

APORTACIONES AL TRATAMIENTO DE LA FIEBRE TIFOIDEA CON EL YODOBISMUTATO DE QUININA

B. PAREDES GÓMEZ

Guardamar

No nos mueve, al principiar a tratar este tema, pretender introducir un nuevo tratamiento, ya que muchos son los que se han aconsejado para la fiebre tifoidea, lo que hace poner en guardia a todo profesional, ya que cuando tantos se lo proponen es porque aun no se ha llegado a obtener ninguno específico; por eso cuando leímos por primero vez algo sobre el yodobismutato de quinina lo acogimos también con bastante recelo, pero al emplearlo (como hemos hecho con otros tantos fármacos), lo hacíamos con bastante cautela, para en todo caso poder liar velas y coger otros rumbos; pero a medida que transcurría el tiempo nos íbamos familiarizando más, en vista de los resultados obtenidos, hasta el extremo que hoy día no es que digamos que se haya llegado a la obtención o descubrimiento del tratamiento específico, pero sí podemos decir el mejor que disponemos en la actualidad; y como estamos convencidos que su eficacia es tanto mayor cuanto antes se principie a utilizarlo en la enfermedad, y las contraindicaciones son tan ínfimas, es por lo que pretendemos exponer a los demás compañeros un pequeño resumen de nuestra casuística, para hacer disipar todo recelo a lo nuevo, cuando se encuentren ante algún caso de fiebres tíficas o paratíficas, y puedan observar con satisfacción que el curso de la enfermedad transcurre sin ver al enfermo con el sopor tan característico, que la curva febril no suele ser tan elevada y que se acorta bastante el proceso.

Siendo la fiebre tifoidea una de las principales endemias padecidas en nuestro suelo patrio y sobre todo en las zonas agrícolas y rurales, en que por carencia unas veces y por ignorancia otras de los medios y conocimientos de higiene, son vertidos los excretas (sin haberles hecho sufrir una adecuada depuración), para su máximo aprovechamiento, en los trabajos agrícolas, siendo por lo tanto innumerables las contaminaciones, y de ahí el número tan crecido de casos tifoparatíficos.

Infinidad de tratamientos se han recomendado en todos los tiempos para la fiebre tifoidea; anti-sépticos generales, intestinales, antitérmicos, vacunas, sueros, proteínas, etc., por lo que nos sorprendió la interesante estadística publicada por CAMPS, en la *Revista Clínica Española*, de unos casos tratados con el yodobismutato de quinina, y por encontrarnos en una zona en que desgraciadamente por padecerla con carácter endémico, nos preocupaba de un modo extraordinario, nos decidimos a utilizar el yodobismutato de quinina, para poder compartir la satisfacción expresada por CAMPS.

Cuando se nos presentaba alguna ocasión de diagnóstico clínico y comprobado por el laboratorio, lo administramos por vía intramuscular, una

ampolla cada tres días, y rara vez se llegaba a necesitar una caja completa, siendo muchos los casos que con tres ampollas y hasta con dos fué lo suficiente para que la enfermedad finalizase, unas veces por crisis, las más por lisis, y como no he tenido ningún caso de intolerancia medicamentosa y al mismo tiempo hemos podido apreciar que su eficacia es tanto mayor cuanto antes se principie a utilizar, he tomado la resolución de administrarlo tan pronto diagnosticamos clínicamente un caso tifoparatífico, sin esperar los doce o quince días que corrientemente se precisan transcurran para que al hacer las aglutinaciones se aprecie la positividad, perdiendo con ello un tiempo precioso; además, no porque deje de aglutinar a cualquiera de las formas T. A. B., nos autorice a negar se trate de las enfermedades mencionadas, así como tampoco por haberlo administrado desde el primer día y al transcurrir el tiempo, vemos que la enfermedad se estaciona, debemos dejar de acudir al laboratorio, para que nos rectifique o ratifique el diagnóstico preestablecido para obrar en consecuencia.

