverticulosis asintomática, hallazgo muy frecuente en otras partes.

Será que las amibas se hacen más patógenas, o más resistentes en las bolsas diverticulares, o que éstas bolsas reaccionan más fácilmente a su presencia?

SINTOMATOLOGIA.—En realidad unos pocos divertículos no inflamados del colon no dan ningún síntoma, y es preciso ser cauteloso en atribuir a ellos los síntomas de que un enfermo se queja, hasta no descartar lesiones en otros lugares.

Sin embargo cuando los divertículos se hacen muy numerosos, llegan a producir síntomas aun en el caso de no estar inflamados, síntomas que son muy polimorfos y variables pero que en términos generales pueden asimilarse a los producidos por un síndrome de inestabilidad cólica, o de colitis espasmódica, pues parece que es precisamente a este disfuncionamiento a lo que se deben los síntomas.

Los síntomas serán pues de: 1) dolor, casi siempre en forma de calambre, o “retortijón” de predominio en la fosa ilíaca izquierda, 2) trastornos de la función evacuadora del intestino manifestado en forma de constipación, o diarrea, y más comúnmente con la alternancia de estos estados. Reflejos epigástricos, de fatiga, malestar, eructos, flatulencia, pesos, etc. Tienen como característico el que casi siempre desaparecen con una evacuación intestinal, con flatus, o con un enema salino.

Pero en realidad los síntomas de la diverticulosis son casi nulos, y no tienen mayor importancia.

Otra cosa muy diferente sucede con la diverticulitis, en la cual la sintomatología varía enormemente. Lo mejor para

entender el problema es dar primero el cuadro de clasificación que trae Bockus (1), que es sólo una modificación del de Bergen.

Hay tres grupos principales, que son: 1) aguda, 2) recurrente y 3) crónica.

El primer grupo de las diverticulitis aguda, lo subdivide en simple y complicada. Los tipos de diverticulitis aguda complicada, son múltiples, desde la peritonitis generalizada, hasta pequeños abscesos enquistados. Abscesos que a su vez pueden romperse bien sea a la piel, o a órganos vecinos, como vejiga, vagina, intestino, etc. y dar origen a fístulas. Pero dichos abscesos pueden dar origen a procesos peridiverticulares, que en su forma más simple existen prácticamente en todos los casos, pero que a su vez pueden ser causa de reducción del calibre del intestino y ocasionar obstrucciones que pueden ser de todos los tipos (aguda: total o parcial, crónica, etc.)

Estas pequeñas infecciones pueden actuar como foco que puede servir de punto de partida a infecciones graves como septicemia, pileflebitis, etc.

Una vez que unos divertículos se han inflamado, la tendencia a las inflamaciones recurrentes es marcada, y tenemos entonces el segundo tipo: diverticulitis recurrente; que no es sino un intermedio hacia la más común de las formas clínicas, ó sea la diverticulitis crónica.

Como se comprende los síntomas de las diverticulitis varían enormemente según su tipo clínico.

Para resumir creo que los síntomas de las diverticulitis aguda pueden asimilarse muy de cerca a los síntomas de la apendicitis aguda; en realidad son muy escasas las apendicitis izquierdas, y en la mayoría de los casos se trata es de procesos diverticulares. Los síntomas y signos varían de acuerdo también con el sub-tipo de la diverticulitis, desde signos francos de peritonitis muy grave en aquellos casos en donde el divertículo se perfora en cavidad libre, hasta síntomas de oclusión aguda en los casos en donde el proceso peridiverticular sea el predominante y alcance a estrechar la luz del intestino, hasta sólo ligeros dolores, etc., en los casos más comunes de diverticulitis aguda simple.

Casi todos los procesos agudos de cualquier clase van acompañados de síntomas generales: fiebre, leucocitosis con polinucleosis, etc.

Es de advertirse que en la inmensa mayoría de los casos el proceso tiene una marcada tendencia a localizarse por sí mismo, y volverse crónico, y las perforaciones en peritoneo libre (como en el caso IV) son muy raras; punto muy importante para la terapéutica, donde veremos que la cirugía nunca está indicada, hasta que no se presente la complicación que la exija.

En las diverticulitis recurrentes, el individuo después de sufrir un ataque de diverticulitis, se pasa meses y años sin ningún signo de importancia para sufrir posteriormente otros ataques más o menos agudos. En estos casos es menor aun la posibilidad de perforaciones en peritoneo libre.

Las diverticulitis crónicas constituyen pues la mayoría de los casos y por eso vamos a ser un poco más minuciosos en la enumeración de sus síntomas.

1).—Dolor; es el más constante de ellos. Es casi siempre un dolor más o menos intenso en la fosa ilíaca derecha, que provoca como el deseo de defecar que es muchas veces en forma de "retortijones", y que la mayoría de las veces se mejora con el paso de materias o gases. Su irradiación epigástrica es bastante frecuente.

2).—Diarrea o constipación: de todos modos la perturbación de la función evacuadora. Lo más característico son crisis repentinas de diarrea, con o sin moco, más o menos intensas, con períodos de constipación o normalidad intercalados.

3).—Síntomas generales, que pueden o no presentarse como fiebre, malestar, leucocitosis, etc.

4).—A estos síntomas principales se añade otro número de molestias que no tienen nada de característico, y que es lo que hacen el diagnóstico clínico de estas lesiones prácticamente imposible, pues pueden simular cualquiera otra lesión abdominal.

Síntomas que son a veces muy semejantes a los de una úlcera duodenal, más engañosos aun si presentan crisis de melena; o bien de cólicos que pueden simular muy de cerca lesiones vesiculares o de árbol renal. En otras ocasiones son sólo náuseas, flatulencia, cefaleas, disuria, y en no pocas ocasiones las mujeres se quejan de “dolor en los ovarios”.

Como se ve los síntomas no tienen nada de característico y son los comunes a todas las lesiones del colon.

Como signos del examen físico tampoco hay nada característico, en la mayoría de los casos se encuentra un colon (y especialmente en su región sigmoidiana) doloroso a la palpación, empastado; si el proceso peridiverticular es muy marcado pueden palparse verdaderos tumores, y si algún absceso se ha abierto a la pared se verá el orificio fistuloso, etc.

La historia, un dolor exquisito a la palpación del colon sigmoide, en un individuo obeso, con buen estado general, son los únicos hechos que tienen valor en el diagnóstico clínico. En uno de mis casos fuí capaz de hacer diagnóstico clínico, y de sospecharlo en un segundo.

Los exámenes de laboratorio son útiles como siempre, y —también como siempre—, deben de interpretarse con cuidado. En los casos agudos nos servirán para vigilar la evolución del caso, en los crónicos como ayudantes, pero nunca para hacer el diagnóstico.

Los exámenes de materias fecales son indispensables para descartar la más común de las causas de diarrea entre nosotros, la amibiasis, y una vez hecho el diagnóstico para descartar la coexistencia de las dos afecciones. El coproculativo es a veces de gran ayuda, lo mismo los exámenes de orina, hemogramas, química sanguínea etc.

La proctosigmoidoscopia es indispensable; en realidad es muy raro que pueda visualizarse un divertículo, pues son muy escasos por debajo del ángulo recto-sigmoidiano; pero la exclusión de otras lesiones, y el saber que esa porción mucosa está sana es de por sí un dato demasiado importante para justificar el examen. Por lo demás la tendencia a la fijeza de la última asa sigmoidiana, junto con una marcada angulación de ella y una tendencia espasmódica del ángulo, son

considerados por Buie como signos de sospecha de la existencia de diverticulitis.

El examen radiológico es el único método de diagnóstico preciso y completo. El método de la ingestión de bario es muy imperfecto; es verdad que en múltiples ocasiones pueden visualizarse muchos divertículos, máxime teniendo en cuenta la tendencia manifiesta que tienen a permanecer llenos de bario, lo cual además de ser causa de errores (5), no nos muestra el número, extensión, tamaño, etc. ni nos da tampoco idea clara del calibre intestinal, etc. No me explico por qué Barclay (7) dice que el método de ingestión es el de elección, cuando todos los autores coinciden en decir que el método del enema baritado es el mejor.

Es preciso convencerse de la enorme utilidad y facilidad del examen radiológico del colon por medio del enema baritado, y por doble contraste; y de la enorme precisión de los diagnósticos de carcinomas, polipos, malformaciones, divertículos, ulceraciones, etc. que la rutinización del examen traería en nuestro medio, para que no nos convenzamos de la urgencia de ella.

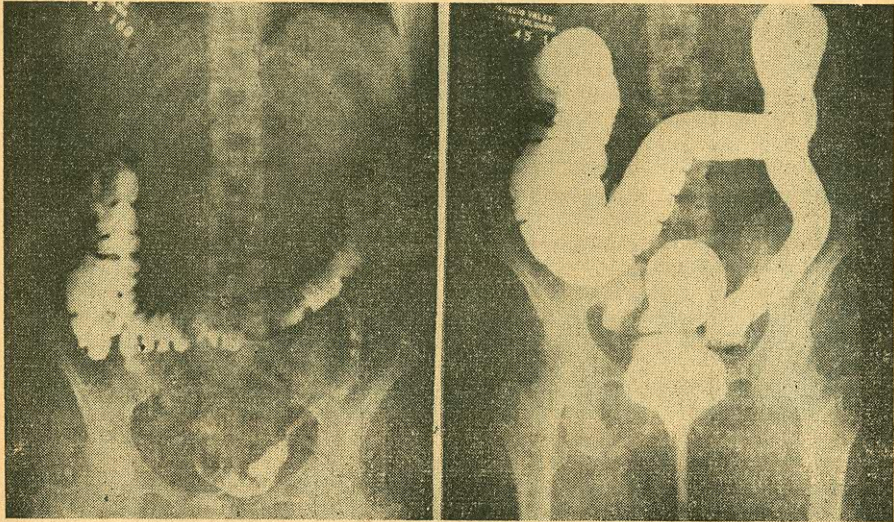


FIGURA Nº 1

Enema baritado de un color normal. En la placa de la derecha el colon lleno por bario. En la placa de la izquierda el colon después de la evacuación del bario.

