

CRÓNICAS

Tifoidea

Argentina.—Arena,¹ Director del Instituto Bacteriológico de la Provincia de Buenos Aires, afirma que las investigaciones bacteriológicas realizadas en distintas localidades de la provincia confirman que la tifoidea constituye en muchas de ellas una enfermedad endémica. Los casos alcanzan cifras importantes, y la repetición periódica de epidemias indica la conveniencia de no circunscribir la acción a la comprobación de los casos producidos, sino iniciar una campaña activa profiláctica durante los últimos períodos de la primavera y el otoño. El Instituto Bacteriológico podría practicar análisis de las materias fecales de las personas que han pasado la enfermedad, para descubrir posibles portadores. Al comienzo de la primavera también conviene hacer activa propaganda en favor de la vacunación antitífica. La Dirección General de Higiene podría remitir carteles impresos a los consejos escolares de cada localidad para repartirlos en las escuelas y sería también útil solicitar de las empresas ferroviarias permiso para colocar gratuitamente en las estaciones un “Cartel Sanitario” en el cual se renovaran periódicamente los consejos profilácticos, acerca de las enfermedades infecto-contagiosas.

Niño.—Carulla² declara que la endemia de tifoidea con exacerbaciones epidémicas, en Santiago de Cuba en junio de 1927, permitió estudiar sus variadas manifestaciones. Para él, las causas y concausas se deben a dos grandes hechos: aguas contaminadas, y completa ignorancia por el público del valor de la vacunación antitífica. Una cosa puede contribuir a la propagación, y es la costumbre de reportar como negativo todo caso que dé una sola Widal negativa. Eso pasó en uno de los casos descritos, pues si bien la Widal es positiva en 95 por ciento de los casos en algún momento de la enfermedad, no lo es precisamente en un momento determinado. De los tres casos descritos, el primero fué excepcional para la edad del enfermo (12 meses y medio) y la duración de la enfermedad (20 días); el segundo por haber presentado una enterorragia; el tercero no fué excepcional, pero pareció del tipo adulto, por su larga duración. La tifoidea en niños menores de dos años no es tan rara como manifiestan los autores, por lo menos en Santiago de Cuba. También suele durar más de lo

¹ Arena, A. R.: *Semana Méd.* 35: 52 (jul. 5) 1928.

² Carulla, R.: *Vida Nueva* 2: 322 (mayo 15) 1928.

habitual en otras partes: de 20 a 27 días. En uno de los casos la Widal sólo fué positiva en la convalecencia.

Relación con la diarrea-enteritis.—De su estudio de la distribución de la disrrrea-enteritis en Puerto Rico, Phelps y Dávila³ deducen que hay un marcado aumento de la mortalidad correspondiente a la edad de 1-5 años en los distritos urbanos que cuentan con abastos públicos de agua, y otro semejante a la edad de menos de 1 año que no explican satisfactoriamente las estadísticas. (Ese aumento paradójico en las poblaciones provistas de abastecimientos públicos de agua débese a ser ésta contaminada, y cesa, como se verá más adelante, al instalarse métodos apropiados.—RED.) Parece que 52 por ciento de todas las muertes por diarrea-enteritis en niños a la edad de menos de 5 años recaen en las municipalidades que poseen abastecimientos públicos de agua, correspondiendo más de la mitad, o sea 28 por ciento, al grupo de 1 a 5 años. En ese grupo, el exceso equivale a un 20 por ciento de la mortalidad total por esa causa en la isla. La diarrea-enteritis en niños de menos de 1 año manifiesta muy pocas variaciones estacionales y la distribución no se vincula con la temperatura o caída de lluvia, pero sí se asocia marcadamente con éstas a partir de dicha edad, siguiendo la distribución estacional de la tifoidea. En San Juan las estadísticas revelan una marcada disminución de la diarrea-enteritis a partir de 1917, en que se instalara una nueva planta filtradora; es decir que de 1908 a 1916, la mortalidad infantil (menos de 2 años) había sido de 3.9 por 1,000 habitantes, comparado con 2.4 para la isla en conjunto y después de dicha fecha se puso al nivel del resto. Para los autores, la diarrea-enteritis infantil (menos de un año) en Puerto Rico reconoce probablemente distinto origen y probablemente es de otro género que la dolencia que lleva el mismo nombre a una edad más avanzada.

Lactante.—El caso descrito por Díaz Orero⁴ fué en un niño de un año observado en el Servicio de Niños del Hospital General "Calixto García" de la Habana. Hubo dos complicaciones, primero meníngeas y luego bronconeumonía, que motivó la muerte. En el lactante es difícil diagnosticar la tifoidea, sobre todo en los primeros días y aún al final, ya que esperando las petequias, que nunca ha observado el autor en ningún caso, y la esplenomegalia, que faltó en este caso y en otros muchos, el diagnóstico sólo es posible por la sospecha y al ser después positiva la Widal. En el caso descrito, la curva térmica puso en la pista, por formar el clásico trapecio de Jaccoud.