Hemos podido observar en los casos tratados con el Yodobismutato de quinina, que ascienden a 34, inyectando por vía intramuscular una ampolla cada tres días, además de administrar pequeñas dosis de piramidón en los casos de hiperpirexia; en un 25 por 100 con dos o tres ampollas ha sido lo suficiente; en un 60 por 100 ha habido necesidad de utilizar cuatro o seis ampollas, y el 15 por 100 restante, no se ha influenciado la curva febril, siguiendo la enfermedad un curso crónico, pero en todos ellos, el sensorio despejado. Resulta que en la mayoría de estos casos, el tratamiento se principio ya bien avanzada la enfermedad; muchas veces por tratarse de gente despreocupada, no han recurrido al médico con la premura que es de desear; otras por encontrarnos en un ambiente palúdico, es frecuente ver enfermos por primera vez, que nos confiesan padecer fiebres diarias y por ir acompañadas de algún escalofrío, creyendo se tratase de paludismo, no habían recurrido antes al médico, dedicándose a tomar quinina por su cuenta y riesgo.

Expondremos tres casos que encajan en los tres grupos que previamente hemos establecido, para no hacerlo interminable.

C. R. Y., de 5 años de edad. Hace tres meses la atendimos de una bronquitis. Ahora vemos a la enfermita cuando lleva unos diez días, según nos relata la madre, con fiebre ligera, que han ido aumentando día tras día. Deposiciones muy fétidas y por creer se trataba de un empacho gástrico, le han administrado dos purgantes; pero como la fiebre no cede la traen al médico. A la exploración: lengua saburral y seca, gorgoteo en fosa iliaca derecha, temperatura, 39,5°.

Mandamos hacer una aglutinación del suero sanguíneo, y resulta positiva al bacilo de Eberth al 1/300. Tratamiento: Yodismut, una ampolla cada tres días. Eberth-Om, una ampolla diaria por ingesta y piramidón para los periodos hiperpireticos. A los cinco días de principiar el tratamiento se quedó apirética, no volviendo a aparecer ninguna elevación febril, habiendo necesitado por consiguiente, sólo dos ampollas de Yodismut.

R. G. G., de 38 años de edad. Antecedentes hereditarios y personales, sin importancia. En la casa había una hija con tifoidea, ya unos 25 días. Se les mandó vacunar a todos los de la casa con vacuna T. A. B. preventiva desde el principio, y por

miedo a la reacción febril (pues tenía que atender a su hija), solicitó se le administrase la vacuna por vía oral.

A consecuencia de un enfriamiento recibido, se sintió indispuesta, le tomaron la temperatura llegando a 39.5°. Toma una aspirina y la temperatura en vez de decrecer asciende; al verla nosotros al día siguiente, al hacerle el interrogatorio, se pudo apreciar, además de una fuerte cefalea, una punta de costado.

A la exploración: 40° de temperatura, macidez en hemitórax izquierdo. A la auscultación, se le aprecia un típico y característico soplo tubárico en el sitio del dolor, con todo el cortejo sintomático, por lo que la diagnosticamos de neumonía y principiámos el tratamiento con Dagenan, 12 comprimidos al día, un balsámico con quinina por vía parenteral y revulsivos. En vista de que en el transcurso de los días, sólo se apreciaban descensos de temperatura matutinos, de medio grado y elevaciones verpertinas de medio a un grado, sin variación alguna del cuadro, reforzamos el tratamiento sulfamídico, administrándole además del Dagenan por vía oral. Sulfatiazol endovenoso, un gramo diario y suero antineumocócico. Como permaneciera el cuadro estacionado durante dos días más, suprimimos sulfamidas y administramos Glucoetanol y Solvochin y como a los ocho días, aunque desaparecida la localización pulmonar, la temperatura siguiera lo mismo y apreciásemos en pilar anterior izquierdo del velo del paladar, una angina de Duguet, dispusimos se hiciera una aglutinación en sangre de la enferma, resultando positiva al 1/600 al bacilo de Eberth y negativo para los paratíficos A y B, así como también para bacilos coli y micrococcus *melitensis*. También se le hizo un recuento globular dando 4.100.000 por mm. c. de hematíes y 14.800 por mm. c. de leucocitos.

En vista de lo cual, instituímos nuevo tratamiento con Yodismut (por el procedimiento ya expresado) Myokombin, Cebión y Cortirón como coadyuvantes ya que el caso lo requería, principiando la lisis desde la segunda ampolla de Yodismut y al llegar a la cuarta, permanecía apirética la mayor parte del día, sólo apreciándose por las tardes, ligeras elevaciones febriles, y terminando el tratamiento a la quinta ampolla, durando la enfermedad 25 días.

