

## NOTAS

sobre algunos casos de fiebre remitente no pertenecientes al paludismo.

Por el doctor E. GUERRERO P. (de Cartagena).

(Estudio presentado al tercer Congreso Médico de Colombia).

Al mismo tiempo que la fiebre remitente de origen palúdico, hemos podido observar en nuestro radio de acción algunos casos de pirexia remitente, cuyo origen no nos parece que sea el paludismo.

Según hemos podido verificarlo, el hematozoario no existe en algunos individuos que presentan el síndrome de fiebre remitente.

Por otra parte, dicha fiebre presenta en numerosos casos una resistencia tal a la quinina que a veces nos hemos preguntado si verdaderamente lo administrado era quinina, o bien si las dosis eran suficientes, o también si estas dosis eran o nó absorbidas.

Deseando obviar todos estos inconvenientes administrámos la quinina por la vía intramuscular o intravenosa y a dosis máximas. Los casos en que la quinina ha sido ineficaz contrastan con aquellos en que los resultados son completamente satisfactorios, casos en que la quinina es nuestra verdadera arma contra el paludismo.

Guiados por estas consideraciones nos permitimos señalar a vuestra atención los casos en que el síndrome remitencia febril produce una

infección de origen desconocido, en que no es posible poner en evidencia la causa eficiente.

Hemos llevado a cabo todas las averiguaciones clínicas completadas por el laboratorio que hemos podido practicar. Nos han hecho falta sin embargo muchos elementos de laboratorio de que aún no disponemos, y por esto no pudimos practicar ni una hemocultura, ni una suerorreacción, por ejemplo.

Suplicamos, pues, no se vea en estas cortas notas sino el deseo de llamar la atención de mis honorables colegas hacia un síndrome ante el cual permanecemos perplejos en muchas ocasiones.

Aunque sea temerario concluir en pro o en contra de un agente infeccioso determinado, creemos que pueda eliminarse el elemento palúdico en los casos que citamos, por las razones enunciadas anteriormente, y considerar las infecciones latentes agudas, algunas de las cuales podríamos referir a una fimatosis generalizada, más o menos atenuada, o a una dotinenteritis.

Sería largo enumerar las muchas observaciones en que un tratamiento quínico no ha dado resultado satisfactorio y en que el examen hematológico respecto al hematozoario no ha sido positivo. Por esto hemos limitado nuestro estudio a algunos de aquellos casos en que el síndrome remitencia febril se presentó, por decirlo así, puro sin ningún factor de perniciosidad y en que la larga duración de la pirexia permitió apreciar la remitencia.

Las tres observaciones que siguen, bastante resumidas, darán mejor cuenta de la idea que tratamos de exponer.

## OBSERVACIÓN I

(Junio, julio y agosto de 1916).

*I. López*—Veinticuatro años.

Antecedentes hereditarios: nulos.

Antecedentes personales: tiene una uretritis gonocócica; esta enferma afirma no haber tenido ninguna otra enfermedad.

El 10 de junio de 1917, sin presentar ni calofrío ni cefalea verdadera, sino simple pesadez de la cabeza, la temperatura se eleva a 39.5.

Cuando cinco días después lo vemos por primera vez, encontramos temperatura rectal de 40° y postración bastante marcada.

El examen de las vísceras no nos revela nada de particular, salvo cierta debilidad del miocardio, que se traduce al esfigmomanómetro por una tensión mínima de 55 centímetros cúbicos.

Examen hematológico:

Sangre fresca; ausencia del retículo fibrinoso.

Glóbulos rojos: normales.

Hematozooario: 0, a pesar de repetidos exámenes.

Espirilo de Obermeyer: ausente.

Orinas: normales.

La temperatura permanece estacionaria en 39° durante quince días; remisión de 1° en la mañana.

Al vigésimo día después de haber bajado a 37° (creemos que bajo la influencia de los baños completamente fríos y prolongados) la fiebre, sube de nuevo no sólo hasta 39.5° sino hasta 40°.

El enfermo se quejó entonces de tensión del abdomen, el bazo se hipertrofió y se puso doloroso. A pesar de la alta temperatura y del estado de postración el pulso se modificaba apenas en cuanto a la frecuencia, pero sí existía un dirotismo bastante pronunciado.

El examen de la sangre el trigésimoquinto día no nos reveló tampoco la presencia del hematozoario.

La fiebre continuó con una serie de oscilaciones de  $39^{\circ}$  o  $40$  a  $37.5^{\circ}$  y  $38^{\circ}$  durante cuarenta y cinco días más. Y a pesar de que no veíamos ningún síntoma (sino la tenacidad de la pirexia) que pudiera alarmarnos, temíamos una terminación fatal.

