

¿OTRA ENFERMEDAD DEL GRUPO DEL TIFO?

Desde hace algunos años y en particular en los últimos, se ha puesto de manifiesto la existencia de varias fiebres que, según sus manifestaciones clínicas y patológicas, pertenecen al mismo grupo: el del tifo. La más conocida y, por decirlo así, universal, es, por supuesto, el tifo exantemático, el cual ya se sabe que es transmitido por los piojos, con sus dos formas, la clásica europea, más grave y la americana (tabardillo, enfermedad de Brill) más benigna. Vienen luego, la fiebre de las Montañas Rocosas, transmitida por garrapatas o ácaros, y el *tsutsugamuchi* o fiebre fluvial japonesa, transmitida por un trombidio.

Después de éstas, hay otros "tifos" transmitidos por diversos insectos o cuyo vector es desconocido, limitados a veces a sitios dados, y a los cuales, en vista de lo incompleto de nuestros conocimientos, se les ha dado casi siempre el nombre de la localidad afecta. Por ejemplo, tenemos las fiebres malayas, forma urbana la una y la otra rural, y quizás idéntica la primera a la enfermedad de Brill, y la segunda a la fiebre fluvial japonesa; el "tifo" benigno de Palestina; la "fiebre de 10 días de Rodesia"; la "fiebre de Mossman," de Queenslandia; la "fiebre botonosa," de Túnez, y otras muchas. De todas ellas la que ha recibido últimamente más la atención es la "fiebre exantemática de Marsella."

Todas esas fiebres plantean, acto continuo, problemas complicados. La experimentación, por ejemplo, ha demostrado la transmisibilidad al cobayo del tifo exantemático (incluso la forma denominada enfermedad de Brill) y de la fiebre maculosa de las Montañas Rocosas, y no de las fiebres fluvial japonesa, botonosa y exantemática; en tanto que el mono es susceptible a todas ellas, con la posible excepción de la fiebre botonosa de Túnez.

El punto quizás más interesante es el relativo a la reacción de Weil-Felix. Constante ésta en el tifo exantemático, también lo suele ser, si bien tardía, en la enfermedad de Brill y el tabardillo, rara vez positiva en la fiebre maculosa, débilmente positiva en la fiebre fluvial y negativa en la fiebre botonosa.

La existencia de la "fiebre exantemática" fué comunicada por primera vez en 1925, por Olmer,³ quien había observado 8 casos desde 1922, apuntando ciertas peculiaridades etiológicas, sintomáticas y evolutivas, que no acababan de eliminar el tifo exantemático. Llamada al principio "fiebre de Marsella," luego vinieron observaciones semejantes de otros puntos del litoral mediterráneo como Tolón, Frejus, Cannes y Niza y, por fin, del interior de Francia. Pronto surgieron dudas sobre si no sería idéntica a la fiebre botonosa descrita en Túnez desde 1910, la fiebre eruptiva observada en Roma desde 1920, y los casos observados en el Sudán, India, Angola y Lorenzo Marques, y en Virginia, E. U. A. (Spencer) y más recientemente en

³ Véase el *BOLETÍN* de 1928, pp. 1195 y 1421.

Marruecos, Madrid y Portugal, país este donde Jorge,⁴ después de estudiar las características semiológicas, propuso el nombre de fiebre escaronodular, pues como ya apuntara Raybaud en 1929,⁵ la aparición de la enfermedad fuera de la cuenca del Mediterráneo convertía en caducas las antiguas denominaciones.

Clínicamente,⁶ la fiebre exantemática o escaronodular caracterízase por un estado tifoideo (no tífico); una erupción generalizada (no constante, pero frecuentemente); una escara o mancha negra en alguna parte de la piel, al parecer legado de una picada de insecto, y benignidad, pues los únicos casos mortales recaen en sujetos por lo común cardíacos o renales. Importantes datos epidemiológicos en dicha fiebre son: su rareza antes de los 30 años; distribución entre todas las clases sociales y quizás hasta mayor entre las acomodadas; frecuencia en el campo; ausencia de piojos; falta de contagio interhumano; formación de focos epidémicos, con poca tendencia a la difusión; y prevalencia en la época de los calores. Las observaciones de Olmer y Raybaud sugieren hipotéticamente la transmisión por algún ácaro, el perro u otro animal como huésped (Plazy ha observado casos sobrevenidos a bordo de buques, donde no había perros y Marcandier y Bideau han inculcado un ácaro ratuno) y posible entrada del virus por la escara.

