

FORMAS CLÍNICAS DEL TIFO EXANTEMÁTICO EN VENEZUELA*

Por el Dr. L. BRICEÑO-IRAGORRY

Del Laboratorio de Epidemiología, Instituto de Higiene

No hay conocimiento de la existencia del tifo exantemático para la época colonial en Venezuela. Sólo a fines del siglo pasado, marzo de 1896, F. A. Rísquez presenta al Colegio de Médicos de Venezuela un caso de Tifo Exantemático. Esta ausencia de literatura al respecto, nos habla ya de su no existencia o más bien, que las formas clínicas han sido benignas para no ser motivo de la atención de médicos y profanos.

Con la descripción de Rísquez se hizo sólo llamar la atención sobre la existencia de una pirexia en la región montañosa al sur de Guarenas, Edo. Miranda, conocida con el nombre de "Fiebre de Guacarapa". Su existencia quedó en olvido; sólo posteriormente los doctores García y Alfonso Blanco se ocupan de ella, pero ambos coincidiendo en decir que la referida fiebre tenía tendencia a desaparecer; en cinco años uno de ellos no observó un solo caso.

En 1938 Rísquez hijo, Figarella y Van Praag hacen la primera comunicación sobre tifo exantemático en El Callao, Edo. Bolívar. Siguen las de Figarella y Archila en 1939 para Ciudad Bolívar, Rísquez y Pietri para Guasipati, Briceño Iragorry en 1940 para la región de Caracas y la de Arreaza, y Van Praag para Valencia en 1941. Con la publicación de estos últimos trabajos se confirmó la existencia del tifo exantemático en Venezuela, siendo la reacción de Weil-Felix, el criterio biológico en que se han fundamentado. En 1940 Briceño Iragorry publica los resultados de 500 reacciones de Weil-Felix en las ratas de la región caraqueña, con un 62% de positividad. Como consecuencia de estos trabajos, y por el hecho de haberse repartido el antígeno O X 19 preparado por el Laboratorio de Epidemiología, el diagnóstico de esta dolencia se extendió a muchos otros lugares de la República.

Las formas clínicas del tifo en Venezuela, puédense reducir a dos tipos conocidos. El primero corresponde a la llamada fiebre de Guacarapa, que aunque no confirmada por pruebas experimentales según parece, en épocas anteriores se presentaba bajo formas epidémicas con elevada mortalidad, siendo sus características: principio brusco, manchas de

* Presentado en la XI Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en Río de Janeiro en septiembre de 1942.

color rojo oscuro apareciendo al 5° día, fiebre alta, disfgia marcada, y ligero catarro bronquial con duración de dos semanas. Francisco García la considera idéntica a la fiebre de las Montañas Rocallosas de los Estados Unidos, por su parecido clínico y alta mortalidad.

Se ha observado que los meses de otoño e invierno, época de la recolecta del café, son los propicios para su aparición. Como ya lo hemos dicho, esta pirexia ha desaparecido casi totalmente, por lo menos en su forma grave. No se tiene conocimiento de nuevos brotes en los últimos años; en el recorrido que hiciéramos en 1940, por esas regiones, el interrogatorio fué negativo. Es posible que un estudio detenido de la región precise su existencia y naturaleza, siendo muy factible que se trate de una forma local, transmitida por garrapatas.

La forma clínica correspondiente a la descrita en otras localidades, es como ya lo hemos dicho, la conocida como benigna, endémica, de tipo murino. En efecto, con excepción de algunos casos observados en Guasipati, Edo. Bolívar, donde se impone un mejor estudio para aclarar la existencia o no de otras formas, el tifo exantemático se presenta entre nosotros, con las características de benignidad, principio insidioso, erupción discreta de tipo maculoso, sin trastornos generales graves, no hay estupor, sí insomnio, raquialgia y fotofobia, con evolución de quince días por término medio, y mortalidad nula.

Con el fin de demostrar la naturaleza murina de nuestro tifo, emprendimos un trabajo para determinar la presencia de rickettsias, ya en los casos humanos como en los reservorios, ratas.

Sólo hicimos pocas inoculaciones de sangre de enfermos, pues los casos disminuyeron notablemente para la región de Caracas en 1941, y los pocos que hiciéramos, fueron todos negativos.

Se inocularon 135 cerebros de ratas de diferentes zonas de la capital, a 24 acures, (3 cc de una emulsión de 6 cerebros, por acure) por vía intraperitoneal. De estas inoculaciones, 21 fueron completamente negativas, en sólo 3 púdose observar fenómenos sospechosos.

