

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

VOL. XI

Bogotá, junio de 1943

N.º 12

EDIFICIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA - APARTADO 400

DIRECTOR

Prof. MARCO A. IRIARTE
Decano de la Facultad

COMITE DE REDACCION

Prof. Luis Patiño-Camargo
Prof. Jorge Bejarano
Prof. Santiago Triana Cortés

EPIDEMIA DE PACORA (*)

Por el doctor *Juan G. Isaza.*

Fecha aproximada, en que aparecieron los primeros casos.

El 5 de noviembre de 1939 ingresó como pensionado al Hospital de esta población el señor V. D. procedente del corregimiento de Castilla. Este enfermo, de unos cuarenta años de edad, de profesión comerciante, sin antecedentes dignos de anotarse, llamó desde un principio la atención por presentar un cuadro clínico desconocido hasta entonces en nuestro medio. Hacía unos doce a quince días había verificado un viaje de negocios a varias ciudades del Valle del Cauca, regresando a Castilla por la vía de Caramanta y La Pintada, cuando fué sorprendido por intensos calofríos, vómitos biliosos, constipación tenaz, temperaturas bastante altas en las horas de la tarde, sudores profusos y enorme cefalalgia. Fué llamado al lugar indicado para que lo examinara y encontré lo siguiente: postración y estado semi-inconsciente; lengua sucia y seca en el centro y enrojecida y ligeramente húmeda en los bordes; dolores osteo articulares intensos sin reacción en las articulaciones; insomnio y enorme cefalalgia; temperatura de 39.5 a las 2 de la tarde; pulso de 124 por minuto; respiración normal; ligera macidez en las bases pulmonares; hígado un poco crecido; bazo normal; dificultad y pereza para contestar y para coordinar las palabras; lo que llamó especialmente mi atención fué la presencia de un abundante exantema de grandes manchas rojas, casi confluentes, en todas las regiones del cuerpo, excepto la cara, las palmas de las manos y las plantas de los pies. Las conjuntivas se hallaban enrojecidas y las mucosas de la boca un poco congestionadas. Los ruidos cardíacos

(*) Informe rendido por el autor, al señor Secretario de Higiene y Asistencia Social de Manizales, sobre una epidemia ocurrida en el Municipio de Pácora (Caldas).

normales; las orinas enrojecidas y escasas. El enfermo fué trasladado a la población y hospitalizado. Evolucionó este caso con temperaturas altas por la tarde, remisiones matinales de 1 a 1.5, gran estado de intoxicación, oliguria con albuminuria inconstante, fluctuación del pulso entre 120 y 140 por minuto y ruidos cardíacos debilitados. El décimoquinto día de su enfermedad por la mañana, y, habiéndolo dejado la noche anterior en estado de inconsciencia y de postración profunda, nos sorprendió al entrar a su pieza, el hecho de que se incorporó al darse cuenta de nuestra llegada. Estaba completamente despejado, con la lengua ligeramente húmeda, pulso de 92 y temperatura de 36.4. Durante la noche había sudado profusamente y se había dado cuenta de que, sin saber cuándo ni por qué medios, se le había trasladado de su residencia habitual, hallándose en sitio desconocido y entre gentes extrañas. La convalecencia fué normal y rápida, habiendo reclamado la baja a los ocho días y regresado a caballo al lugar de procedencia. El diagnóstico fué el de *fiebre paratifoidea*, con reservas, e influyó para inclinarnos a esta opinión el hecho de que ya por entonces se venía hablando de una fuerte epidemia que se había presentado en la vecina ciudad de Aguadas y que había sido clasificada, por investigaciones de laboratorio verificadas en Medellín, entre el grupo de las fiebres tifoideas. Con el doctor Santiago Angel quien me acompañó en la atención al enfermo anterior discutimos largamente el diagnóstico, llegando a la conclusión de que durante nuestros años de estudiantes ni luego en la práctica en esta región, a pesar de haber visto numerosos casos de fiebre tifoidea, no habíamos observado un exantema de esta naturaleza.