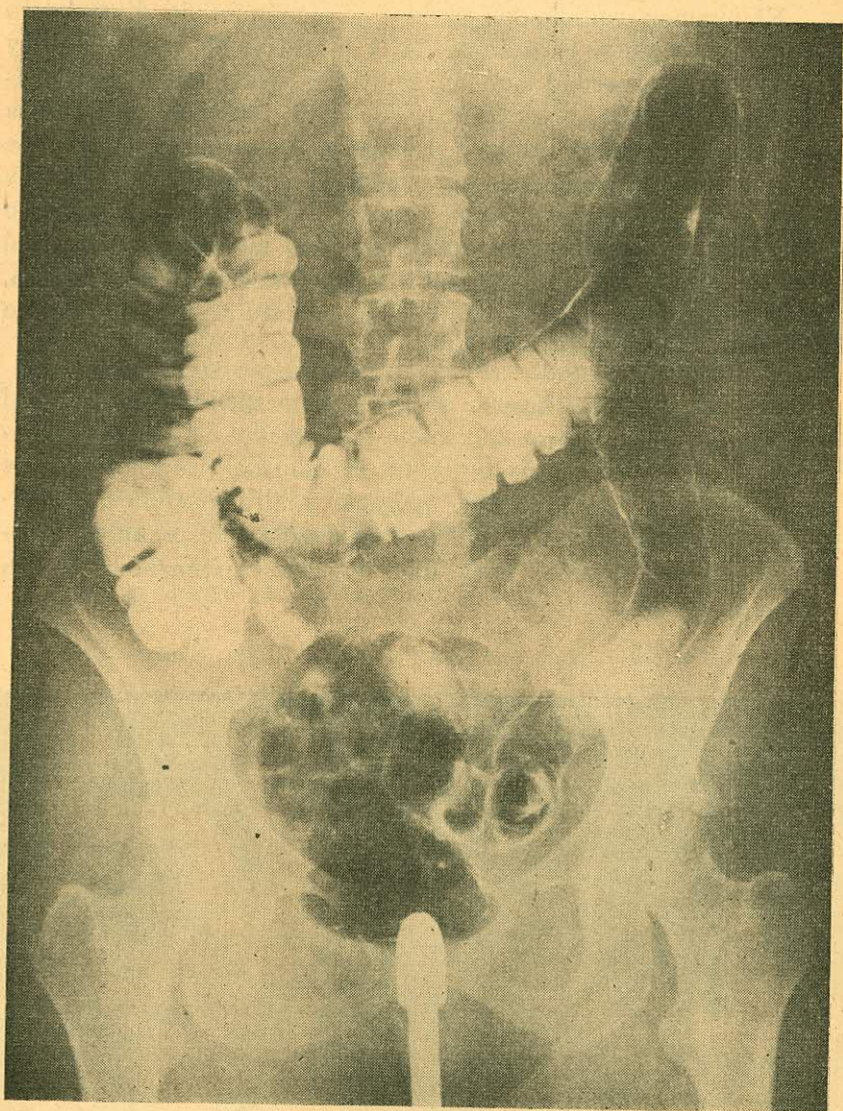


FIGURA Nº 2

Después de evacuar el bario se inyecta aire, y se obtiene la imagen llamada en doble contraste. Este es el mismo caso de la figura Nº 1, también normal.

No creo oportuno del caso entrar en detalles de técnica, y por eso me limito a publicar las imágenes de caso normal.

Figs. 1 y 2.

La imagen radiográfica del caso típico es demasiado característica, y consiste solamente en múltiples proyecciones saculares de diverso tamaño, unidas por un cuello más o menos amplio a la luz del intestino la cual es normal, de no haber complicaciones. Pero mejor que cualquier descripción es ver una de las imágenes típicas.

Las otras imágenes de un contorno en forma de dientes de serrucho, son también muy fáciles de diferenciar de otras lesiones, con un poco de práctica.

Por el contrario cuando hay ya procesos peridiverticulares que han dado origen a tumores, deformaciones y lagunas del contorno intestinal, el diagnóstico con una carcinoma es imposible, y se impone la exploración quirúrgica; como nos sucedió en el caso 3—.

No es raro el caso de que las imágenes sean más claras y precisas en las placas tomadas después de evacuación, pues como ya vimos los divertículos tienen una tendencia marcada a permanecer llenos, y entonces muchos de los que quedaban ocultos por la gruesa columna baritada que llena de luz intestinal se hacen entonces visibles al desaparecer ésta. Es claro que en una placa del intestino lleno, sólo se verán aquellos divertículos que están situados en los bordes, pero en realidad de verdad en la inmensa mayoría de los casos la invasión es circular, y las imágenes podrían compararse a la de una mazorca de maíz, con pocos granos.

Radiológicamente se puede en ocasiones hacer el diagnóstico entre diverticulosis y diverticulitis, basándose en signos secundarios, que no considero del caso discutir, pero que Feldman describe con detalle (9).

PRONOSTICO.—El de las diverticulosis es muy bueno; mientras las bolsas diverticulares no se inflamen no hay por qué prestarles mucha atención.

Qué porcentaje de diverticulosis se convertirán en diverticulitis? No es fácil responder, y los autores discuerdan no-

toriamente al respecto, mientras algunos dicen que sólo el 12 o 15% de los casos, otros dan cifras mucho más altas.

No sobra repetir lo que ya dije anteriormente, y es que creo que debido a nuestro altísimo índice de infestación parasitaria, creo sean pocos los casos de diverticulosis que permanezcan asintomáticos. Hay otra causa importante y es el buen número de alimentos comunes muy ricos en residuo duro que contiene nuestra dieta, muy poco usados en otros lugares. (frísoles, granadillas, moras y fresas, pitayas, ba-deas, coco, mangos, etc.)

El pronóstico de las diverticulitis agudas varía mucho según su tipo; afortunadamente el porcentaje de casos perforados es poco, pues su mortalidad es alta, al menos 25% (6), pero las cifras varían mucho según la rapidez de la intervención, edad, y estado del paciente, etc.

Las demás diverticulitis agudas, al enquistarse pueden dar origen a fístulas, que son complicaciones bastante graves, pero por fortuna también un poco raras.

El pronóstico de las diverticulitis crónica es en general bastante bueno. Sin lugar a duda constituyen una enfermedad un poco molesta, pero que bien cuidada, no ocasionará casi nunca ninguna de las graves complicaciones, y permitirá una vida normal, con ligeras crisis de diarreas, malestares, etc., pero que si han sido explicados de un modo cuidadoso al paciente y éste se ha adaptado mentalmente a ellos no constituyen ningún problema de gravedad.

No se concede hoy ningún papel a los divertículos en la etiología de lesiones neoplásicas del colon; en otras palabras por el hecho de tener una diverticulosis el paciente no está más predispuesto a desarrollar un carcinoma de su colon.

Las hemorragias graves son raras; las pequeñas pérdidas sanguíneas son más comunes, pero tampoco es frecuente que amenace el estado general del enfermo.

Las peridiverticulitis con obstrucción, o con múltiples abscesos de vecindad, etc. son ya problemas más graves que son también relativamente raros, pero que exigen la cirugía como único método de tratamiento.

El diagnóstico diferencial, valiéndose de todos los métodos dichos es relativamente sencillo: quedándonos sólo como pro-

blema muy difícil el diagnóstico de una tumoración por divertículos con el de una tumoración maligna. En múltiples ocasiones este diagnóstico es tan difícil que la exploración quirúrgica está indicada, y aun con la pieza en las manos la diferenciación es todavía imposible, y se justifica plenamente su resección, máxime si se tiene en cuenta que aun cuando fuese benigna muy posiblemente tarde o temprano también la exigiría por obstrucción, abscesos, etc.

TRATAMIENTO.—En la inmensa mayoría de los casos es médico; en las formas agudas no deberá de intervenir nunca de un modo preventivo, pues el peritoneo se defiende muchísimo mejor y con la intervención no se va a hacer nada de provecho. La intervención estará pues reservada para aquellos casos en donde haya signos claros de perforación con reacción peritoneal franca; deberá de “escarbarse” lo menos posible, suturar la perforación, y la mayoría de los autores parece que favorecen el drenaje, aun cuando si la intervención es muy oportuna puede suprimirse.

Como tratamiento médico: reposo en cama, aplicaciones calientes en el abdomen, antiespasmódicas y sedantes (atropina o belladona, con fenobarbital), y provocar la evacuación intestinal con el mínimo de trauma posible, p. ej. con un suave enema salino, o un poco de aceite mineral. Dieta muy suave, y sin residuo, y en los casos más severos dieta líquida solamente.

Las oclusiones agudas son muy raras, y en la mayoría de los casos son oclusiones progresivas crónicas. Cada uno de estos tipos exige tratamiento de la oclusión, no de la diverticulitis.

En las diverticulitis crónicas el tratamiento es también simple. Lo principal es la dieta, la cual deberá de ser una dieta de amplio valor calórico, nutritiva, pero con residuo muy suave, aun cuando abundante. Las drogas antiespasmódicas y sedantes se utilizarán ocasionalmente y si se presentan espasmos, dolores, etc.

El aceite mineral es un buen ayudante, y al lubricar las paredes del colon hace que el residuo fecal sea menos irritante. He encontrado útil los derivados sulfamidados no absorbibles (sulfaguanidina, sulfasuccidina, sulfatalidina), en algunos de mis casos.

Evitar los esfuerzos muy marcados, y evitar condimentos, salsas, alcohol, etc.

La cirugía está reservada para los casos crónicos, con obstrucciones, perforaciones, infiltraciones grandes pericolónicas, hemorragias, abscesos, fístulas, etc. pero por fortuna es bajo el porcentaje de casos que llegan a necesitarla pues la mortalidad operatoria es alta. (23 o 25%).

Como se comprende no es posible dar el pronóstico definido de un caso dado, pues no se sabe la evolución que siga, pero en términos generales, con unos ligeros cuidados es bueno, por eso la utilidad del diagnóstico oportuno, y el control posterior del enfermo, para ir juzgando de la evolución de la enfermedad, la tendencia a producir estenosis o no, a formar trayectos fistulosos, etc.

Como parte principal de este trabajo, y creyendo haber dado un resumen claro de la enfermedad, quiero ahora presentar unos casos, de reciente diagnóstico en mi consulta particular.

Caso N^o 1.—Hombre de 32 años, de peso normal, da esta historia en noviembre de 1945:

Transtornos digestivos indefinidos, vagos entre 1936 y 1941, siendo la más importante una crisis de diarrea post-alcohólica. Diagnóstico microscópico de amibiasis en 1941, y mejoría apreciable con la medicación, para volver luego a crisis semejantes de diarrea; en vista de exámenes negativos se le administraron desinfectantes intestinales incluyendo biológicos, sulfaguanidina, etc. Finalmente en 1944 se le encontraron quistes de lambeas, y tuvo una ligera mejoría con tratamiento adecuado.

Pero apesar de varios exámenes negativos para parásitos, viene sufriendo desde unos cuatro meses antes, de dolores intensos en la F. I. I. con diarreas explosivas, pérdida del apetito, pequeños ascensos térmicos, malestar epigástrico, flatulencia, etc.

Al examen: estado general normal, con los siguientes hallazgos: Colon difusamente sensible, pero con una sensibilidad exquisita en su porción sigmoidiana, y una lesión ocular aguda diagnosticada por el especialista como una iritis, posi-

blemente secundaria a un foco de infección en otro lugar. Mala dentadura. Lo demás normal por completo.

