

CRÓNICAS

CÓLERA¹

Guatemala.—A principios de 1837, mientras el Gobierno se afanaba en combatir una epidemia de viruela, se introducía por el oriente guatemalteco, pasando luego al centro, la primera epidemia de cólera que azotara a la República, calculándose en más de 10,000 el número total de víctimas, 916 de ellas acaecidas en la capital. Veinte años más tarde Guatemala sufría la epidemia de cólera más intensa de su historia, la cual, comenzando el 8 de julio en la persona de un soldado, tomaba caracteres epidémicos el 16 de julio. La epidemia se sostuvo en la capital por espacio de unos 5 meses, de julio a noviembre, atacando a 3,280 personas con 1,549 defunciones, entre ellas la señora del Presidente de la República. Las cifras para todo el país se calculan en más de 30,000 casos con 10,000 defunciones, muriendo en Chimaltenango más de 600 personas durante una sola semana. Del 1° al 15 de noviembre, cuando la epidemia casi llegaba a su fin en la capital, morían en el pueblo de Atilán, Dpto. de Sololá, unas 1,000 personas. Tanto en 1837 como en 1892, con motivo de epidemias en Europa y Estados Unidos, se dictaron en Guatemala ciertas medidas preventivas. El mal no tocó entonces las playas guatemaltecas. (Gaitán, Luis: *Bol. San. Guat.*, 93, nbre. 1936.)

Diagnóstico.—En la reunión celebrada por la Comisión del Cólera de la Oficina Internacional de Higiene Pública el 6 de mayo, en París, se tomó nota de que las investigaciones verificadas recientemente en la India y en Inglaterra han lanzado mucha luz sobre la epidemiología del cólera, el significado de los portadores sanos de vibriones, y la preparación de un suero aglutinante tipo para diagnóstico. La Comisión considera establecidos estos dos puntos: 1. Todos los casos clínicos de cólera epidémico parecen deberse en la India a un vibrión dotado de las siguientes características: Es aglutinable por un suero de tipo O preparado con los antígenos calentado y desecado de Gardner y Bruce White, y derivados de las cepas japonesas del tipo Inaba primitivo y de la llamada variante de Ogawa, que representan el Grupo I de la clasificación de Gardner y Venkatraman. Dicho vibrión posee las propiedades de fermentar los azúcares que caracterizan al tipo I de Heiberg: fermentación de manosa y de sacarosa, y no de arabinosa; su reacción al rojo cólera es positiva, y negativa a la Voges-Proskauer, modificada por la adición de naftol A. Este vibrión no hemoliza la sangre de cabra. Las dos cepas japonesas "Inaba" y "Ogawa" manifiestan todas estas características bioquímicas, pero serológicamente revelan una individualidad distinta, de modo que para el diagnóstico hay que usar dos sueros preparados de esas dos razas, o más generalmente uno bivalente. 2. Los vibriones inaglutinables por el suero de tipo O no pueden subdividirse en un pequeño número de grupos serológicos, y no se encontraron entre los vibriones aislados de casos clínicos de cólera, en ningún brote epidémico; es decir, que estos vibriones al parecer no producen epidemias, y no estaría justificado introducirlos entre los antígenos empleados para la preparación de suero tipo, dadas las pocas probabilidades de encontrar cepas homólogas entre los vibriones aislados. En cambio, ciertos vibriones que poseen las características reacciones bioquímicas e inaglutinables por el suero O, son aglutinados con suero O preparado de la forma rugosa de la misma cepa, de modo que cuando es aglutinado por debajo del título significativo con suero liso O, es necesario probar la aglutinación con el suero rugoso O. La Comisión tomó nota de las indicaciones de Taylor en el sentido de que los vibriones inaglutinables por el suero tipo O aislados

¹ La última crónica sobre Cólera apareció en el BOLETÍN de eno. 1937, p. 41.