Algunos días después, ya en los meses de diciembre y enero, comenzaron a presentarse en la población numerosos casos de la enfermedad, llamando visiblemente nuestra atención el hecho de que ellos tuvieran una localización indeterminada, es decir, que aparecieran simultáneamente en zonas alejadas unas de las otras, sin que pudiera anotarse ninguna solución de continuidad que indicara propagación por contagio inmediato ni por infección de zonas especiales.

Coincidiendo con el principio de la epidemia y su rápida propagación se pudo observar la presencia de una gran cantidad de ratas en los depósitos y subterráneos de las casas y almacenes.

Igualmente, se llegó a la conclusión de que, ni la vacuna contra la fiebre tifoidea, la cual fué usada ampliamente, especialmente por vía oral, ni las medidas profilácticas indicadas para la prevención de las fiebres entéricas, daban un resultado eficaz para evitar la rápida propagación de la epidemia.

Algunos meses después y, de paso para Aguadas, visitó la población el doctor Benjamín Otálora, enviado por el Ministerio en

misión investigadora y tuvimos ocasión de manifestarle nuestra opinión de que no estábamos en presencia de una epidemia de fiebre tifoidea sino de una infección del grupo de las fiebres exantemáticas cuya clasificación era para nosotros difícil por falta de elementos de laboratorio destinados a la investigación. Al doctor Otálora le enviamos muestras de sangre para investigación y el resultado, a juzgar por una nota que posteriormente recibió de él el doctor Santiago Angel, quedó dudoso.

Algunos meses después, el doctor Luis Patiño Camargo, eminente y sabio epidemiólogo, nos visitó y, con material recogido por él personalmente, verificó estudios de laboratorio que le permitieron afirmar la presencia de una *epidemia de tifo exantemático*, probablemente de origen murino.

Clases sociales principalmente atacadas.

La enfermedad no tiene en cuenta las condiciones sociales ni económicas pues a todas las clases ataca indistintamente. Se presentan casos aislados tanto en la casa del individuo acomodado como en el tugurio del proletario sin que, en una ni otro, se propague por contagio directo. Con excepción de algunas residencias en que, al principio de la epidemia, se presentaron varios casos a la vez, y que fueron precisamente aquellas en donde había comodidades suficientes para un conveniente aislamiento, al menos para dormir, en piezas separadas de la del enfermo, los casos han tenido lugar en forma aislada. En habitaciones estrechas y sin las más mínimas condiciones higiénicas, donde los miembros de la familia duermen acumulados, comúnmente se presenta un solo caso y pasan luego diez o doce meses para que sea afectado un nuevo miembro de la familia.

En un principio fué muy notorio el hecho de que los casos se presentaran en sectores de la población demasiado alejados unos de otros. Sin embargo, hubo después manzanas que fueron afectadas simultáneamente, a lo largo de todas sus casas, y en las cuales, con cortos intervalos, enfermaron la casi totalidad de sus ocupantes. Estas manzanas son las fronterizas a la plaza principal del poblado, habitadas por la clase social de mayores recursos económicos, pero, por otra parte, las que tienen en mayor cantidad depósitos de mercancías y de artículos comerciales de diversa índole y en las cuales se observó en mayor abundancia la presencia de ratas. En los ocupantes de estas habitaciones se puede asegurar, por haberlo controlado personalmente, es excepcional el piojo de la cabeza y no existe el de la ropa, desconocido aquí, y, en cambio, las pulgas son abundantísimas.

Posteriormente, al propagarse la epidemia a las veredas, no se

observó tampoco su preferencia por determinadas clases ni condiciones sociales o económicas entre sus moradores, y ya que a todos ha venido afectando por igual.

Edad.

En relación con la edad podemos afirmar como resultado de nuestra observación, que la enfermedad es escasa y benigna en los niños menores de siete años; de esta edad en adelante los casos son frecuentes y de los quince años a los ochenta afecta por igual a todas las personas.

Sexo.

Los casos han sido un poco más numerosos en el sexo masculino quizá por ser el más expuesto, por el traslado frecuente de una a otras veredas y su mayor número de viajes a la población, a sufrir las contingencias necesarias para contraer la infección.

