

CRÓNICAS

CÓLERA¹

Asistencia.—Higgins describe la asistencia prestada a los coléricos de la zona de hostilidades de Shanghai, en condiciones bastante precarias, pues hubo que apiñar unas 150 camas, en su mayoría catres, bancos y hasta esteras, en una morada particular habilitada como hospital. En la sala de recibo, se hace el diagnóstico clínico, en particular por medio de un interrogatorio cuidadoso, en que se recalca la existencia de diarrea indolora, heces riciformes, vómito típico, deshidratación, y en los casos más graves de afonía. Sólo se hospitalizan los casos más urgentes, que no representan más de 5 a 10% del total. Inmediatamente después del ingreso, y omitidos baños y medidas semejantes, practícase la fleboclisis con suero fisiológico normal tratado en el autoclave y colocado en un cilindro a unos 2 m más arriba del nivel del brazo. Una llavecita gobierna la velocidad de la corriente, que en la mayor parte de los casos es de más de 2,000 cc por hora, sin que tenga nada de extrañío inyectar hasta 16,000 en 24 horas. Las reacciones son frecuentes, pero no se consideran como contraindicación, y se continúa hasta que el pulso se eleva y la temperatura aproxima lo normal. Con una sola inyección, la mayoría de los enfermos ya entran en la convalecencia, pues cesan la catarsis y la emesis, y en la mayor parte de los casos el mismo enfermo o la familia insisten en abandonar el hospitalillo. Las recidivas son pocas. La mortalidad entre los casos hospitalizados en la epidemia de 1937 ha sido aproximadamente de 7%, mientras que la mayoría de las muertes correspondieron a sujetos muy enfermos o seniles. En los pocos casos en que se confirma el diagnóstico en el laboratorio, se obtienen ejemplares de la excreta de la tela porosa. Sin desvestirse el enfermo y apenas bajados los pantalones, defeca a través de una tela parecida a cáñamo, que sirve de colchón, en solución de cresol colocada en una escupidera debajo de la cama. A los dos o tres días de la fleboclisis, los enfermos son trasladados a pequeños cuartos de convalecientes sin más asistencia que la facilitada por los allegados. El cuidado a partir de entonces consiste en gran parte en el reposo, con el suministro forzado de líquido por vía bucal, y rara vez medicinas. El alta tiene lugar apenas el enfermo puede retener agua de arroz. Esta asistencia es puramente para los refugiados que de otra manera se verían privados de todo tratamiento. (Higgins, A. R.: *U. S. Nav. Med. Bull.*, 287, ab. 1939.)

El problema de los vibriones.—Doorenbos señala que antes de hacer el diagnóstico de verdadero cólera epidémico, hay que contar con varios datos: típicos síntomas, consistiendo en diarrea riciforme, vómitos, cianosis, anuria, y tenesmo; pruebas de que la enfermedad es verdaderamente transmisible; y de que la provoca el vibrión colérico. Los síntomas pueden variar de mera diarrea, vibrienteritis o diarrea premonitória, a un típico ataque grave de cólera; la mortalidad puede variar de 10% o menos a 90% o más; la transmisibilidad puede ser acentuada, o faltar por completo, de modo que los casos, aunque típicos, no forman un foco de infección; las excreciones pueden rebosar de vibriones, o apenas contenerlos; los aislados de una serie de casos pueden parecerse sumamente y pertenecer a una especie bien definida, o revelar muchas diferencias en sus características, y pertenecer aparentemente a muchas especies diversas. En algunas localidades

¹ La última crónica sobre Cólera apareció en el *Boletín* de julio 1938, p. 609.