Laboratorio:—Orinas normales, tres exámenes de materias fecales líquidas y con concentración negativa para parásitos, y fuertemente positivas para sangre oculta con benzidina.

Hemograma: Gl. rojos 4.550.000; Hg: 13 grs; Gl: blancos 12.450 con la siguiente cuenta diferencial: Poli-neutrofilos 70%, eosinófilos 5%, monocitos 3% y linfocitos 22%. La sedimentación siempre rápida de 38 mm en una hora, y el hematocrito de 42 mm.

La sigmoidoscopia fuera de mostrar una mucosa rectal muy irritada y una muy marcada tendencia espasmódica del ángulo fue normal. El mucus obtenido con tapón fue negativo para parásitos.

Los estudios radiológicos de torax, vesícula biliar, estómago y duodeno fueron normales.

Véanse en la Figura 3 las imágenes obtenidas con el enema baritado, que muestra unas imágenes muy claras típicas de divertículos, invadiendo todo el colon sigmoide, y todo el descendente. El resto del colon es normal. Si se mira con cuidado en las imágenes de compresión se verá que hay signos francos de diverticulitis, pues los cuellos están muy delgados, se puede ver la reacción vecina, y hasta pequeños abscesos. El dolor y la espasticidad de estas regiones eran muy marcados.

El diagnóstico fue el de una diverticulitis crónica, con una crisis aguda (véase hemograma); el tratamiento ha sido médico; reposo, dieta líquida, aceite mineral, sulfasuccidina por unos pocos días; el enfermo regresó luego a sus ocupaciones habituales y ha estado sometido a la dieta dicha, y a antiespasmódicos.

El resultado puede considerarse hasta el presente como satisfactorio, pues se han obtenido períodos de calma hasta de seis (6) meses, pero aun persisten varios síntomas.

Caso N^o 2.—Señora de 44 años, con marcado sobrepeso, sin antecedentes importantes, da la siguiente historia en mayo 46:

Hace seis (6) años crisis diarreica aguda con dolor, vómito, malestar, etc. diagnosticada como amibiasis y mejoría

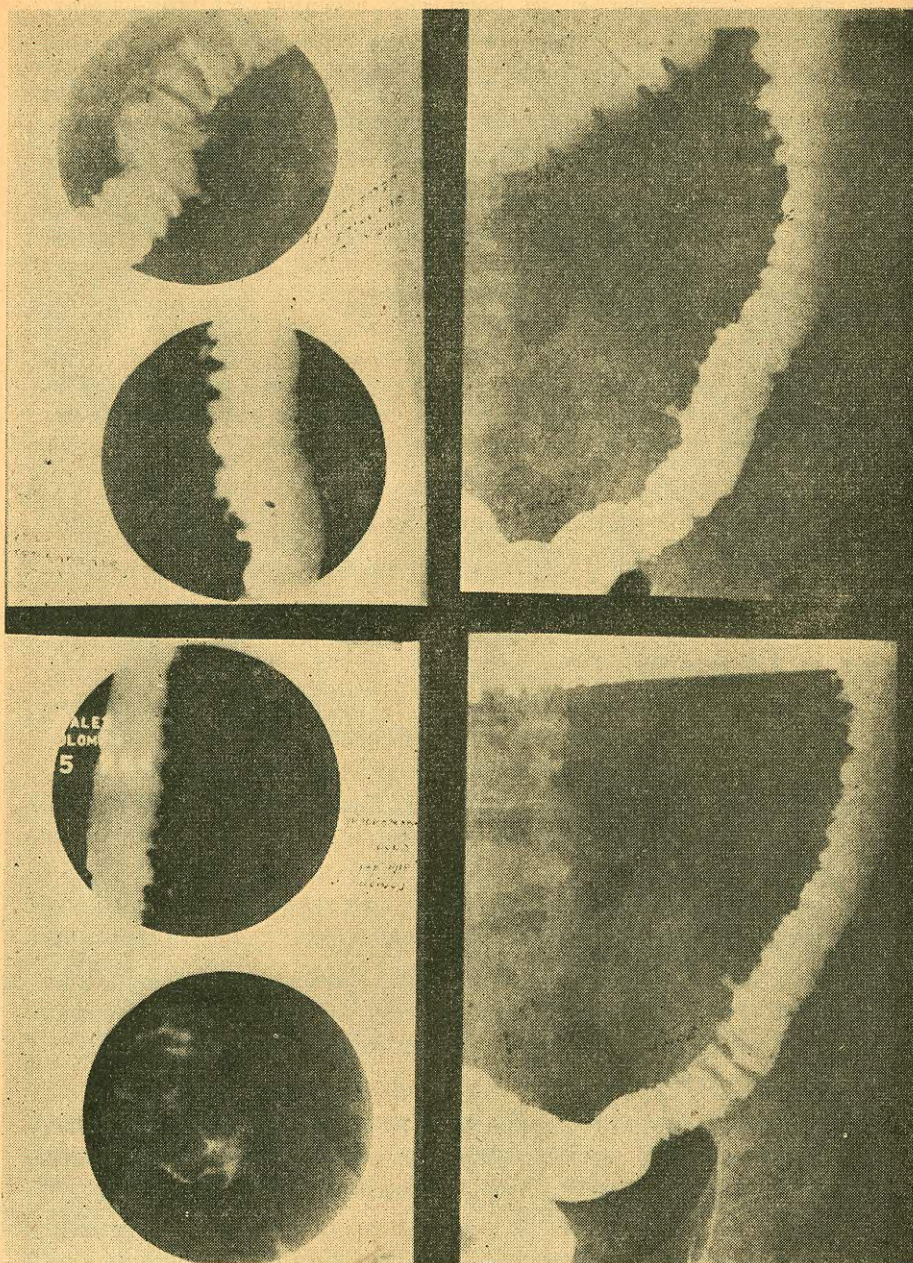


FIGURA Nº 3

Caso Nº 19.—Imágenes típicas de divertículos y diverticulitis, esta última más apreciable en las imágenes pequeñas con compresión

con drogas específicas; un período de relativa calma de unos dos años, cuando volvió a repetirse la crisis diarreica, mucho más fuerte aún. Nuevo hallazgo de amibas, y nueva mejoría con tratamiento específico. Pero desde entonces sufre de diarreas con frecuencia e intensidad variables, con fuerte dolor en todo el flanco izquierdo del abdomen, con períodos de constipación intercalados, sin sangre en las deposiciones, pero mucus en ocasiones. En los exámenes de materias fecales las amibas desaparecen por tiempos, para volver a aparecer apesar de tratamiento bien dirigido y sostenido. Agrieras muy marcadas, y vómito muy fácil. Estudios radiológicos de vesícula, estómago y duodeno normales.

Desde dos semanas antes de consultar ha habido una exacerbación de los síntomas, con diarreas, dolores, agrieras y vómitos intensos.

Al examen físico nada de importancia: marcado sobrepeso, y sensibilidad abdominal difusa.

Orinas, hemogramas, químicas sanguíneas, metabolismo basal, etc. hechos previamente son normales.

Una rectosigmoidoscopia es normal; el enema baritado muestra las bellísimas imágenes de la Figura 3, con presencia de divertículos en el colon descendente, ángulo esplénico, algunos en el transverso y se ven también unos pocos en el ángulo hepático. —Franca mejoría. Fig. 4—

Caso N° 3.—Hombre de 43 años, con sobrepeso mediano da la siguiente historia en julio de 1946:

Perfecta salud hasta el diciembre de 1944, cuando con ocasión de excesos alcohólicos y alimenticios tuvo un fuerte cólico abdominal seguido de una muy fuerte crisis de diarrea, de 4-5 días de duración.

Fuera de ligeros malestares, continuó muy bueno por un año, para repetirle el cólico en diciembre de 1945, diagnosticado como una crisis de pseudo-oclusión, con vómito, meteorismo, etc. Desde entonces ha tenido unos tres cólicos más, semejantes al anterior pero menos intensos. Ocho días antes de venir a la consulta tuvo el más fuerte de su vida, con síntomas sub-oclusivos muy marcados también. Todos estos cólicos se mejoran de inmediato al obtener una franca evacuación intestinal. La materia fecal es de consistencia fuera

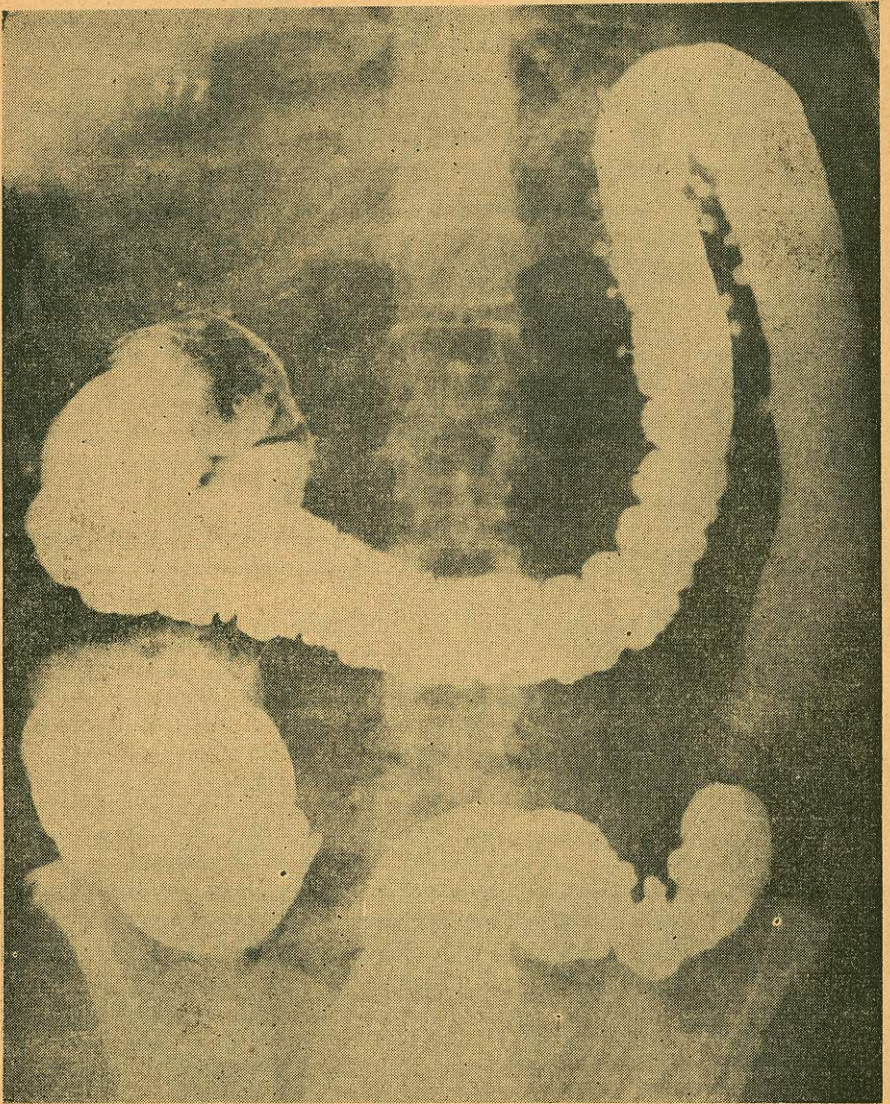


FIGURA Nº 4

Caso Nº 2.—Imágenes diverticulares en el ángulo esplénico, y otras menos claras en el ángulo hepático