No es posible establecer una relación precisa en cuanto a la intensidad de los síntomas en las diferentes clases y condiciones sociales y económicas pues en todas se han presentado formas, ya graves, ya benignas, sean cuales fueren las facilidades de alimentación o el estado de desnutrición o de resistencia orgánica. Igual cosa puede afirmarse de la aptitud para contraer la enfermedad en relación con los hábitos higiénicos pues ha sido tan frecuente en las personas que practican la limpieza como en aquellas que muy de tarde en tarde se bañan. En la zona rural si se puede anotar que la epidemia se ha propagado más rápidamente en aquellas regiones que carecen de agua potable, quizá porque los huéspedes transmisores encuentren condiciones más propicias para su conservación y propagación.

Lugares y veredas donde ha predominado la infección, su clima y sus condiciones higiénicas.

Partiendo únicamente del personal hospitalizado y teniendo en cuenta que su número es escaso comparado con los que han permanecido a domicilio, damos los datos siguientes:

Veredas	Temperatura	Condiciones		Casos
		Higiénicas	Económicas	
Los Morros.....	17 grados	malas	malas	47
Castilla.....	20 grados	malas	regulares	42
San Bartolomé..	21 grados	malas	regulares	28
Las Cuadras....	19 grados	malas	regulares	19
Mata de Guaduas	19 grados	malas	malas.	13
Los Peñoles.....	19 grados	malas	malas	14
Campoalegre....	17 grados	malas	malas	8
La Mica.....	21 grados	malas	malas.	8
Los Coles.....	18 grados	malas	regulares.	12
San Francisco...	19 grados	malísimas	malas.	15
La Palma.....	17 grados	malísimas	malas.	4
San Lorencito...	17 grados	regulares	regulares	4
San Antonio....	15 grados	regulares	malas.	6
San Lorenzo....	15 grados	regulares	regulares	2

Clasificamos como condiciones higiénicas malas las de aquellas veredas que carecen de agua potable en cantidad suficiente para atender a las más elementales normas de higiene y en que las habitaciones son construídas en forma rudimentaria y sin servicios sanitarios de ninguna clase, generalmente en cafetales; como regulares, las de la veredas en donde existe al menos el agua aunque en pequeña cantidad y en donde las gentes poseen alguna noción de la limpieza personal. Como condiciones económicas malas las de aquellos lugares en que el capital humano está constituido por jornaleros y son muy pocos los pequeños propietarios, y como regulares aquellos en donde existe una regular parcelación de las tierras y los trabajadores, además de los jornales que perciben por su trabajo, son dueños de pequeñas parcelas.