el cólera es endémico, y hay casos todo el año, pero permanecen aislados, mientras que periódicamente la enfermedad toma forma epidémica. Epidemiológicamente hay que considerar dos puntos, si existe vibrienteritis, y si es trasmisible. Las características del vibrión que le permiten provocar una enteritis trasmisible, seguida o no de típicos síntomas coléricos, son: enterotropismo; virulencia; toxigenia; estabilidad de caracteres; y facultad de producir el fenómeno de Sanarelli por asociación microbiana. Un vibrión que posea las primeras cuatro propiedades, puede provocar una enteritis más o menos intensa y trasmisible que constituya la base del verdadero cólera epidémico. Además, hay que considerar los típicos síntomas coléricos debidos en parte a la deshidratación y en parte a la asociación microbiana que provoca el fenómeno de Sanarelli, la descamación de la mucosa entérica y la excreción de vibriones. En un caso esporádico una diarrea premonitoria puede preceder a los típicos síntomas, mientras que en una comunidad la epidemia va precedida de la vibrienteritis trasmisible. El enfermo puede reponerse y convertirse en portador crónico. Una comunidad se repone siempre automáticamente de una epidemia, y esa reposición puede ser completa o volverse la enfermedad endémica. En el cólera hay que considerar la acción y reacción recíproca de los seres humanos, el vibrión y el colerógeno, y lo mismo que en cualquiera otra afección microbiana, las propiedades del parásito pueden ser más o menos completas y el huésped más o menos resistente. La virulencia y proliferación del vibrión pueden ser muy afectadas por la mayor inmunidad del huésped, y puede también obtenerla artificialmente éste por medio de la vacunación. La bacteriofagoterapia merma inmediatamente la trasmisibilidad del mal. Muchos vibriones pueden provocar síntomas coléricos, pero muy pocos poseen características completas y son capaces de provocar vibrienteritis trasmisible. En general, cabe distinguir dos formas principales de vibriones: los epidémicos y los endémicos, siendo los primeros aglutinables y más o menos estables en sus caracteres, y los segundos lábiles e incompletos. Los primeros prevalecen durante las ondas epidémicas; los segundos durante las épocas interepidémicas. Sólo hay, pues, un vibrión, que toma una forma más o menos completa o revela disociación de sus propiedades. El cólera esporádico puede revertir periódicamente al epidémico, y los vibriones incompletos pueden regenerar sus propiedades y volverse virulentos. Una propiedad muy discutida del vibrión es la producción de hemotoxina, pero ésta varía demasiado para que sirva de guía en la identificación. Entre los vibriones colerígenos aglutinables, muchos son fuertemente hemolíticos (V. El Tor.), mientras que otros no lo son (vibriones verdaderos), aunque también se encuentran especies intermedias. El vibrión El Tor es de tipo endémico y provoca casos esporádicos, como sucedió recientemente en un brote en Célebes. No hay que dejarse engañar por la falta de casos típicos o del llamado vibrión verdadero, pues un vibrión puede de repente revelar mayor virulencia y patogenicidad, y toda vibrienteritis que revele signos de ser trasmisible y provoque una serie de casos enlazados de diarrea o gastroenteritis, debe ser considerada con sospecha aunque no existan típicos síntomas coléricos, y aunque los vibriones revelen características incompletas. (Doorenbos, W.: *Jour. Egyp. Med. Assn.*, 279, mayo 1938.)

Aglutinación de los vibriones.—Marras, director del Servicio Bacteriológico del Consejo Sanitario Marítimo y Cuarentenario de Egipto, afirma que las experiencias verificadas con vibriones El Tor aislados durante el peregrinaje de 1936, le hacen deducir que las pruebas serológicas no bastan para diferenciarlos de los vibriones colerígenos, pues todos poseen los mismos grupos aglutinógenos O y H. Los vibriones El Tor aislados durante el peregrinaje de 1937, se portaron de manera idéntica en presencia de sueros aglutinantes obtenidos de grupos aglutinógenos procedentes de vibriones colerígenos, de modo que no fué posible

diferenciarlos mediante dicho suero. Los experimentos realizados durante el peregrinaje de 1938 confirmaron los resultados precedentes. Visto, pues, que los vibriones El Tor, aislados de portadores sanos o enfermos de afecciones corrientes, en períodos en los cuales no ocasionan epidemias, no son patógenos y carecen de características epidémicas, y dado que, comprobados con diluciones de sueros aglutinantes anticoléricos, se comportan de manera idéntica, hay que deducir que la aglutinación con esos sueros no es específica, carece de valor, y puede hasta ocasionar gravísimos errores. (Marras, F. M.: *Ann. Ig.*, 41, nbre. 1938.)