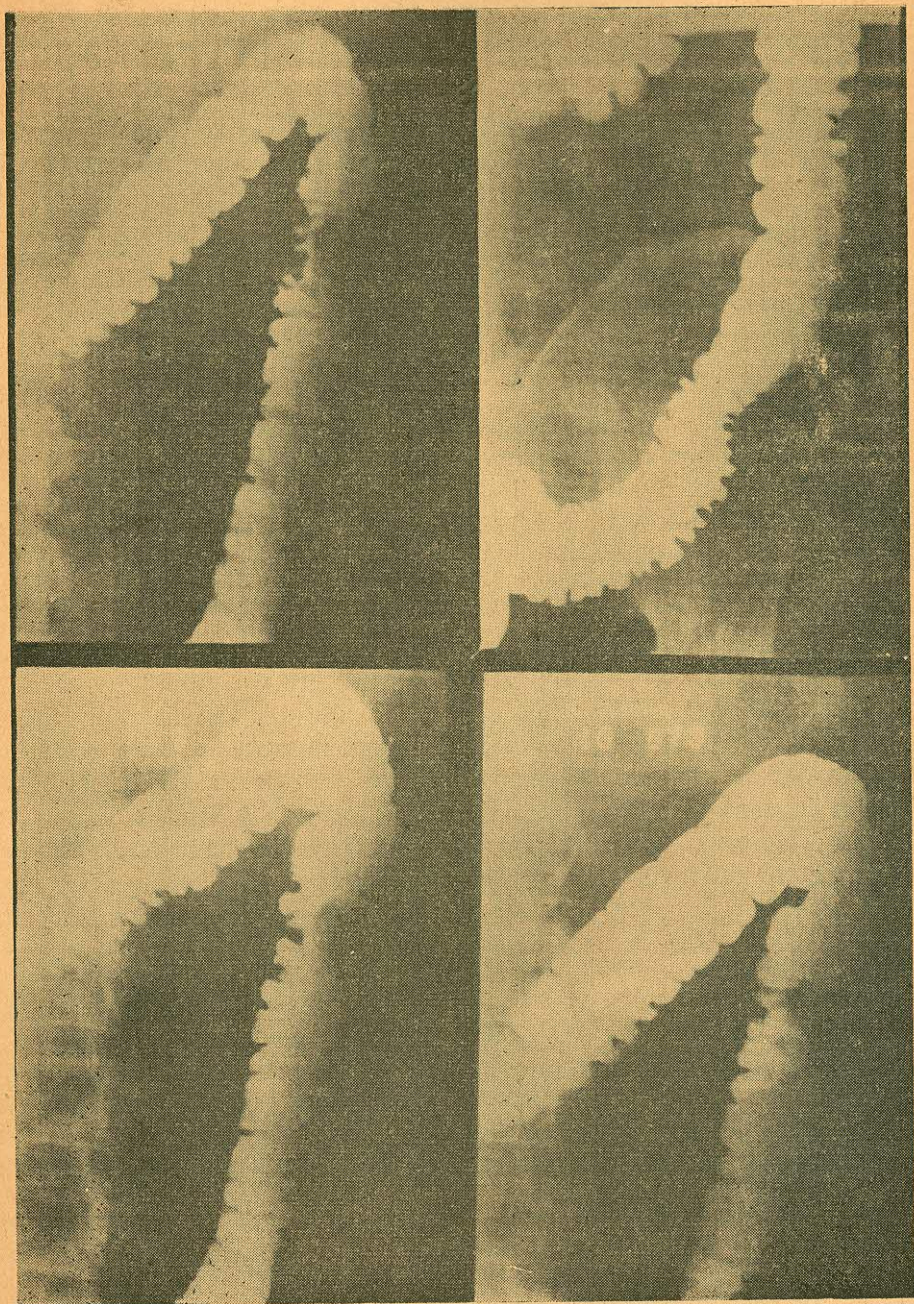


FIGURA Nº 5

Caso Nº 3.—Imagen en dientes de serrucho del sigmoide; imagen (pérsistente) de sustracción en la parte alta del descendente.

de lo normal, pastosa, y cree haber visto sangre en ella. Eructos, y molestias epigástricas, pérdida del apetito, peso normal, etc.

Al examen físico: Todo normal, exceptuando el hecho de que se obtiene la sensación de que se palpa algo tumoral en la F. I. I.; y de que tiene una muy mala dentadura.

Los exámenes de laboratorio de orina, química sanguínea, hemograma eran dentro de lo normal. Materias fecales negativas para parásitos, positivas francas para sangre oculta. Radiografías de estómago, duodeno y vesícula son normales. Procto-sigmoidoscopia normal.

El enema baritado (Fig. 5) muestra un aspecto en dientes de serrucho, con ligera imagen de substracción, e imágenes diverticulares típicas en el sigmoide; en la porción alta del descendente hay más imágenes diverticulares en poco número, y una franca imagen de substracción, con una reducción muy apreciable del calibre del intestino a éste nivel.

La interpretación fue que había una franca diverticulosis con diverticulitis, que invadía el descendente y sigmoide, y que la imagen de substracción en el sigmoide era debido a dicha diverticulitis. Respecto a la imagen estenosante de la porción alta del descendente, se hizo el diagnóstico de un posible neo, con la consideración de que aún en el caso de que la lesión fuese benigna —en vista de su tendencia a producir estrechez, y de su historia de crisis sub-oclusivas,— la cirugía era necesaria.

Habiendo llenado con gran minucia todos los cuidados preoperatorios (reposo, sulfasuccidina a altas dosis, dieta sin residuo, eliminación urinaria, líquidos intravenosos incluyendo plasma, vitaminas etc.) se procedió con anestesia eter-oxígeno a hacer una colectomía, la cual se hizo sin ningún accidente, con un colon muy limpio, etc.

Muy buena post-operatoria los cuatro primeros días, pero luego se desarrolló una peritonitis que le produjo la muerte al enfermo al 8º día post-operatorio.

El estudio anatómo-patológico de la pieza operatoria mostró que había una diverticulosis difusa con gran número de pequeños divertículos y que ambas lesiones eran debidas a

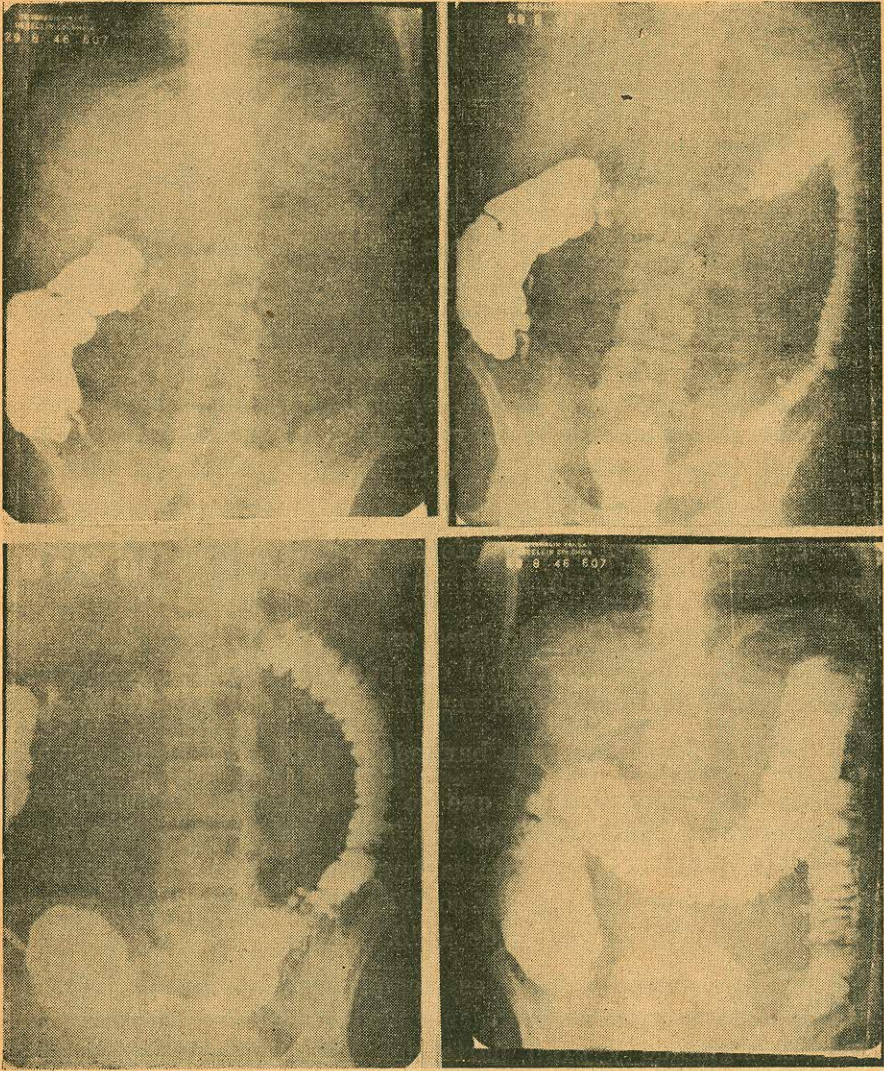


FIGURA N° 6

Caso N° 4.—Diverticulosis y diverticulitis de todo el sigmoide y el descendente

pequeños abscesos peridiverticulares, y no había ningún signo de malignidad.

Caso N^o 4.—Hombre de 53 años, sin antecedentes de importancia, de peso sólo muy ligeramente por encima de lo normal, sin ningún antecedente, sintió en junio de 1945 un fuerte dolor epigástrico después de hacer un esfuerzo desusado.

Poco después de ese dolor fue visto por varios colegas quienes sin encontrar nada de importancia sometieron al paciente a reposo y observación cuidadosa. Unas pocas horas más tarde había ya síntomas francas peritoneales, confirmados al examen hematológico, y aun cuando sin diagnóstico de grupo se procedió a una intervención quirúrgica.

Se encontró una pequeña perforación en cabeza de alfiler en la porción media del sigmoide, con un empastamiento muy marcado del colon sigmoide y descendente, pero sin ningún signo de tumor localizado. El colon era muy fijo, y las paredes de él acartonadas, duras.