Al fin el 25 de agosto de de 1917, después de haber puesto en práctica sucesivamente cuantos medios terapéuticos estuvieron a nuestro alcance, la fiebre cedió completamente. Después de una apirexia de veinte días dimos de alta a López.

Tratamiento: durante los primeros días el enfermo había tomado repetidos purgantes salinos y hasta dos gramos de quinina por su cuenta. Personalmente instituímos la hidroterapia intensiva y una poción con adrenalina, a fin de levantar un tanto la tensión arterial. La ausencia de hematozoario nos indujo a reemplazar la quinina por los *fermentos metálicos*. Estos, después de una reacción violenta, hacían bajar la temperatura de 1 o 2 grados, pero sin que este descenso persistiera más de dos o tres horas. Un día la temperatura bajó a  $36^{\circ}$ ; creímos que había llegado el momento de la defervescencia, gracias a la acción

del *fermento metálico*. Pero nos engañámos; al siguiente día nuevo ascenso a  $39.5^{\circ}$ , y así de los siguientes.

La hipertrofia del bazo nos indujo a insistir sobre la busca del hematozooario. Y aunque esta fue negativa, empezámos entonces una serie de inyecciones crecientes de formato de quinina durante veinte días, sin obtener sino ligeras modificaciones de la temperatura y una depresión profunda del enfermo.

Desalentados suspendimos toda medicación específica; procurámos alimentar al enfermo por todos los medios posibles.

Debemos añadir que treinta días después del principio de la enfermedad el paciente, que hasta entonces se contentaba con ingerir jugos de frutas, principió a tomar alimentos más sustanciosos, hasta el día cuadragésimoquinto, en que a pesar de un  $39.5$  en la tarde nuestro enfermo tomaba todos los alimentos sólidos que le presentaban.

Durante todo el curso de la enfermedad hubo constipación pertinaz que combatimos a menudo por los medios ordinarios.

López logró reponerse completamente, y hoy no conserva rastro alguno de la enfermedad pasada.

#### OBSERVACIÓN II

*B. Maldonado*, niña de doce años (hija de padres aparentemente sanos). Cuando la vimos por primera vez hacía quince días poco más o menos que tenía fiebre ( $38^{\circ}$ ,  $39^{\circ}$ ).

Según cuentan los padres, esta enferma no ha gozado de salud completa a partir de los sie-

te años. En sus antecedentes encontramos: bronquitis repetidas, diarreas persistentes, inapetencia constante e insomnios frecuentes.

Al examen clínico notamos lo siguiente: enflaquecimiento, palidez, amígdalas hipertrofiadas, macropoliadenopatía.

Pulmones: vértices al parecer sanos.

Bases: estertores diseminados. Miocardio, indemne.

El hígado y sobre todo el bazo están hipertrofiados.

Orinas: disminución del porcentaje de urea.

Examen hematológico, 4.000,000 de glóbulos rojos.

Cromometría, 85°.

Leucocitos, normales.

Hematozoarios, 0.

Espirilo de Obermeyer, 0.

Examen coprológico. Hemorragia histológica.

En los días que siguen, la temperatura se mantiene entre 39° y 40° (en la tarde), con remisiones matinales de uno o dos grados.

La elevación de temperatura se acompañaba en muchas ocasiones de cianosis persistente de las extremidades, que alarmaba mucho a la familia.

Los diferentes antitérmicos no ejercían acción alguna sobre la fiebre. Debemos añadir que los administrámos muy poco.

La hidroterapia solamente procura una sedación de uno o dos grados pero de duración fugaz, media hora a lo sumo.

Durante los períodos de elevación térmica

nunca observámos ni delirio, ni ansiedad ni aun cefalea.

Durante cincuenta y seis días la temperatura se mantiene en  $39^{\circ}$  o  $39.5^{\circ}$  con las remisiones señaladas, a pesar de las repetidas dosis de quinina por las diferentes vías.

No fuesino al septuagésimo día de observación cuando la temperatura dejó de subir en la tarde a  $39^{\circ}$  y llegó solamente a  $38^{\circ}$ . Al fin después de oscilaciones entre  $36$  y  $38^{\circ}$ , la temperatura se estacionó en  $36\frac{1}{2}^{\circ}$  hasta el día en que no volvimos a visitar la enferma.

Durante las exacerbaciones de temperatura el pulso se mantiene en 108 o 110, lo que nos hace augurar bien respecto a la terminación de la pirexia.

