

UN CASO DE TÉTANOS GENERALIZADO, CURADO CON SUERO INTRARRAQUÍDEO, PREVIO EVIPÁN

Juan - C. PRAVIA

F. E., uruguayo, 45 años de edad, de Canelones.

Este enfermo ingresa al Sanatorio Español a las 12 de la noche del día 25 de abril de 1937. Su historia es corta.

Dos días antes había venido a Montevideo, y la noche anterior tuvo un marco en el patio del hotel donde se hospedaba, cayéndose para atrás, produciéndose una herida en la región occipital de 5 ctms. de largo.

Curado en los primeros momentos por la Asistencia Pública, le dieron una puntada con crin de Florencia, no le hicieron suero, y lo mandaron a su domicilio. Esa noche, no sintió nada de particular, salvo dolor en la herida.

Al otro día, no se sintió bien y llamó médico, que diagnosticó tétanos generalizado, y le dió todo el suero que tenía a mano, 40 c.c. intramuscular, y nos envía ese mismo día el enfermo al Sanatorio, vale decir que había transcurrido tan solo 24 horas desde el traumatismo hasta el ingreso al Sanatorio.

Enfermo delgado, pulso bueno, temp. axilar 39°, con crisis tetánicas típicas muy cercanas, con trismus, risa sardónica, opistótonos, exageración de reflejos patelares, con cianosis en lo más álgido de la crisis.

Crisis sudorales después del estado de contractura.

Tanto el enfermo como sus familiares niegan todo antecedente traumático salvo el que hemos dicho anteriormente.

Le inyectamos 100 c.c. de suero antitetánico (I. de Higiene) intramuscular y le hacemos un enema con cloral.

Estábamos evidentemente, frente a un tétanos generalizado; pero nos costaba creer que en 24 horas se instalara un tétanos con una sintomatología tan rica y completa. Buscamos otra posible puerta de entrada, que por otra parte nos fué muy dificultosa; al menor movimiento se reproducían sus crisis con toda su gama de signos; sin encontrar nada de particular.

Tuvimos que convencernos, en los primeros momentos por lo menos, que la causa estaba en su herida craneana.

A la otra mañana (26 de abril) previa morfina y anestesia local, resecamos con bisturí eléctrico su herida occipital, y enviamos la pieza entera al

laboratorio para buscar esporos y bacilos tetánicos, cuyo resultado veremos más adelante.

La herida era lisa y de buen aspecto y llegaba hasta el periostio.

Hicimos una inyección de suero antitetánico, 30 c.c. alrededor de la herida, para bloquear más el proceso, por si allí estaba la causa.

Tres horas más tarde nos hace una crisis muy grande y recurrimos al Evipán intravenoso, 3 c.c. de la solución corriente, que nos da una anestesia con resolución completa de sus miembros, durante media hora.

Le inyectamos 100 c.c. de suero antitetánico (I. H.) subcutáneo y 50 c.c. intramuscular. Además un gramo de cloruro de calcio intravenoso de la solución al 10%. Parece calmarse por dos horas.

A la una de la tarde empiezan sus crisis de nuevo y se repiten cada veinte minutos con opistótonos e intensísimos dolores que de la región lumbar corrian a ambas piernas.

Esa noche le hacemos una ampolla de 0 gr. 01 de morfina y dos ampollas de luminal.

Día 27. Temperatura axilar $37^{\circ} \frac{3}{5}$, ha pasado la noche muy agitado y sus crisis no se han modificado, ni en intensidad ni en frecuencia.

Recordando que hace algunos años vimos curar un tétanos generalizado grave, en el Servicio de nuestro profesor el Dr. A. Fossati, con suero antitetánico intrarraquídeo, recurrimos a él. Para hacer más fácil la punción lumbar y para evitar la crisis por la misma punción; hicimos primero una anestesia con Evipán sódico. La resolución muscular es completa, la punción lumbar se puede hacer muy fácilmente.

El líquido céfalo raquídeo era claro, de presión normal al Claude. Sacamos veinte c.c. de líquido céfalo raquídeo e inyectamos 20 c.c. de suero antitetánico intrarraquídeo, muy lentamente; 100 c.c. de suero intramuscular y 150 c.c. subcutáneo.

Enviamos el líquido céfalo raquídeo al laboratorio. Nada anormal.

Calcemia en esa mañana, normal.

Día 28. En enfermo sigue un poco mejor, las crisis no son tan frecuentes ni en número ni en intensidad, como en los días anteriores. Tiene mucha cefalea. Le hacemos 100 c.c. de suero subcutáneo y 50 intramuscular.