Se hace sutura de la perforación, y el enfermo hace una perfecta post-operatoria.

Un mes después se le hace una proctosigmoidoscopia, la cual muestra un recto normal en toda su extensión, con unos pocos quistes de amibas en el mucus tomado con tapón sigmoide.

Se le ordena un enema baritado y el informe es negativo.

Solicito al paciente el que se haga exámenes periódicos, el primero tres meses después etc. Pero debido a que se siente muy bien y sin ningún síntoma importante, fuera de una llenura molesta después de la comida de la noche, sólo viene a nuevo examen en agosto de 1946.

Nueva sigmoidoscopia es completamente normal; y el enema baritado muestra lesiones de franca diverticulitis en todo el sigmoide y gran parte del descendente, con lo cual queda aclarada la causa de su perforación. (Fig. 6).

Como se ve el enfermo ha estado asintomático, y con muy buen estado general apesar de no haber seguido ningún régimen ni cuidados, es de esperarse que la evolución de su enfermedad continúa mucho mejor aún, guardando algunos cuidados elementales.

Caso N^o 5.—Hombre de 52 años, con ligero sobrepeso, que viene sufriendo de crisis de diarrea desde hace 10 años, cada dos tres meses, y duran dos o tres días; con ligera irregularidad en los intermedios; pues la mayoría de los días tiene tres, cuatro evacuaciones irregulares con flema, espuma, retortijones, espasmos de localización en el flanco izquierdo del abdomen.

Diagnóstico de colitis amibiana, anteriormente y tratada con desaparición de las amibas.

Al examen físico llama la atención el dolor exquisito a la palpación profunda del colon sigmoide, dolor que provoca reflejo muscular de defensa, brusco. Por lo demás normal, excepción hecha de mala dentadura y sobrepeso.

El diagnóstico clínico fue el de una diverticulitis, y fue comprobado plenamente el enema baritado que muestra una invasión muy marcada de todo el sigmoide, y descendente.

Por desgracia la calidad de las placas deja bastante que desear y la imagen fotográfica obtenida es muy defectuosa, motivo por el cual no se publica.

RESUMEN.—Se hace un estudio de la entidad comprendiendo etiología, frecuencia, localización, síntomas, complicaciones, pronóstico y tratamiento.

Se llama la atención sobre la necesidad de hacer con mucha mayor frecuencia de lo que se hace entre nosotros, el enema baritado como único método de diagnósticos y estas otras múltiples lesiones del colon.

Se llama la atención hacia el posible papel que jueguen los parásitos intestinales, y en especial las amibas como causa de diverticulitis. Todos nuestros pacientes eran o fueron portadores de quistes de amibas, muchos de ellos con crisis amibianas agudas.

Se presentan cinco (5) casos de diagnóstico en nuestra consulta particular. Su diagnóstico es muy reciente para que se puedan sacar conclusiones.

Ignacio Vélez Escobar

BIBLIOGRAFIA :

- 1).—*Bockus H. L.* Gastroenterology — 2 Tomo — Pags. 674-710 — 1.944.
- 2).—*Portis S. A.* Diseases of the Digestive System — Pags. 899-914 — 1.941.
- 3).—*Hodges F. J.* The G. I. Tract-Handbook of Roengen-ten Diagnosis. Pags. 194-200 - 1.945
- 4).—*Manson-Bahr P.* The dysenteric disorders — Pags. 520-524 — 1.945.
- 5).—*Galambos A. y
Mittelman* Diverticula of the colon vs Gallstones The A. J. of digestive diseases. — Vol. 13 N^o 1 — Enero 1.946.
- 6).—*Martin A. K. y
Adsit C. Jr.* Complications of diverticulosis and di-verticulitis. The Medical Clinics of North America. — Pags. 639-654 Mayo 1.945.
- 7).—*Barelay A.* The digestive Tract. — The radiolo-gical study of its Anatomy, Phisio-logy and Pathology. — Pags. 311-314 — 1.936.
- 8).—*Spring y Maxer* Citados por Bockus.
- 9).—*Feldman M.* Clinical Roentgenology of the Diges-tive Tract. — Pags. 456-468 - 1.945.

+ +

ENFERMEDAD DE MORQUIO

Gustavo González O.

Preámbulo: Es la primera vez que se describe en Colombia esta enfermedad. La casualidad ha puesto bajo mi observación cuatro casos, y me ha traído referencias de otros.

En 1929 y 1935 el profesor Morquio, del Uruguay, publicó la historia de cuatro hermanos afectados de lesiones osteocartilaginosas semejantes a las de los niños cuyas fotografías acompaño a este relato y a las de una niña Cañas de 20 meses, cuyas fotos no pude obtener.

Morquio, con su descripción, desmembró de entre el grupo polimorfo de las osteocondrodistrofias, la enfermedad que hoy lleva su nombre, y le dio el de "Distrofia Osea familiar".

Los signos clínicos y el carácter familiar habían sido notados desde principios de este siglo por varios autores, pero los casos correspondientes fueron catalogados en otros grupos clínicos. (Drysdale; Harrington; Weil; Zimmern; Baukart; Longmead; Sutherland. etc. etc., ninguno de cuyas descripciones me fue posible conseguir).

De 1929 para acá la enfermedad ha sido bien estudiada. Llegan a 50 casos más o menos los relatados y para ella se crearon denominaciones diversas y confusas:

Osteocondrodistrofia
Osteocondrodistrofia hipertrófica
Osteocondrodistrofia familiar
Osteocondrodistrofia múltiple
Osteocondrodistrofia deformante
Distrofia osea simétrica.

Aun se ha propuesto el término de discondroplasia. Pero así llamó Ollier, hace ya tiempo a la condrodiasplasia hereditaria deformante. Y así han llamado también a la acondroplasia.

Semejante confusión de nomenclatura es corriente en la generalidad de las distrofias óseas y cartilaginosas, entre las cuales una hay con 14 apelativos diferentes.

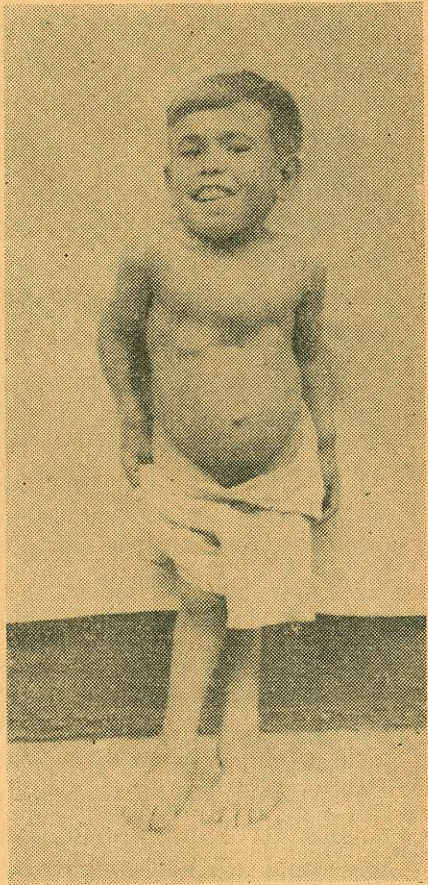
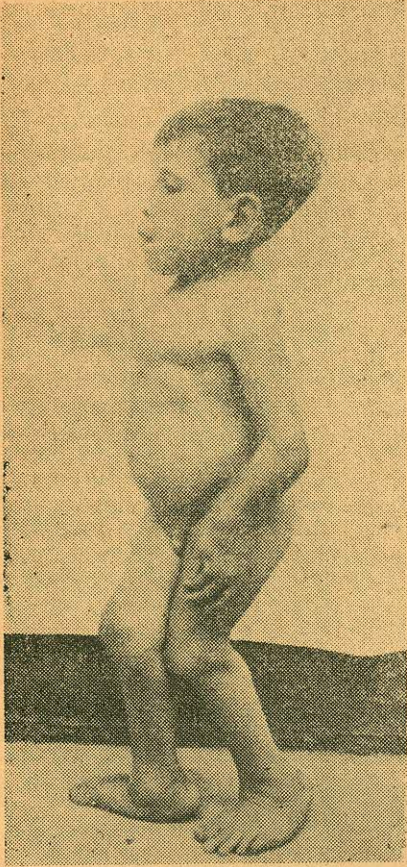
Ello no es debido a otra cosa que la obscuridad absoluta que reina sobre la etiopatogenia, de donde deriva la necesidad de crear nombres descriptivos, vale decir de mera imaginación individual.

Al nombre de enfermedad de Morquio se la ha formulado la crítica de: crear confusión sin fijar la naturaleza del mal. Eso no me parece justo: el mal de Morquio es tan idéntico y semejante siempre, que su mención sola evoca la figura anatómica, desgarbada y tosca de los pacientes.

Sobre sí fija o no la naturaleza del mal, idéntico reparo cabe a todas las denominaciones empleadas. Ello es tan verídico que el mismo Shelling en la obra de Brennemann, después de crear un nombre más, suscribe la opinión de que la enfermedad es una variante de la acondroplasia.

Etiología:—En las historias de los dos hermanos Gómez no se encuentra ningún dato de sífilis, ni de tuberculosis familiares. Ni sus padres son alcohólicos. Estos, y sus demás hijos, salvo un tercero que adolece del mismo mal de los dos observados, son sanos. En la ficha del niño Cañas tampoco se encuentra en la familia ninguno de los tres flajelos mencionados. En esta última familia, la serología, repetida a petición mía, fue negativa. Así es normalmente en la enfermedad de Morquio, de cuya etiología se han descartado formalmente las tres calamidades.

II.—Hasta donde fue posible investigar, los hermanos Gómez nacieron después de embarazos normales. ninguna enfermedad, fuera de los quebrantos habituales, padeció su madre durante ellos. El interrogatorio a la madre de los niños Cañas, lo hice personalmente: la señora, aunque inculta, es comprensiva. Ningún incidente patológico perturbó sus embarazos. Inclusive los fenómenos normales de orden simpático, fueron en ella mínimos. Así es lo corriente en la enfermedad de Morquio y vale la pena destacarlo, ahora cuando varias dolencias congénitas están conectadas de modo directo con enfermedades padecidas por la madre durante el embarazo: Cataratas, cardiopatías, ciertas deformaciones o mutilaciones como el labio leporino.....



DR. GUSTAVO GONZALEZ O.

III.—En las historias de los Gómez, tomadas por el profesor agregado del servicio se lee, para el mayor: “Desde dos años en adelante notaron deformidad en el torax ..”

Para el menor: “Desde dos años, igual que su hermano se iniciaron manifestaciones por deformación y levantamiento de las últimas costillas.....”

En la historia del niño Cañas tomada por mi ayudante en el departamento Médico de OCSA, se lee: La deformación del tórax se hizo demasiado visible a los dos años”.

