

# TRATAMIENTO DE LA FIEBRE RECURRENTE ESPAÑOLA POR LA PENICILINA

A. J. ESPINOSA

Alora (Málaga).

Hasta el momento actual no está resuelto el tratamiento de la fiebre recurrente española, enfermedad que con gran frecuencia da lugar a complicaciones de carácter grave, que ponen en peligro la vida de los enfermos que la padecen.

El encontrar un medicamento que evite estas complicaciones y que sea más eficaz que los hasta ahora conocidos, lo consideramos de importancia.

Nosotros, en la fiebre recurrente española, habíamos empleado neo a la dosis de 0,60 y 0,45 gramos, que con gran frecuencia daba lugar a síntomas de intolerancia, vómitos, elevación de la temperatura, aumento de los mareos y de la cefalalgia; y en otros casos no ejercía acción alguna sobre el cuadro clínico, siendo grande el número de recidivas.

Estos resultados obtenidos por nosotros con los arsenicales, no concuerdan con los publicados por IVERSEN (92 por 100 de curaciones) en la fiebre recurrente europea, a causa quizá de una mayor resistencia del espirilo de Sadi de Buen a los arsenicales; iguales resultados obtuvimos con el empleo de arsenóxidos.

El empleo de arsenicales por vía intramuscular aumenta el número de fracasos, ocurriendo lo mismo por vía oral.

Los compuestos de oro no ejercen ni el más mínimo efecto beneficioso. No hemos obtenido con ellos la curación ni de un solo enfermo.

El empleo de sulfotiazoles, recomendado por algunos clínicos, no sólo lo consideramos ineficaz, sino formalmente contraindicado, pues hemos observado con su uso el empeoramiento del enfermo y la acentuación de toda la sintomatología neurológica.

Respecto a la terapéutica por sueros de convalecientes, no tenemos experiencia de ella, ya que el empleo de dicho suero en la clínica diaria ofrece dificultades insuperables.

En este estado la terapéutica de la fiebre recurrente española, no muy brillante por cierto, publicó un interesante trabajo el Prof. ANDREU URRÁ, en el cual hace el comentario de un caso de meningoencefalitis recurrencial curado con penicilina, caso que nos llamó la atención, no sólo por ser dicho autor el primero que trata la fiebre recurrente española con penicilina, sino por el resultado tan brillante obtenido en tan grave complicación.

En varios casos que por su gravedad y por haber fracasado de manera rotunda el empleo de los arsenicales, cosas que lo justifica, nos decidimos a usar la penicilina, con los resultados que exponemos a continuación.

A. J. C., albañil. Viene de Herrera (Sevilla), en donde ha estado trabajando. Fué picado por chinchorros. Ha

sido diagnosticado de fiebre recurrente española, inyectándole al tercer día una ampolla de neo de 0,60, que le originó vómito e intenso dolor de cabeza, desapareciendo la fiebre alta, pero continuando una febrícula y la cefalalgia, acompañada de mareos. Mal estado general. A los nueve días sube de nuevo la fiebre, viniendo entonces por la consulta. Pulso rápido y blando, 39,5° de temperatura; dice que "no puede resistir el dolor de cabeza".

En las preparaciones teñidas por el Giemsa, se observan espirilos.

Le proponemos una nueva inyección de neo, a lo que se niega el enfermo y los familiares, en vista de lo cual le aconsejamos penicilina, 20.000 unidades cada tres horas. A partir de la segunda inyección mejora mucho la cefalalgia y los mareos.

Nos dice el enfermo "que está curado"; continuamos inyectándole penicilina hasta un total de 500.000 unidades, quedando el enfermo curado, sin que se presente recidiva.

C. F. L., de Gobantes (Málaga). Treinta y cinco años, ganadero. Le han picado chinchorros. Es visto por nosotros al tercer día de fiebre, con la sintomatología clásica (cefalalgia, mareos, estreñimiento, quebrantamiento general, fiebre de 39°).

En las preparaciones teñidas por el Giemsa se observan espirilos.

Le recomendamos neo, 0,60 gr., que no modifica el curso de la fiebre, pero que aumenta la cefalalgia, que llega a ser irresistible; se observan signos claros de meningismo, que nos hacen pensar en la posible aparición de una meningoencefalitis.

Ante este cuadro verdaderamente grave, le recomendamos penicilina, 25.000 unidades cada tres horas. Al día siguiente ha desaparecido de manera teatral la cefalalgia y el meningismo. A las cuarenta y ocho horas está sin fiebre. Se inyectaron en total 400.000 unidades de penicilina. No se ha presentado recidiva.

R. C. S., de treinta años. Peñarrubia (Málaga). Trabaja en un cortijo. Antecedente de picadura de chinchorros.

Es visto por nosotros al tercer día de fiebre. Zumbido de oídos. Se queja de fuerte dolor de cabeza, insomnios. Le sienta mal lo que come, gastralgia, estreñimiento.

En las preparaciones se observan espirilos.

Le recomiendo neo, 0,60 gr. A los diez días viene por la consulta. Le ha disminuido la fiebre, pero continúa desde entonces con 37,5 a 38°, falta de apetito, mareos, dolor de cabeza y sensación de tirantez en las piernas; mal estado general.

Ante la resistencia por parte del enfermo a repetir una nueva dosis de neo, porque la anterior le produjo muchos trastornos, le recomendamos penicilina, 25.000 unidades cada tres horas. Dice el enfermo "que a la tercera inyección comenzó a notar la mejoría", desapareciendo la cefalalgia y quedando sin fiebre, continuando así hasta el final del tratamiento. Se le inyectaron 400.000 unidades de penicilina. No se ha presentado recidiva.