Esa tarde nos llega el resultado bacteriológico de la pieza que enviamos al laboratorio, es negativo en cuanto al espora y bacilos tetánicos, pero desarrolla gran cantidad de bacilos Perfringens. Se confirman así nuestras sospechas, que el cuadro no se había instalado en 24 horas? ¿Qué su tétanos no empezó por su herida occipital, que debe haber otra puerta de entrada?

Este dato negativo nos hizo buscar por otro lado, a pesar de la negativa del enfermo y sus familiares.

El Dr. Estenio Hormaeche, nos relata un caso interesante, visto por él hace muchos años, de un tétanos recidivado.

Se trataba de un enfermito con un cuadro de tétanos generalizado que no se le encontró la puerta de entrada, que se le hizo suero y se curó. Tres meses después volvía este mismo enfermo con un tétanos igual que el anterior y se agotaron todos los medios para buscar la puerta de entrada. Previa anestesia general y después de una meticulosa inspección por todas partes se encontró

una pequeña astilla de madera en la región tibial anterior, que se resecó, y en ella había, al examen, muchos esporos y bacilos tetánicos.

Así se explicaba bien el cuadro: la mejoría o cura aparente después de haberle dado suero, y una vez eliminado éste por el organismo en tres meses, de nuevo aparece su tétanos con toda la gama de signos. Este enfermo curó esta segunda vez también con suero antitetánico.

No deseábamos que nuestro caso fuera parecido al que acabamos de relatar, tratamos de buscar otra vez su puerta de entrada.

Felizmente en uno de esos momentos lúcidos del enfermo, después de mucho preguntar, nos dice que hacía 15 días, se había clavado una astilla en la uña del pulgar derecho, que se la sacó, no tuvo dolor ninguno, que no le molestó y por esa causa no nos había dicho nada.

Le hacemos esa misma tarde una anestesia con Evipán, y aprovechamos hacer otra punción lumbar, extraer 20 c.c. de líquido céfalo-raquídeo e inyectar 20 c.c. de suero antitetánico intrarraquídeo.

Examinamos el dedo pulgar derecho; no hay lesión externa, pero debajo de la uña hay una parte oscura que bien pudiera ser resto de una astilla de madera.

Extirpamos la uña y se confirma lo sospechado, había una astilla de madera, que al examen bacteriológico posterior, confirmó la existencia de bacilos tetánicos. Infiltramos todo el dedo pulgar con suero antitetánico. (20 c.c.).

Día 29. Pasó la noche agitado, a pesar de las dos ampollas de somnífero que le dimos.

Pulso 120, temperatura 38° (de mañana).

Le hacemos otra anestesia con Evipán e inyectamos 20 c.c. de suero antitetánico intrarraquídeo y 80 c.c. de suero antitetánico subcutáneo e intramuscular.

Le hacemos una serie de bromuro de calcio intravenoso (1 ampolla diaria).

En la tarde las crisis son menos intensas y más espaciadas.

Evidentemente el enfermo va mejorando desde que empezamos a hacer el suero intrarraquídeo.

Día 30. Pasó mejor la noche, sus crisis amortiguaron, durmió. Temperatura 37°, pulso de 90. Le hacemos 100 c.c. de suero antitetánico, 50 intramuscular y 50 subcutáneo.

Día 1° de Mayo. Repetimos el Evipán e inyectamos 20 c.c. de suero antitetánico intrarraquídeo y 80 intramuscular. El enfermo sigue mejor con algunas crisis muy atenuadas y muy espaciadas, hasta la mañana del 4 de mayo en que tuvo una crisis bastante fuerte. Le hacemos una nueva anestesia con Evipán e inyectamos 20 c.c. de suero antitetánico intrarraquídeo y 80 c.c. intramuscular.

Le hacemos una serie de autohemoterapia y cloruro de calcio intravenoso, pues tuvo una reacción sérica intensa. El enfermo curó perfectamente bien y examinado hace poco tiempo por nosotros, se encuentra en perfectas condiciones de salud.