Portadores en la Ciudad de Nueva York.—El Departamento de Sanidad de la Ciudad de Nueva York tiene una lista de 263 portadores de bacilos tifoideos. Sábese que 122 de éstos han infectado a más de 355 personas. La lista contiene actualmente 208 portadores,

³ Phelps, E. B., y Dávila, J. V.: P. R. Rev. Pub. Health & Trop. Med. 3: 468 (mayo) 1928.

⁴ Díaz Orero, E.: Rev. Med. & Cir. Habana 33: 353 (mayo) 1928.

habiéndose descartado 55, debido a muerte u otras razones. Cuando la Junta de Sanidad declara oficialmente a un sujeto portatifoidea se le notifica, proporcionándosele instrucciones que ayuden a proteger a la familia y a los otros. Una enfermera lo visita cada tres meses, y una vez al año se examina bacteriológicamente un ejemplar de las heces. Si el sujeto se niega a cumplir los reglamentos impuestos, el Departamento puede detenerlo en un hospital de aislamiento. A fin de proteger al público, se facilita una lista de los portadores a las clínicas en que reconocen manipuladores de alimentos.

Epidemia transmitida por el agua y la leche.—Una de las peores infecciones entéricas observadas en este país es la descrita por Halliday y Beck.⁵ Tuvo lugar en 1924 en Santa Ana, California, población de 27,000 habitantes, en que hubo 10,000 casos de gastroenteritis y 620 de tifoidea, de los cuales 369 fueron transmitidos por el agua, 200 por la leche, y 51 por contacto. La leche fué probablemente contaminada por una persona infectada a su vez por el agua. Dos por ciento de los 548 casos examinados en el laboratorio continuaban siendo portadores al cabo de seis meses. De 916 manipuladores de alimentos, 1.85 por ciento resultaron ser portadores.

Epidemia de paratifoidea.—El período de incubación de la epidemia de paratifoidea comunicada por Graham-Stewart y sus colaboradores⁶ fué de 10 a 24 días. Los primeros síntomas no fueron graves, y al principio indicaban influenza. Al quinto día ya podían verse las manchas rosadas. Por entonces también se obtuvo una aglutinación positiva al *B. paratyphosus*, y un hemocultivo resultó positivo. El brote se imputó a un queso italiano. No se pudo descubrir ningún posible portador.

Brote de paratifoidea.—En la Escuela Superior de Comercio de Wáshington, D. C., se enfermaron 140 estudiantes y maestros a los pocos días de celebrar un banquete. Una investigación reveló bacilos paratifoideos en la ensalada de patatas y pavo servida en el banquete.

Estafilococemia.—En su caso, Boinet, Piéri, y Raybaud⁷ recalcan la gravedad de una infección eberthiana consecutiva a la gripe, pues en el primer episodio parecía tratarse de gripe típica. Luego se presentó pleuresía en el curso de la infección tífica, y más adelante una estafilococia sin portal de entrada cutáneo, caries dentaria ni excoriación mucosa. La estafilococia se limitó primitivamente a las articulaciones esternoclavicular y escapulohumeral derecha. Se trató, pues, de una septicopiemia estafilocócica sobrepuesta a una septicemia eberthiana de convalecencia, ya complicada de una ictericia infecciosa.

Estafilococia mortal.—Rouslacroix⁸ hace notar el papel del *B. perfringens* en las complicaciones habituales de la tifoidea. Los hemocul-

⁵ Halliday, C. H., y Beck, M. D.: Jour. Prev. Med. 2: 49 (eno.) 1928.

⁶ Graham-Stewart, A., Manson-Bahr, P., y Goddard, T. R.: Brit. Med. Jour. 1: 934 (jun. 2) 1928.

⁷ Boinet, Piéri, J., y Raybaud, A.: Marseille Méd. 65: 15 (jul. 5) 1928.

⁸ Rouslacroix: Marseille Méd. 65: 19 (jul. 5) 1928.

tivos revelan frecuentemente la asociación del bacilo tifoideo con el estafilococo dorado. El autor comunica un caso reciente en el cual, después de una tifoidea por ingestión de mariscos, sobrevino la muerte tras una infección estafilocócica rebelde a todos los tratamientos. Para él, en todos los casos de tifoidea debería inyectarse desde el principio vacuna estafilocócica, ya sola o asociada con la vacuna tifoidea.