J. P. R., doce años. Bobadilla (Málaga). Niega picaduras de chinchorros. Fiebre hace tres días. Dolor de cabeza. Vómitos constantes (vomita todo lo que come), que tienen alarmados a sus familiares. Dolor en piernas y espalda. En las preparaciones se observan espirilos. Le recomendamos penicilina, 20.000 unidades cada tres horas. A las veinticuatro horas está sin fiebre, habiendo desaparecido toda la sintomatología. Se puso en total 200.000 unidades. No ha presentado recidiva.

No intentamos, a la vista de estos brillantes resultados obtenidos en la clínica humana, comentar las observaciones de los investigadores en las infecciones experimentales (AGUSTINE y colaboradores, etc.), y en nuestro país, KROO y ORBANEJA, cuyos resultados, a primera vista, parece que no abogan en favor del empleo de

la penicilina en la infección humana, aunque posteriormente aclaran que se refieren en sus conclusiones únicamente al "mecanismo de acción", no teniendo su trabajo nada que ver con resultados terapéuticos.

En cuanto a la acción de la penicilina, y dejando sentado como base su indudable eficacia en la fiebre recurrente española, donde primero se hacen sentir sus efectos beneficiosos es sobre los síntomas neurológicos, cosa de gran importancia terapéutica, puesto que su empleo precoz impediría la aparición de las temidas complicaciones del sistema nervioso central, que con tanta frecuencia se presenta en la fiebre recurrente española a causa del neurotropismo de su agente productor, sobre lo cual se han ocupado en distintas publicaciones ANDREU URRA y DÍAZ FERRÓN.

## CONCLUSIONES.

1.° Nuestras observaciones demuestran la extraordinaria eficacia de la penicilina en la fiebre recurrente española.

2.° Su empleo sistemático impediría la aparición de las temidas complicaciones del sistema nervioso central.

3.° Son suficiente dosis pequeñas (400.000 a 500.000 unidades) para obtener la curación sin recidiva.

## BIBLIOGRAFIA

- ANDREU URRA.—*Bol. Inst. de Patol. Med.*, 1, 12, 238, 1946.  
 IVERSEN.—Cit. por HEELER y NAUCK en el tratado de Medicina Interna de Bergman-Stachelin, Tomo I.  
 ANDREU URRA.—*Actualidad Médica*, 182, 1940.  
 KROO y ORBANEJA.—*Rev. Clin. Esp.*, 20, 408, 1946.  
 DÍAZ FERRÓN.—*Rev. Clin. Esp.*, 20, 283, 1946.  
 KROO y ORBANEJA.—*B. Inst. de Patol. Med.*, 2, 6, 127, 1947.

# RESUMEN TERAPEUTICO DE ACTUALIDAD

## ILEO PARALITICO, SU PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

L. ESTEBAN MÚGICA

B. ESTEBAN MÚGICA

Prof. Auxiliar de la Cátedra de Patología Quirúrgica del Dr. CARDENAL.

Médico.

Servicio del Prof. L. CARDENAL.

En la literatura nacional recientemente revisada por nosotros, hemos encontrado en diversos trabajos, que se trata del íleo paralítico junto con otros síndromes que producen obstrucción intestinal, y que casi siempre se expone de una manera incompleta, por lo que hemos creído de utilidad hacer una revisión y puesta al día de los diversos problemas que plantea en la clínica diaria el íleo paralítico, ya que su presentación es relativamente frecuente en los cursos postoperatorios en su forma de íleo paralítico temporal o incompleto, dando lugar en muchas ocasiones a alarmas injustificadas del cirujano por falsas interpretaciones diagnósticas, al pensar en la existencia de complicaciones postoperatorias de otra índole, originándose otras veces errores en su tratamiento, que facilitan su transformación en un íleo paralítico irreversible. En el íleo paralítico irreversible es asimismo muy importante tener seguridad en el proceder terapéutico, existiendo en la literatura ideas confusas sobre el empleo de los diversos medicamentos y procedimientos, fundamentalmente en los distintos períodos del íleo paralítico, en que un tratamiento apropiado puede deshacer la irreversibilidad o detener ésta en su camino.

El intentar poner en claro estos problemas será el objeto de nuestro trabajo, para lo cual procuraremos hacer un estudio previo sobre su etiología, fisiología, fisiofarmacología, anatomía patológica y patogenia, para poder comprender mejor su profilaxis y tratamiento.

El íleo paralítico es un síndrome gastrointestinal, caracterizado por distensión del abdomen, dolor de vientre y estreñimiento, que sigue ordinariamente a muchas operaciones del abdomen, y a veces se presenta también después de operaciones en distintas partes del cuerpo. La mayor parte de las veces se presenta como un disturbio temporal de la función motora del intestino, pero puede adquirir un carácter grave, en el cual el enfermo está muy afectado; si presentan vómitos incoercibles, y con una falta absoluta de expulsión de gases y heces, constituyéndose entonces el íleo paralítico totalmente desarrollado.

Para el estudio de su etiología, podemos distinguir fundamentalmente tres orígenes: 1.° Íleo paralítico verdadero o idiopático. 2.° Íleo paralítico por enfermedades médicas. 3.° Íleo paralítico por enfermedades quirúrgicas.

1.° El íleo paralítico verdadero o idiopático puede ser originado por una sobreexcitación del simpático, como resultado de estimular éste, o después de un reflejo de inhibición. La estimulación es seguramente la causa más frecuente del íleo paralítico, como puede suceder en los casos de formación de hematomas retroperitoneales. Como resultado de inhibición de los movimientos intestinales, puede ser debido a un pequeño golpe en el abdomen, o por irritación