Resumiendo la terapéutica de nuestro enfermo, fué la siguiente:

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE MONTEVIDEO

1er. día,	140 c.c.	suero subcutáneo e intramuscular			
2º "	180 c.c.	" "	"	(Evipán)	
3er. "	250 c.c.	" "	"	20 c.c. suero intrarr.	
4º "	20 c.c.	" "	"	20 c.c. " "	
5º "	80 c.c.	" "	"	20 c.c. " "	
6º "	100 c.c.	" "	"		
7º "	80 c.c.	" "	"	20 c.c. " "	
10º "	80 c.c.	" "	"	20 c.c. " "	
<hr/>					
TOTAL	930 c.c.	" "	"	100 c.c. " "	

En total en ocho días inyectamos 930 c.c. de suero antitetánico subcutáneo e intramuscular y 100 c.c. intrarraquídeo y seis anestésias con Evipán.

Creo firmemente que sin la ayuda del Evipán intravenoso, nos hubiera sido muy difícil poder hacer con tanta comodidad y fácilmente tantas punciones lumbares e inyectar tanta cantidad de suero intrarraquídeo. Creo que el suero intrarraquídeo, es el que salvó a nuestro enfermo y las anestésias con Evipán facilitaron las punciones lumbares, haciendo desaparecer las contracturas y sobre todo el opistótonos, que es lo que hace más dificultosa la punción lumbar en estos casos.

Dr. Bado. — Tiene interés la presentación de todo caso de tétanos curado, ya que el porcentaje de su mortalidad es aún muy grande, el 60 ó 70 % en los agudos y el 30 ó 40 % en los tardíos. Como de todo trabajo presentado a esta Sociedad, debemos aprender algo es que conviene estudiar detenidamente el del Dr. Pravia para deducir esas enseñanzas.

El autor le da gran importancia al suero inyectado por la vía intrarraquídea en la curación de su enfermo; el enfermo se curó e indudablemente eso tiene una real importancia, pero yo no me atrevería a ser tan categórico como el Dr. Pravia al afirmar las bondades de la vía espinal, ya que ella está considerada en general como poco eficaz y no conserva, hoy en día, los prestigios de otros tiempos.

Sabemos que la antitoxina tetánica tiene por objeto neutralizar las toxinas circulantes en el organismo y a pesar de que

puede penetrar en el seno de la substancia nerviosa, no tiene acción alguna sobre la toxina ya fijada en las células de esa substancia, su sitio de predilección. Ahora bien es bien sabido que las meninges son poco permeables a las substancias disueltas en el líquido céfalo raquídeo, y que por lo tanto pasarán al organismo muy lentamente, lo cual va en contra de los principios generales de la serología pasiva, es decir, obrar rápida y masivamente. Lo lógico pues sería por lo tanto emplear la vía sanguínea; la raquídea, como la sub - cutánea y la intramuscular necesitan tiempo para dejar pasar la antitoxina.

Por estas razones yo creo que en el caso del Dr. Pravia, más que al suero introducido por la vía intrarraquídea debe dársele valor al que recibió el enfermo por las otras vías.

En cuanto al uso del Evipán, el autor hace recalcar su valor práctico al permitir realizar las repetidas punciones lumbares sin inconvenientes, haciendo desaparecer las crisis convulsivas y el opistótonos del enfermo. Creo que debe reconocérsele al Evipán una más importante acción que esa de orden técnico, cual la de mordiente del suero sobre la substancia nerviosa, similar a la del éter y cloroformo en un tiempo tan en boga.

En nuestro Servicio, en estos momentos, estamos atendiendo con el Dr. Vázquez un enfermo atacado de tétanos y empleamos principalmente la vía sanguínea y accesoriamente la sub - cutánea e intramuscular para introducir en el organismo grandes cantidades de suero. No empleamos, por no creerla efectiva, la vía raquídea.

Dr. Maisonnave. — Junto con el Dr. Forteza he asistido en la ciudad de Salto un enfermo atacado de tétanos a raíz de una herida producida en la planta del pie. Curó bien, sin emplear la vía raquídea; se le inyectó más de un litro de suero, por las tres vías restantes, sanguínea, subcutánea e intramuscular, y no empleamos tampoco ninguna anestesia general.

Yo considero que las nociones clásicas de actuar precoz y masivamente, son hasta ahora las únicas valederas y no deben dejar de cumplirse. Creo que mi enfermo se curó gracias a la precocidad con que fué atendido y a la dosis alta de suero inyectado.

Dr. Lamas, E. — Yo también me declaro partidario de las vías venosa, subcutánea e intramuscular y creo que la raquídea es poco eficaz. Creo conveniente emplear la anestesia general al éter o cloroformo como mordiente. Recuerdo haber tratado en el antiguo Filtro del Hospital Maciel, un tétanos agudo con esa terapéutica, que curó.