Articulaciones.—En la tifoidea las complicaciones articulares constituyen una rareza, pero hay casos en que representan las manifestaciones más salientes. El caso de Schneider⁹ fué tratado al principio con salicilatos, por ser confundido con reumatismo, sin que mejoraran los dolores. Las poliartitis suelen aparecer en la convalecencia de la tifoidea, y su localización más frecuente es en la rodilla y caderas. Desde el punto de vista del diagnóstico diferencial, hay que tener en cuenta la esplenomegalia, la lengua seca y la bradicardia, así como la resistencia a los preparados salicílicos. Para el médico, es interesante el diagnóstico de esa forma de la tifoidea, sobre todo desde el punto de vista de la eliminación de gérmenes.

Las conexiones cruzadas como causa.—En Cohoes, Nueva York,¹⁰ hubo 47 casos de tifoidea en noviembre y diciembre de 1927, debido a un cruce ilícito entre un abasto público de agua y otro contaminado. En una parte de la ciudad de Albany se presentaron 30 casos de tifoidea y numerosos casos de diarrea, y la investigación reveló tres cruces ilícitos. En una fábrica hubo otro brote de 9 casos.

El tifo y la tifoidea exantemática.—El profesor Olmer comunicó en 1927, en Marsella, varios casos de una infección grave acompañada de exantema que se parecía algo al tifo. Su hijo¹¹ ha recopilado ahora 58 de esas observaciones de la epidemia marsellesa. La afección caracterizase clínicamente por un estado tifoideo con exantema, y etiológicamente, porque el virus patógeno, todavía desconocido, es transmitido del hombre al hombre o de un animal al hombre por un insecto picador. En el síndrome parecen existir dos grupos: uno no presenta jamás lesiones necróticas de la piel, y se transmite por el piojo; se observa sobre todo en la estación fría; es frecuente en el niño; y presenta una aglutinación constante del *Proteus* X 19. La profilaxis se cifra en la destrucción de los piojos. El segundo grupo comprende la fiebre de las Montañas Rocosas y la fiebre fluvial del Japón; manifiesta frecuentemente lesiones necróticas de la piel; la transmisión tiene lugar por mediación de un ácaro; y se observa a menudo exclusivamente durante el verano en el adulto. La aglutinación del *Proteus* es inconstante o por lo menos difícil; y la destrucción de

⁹ Schneider: Wien. mediz. Wchnschr. (abr. 21) 1928.

¹⁰ Amer. City 38 : 89 (fbro.) 1928.

¹¹ Olmer, J.: Gaz. Hôp. 101 : 901 (jun. 20) 1928. (Otros trabajos sobre el mismo asunto son los de Burnet y Olmer, Arch. Inst. Pasteur de Tunis, p. 317, dbre., 1927; Boinet y Pieri, Bull. Acad. Méd., p. 173, obra. 4, 1927; Castronuovo, Riforma Med., p. 50, eno. 16, 1928.)

los piojos no interviene para nada en la profilaxis. Con ese segundo grupo se enlaza la fiebre exantemática de la región marsellesa. La enfermedad de Brill constituye una forma de transición entre ambas.

La vacuna en Colombia.—El Laboratorio Samper Martínez de Bogotá¹² prepara una vacuna antitifoparatifoidea en suspensión de aceite con bacilos tanto del país como extranjeros, que contiene en cada cc.: bacilos tíficos desecados, 0.6, bacilos paratíficos A desecados, 0.1, y bacilos paratíficos B desecados, 0.3. La dosis vacunante es de 1 cc. La vacuna, dice Grillo, no solamente tiene mucha aceptación, sino que aumenta diariamente su consumo.

Vacunoterapia.—Aunque Callerio¹³ reconoce que no se puede expresar todavía una idea precisa sobre el valor de la vacunoterapia en la tifoidea, para él hay pruebas de que ejerce un buen influjo sobre las manifestaciones generales y locales, pero no sobre la duración clínica.

Vacunación por vía bucal.—Tron¹⁴ afirma que, en la campaña emprendida en 1927 en Milán, entre 71,131 sujetos vacunados hubo 18 casos de tifoidea (0.025 por ciento) comparado con 35 entre 38,653 no vacunados (0.087 por ciento). En otras palabras, la bilivacunación de Besredka mermó la morbilidad más de tres veces.

Vaselinomas por la lipovacuna T. A. B.—En el transcurso de algunos años se han observado vaselinomas en 30 jóvenes militares que habían recibido la vacunación antitífica con la lipovacuna.¹⁵ La cantidad de aceite inyectado, las impurezas, los pequeños traumatismos o las fricciones continuas y las condiciones del organismo determinan la forma y evolución de esos tumores. Aunque éstos son bastante raros, conviene tenerlos presentes para poderlos distinguir de otras inflamaciones crónicas o neoplásicas.