De esas historias referidas por las madres y tomadas por profesionales expertos, quiero destacar el punto anterior: a los tres enfermos se les notaron las deformidades al segundo año, es lo que ocurre siempre: cuando el niño empieza a dar pasos, es cuando se le ven las deformaciones. O mejor cuando se aprecian. Uno de los hechos clásicos y capitales de estos pacientes es la marcha tardía. No como causa, sino como efecto de lesiones osteo-cartilaginosas. Es la tardanza en el andar lo que pone a los padres sobre aviso, les hace observar a los niños y encontrarles lesiones que ya tenían desde antes.

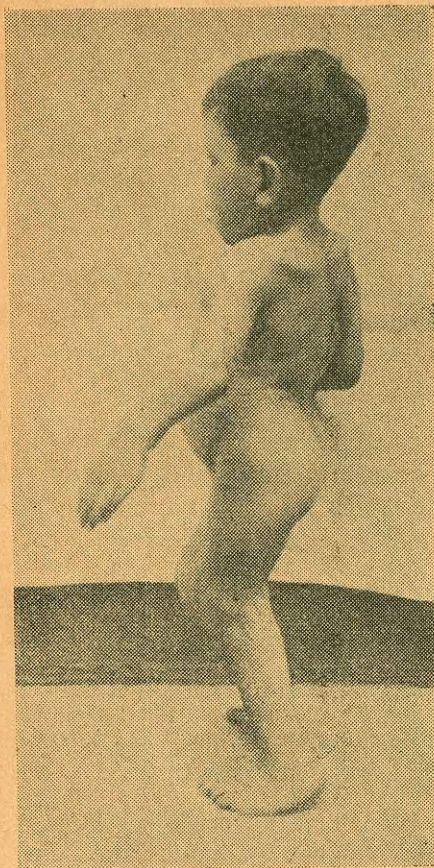
Tales deformaciones pueden, sin embargo iniciarse más tarde, al rededor del cuarto y del quinto años.

En cambio, son más precoces a veces: yo tengo para mí que esto es lo común: La niña Cañas la ví hace seis meses, es decir cuando tenía 14; ya las falsas costillas eran salientes en sentido lateral; era chato el dorso nasal; eran hipermóviles las articulaciones y los miembros cortos. Una observación sostenida me ha permitido ver progresar estas deformaciones y ver aparecer otras, como la hipertrofia de la rodilla derecha, la desviación del muslo hacia adentro y de la pierna hacia afuera y la radiografía me ha confirmado el diagnóstico.

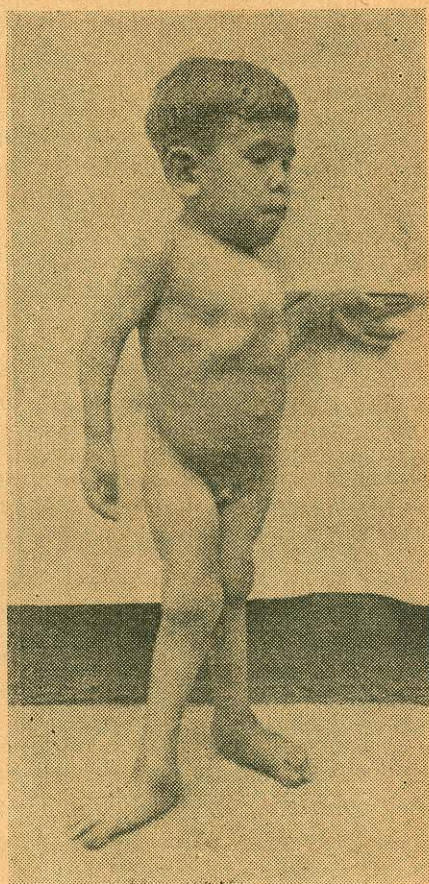
Más aún: las lesiones pueden ser congénitas, como en un feto muerto dentro del útero, en el cual se encontraron lesiones de osteocondrodistrofia.

La tendencia actual es aceptar como intrauterina la iniciación de la enfermedad, aunque el principio aparente se haga más allá del tercero o cuarto años.

IV.—La familia Gómez se compone de 12 hijos, 3 de los cuales sufren la enfermedad. Esta serie de tres enfermos no



DR. GUSTAVO GONZALEZ O.



es continua. Entre el mayor y el segundo hay tres hijos sanos. No fue posible averiguar cual sea la distancia entre estos, y el otro.

La familia Cañas consta de 10 hijos. De ellos, 2: el observado y su hermana menor, en la actualidad de 20 meses, padecen la distrofia. De uno a otra, se interponen nueve años de nacimientos en la casa.

Hay más: el padre de estos dos muchachos tiene una hermana casada, quien entre sus ocho hijos, cuenta con tres distrofiados, cuya descripción, hecha por la tía política, asegura el diagnóstico de enfermedad Morquio.

Destaca aquí, por lo tanto el carácter familiar de la dolencia, ya notado antes de la descripción original del autor uruguayo, y muy notablemente en ésta. Se trataba de una familia de cinco hijos, cuatro de los cuales, afectados.

Y se nota, de ser cierta la presunción sobre los primos de los Cañas, el carácter hereditario, en este caso por línea paterna, carácter transmitido por ambos sexos, sobre ambos sexos.

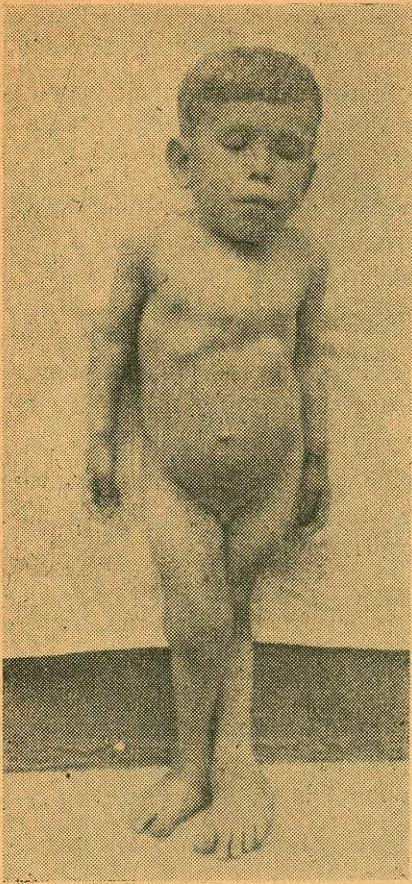
V.—Los hermanos Gómez son francamente mulatos, pero tienen caracteres físicos y espirituales de zambigos.

La familia Cañas es blanca; en sus rasgos, nada ostentan que recuerde las razas original y negra.

Afirma Shelling y traducen fielmente Marcos y Pieroni, del Uruguay, que la totalidad de los casos relatados hasta hoy ocurrieron en niños blancos, pero que no hay razón para que la enfermedad no se presente en niños de otras razas.

Aunque no creo justo hablar de razas puras en nuestro medio actual, considero que los casos presentados esta noche a la Academia, no dejan lugar a duda: La enfermedad de Morquio afecta a niños de estirpe no totalmente blanca.

VI.—Tales son los datos etiológicos de que hoy disponemos. La naturaleza exacta del padecimiento se desconoce radicalmente. Se habla de un trastorno de desenvolvimiento en el germen. Ello es cierto, pero no resuelve el problema; apenas lo aplaza. Dicho trastorno sería un carácter hereditario, dominante. Hay que convenir que los casos publicados, no comprueban esta hipótesis, o por lo menos dejan muchas





DR. GUSTAVO GONZALEZ O.

cuestiones por resolver. Pero la familia Cañas, no obstante, se acomoda de un modo casi experimental a la ley de Mendel.

Hay ciertos hechos que deben destacarse y quizás sirvan en el futuro para estudios más detallados sobre la etiopatogenia del mal. Los menciono sin comentarios:

1º—El estado económico social de los pacientes: niños de la clase desvalida, pobres, que aquí, como dondequiera viven en estado de carencia más o menos profundo.

2º—La multinatalidad.

3º—La edad de las madres. Lo normal es que los enfermos no sean los primogénitos. Uno, dos o más niños sanos preceden a los enfermos.

Estas dos últimas observaciones podrían explicar la cuestión como resultado de ponosis materna, creadora de alguna disfunción endócrina o bien del centro eutrófico.

INICIACION:—El mayor de los niños Gómez pudo andar por cuenta y riesgo a los 19 meses; su hermano a los 18; Cañas a los 19; su hermanita menor a los 20 meses.

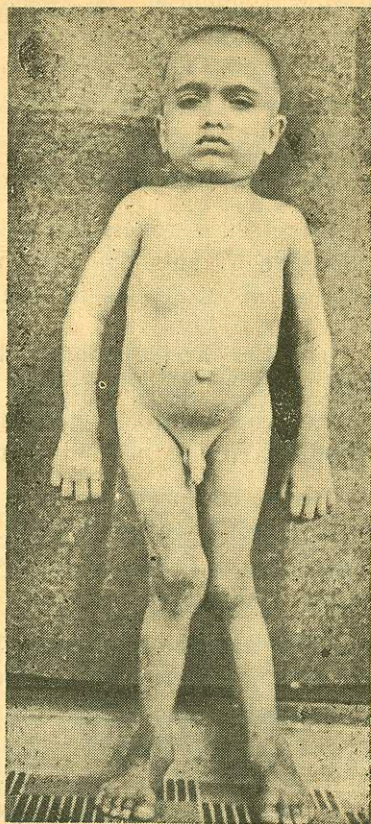
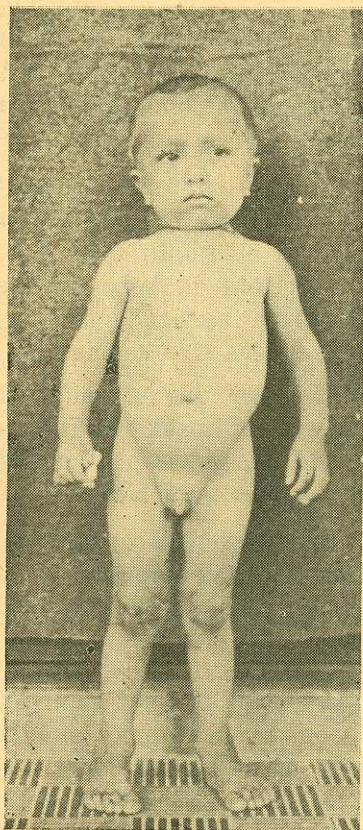
Este es el carácter clásico con que comienza la enfermedad: marcha tardía, después de los 17 meses, época en que cualquier niño normal debe poseerla.

Sin embargo: Una de las niñas referidas por Marcos y Pieroni, anduvo al año de edad.