Con respecto al diagnóstico diferencial, vienen en seguida a la mente: el dengue y el tifo exantemático. Del primero la diferencian radicalmente: iniciación menos súbita y brutal; falta del eritema premonitorio; diversa naturaleza de la erupción, que no comienza por las extremidades, y constituida por elementos aislados, no se parece en nada al exantema del sarampión y la escarlatina, y jamás se acompaña de vesículas o bulas; distinta curva térmica; evolución más larga (12 a 15 días) sin recaídas ni recidivas; y poca contagiosidad, comparada con el dengue, sin olvidar que el *Aedes* vector es raro en Marsella. Con respecto al tifo, hay más semejanzas, y también bastantes diferencias: etiológicamente, aparición estival en todos los medios en personas sin parásitos y ausencia de contagio; clínicamente, ausencia de estupor, constante invasión facial, presencia de una lesión cutánea necrótica precoz y persistente, y por fin benignidad. Queda en pie el problema de si se trata de una forma atenuada del tifo clásico. Un mono infectado experimentalmente con fiebre exantemática por Olmer, Burnet y Durand no quedó vacunado contra el tifo, y viceversa, la inmunidad antitífica conferida al mono por la vacuna de Weigl no impidió la transmisión de la fiebre. Las semejanzas parecen ser mayores con las fiebres maculosa y fluvial;⁷ por ejemplo, aparición estacional; accidente local (mácula) acompañado de erupción gene-

⁴ Véase este mismo número, p. 1510.

⁵ Véase el BOLETÍN de junio, 1930, p. 752.

⁶ Olmer: Bull. Off. Int. Hyg. Pub. 22: 1494 (agto.) 1930.

⁷ Véase este mismo número.

ralizada, etc., pero es todavía demasiado prematuro para establecer la analogía.

La importancia parece residir en la difusión por casi todos los países del Mediterráneo de una afección que hasta ahora sólo parecía afectar a regiones muy lejanas. De todos modos, convendría acabar de poner en claro la nosología, a fin, como dijera Goodall recientemente en Londres, al referirse a las fiebres malayas, "de no hacinar más la nomenclatura con términos que sólo recalcan puntos etiológicos de importancia secundaria."

PROFILAXIA DE LA INDIGESTIÓN

Como todos saben, la indigestión no es una enfermedad en sí misma, sino un síntoma, o más bien, una serie de síntomas con que el aparato digestivo se queja del alimento que se le obliga a consumir. La causa puede residir, o bien en ser el alimento impropio, o en impedir alguna enfermedad la recepción, digestión o asimilación del mismo.

El alimento tal vez sea indigerible por no acomodarse a la edad, raza, hábitos o estado del individuo, y también, aun siendo bueno en sí, por hallarse mal cocido o servido, o ser imperfectamente masticado o ingerido a la carrera.

El asunto en sus varias fases ha sido discutido recientemente en una conferencia radiotelefónica preparada para el Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos por el Dr. Frank Smithies, de Chicago. Todos los datos disponibles denotan que el estómago se encuentra enfermo en menos de 20 por ciento de las personas que padecen de indigestión, pero su acción normal es fácilmente perturbada por órganos muy distantes, merced a su complicado sistema de nervios, músculos y glándulas secretorias. Toda excitación o afección mental o nerviosa puede motivar dificultades en lo tocante a la deglución y digestión del alimento, y los experimentos llevados a cabo, tanto en animales como en el hombre, así lo comprueban. Sin embargo, el diagnóstico de "indigestión nerviosa" debe reservarse exclusivamente para los casos en que pueden eliminarse todos los otros posibles factores causantes.

Cuando la indigestión reconoce por causa una enfermedad extra-gástrica, sus asientos más frecuentes son: el esófago, el hígado, la vesícula y vías biliares, la región del apéndice, el colon, el cerebro y médula, y los órganos hematopoyéticos, pero principalmente el hígado, aparato biliar e intestino. La misma variedad de posibles causas pone de manifiesto que, de sufrir un individuo de indigestión, hay que analizar cuidadosamente el estado. Un sujeto puede conseguir alivio temporal de sus síntomas por medio del ayuno, consumo de supuestos "alimentos saludables," automedicación, etc., pero tales