R. B. G., de 14 años. Antecedentes hereditarios y personales sin importancia. Principia a notarse con fiebres, que atribuyendo al paludismo la tratan en su casa con quinina y en vista que la fiebre no cede, a los 14 días recurren al médico. Al verla nos encontramos al hacerla la exploración, nada en aparato respiratorio y circulatorio; lengua saburral amarillenta, bazuqueo en fosa iliaca derecha, temperaturas altas y sostenidas. Disponemos se haga una aglutinación, resultando positiva al bacilo de Eberth al 1/400 y negativa a los demás. Se inicia el tratamiento con Yodismut, piramidon en los períodos hiperpiréticos. Como se observase una cierta tendencia a las epistaxis, le administramos Cebión, ampollas de 2 c. c. diarias. Se le administró una caja de Yodismut o sea seis ampollas y la fiebre siguió estacionada con sus ligeras oscilaciones, por lo que no insistimos nuevamente con más.

A los 30 días de estar tratándola y a pesar de administrarle una ampolla diaria de Cebión, tuvo una enterorragia abundantísima, seguida de lipotimias, llegándose a temer un desenlace fatal, pues se juntaban las tensiones máxima y mínima, pudiendo conseguir se aumentase el caudal hídrico y con ello, hacer que se fuesen disipando todos los recelos; a los 10 días, la enferma pudo ya abandonar el lecho, durando por lo tanto unos 40 días, desde que principiámos a verla y unos 55, desde que principió la fiebre, pero durante todo el tiempo, permaneció con el sensorio completamente despejado.

Por consiguiente, todo lo que tenemos que decir del Yodobismutato de quinina es:

1.° Que no hemos visto ni un solo caso de complicaciones, que se puedan atribuir a contraindicación medicamentosa, a pesar de haberla utilizado en niños de cuatro años.

2.° Acorta de un modo extraordinario el curso de la enfermedad.

3.° En los casos que no ha influenciado en cuanto a duración, no obstante el enfermo no ha presentado el estupor tan característico.

4.° Mientras no se llegue a la obtención de una medicación específica, aconsejamos a los demás compañeros, lo administren tan pronto como lleguen a diagnosticar clínicamente la enfermedad, sin esperar a que el laboratorio nos solucione las dudas, ya que se pierde un tiempo precioso, teniendo en cuenta que es una medicación inocua y a tiempo a toda hora de rectificar si el laboratorio nos demostrase lo contrario.

5.° Que es una medicación, tanto más eficaz cuanto antes se la utilice.

SÍNDROME INFILTRATIVO FUGAZ Y HEMOPTOICO, OCASIONADO POR LA PENETRACIÓN EN VÍAS AÉREAS, DE GUSANOS ANÉLIDOS

L. SAGAZ

Director del Sanatorio Nacional Antituberculoso de Jaén

Los síndromes pulmonares pseudotuberculosos, han dado origen a numerosas publicaciones que estudian y discriminan los diversos síntomas en el aspecto del diagnóstico diferencial. Entre éstos, suelen valorarse preferentemente el síndrome radiológico y el hemoptoico, ya que de ellos muchas veces se deduce la orientación y el error diagnóstico.

Los casos que a continuación se estudian, tienen como síndromes basales, estos dos citados. En ellos, se daban imágenes radiológicas pseudolesionales y aparecen acompañadas del síndrome hemoptoico.

El interés principal, no radica en este último síndrome, ya que sería una mera repetición a apén-dice, lo que pudiéramos decir respecto a ello; siendo tema bien apurado por todas las publicaciones surgidas sobre él.

Más interés tiene el aspecto que se refiere a la producción de imágenes radiológicas similares a las descritas como infiltrados fugaces con o sin eosinofilia. Tema que también ha sido objeto de importantes publicaciones a las que pretendemos sumar esta modesta aportación.

Expondremos en primer lugar los dos casos clínicos y haremos a continuación las sugerencias oportunas.

CASO 1.º. — Enfermo M. M. M., de 38 años, natural de A. (provincia de Jaén). Casado, de profesión agricultor. Su posición social es suficiente y su género de vida, higiénico.

Antecedentes familiares. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Durante la guerra, malas condiciones de vida; una neuritis del ciático; algunas bronquitis. En los últimos años ha estado bien, realizando su trabajo de modo normal e intenso.

Enfermedad actual. — Comienzo brusco en forma de hemoptisis persistente, acompañada de dolor de costado derecho, malestar y fiebre no elevada, cefalea, etc.

La hemoptisis era, como se señala, persistente, del tipo de la bocanada pequeña y otras veces esputo solamente. No obedecía a ninguna medicación.

Sintomatología subjetiva. — En aparato respiratorio: tos