Observando cuidadosamente a los pacientes antes de terminar el tercer semestre, ya se encuentra: Laxitud articular, con amplio vaivén de los segmentos. Al año, estos niños no pueden guardar la posición sentada que se les impone, en tanto que uno normal, a las 40 semanas, está capacitado para asumir por su cuenta esta postura.

Ya enuncié enantes las comprobaciones hechas en la niña, al décimo cuarto mes.

SIGNOS FISICOS:—Las deformaciones que se enumeran a continuación son los signos de la enfermedad de Morquio; hacen el diagnóstico y pueden apreciarse nítidamente en la foto de Rogelio y menos avanzada en las de los hermanos Gómez.



DR. GUSTAVO GONZALEZ O.

a)—El dorso de la nariz es plano; no se hunde, por destrucción esquelética; es aplástico. En ciertos pacientes con notable falta de desenvolvimiento del esqueleto nasal, los ojos aparecen demasiado separados. Es mera apariencia. Los ojos conservan la posición y relaciones normales.

El cráneo puede conservar su forma y volumen normales. En ocasiones es grande y a veces presenta deformaciones varias.

La circunferencia máxima horizontal del cráneo de Rogelio mide 57 cms. En la niña y en los hermanos tanto mencionados, el cráneo es de tamaño y conformación normales.

b)—Las articulaciones del puño, cuello del pie, codos y rodillas están hipertrofiadas. El ensanchamiento articular se debe a crecimiento y deformación de las epífisis óseas que forman parte de la coyuntura.

Puede comprobarse dilatación de la articulación condrocosta. La hipertrofia de los extremos distales de cúbito, radio, tibia, fibula y femur, lleva frecuentemente al diagnóstico erróneo de raquitismo.

Esta anotación está hecha en todos los textos consultados. Por mi parte: en los hermanos Gómez, ninguno de mis colaboradores en el servicio pensó en el raquitismo. Yo se bien que entre nosotros se piensa poco en él, pero no hasta olvidarle del todo. Con el señor Profesor agregado del servicio le ponemos de manifiesto con relativa frecuencia.

Sería abusivo no obstante, desconocer que el raquitismo tardío, el que deforma los miembros y el torax, es muy escaso aquí, medio lleno de sol, donde se precisa un milagro de incuria para no recibir las radiaciones profilácticas.

Deformaciones torácicas de origen raquítico, apenas he visto 3 casos, en tanto que el cráneo tabes es común.

El niño Cañas ha sido tomado durante algún tiempo, por una acondroplásico.

c)—El tórax se deforma; el esternón presenta una curvatura de convexidad anterior, con el manubrio angulado sobre el cuerpo. Las costillas siguen el movimiento del esternón y los cambios sucedidos en el raquis. Las deformaciones costales se inician por las inferiores; proyectadas hacia afuera y hacia arriba, tienen el aspecto de un alero en la caja in-

ferior del cono torácico. Las otras costillas, las superiores se hunden y deforman para amoldarse a las nuevas dimensiones de la caja.

d)—En la columna vertebral se encuentran acodaduras: el segmento dorsal es cifótico y el segmento lumbar, lordótico. Lo primero puede llegar a simular la joroba de un mal de Pott.

A causa de lo delgado de cada uno de los cuerpos, la columna en total es corta; pero en ningún segmento lo es tanto como en el cervical.

Este acortamiento cervical da una de las grandes características de la enfermedad: la cabeza aparece como hundida, sepultada entre los hombros, que conservan su apariencia normal.

e)—La posición de los miembros inferiores es muy típica: y es precoz. Los muslos se colocan buscando con la vertical del cuerpo un ángulo abierto hacia adelante y apenas un poco mayor que el recto en los casos constituídos. Las piernas se flejan sobre los muslos.

Los fémures se buscan abajo en la línea media, mientras las piernas se apartan hacia el suelo. De aquí resulta que el pie apenas establece contacto con el piso, por su borde interno. Todo ello origina una marcha mixta.

f)—Rogelio, con 11 años, tiene 88 cms. de estatura, o sea 35% de merma. Los casos que he podido reunir en la literatura tenían: 25, 24, 14 y 11 % de merma estatural.

Su hermanita tiene 75 cms. lo cual, para 20 meses, puede considerarse normal. Ello es fácilmente explicable por la edad temprana de la paciente. Apenas hace pocos días está caminando y en esta enfermedad, el enanismo disarmónico se debe al acortamiento de los segmentos óseos, provocado por el peso del cuerpo.

A los niños Gómez les falta el 13 y el 16 %.

Ni en los casos más avanzados se comprueba lesión visceral alguna. Las facultades mentales se conservan y se desarrollan normalmente, salvo el correspondiente retraso pe-

dagógico que ocasiona la invalidez y la angustia de estos niños para asistir a su escuela donde suelen ser víctimas de sarcasmos.

Química Sanguínea:—El niño Cañas tiene 88 miligramos de calcio por litro de sangre.

El mayor de los hermanos Gómez, tiene 114 Mgs.

El menor: 100 miligramos.

El primero de los tres pacientes tiene 36 miligramos de fósforo por mil. El segundo: 26 miligramos y el tercero 32 miligramos.

El resto de la química sanguínea es normal y el hemograma, corresponde al estado desnutrido y al parasitario intestinal de los niños estudiados.

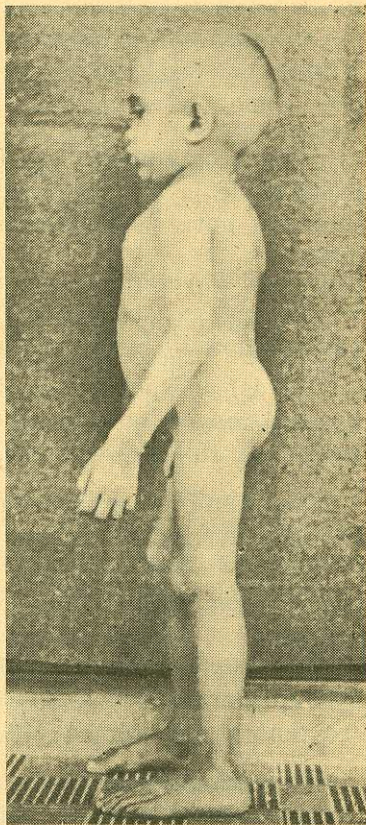
Como se ve: la calcemia es normal en los hermanos y el fósforo ligeramente bajo en ellos.

En el primer historiado la calcemia es un poco baja y el fósforo sanguíneo, normal.

Con su cifra de 88 miligramos de calcio, se encuentran con frecuencia signos de tetania, y de modo constante el signo del facial. Pero él no presenta nada al respecto.

Actualmente la tendencia es considerar la calcemia y la fosoremia normales en el curso de la enfermedad de Morquio. Aunque este autor en su descripción original, dio cifras muy bajas de calcio.

El número de pacientes descritos hasta la fecha, es muy escaso, y parece, por el momento, prudente, no fijar doctrina



al respecto. Anoto de paso que la cifra mínima, dada como normal en la literatura —87 miligramos—, se comporta en la clínica como francamente baja.

Estudio Radiográfico:—El estudio radiográfico de los enfermos, confirma los hallazgos de la clínica, y confirma las deformaciones en los diversos segmentos óseos.

Deben destacarse algunas comprobaciones que a la cabecera del enfermo, apenas son sospechables:

La silla turca es pequeña. Las cabezas femorales irregulares, de contornos poco nítidos, y aún ausentes por mal desarrollo. La cavidad articular correspondiente, aplanada, distrofiada y el hueso donde yace: osteoporótico. Las diafisis son cortas y por intervalos: excesivamente densas.

En la columna, cada una de las vértebras es hipoplásica y aplanada. Cada una de las vértebras es blanda y aplanada; con el peso corporal se dejan deprimir por delante y su cuerpo asume una configuración en filo.

Anatomía Patológica:—Poco característica y muy poco estudiada a causa del escaso material. A duras penas hay en la literatura 4 o 5 estudios anatómicos de piezas tomadas: ora para biopsia ora durante el curso de operaciones correctivas.

Esos estudios demostraron a su autor: clasificación desordenada en el cartílago y algunos colgajos inactivos.

En las porciones diafisarias el proceso de calcificación es a intervalos exagerado, produciendo endurecimiento, densificación anormal en otras regiones, en cambio zonas osteoporosas.

Yo hice tomar fragmentos de hueso de dos de los enfermos para estudio histológico.

Sin duda el cirujano estuvo muy de malas o bien, cortó alto, pese a mi recomendación de recortar en la epífisis. Lo cierto es que el reporte del laboratorio reza:

“Sentimos mucho tener que informar que no nos fue posible cortar las fragmentos óseos, ni aun después de descalcificarlos, a causa de su dureza extrema”.

Gustavo González O.

Dr. Carlos A. Bambarén

Profesor de la Facultad de Medicina de la
Universidad de San Marcos.
Lima - Rep. del Perú

Personalidad psicopática y conducta delictiva

La conducta antisocial delictiva resulta siempre de la concurrencia de dos factores: el sujeto y el medio circundante. Ambos son inseparables en la génesis de la criminalidad, pero la intensidad de su actuación varía en cada caso particular; de ahí que sea necesario puntualizarlos, discriminarlos, enjuiciando luego el papel que les tocó desempeñar en la producción del delito incriminado.

Es poco acertado sostener que la endogenia delictiva domina el campo de la Criminología como también, denota la misma falta, afirmar que la actuación de los factores exógenos bastan por sí solos para explicar el delito. La conducta humana, incluyendo la delincuencia, requiere de causas subjetivas y objetivas.

El caso crimológico que se estudia en seguida, es prueba tangible de lo que vale el análisis particular de cada delincuente, para descubrir los móviles profundos que lo llevaron a cometer el acto por el cual cae dentro de la justicia penal. Se publica por los datos peculiares que se descubrieron, porque se incrementa la literatura peruana de delincuencia femenina y porque suscitó gran interés en Lima, cuando los diarios insertaron los datos que proporcionó la Policía.

HISTORIA CLINICA

Datos de filiación individual.—La encausada no se llama Adriana M.; su verdadero nombre es Elizabeth S. O. de B.; tiene 42 años de edad, es de raza blanca, nació en Tacna, de estado civil casada, tiene 2 hijos y ha cursado hasta instrucción secundaria. Está encausada por delito contra el patrimonio.

Antecedentes familiares.—Su padre murió a los 46 años de edad, como consecuencia de enfermedad que duró 9 años y que por los datos que suministra la examinada fue de naturaleza tuberculosa. Era de genio fuerte, “idiático”, según refiere la hija; se dedicó a las faenas de la agricultura en Azapa, llegando a poseer regulares medios de fortuna, con los cuales buscó remedio infructuoso a sus males, trasladándose a Valparaíso y Santiago de Chile.

La madre, según supone la examinada, vive; a la sazón debe tener 62 años de edad; nació en España y actualmente reside en ese país; tenía “genio fosfórico y violento” cuando la examinada convivió con ella.