Estas observaciones son incompletas, pero creemos que el hecho de observar el fenómeno de Moosser y gérmenes del tipo rickettsia, nos apoyan para creer en la existencia del virus murino en las ratas de la ciudad de Caracas. Es de advertir que en ninguno de los casos sospechosos se observó *Sp. morsus muris*.

Resumen.—El tifo exantemático en Venezuela reviste una forma clínica conocida, la del tipo murino o endémica, y una otra no muy bien estudiada, fiebre de Guacarapa, de naturaleza probablemente semejante a la fiebre de las Montañas Rocallosas. La naturaleza murina de nuestro tifo ha sido demostrada, por la reacción de Weil-Félix en el suero de los enfermos, así como en las ratas de la región de Caracas, y por experiencias, no completas, de aislamiento de la rickettsia en cerebros de ratas.

CLINICAL FORMS OF EXANTHEMATIC TYPHUS IN VENEZUELA

Summary.—The first mention of exanthematic typhus in Venezuela was in March of 1896. Then in 1938, 1939, 1940, and 1941 studies of the disease were made by several doctors and cases were reported in various localities. The diagnoses in these cases were confirmed by the Weil-Felix reaction. The clinical forms of typhus in Venezuela may be reduced to two, the first being called Guacarapa fever, which to date has not been very well studied but is probably similar to Rocky Mountain spotted fever, and the second being known as benign, endemic, or rat-borne typhus. The rat-borne character of Venezuelan typhus was demonstrated by the Weil-Felix reaction in the blood serum of patients as well as in rats of the Caracas area, and by experiments (as yet uncompleted) of isolation of the rickettsia in the brains of rats.

CONTRÔLE DE STEGOMYIA (AEDES AEGYPTI) NOS PORTOS
BRASILEIROS¹

Relatório para Quarto Trimestre do Ano 1942

Pela Diretoria Geral do Departamento Nacional de Saúde do Brasil

Pôrto	Número de prédios na cidade (Aproximado)	Ciclo de inspeção (em dias)	Número de prédios inspecionados ²	Número de prédios com focos de Stegomyia	% de prédios com focos de Stegomyia (Índice) ³
Territorio do Acre					
Rio Branco ^{2,3}	1,033	14	112	0	0
Amazonas					
Manáus ^{2,3}	13,854	28	15,551	0	0
Borba ^{2,3}	141	7	154	0	0
Humaitá ^{2,3}	163	7	197	0	0
Itacoatiara ^{2,3}	951	7	520	0	0
Manicoré ^{2,3}	208	7	310	1	0.3
Pôrto Velho ^{2,3}	1,056	7	1,083	0	0
Pará					
Belém ^{2,3}	32,921	28	31,946	0	0
Abaeté ^{2,3}	675	14	480	0	0
Alcobaça ^{2,3}	218	7	242	0	0
Cametá ^{2,3}	483	7	303	0	0
Marabá ^{2,3}	905	14	219	4	1.8
Soure ²	1,173	14	1,176	0	0
Vigia ²	1,140	14	1,165	0	0
Maranhão					
São Luiz ^{2,3}	12,857	28	13,376	0	0
Piauí					
Teresina ^{2,3}	10,015	56	10,037	0	0
Igarassú ^{2,3}	75	56	57	0	0
Luiz Correia ^{2,3}	220	56	180	0	0
Parnaíba ^{2,3}	5,620	56	2,801	0	0
Ceará					
Fortaleza ^{2,3}	32,489	28	33,111	0	0
Aracati ²	1,822	84	1,766	0	0
Camocim ^{2,3}	2,076	28	2,040	0	0
Rio Grande do Norte					
Natal ^{2,3}	13,072	28	12,911	0	0
Areia Branca ^{2,3}	1,680	28	1,616	0	0
Macáú	2,171	28	2,086	0	0
Paraíba					
Cabedelo ^{2,3}	1,725	28	1,631	0	0
Pernambuco					
Recife ^{2,3}	75,559	28	76,925	0	0

¹ Transmitido y publicado conforme a la resolución sobre fiebre amarilla de la IX Conferencia Sanitaria Panamericana, que recomendó el envío, por las autoridades de sanidad, a la Oficina Sanitaria Panamericana, de informaciones trimestrales acerca del desarrollo de la campaña antilarvaria y los respectivos índices estegómicos.

² Porto.

³ Porto aéreo.

⁴ Embarcações inspecionadas são contadas como prédios neste relatório.

⁵ Para fins de assinalamento de índices, somente quando não haja nenhum foco usar-se-á zero: 0. Os índices inferiores a 0.05 serão representados por zero ponto zero: 0.0.