FIEBRE AMARILLA¹

Primacía en la viscerotomía.—Parreiras reclama para sí la primacía en la organización del primer servicio para obtención rápida de tejido hepático de cadáver, por profano, sin autopsia y sin mutilación, así como de haber imaginado el primer viscerotomo, que se halla actualmente en manos del Dr. Fred Soper. En cambio, el perfeccionamiento de la técnica y la divulgación del proceso corresponden indiscutiblemente a los Dres. Fred Soper y E. R. Rickard. A las 100 autopsias que verificara el autor en el Estado de Rio de Janeiro en 1930, se han sobrepuesto después más de 40,000 en distintas partes del mundo. (Parreiras, Decio: *Folha Méd.*, 406, dbro. 5, 1938.)

Región del Meta.—Boshell Manrique estudia la situación relativa a la fiebre amarilla silvestre en la región del Meta, Colombia, desde julio 1934 hasta diciembre 1936. Se sospecha la presencia del mal desde antes de 1934, pero sólo en julio comenzaron a estudiarse metódicamente los casos. Ya se ha demostrado definitivamente su existencia en forma endémica en los contrafuertes de la zona de la Cordillera Oriental de Colombia, y en la zona de la llanura adyacente, comprobándose esto por: demostraciones clínicas, examen histopatológico, pruebas de inmunidad en ratón blanco, aislamiento del virus, inoculación del suero de casos incipientes en cerebro de ratón, y demostración de la especificidad de las seis cepas aisladas hasta ahora. La identidad de las formas selvática y urbana de la fiebre amarilla plantea en Colombia un problema grave, visto sobre todo la facultad que tiene el virus selvático de ser transmitido por el *Aedes aegypti*. Por fortuna, las actuales vías de comunicación ponen a cierta distancia las reservas selváticas del virus, de los puertos, los cuales, con pocas excepciones, tienen índices estegómicos deplorables. En cuanto a transmisión y reservorio del virus caben varias hipótesis. Por un lado nos hallamos en presencia de una fauna vasta y variada, en que figuran vectores eficaces de varias enfermedades; por otro, el estudio de la fauna mamífera ha demostrado la existencia de especies susceptibles a la fiebre amarilla. Queda aun por determinar qué especies de animales constituyen reserva accidental y transitoria, y cuáles pueden llegar a constituir una reserva permanente; y qué artrópodo hematófago viene a servir de eslabón entre unas y otras. Los casos diagnosticados en la región del Meta en la fecha estudiada representaron 193 en Restrepo, con 29 defunciones; 84 en Villavicencio, con 18 defunciones, y 35 en Acacias, con 16 defunciones. Limitado en 1934 el mal a las veredas de Restrepo, se ha ido extendiendo lenta pero seguramente, repitiéndose en algunas localidades casos. En su estudio el autor presenta una lista de los mosquitos identificados en la región, y otra de los mamíferos coleccionados. (Boshell Manrique, J.: *Rev. Fac. Med.*, 497, fbro. 1938.)

Mosquitos.—Hasta hace poco, sólo se había obtenido la trasmisión del virus de la fiebre amarilla por picadas con las siguientes tres especies de mosquitos: *Aedes scapularis*, *A. fluviatilis*, y *Haemagogus capricorni*. Entre 24,304 mosquitos

¹ La última crónica sobre Fiebre Amarilla apareció en el *Boletín* de julio 1938, p. 610.