Tratamiento: 1<sup>o</sup>, hidroterapia, que no dejamos de practicar metódicamente desde el primer día.

2<sup>o</sup> Inyecciones intramusculares de clorhidrosulfato de quinina a la dosis diaria de 0.25 gramos, 0.50 gramos, o de 0.75 gramos; pero, lo repetimos, este medicamento no nos pareció modificar en nada la marcha de la enfermedad.

Además, al ver el estado general bastante satisfactorio de nuestra paciente y sus deseos de alimentarse, prescribimos carnes blancas, que de cuando en cuando reemplazábamos por carnes rojas. Al mismo tiempo ordenámos una medicación exclusivamente tónica.

Se repuso lentamente ; hace pocas semanas tuvimos ocasión de verla nuevamente: la temperatura no ha vuelto, pero los estertores de las bases pulmonares persisten aún.

## OBSERVACIÓN III

(Septiembre 15 de 1917).

*O. Alzamora*, de cinco meses (procedente de San Bernardo, Sinú). La madre ha tenido tres niños más, todos han muerto entre dos y seis meses, respectivamente, y dos abortos de tres meses ambos.

*O. A.* es un niño robusto, pesa 6,000 gramos.

El examen clínico revela:

1º El bazo aumentado de volumen.

2º El hígado no sobrepasa el reborde costal sino en 2 centímetros.

3º Abdomen algo meteorizado; la constipación según nos confiesa la madre es pertinaz.

4º Los pulmones y el corazón parecen indemnes.

La temperatura el primer día de observación llega a 39º.

El examen hematológico *no revela* la presencia de hematozoarios.

Aunque este resultado negativo nos autorice a eliminar el paludismo, el síntoma fiebre nos incita a pensar en él a pesar de los antecedentes maternos, y hacemos una inyección intramuscular de 0.25 gramos de formiato de quinina, a las diez de la mañana, que repetimos el mismo día a las seis de la tarde al observar que la temperatura se mantiene en 39º.

Desde este día la temperatura oscila entre 38º y 39½º a pesar de repetidas dosis de formiato de quinina, al que unimos la hidroterapia.

Hacia el décimoquinto día de observación el niño presentó un poco de rigidez de la nuca, la



constipación persistía, no obstante los repetidos laxantes, y aparecieron algunos estertores en las bases pulmonares.

Una punción lumbar practicada el décimo-sexto día de observación nos suministró un líquido cefalorraquídeo claro, en que pudimos poner de relieve una nubecilla de albúmina por medio del ácido tricloracético. El examen citológico nos mostró la presencia de algunos linfocitos.

Cansados de administrar la quinina sin obtener resultado favorable, instituímos entonces un tratamiento mercurial, que al principio pareció dar algún resultado, pues la temperatura, que durante la administración de la quinina descendía a  $37.5^{\circ}$  en la mañana para subir en la tarde a  $39^{\circ}$ , no llegaba sino a  $37.5^{\circ}$  a las seis de la tarde durante la administración diaria de 5 miligramos de biyoduro de Hg. Pero esta mejoría sólo duró diez días; después de éstos la rigidez de la nuca, que había cedido notablemente, se acentuó de nuevo, la fiebre volvió a subir a  $39^{\circ}$  y la constipación se hizo cada vez más pertinaz.

Cuarenta días después de haber visto este paciente por primera vez, murió sin haber presentado más síntomas que los que hemos señalado y habiendo marcado el termómetro pocos momentos antes de la muerte  $39\frac{1}{2}^{\circ}$ .

Debemos hacer notar que durante toda la enfermedad el niño tomó siempre el seno, y su peso no disminuyó sino en unos 20 gramos.

*Resumen*—Según hemos podido comprobarlo hasta donde nos ha sido posible, en muchos casos el síndrome fiebre remitente no pertenece al paludismo exclusivamente. Esta comprobación

nos parece haberla establecido por el resultado negativo del examen de la sangre respecto al hematozoario, y por la resistencia al tratamiento quínico que presenta en muchos casos el síndrome que nos ocupa.

Si es posible que el paludismo sea eliminado, creemos, basándonos en algunas observaciones, que puede tratarse de una infección latente aguda, cuya causa sea la fimatosis generalizada, la dotinenteria o también el treponema pallidum.

Estas observaciones, lo confesamos, carecen de un elemento primordial de diagnóstico, la serología, sin la cual mal podremos emitir una opinión definitiva.

Suplicamos pues se consideren estas notas ante todo clínicas como preliminares de observaciones ulteriores que mejores elementos de laboratorio nos permitan hacer completas.