de casos clínicos de cólera no constituyen el verdadero factor patógeno, pudiendo ser que no se descubriera en esos casos el verdadero vibrión colérico, y que las formas inaglutinables aisladas representasen un tipo presente en el intestino de cierta fracción de los sujetos sanos. La Comisión, además, se fijó en que muchas de las cepas inaglutinables con el suero O, y que no son aisladas de casos clínicos de cólera, revelan aglutinación H, si bien algunos vibriones aislados en las recientes investigaciones de casos clínicos, parte de los cuales acusaron típicas reacciones bioquímicas y otros no, sólo manifestaron aglutinación H. De todo esto cabe deducir que todavía no es posible utilizar sueros de tipo O exclusivamente para el diagnóstico de los vibriones patógenos. En la discusión, Castellani señaló que los investigadores indios parecen convenir en considerar como cólera, desde el punto de vista administrativo, todo caso que presenta signos clínicos manifestos de cólera, aunque no se aisle el típico vibrión. Kling recordó el método de Wasen, que parece capaz de facilitar el aislamiento del vibrión.

Vibriones.—Los datos de los autores comprendieron exámenes serológicos y bioquímicos de 558 vibriones inaglutinables recién aislados de casos clínicos semejantes a cólera, de portadores sanos y de agua en zonas endémicas y no endémicas. Estos vibriones forman un grupo muy heterogéneo tanto serológica como bioquímicamente, existiendo 31 o más diversas cepas antigénicas entre 56% de las cepas clasificadas desde el punto de vista de la aglutinación. Esta heterogeneidad fué más pronunciada en las cepas negativas al rojo cólera. En este estudio se utilizaron las reacciones al azúcar de Heiberg, así como al rojo cólera y modificaciones de las pruebas de Voges-Proskauer. De sus pesquisas, los autores deducen que los vibriones de tipo serológico difieren del verdadero *V. cholerae* en no producir cólera, y además, no cabe deducir de las características de unos y otros que las cepas inaglutinables puedan convertirse en aglutinables. La frecuencia de estas cepas inaglutinables en una zona endémica de cólera como Bengala, y en particular en casos que revelan síntomas coleriformes, ha planteado un problema en la India que quizás no exista en el mismo grado en otra parte. Según los autores, no hay prueba alguna de que ningún vibrión serológicamente distinto de los clásicos ocasionara los casos de cólera relatados cronológicamente, aunque puede haber una excepción en lo tocante a la cepa áspera de Rangún. Los grupos serológicos descubiertos en esta serie están muy esparcidos en la India Inglesa en las zonas no epidémicas, y han sido obtenidos también de otros países. No pudieron obtenerse pruebas de mutación de los vibriones, excepto que se encontraron cepas semiásperas del típico vibrión colérico. (Taylor, J.; Pandit, S. R., y Read, W. D. B.: *Ind. Jour. Med. Res.*, 931, ab. 1937.)

Bacteriofagoterapia.—Boulnois describe el resultado obtenido con el bacteriófago en una epidemia de cólera en Chandernagor, población india de 25,000 habitantes a orillas del Ganges. En el primer período de la epidemia (sin bacteriófago ni suero hipertónico) de 12 casos murieron 8 (65%). En el segundo período, de 67 casos, 19 sólo recibieron bacteriófago, muriendo 5 (26.3%); 37 bacteriófago, asociado a suero salino hipertónico con adrenalina (tratamiento de Raymond), muriendo 7 (19%); 2 casos, que se repusieron, solamente recibieron suero hipertónico; y de 9 sin ningún tratamiento, murieron 5 (55%). En el primer período de la epidemia 42% de los casos fueron por contagio, pues vivían en la misma casa, o cerca; en el segundo período, solamente 13.3%. El autor afirma que sus estadísticas coinciden con las de Morrison y Rice, en Assam, quienes declaran que el bacteriófago puede suprimir la infección por doble acción: haciendo bajar la mortalidad casi a la mitad si se administra durante las 48 horas primeras de la enfermedad, y reduciendo la posibilidad del contagio doméstico. Como el bacteriófago sólo es útil después de aparecer los casos, debe emplearse la vacunación lo más posible como profiláctico. (Boulnois: *Jour. Phil. I. Med. Assn.*, 110, ab. 1937.)