Han sido 13 hermanos, 6 hombres y 7 mujeres, todos nacidos a término. Ignora la situación de sus hermanos, en su mayor parte, por estar alejada de ellos desde la edad de 12 años.

En relación con datos genealógicos, refiere que la hermana mayor de su madre fue alienada y que su abuela paterna estuvo en la “Casa de Orates” de Santiago.

Antecedentes personales.—Dice que le han contado que nació en estado de semiasfíxia; no conoce datos de cómo se hizo su infancia; sólo recuerda que tartamudeaba cuando se emocionaba. Siempre fue más juguetona y traviesa, de lo que son los niños en los primeros años de su vida. Cursó instrucción primaria en Tacna y en el colegio le decían “la loca”. Terminada esta etapa de su aprendizaje su padre la envió al Colegio de los S. S. C. C. de Valparaíso, a donde ingresó en calidad de interna; ahí sólo cursó dos años de instrucción secundaria, pues interrumpió sus estudios, en la forma que se narrará luego, para dar rienda suelta a su pasión amorosa.

Su vida escolar como interna, fue ocasión para que se despertasen en ella inclinaciones homosexuales; mantuvo “amistad particular” con una de sus condiscípulas, que al fallecer dio ocasión para que utilizase los patronímicos de esta “querida amiga”, una vez que por acto que practicó se alejó definitivamente de su familia.

Tenía 14 años de edad cuando logró fugarse del Colegio, produciendo el hecho el natural revuelo en el Establecimiento y en el puerto de Valparaíso. Un joven que des-

de Tacna la había requerido de amores y que en Valparaíso, burlando la vigilancia del Colegio, lograba entrevistarse con ella a altas horas de la noche, púsole en su alma tanta pasión amorosa, que la indujo a fugarse con él.

Establecieron su nido de amor en Santiago y bien pronto un vástago atestiguó la obra fecundante de su amado. Pero no habían transcurrido 14 meses del idilio, cuando los padres del joven troncharon ilusiones y desmintieron promesas; lograron, recurriendo a mil subterfugios, alejarlo de la amada, que desde este instante tuvo que luchar por el sostenimiento de ella y su hijo. Aunque no conocía la técnica para la subsistencia, su belleza y otros dones, le abrieron el camino del trabajo.

Con unos comerciantes en pieles, que residiendo en Santiago resolvieron trasladarse a Buenos Aires, arribó a dicha ciudad. Es bueno advertir, según las informaciones que nos ha suministrado, que sólo la amistad y la simpatía de estos amigos permitió que consiguiese los recursos necesarios para el viaje.

Llegados a Buenos Aires, ella, su hijo y sus amigos, instalaron el negocio de peletería, pero éstos diciéndole que era “muy bella” para que malograrse sus manos en el trabajo de curtir, le propusieron más bien que consiguiese otra ocupación. Y en efecto así lo hizo, ingresando a la gran casa Gath y Chaves donde trabajó por espacio de dos años. Fue en este Establecimiento donde la conoció un abogado peruano, que ocasionalmente se encontraba en Buenos Aires, y prendado de su hermosura, le propuso traerla a Lima.

Desde su arribo a Lima, la “bella Adriana” hizo vida de comodidad, satisfaciendo todos sus anhelos; pero después de tres años una bella actriz y notable cantante, que pasó por esta ciudad en jira de arte, le arrebató la tranquilidad de su corazón, porque los dardos de Cupido hirieron al abogado que vivía con ella.

Su amor propio femenino no pudo soportar este hecho, porque no dejó de pasar por su imaginación la posibilidad de casarse con quien hacía tanto tiempo le otorgaba su amor, y que en forma intempestiva y concluyente, rompió todas sus relaciones.

Pero su corazón no estuvo vacío mucho tiempo y pronto para satisfacción de su vanidad, un rico hacendado del Departamento de Lambayeque le ofreció su amistad y su hogar.

Sin que nos haya manifestado en forma clara la razón del por qué de su actitud, lo cierto es que nos ha referido que desde el año 1921 comenzó a trabajar, para conseguir por sí misma los medios de subsistencia, instalando diversas pensiones en la ciudad de Lima y aun una Granja Avícola frente a la cual estuvo durante 2 años.

Encontrándose en Lambayeque el año 1928, sufrió de Difteria y luego después de cólicos por Colitis espasmódica. Fue padeciendo de esta enfermedad hasta que un médico le suministró por vez primera una inyección subcutánea de morfina; experimentó tal sensación de carácter sexual, que desde entonces tomó el hábito de la morfinomanía, en razón de la voluptuosidad que le producía cada inyección. Fue, también, por esta época, cuando deseando concebir otro hijo, además del que ya tenía, se sometió a una operación de estomatoplastia uterina, sin el resultado inmediato que apetecía.

La fecha del inicio del empleo de drogas tóxicas, por parte de nuestra examinada, puede remontarse al año 1929, más o menos.

En 1931 se casó con el que es hoy su marido y de este matrimonio tiene una hijita de 4 años de edad, más o menos.

EXAMEN CLINICO

Pocos son los datos de algún interés, que se han recogido.

Hay hipertrofia de la glándula tiroides, 88 latidos cardiacos que se transmiten a la arteria radial y reflejos tendinosos vivos. La examinada refiere que con frecuencia se le presentan fogajes.

Dice padecer de insomnio y de las consecuencias de la supresión brusca de la cocaína que usaba habitualmente; en los primeros días las sensaciones fueron muy penosas, pero ya se van haciendo algo tolerables.

Refiere alucinaciones hipnagógicas.

El examen psicológico revela buen desarrollo mental, ofreciendo aparente normalidad en los diversos secretos de la actividad psíquica.

Desde el punto de vista caracterológico la examinada se presenta como extroversa. El personal administrativo del Establecimiento manifiesta que es propensa a fomentar rivalidades entre las reclusas, con el fin de alterar la tranquilidad de la conciencia de esas gentes.

CONSIDERACIONES CRIMINOLOGICAS

Aunque es difícil reconstruir la vida de una persona basándose en el simple interrogatorio, por razones obvias intentaremos, sin embargo, señalar algunos hechos interesantes que permitan delinear la personalidad de la examinada, a fin de inferir su capacidad penal.

Es indiscutible la homosexualidad que emerge del relato de nuestra examinada. Desde la Escuela de los S. S. C. C. de Valparaíso aparece la tendencia homosexual y aunque en algunos momentos se eclipsa, siempre se presenta siguiendo la evolución cronológica de su vida.

Si al principio fue meramente contemplativa, alcanzó en seguida todos los refinamientos, como sucede en estos casos, pudiendo afirmarse, como síntesis de nuestra inquisición, que sólo **lambendo lingua genitalia** se produce en ella el orgasmo venéreo.

Durante toda su vida de mujer, la ha atormentado este amor lesbiano, al que no puede sustraerse no obstante su vida heterosexual, porque no le produce satisfacción de su líbido.

Este hecho de su vida íntima, no tiene relación con la actividad delictiva, por la que está procesada; pero, en cambio, la toxicomanía en que está sumida desde el año 1929, adquiere relevancia criminogenética.

Refiere que hasta el momento de su captura por la Policía usaba la cocaína, invirtiendo para adquirir esta droga tóxica hasta la suma de 20 soles diarios. Se comprende, por lo tanto, los procedimientos que tendría que poner en juego para adquirir esa cantidad de dinero, que su hogar era incapaz de proporcionárselo. Pero los móviles de su

conducta no han sido únicamente aquellos de adquirir dinero, se debe mencionar también cuál es la influencia que la cocainomanía produce sobre la esfera moral y la capacidad crítica.

El cocainómano se siente capaz de realizar grandes hechos, sin valorar netamente su contenido y significado, y como al mismo tiempo existe un estado crepuscular de la conciencia y del sentido moral, se explica la enormidad de los actos que realiza.

Ahora bien, la droga actúa no sólo inmediatamente después de ingerirse —en ese instante la conducta es insólita por la intoxicación producida,— sino que pasados sus efectos tóxicos, subsiste su repercusión sobre la esfera moral, que se encuentra aminorada, restringida a un estrecho campo sobre el que no puede actuar la conciencia vigilante, la única que impide practicar los actos censurables.

En la persona examinada un nuevo factor completa su compleja personalidad: padece de indiscutibles crisis de histeria convulsiva. Estas crisis se han presentado seguramente antes de que la examinemos en la Cárcel de Santo Tomás, no obstante que en el relato de su vida morbosa las ha silenciado, pero como en este Establecimiento penal se han comprobado de modo evidente, es innecesario discutir su realidad. Una particular sensación parte del clítoris, que al llegar a estremección, la hace caer al suelo presa de convulsiones tónicas, que duran algunos minutos, sin que la siga coma y cefalalgia.

En el curso del examen traté de provocar una crisis de tetania utilizando la prueba de la hipernea de **Collip** y **Bakus**, con resultado negativo, probándose así que no hay disfunción paratiroidea.

Cada vez que se produce una crisis hístico-convulsiva, comprueba la sujeto-examinada, que una sustancia líquida humedece sus prendas femeninas de uso interior.

Después del relato que antecede, es incuestionable que la personalidad de la examinada ostenta los siguientes elementos de importancia criminogénica:

Toxicomanía cocaínica desde el año 1929, mantenida hasta la víspera de ingresar a la Prisión;

Crisis de Histeria convulsiva, perfectamente averiguadas;

Signos de hipertiroidismo, comprobados clínicamente.

La naturaleza morbosa de la cocainomanía que padece, se demuestra por la forma y circunstancias en las que se produjo el hábito a las drogas tóxicas. Fue una indicación terapéutica, la que produjo en ella el orgasmo sexual, motivo por el que pidió que se repitiese su empleo. Si al principio fue la morfina, luégo fue el opio y por último la cocaína.

La Histeria convulsiva es psicopatía que perturba la actividad mental y que origina un sinnúmero de actos que transtornan la conducta del sujeto que la sufre, pudiendo ir desde hechos que sólo quedan en el ambiente hogareño, hasta ingresar al área delictiva.

Los signos de Hipertiroidismo que el examen clínico ha comprobado, permiten afirmar que se trata de proceso morboso que no es ajeno a manifestaciones premonitoras de la menopausia de le encausada.

Estos hechos evidentemente restringen la capacidad penal porque delinean una personalidad morbosa.

CONCLUSIONES

1.—Adriana M. o Elizabeth S. de B. es una “personalidad psicopática” atacada de cocainomanía, histeria convulsiva e hipertiroidismo;

2.—Estos hechos morbosos, son factores causales, subjetivos, de su actividad delictiva;

3.—Su capacidad penal está restringida, pero es evidente su “estado peligroso”.

ATENCIONI
ESTE LIBRO ESTA PROTEGIDO
EVITENSE MOLESTIAS