Tratamiento abortivo con el antivirüs Besredka.—De las observaciones hechas por Luxembourg¹⁶ en un hospital de Varsovia en 37 tifoidicos, despréndese que el antivirüs tífico de Besredka, inyectado en las venas, produce un efecto terapéutico tanto más marcado, cuanto más pronto se comienza el tratamiento. Empleado en el curso del primero y hasta del segundo septenario, yugula la marcha de la tifoidea. Ninguno de los enfermos tratados con antivirüs se convirtió en portador.

Mercurocromo.—Morris¹⁷ probó la inyección intravenosa de mercurocromo al 1 por ciento en 14 casos de tifoidea. La dosis fué de 50 cc. por 100 kgs. de peso, y administró 1 ó 2 inyecciones. El resultado fué muy bueno en 4 casos, bueno en 3, y nulo en 6. Un sujeto murió, pero había estado enfermo desde cinco semanas antes

¹² Grillo G., J: Rep. Med. & Cir. 19: 23 (eno.) 1928.

¹³ Callerio, G.: Gior. Clin. Med. 9: 140 (mzo. 20) 1928.

¹⁴ Tron, G.: Gaz. Hôp. 101: 1001 (jul. 11) 1928.

¹⁵ Barco: Clin. Chirurg. 3, 1927.

¹⁶ Luxembourg, J.: Gaz. Hôp. 101: 970 (jul. 4) 1928.

¹⁷ Morris, H. H.: China Med. Jour. 42: 369 (mayo), 1928.

de ingresar en el hospital. El tratamiento temprano es indispensable, aunque en ningún caso se administró la primera inyección antes del séptimo día. Todos los casos en que el tratamiento resultó infructuoso llegaron tardíamente.

Caballo.—Después de un detenido estudio bacteriológico, Urbain y Chaillot¹⁸ deducen que si la gran mayoría de las epidemias "de afecciones tifoideas" del caballo se deben al virus filtrante de Poels, ya solo o asociado con distintos gérmenes, y en particular el estreptococo, algunas parecen proceder únicamente de microbios vecinos del grupo de los paratifoideos o paracolibacilares.

Ostras.—En 1894¹⁹ fué que se estableció que las ostras pueden transmitir la tifoidea, correspondiendo esa gloria al profesor H. W. Conn, de la Universidad Wesleyana en Connecticut, al estallar una epidemia en dicha escuela. Ciampolini y Hitchcock han descubierto que 61 casos de tifoidea observados en el verano de 1921-22 procedían de bañarse en las aguas del puerto de New Haven, y Winslow y Moxon han reinvestigado el punto y descubierto que una sola playa, y ésa fuera de la boca del puerto, es inocua para el baño. Dichos autores indican, como norma tentativa para el baño, que el agua no contenga más de un colibacilo por centímetro cúbico, con un maximum de no más de 10.

Intoxicación por mitilo.—El consumo del mejillón (*Mytilus californianus*), recogido en sitios cercanos a San Francisco en julio del año pasado, envenenó de gravedad a 102 personas, de las cuales 6 murieron. El Dr. Karl F. Meyer, director de la Fundación Hooper de Investigación Médica, y bacteriólogo consultor del departamento de sanidad del Estado de California, ha llamado de nuevo la atención sobre el peligro que entraña el empleo de esos moluscos en los meses de verano. Cualquiera persona que note entumecimiento perilabial y prurito en los dedos, 30 minutos después de consumir mejillones, debe vaciarse el estómago con un emético, tomar un buen purgante y llamar al médico.

Infección alimenticia de los alimentos.—El *Bacillus proteus-vulgaris* quedó establecido definitivamente, según el autor,²⁰ como causa de un brote de infección alimenticia que afectó a 150 personas. Deben investigarse mejor en el laboratorio todos los brotes de ese género. El mejor tratamiento consiste en el lavado gástrico inmediato.

Cólera

Diagnóstico.—De los muchos procedimientos de laboratorio para el diagnóstico del cólera, Argüelles y Cleto²¹ recomiendan los siguientes: 1. Examen directo: a) En los casos típicos de cólera los

¹⁸ Urbain, A., y Chaillot, L.: Gaz. Hôp., 101 : 753 (mayo 23), 1928.

¹⁹ Jour. Am. Med. Assn. 90 : 1875 (jun. 9), 1928.

²⁰ Henry, S. D.: Kan. Med. Soc. Jour. 28 : 159 (mayo) 1928.

²¹ Argüelles, M. V., y Cleto, E.: Rev. Filip. Medic. Farm. 19 : 78 (abr.) 1928.