La experiencia de los cirujanos en materia de tétanos es en general escasa porque les toca actuar muy de tiempo en tiempo en él. Antes cuando existía ese Servicio de enfermedades infecciosas que llamábamos el Filtro, los médicos que estaban a su frente lograban en cambio adquirir una más personal y así es clásico entre nosotros el folleto del Prof. Prat sobre esta enfermedad, basado en su experiencia lograda al frente de dicho Servicio. Creo, como el Dr. Bado que el Evipán debe considerarse como mordiente de la antitoxina tetánica, lo mismo que la Avertina que empleamos, junto con el Prof. Prat en un enfermo de su Servicio del Hospital Pasteur. En este enfermo utilizamos las vías venosa, subcutánea e intramuscular y aún la rectal. El enfermo curó; pero no podemos asegurar que fuera esta última la vía eficaz, como creo no lo puede tampoco afirmar el Dr. Pravia para la raquídea en el suyo.

A pedido del Prof. Prat hemos realizado experiencias en cobayos para determinar el valor de la vía rectal, con resultados completamente negativos. De 6 cobayos tetanizados e inyectados por la vía rectal ninguno curó.

Quizás las condiciones de absorción de la mucosa rectal del hombre sean diferentes de las del cobayo y para determinar esto habría que experimentar directamente en el ser humano, lo que se podría hacer dosificando según el Prof. Berta el poder antitético del suero sanguíneo de sujetos sometidos a la acción del suero, por la vía rectal.

No nos hemos atrevido a someter a tales molestias a personas sanas o a los enfermos de nuestras salas atacados de otras enfermedades, pero consideramos que la vía rectal debe aun ser estudiada pues no conocemos exactamente su valor como vía de absorción para el suero antitetánico.

Dr. Vázquez Rolfi. — Con motivo del caso citado por el doctor Bado, al cual estamos tratando en colaboración he conversado

estos días con el Dr. Salveraglio que como Jefe de Clínica del Servicio de Infecto - contagiosos del Hospital Pasteur tiene indudablemente una experiencia mayor que nosotros, en materia de tétanos. Me ha informado que hasta ahora se han atendido en ese Servicio 18 casos de tétanos con 9 curaciones y 9 muertes. La terapéutica allí empleada es corrientemente la clásica, es decir, siguiendo las directrices de atacar precoz y masivamente; dan alrededor de 1 litro de suero, empleando las vías venosa, subcutánea e intramuscular. Nunca utilizan la raquídea a la cual no consideran eficaz y aún peligrosa por las consecuencias posibles cuando se inyecta una cantidad demasiado grande de suero no compensada con una extracción de líquido céfalo raquídeo, equivalente.

Emplean generalmente la anestesia general al éter o cloroforno, repitiéndola frecuentemente, aún varias veces al día, pero con la precaución de hacerlas cuando ya el organismo está impregnado con gran cantidad de suero antitetánico.

Dr. Loubejac. — Yo he tenido oportunidad de atender un caso de tétanos estrícnico y aunque parezca que salgo fuera de la cuestión lo traigo a colación para destacar el valor del Evipán como anestésico general de acción rápida y práctica ya que ese enfermo murió asfixiado en una prolongada convulsión, sin que yo pudiera hacer absolutamente nada. Creo que con una ampolla de Evipán y una jeringa de Pravaz a mano yo hubiera podido salvar ese enfermo.

Dr. Pravia. — Veo que todos Vds. son contrarios al empleo de la vía raquídea, siguiendo las nociones clásicas de su escaso valor de absorción que todos conocemos; pero en el estudio de estas vías y de la eficacia del suero inyectado por cada una de ellas, hay aun tantos puntos oscuros que no conviene tener una tan absoluta seguridad en las nociones clásicas, máxime si se tiene en cuenta que de tiempo en tiempo hechos incontrovertibles vienen a poner en duda la firmeza que se les atribuye.

Además los hechos están por encima de las doctrinas y deben tomarse como tales; en el nuestro lo exacto fué que el enfermo comenzó a mejorar evidentemente desde el momento que empleamos la vía raquídea.

En cuanto a la anestesia general al éter o al cloroformo, no me merece tanta simpatía como parece contar entre Vds. Cada uno opina según le ha ido en el asunto y yo tengo un recuerdo muy malo de ella; los 4 casos que conozco de muerte por tétanos habían sido tratados con el empleo de la anestesia general y en cambio los 4 casos de tétanos curados de que tengo conocimiento habían recibido suero por la vía raquídea.

Dr. Juan C. Pravia.—Ceibal 1705.—Montevideo.

•