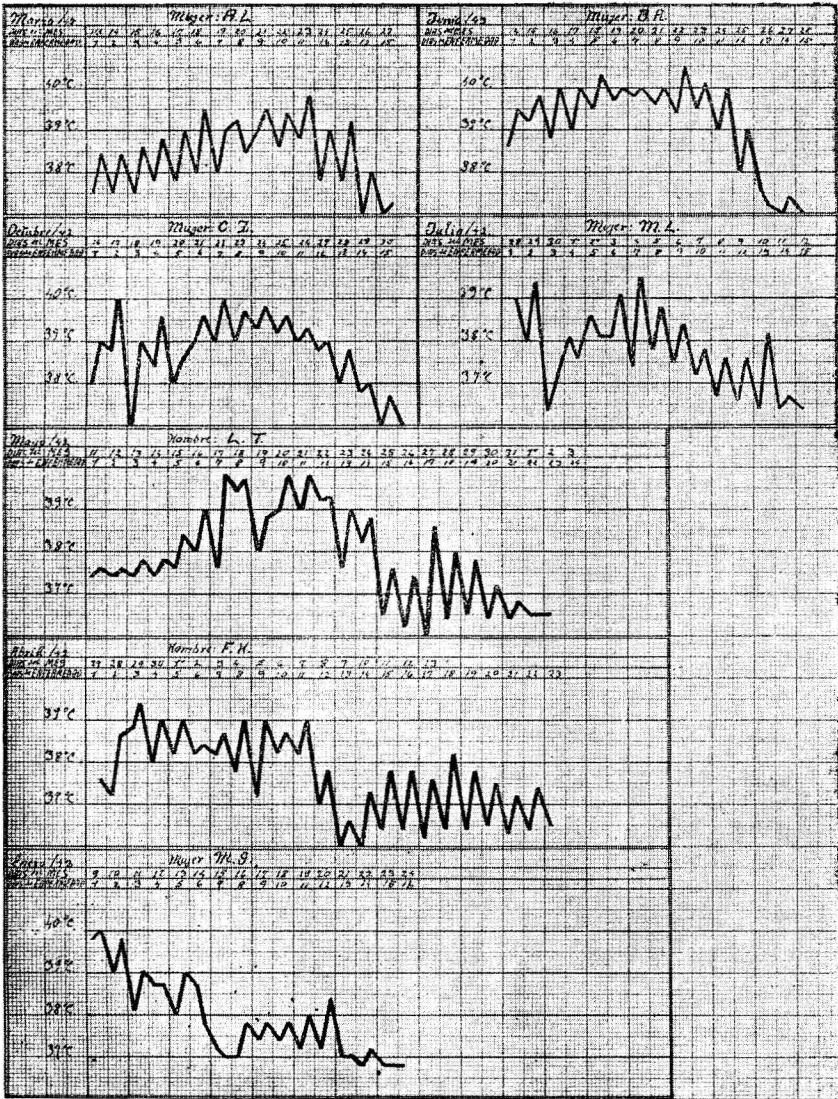
Del cuadro anterior se deduce que la enfermedad se presenta en todos los lugares sin tener predilección especial por las condiciones que los caracterizan.

Datos Clínicos.

Del estudio de 745 casos observados y seguidos detalladamente en su evolución se llega a la conclusión de que la enfermedad posee caracteres polimorfos que impedirían hacer la descripción de una sola forma clínica. Sin embargo, los casos más comunes corresponden al cuadro siguiente: Después de un período de dos o tres días de duración caracterizado por malestar general, curvaduras, dolores óseos y musculares localizados de preferencia en los miembros inferiores, se inicia la enfermedad con ligera sensibilidad en la garganta, calofríos pequeños y repetidos, congestión más o me-

nos acentuada de las conjuntivas y cefalalgia; la temperatura sube en oscilaciones ascendentes hasta alcanzar, al cabo de dos o tres días, 39-39.5 ó 40. y se sostiene durante la mayor parte de la enfermedad con ligeras remisiones matinales. La cefalalgia adquiere, en los primeros días, una intensidad tal que constituye el síntoma predominante; es tenaz y rebelde a todo tratamiento; el pulso se acelera un poco, sin guardar, en general, proporción con la altura de la fiebre; se presentan epistaxis en la mitad aproximadamente de los casos; el bazo permanece normal; el hígado está un poco hipertrofiado y son frecuentes los vómitos biliosos al principio; la anorexia es completa; la lengua sucia y seca en el centro permanece limpia y ligeramente húmeda en los bordes; las mucosas un poco enrojecidas; la constipación es la regla; contrasta la altura de la fiebre con la buena conservación del estado general y con la normalidad de la respiración; la cefalalgia continúa con una tenacidad desesperante a veces hasta el noveno o décimo día en que desaparece cambiando el cuadro por el de una tranquilidad consoladora; el insomnio es constante; sólo en algunos casos hay postración y estado tífico marcado; las orinas, un poco disminuidas, se presentan de una coloración oscura y a veces son albuminúricas; en las bases pulmonares hay un poco de macidez; los dolores musculares duran, con mayor o menor intensidad hasta la terminación de la enfermedad. Entre el quinto y séptimo día aparece el exantema, el cual empieza por la cara anterior de los brazos, el pecho y el abdomen, generalizándose en los días siguientes a todo el cuerpo con excepción de la cara; pocas veces lo hemos observado en las palmas de las manos y plantas de los pies. Es en algunos casos discreto, formado por manchas pequeñas de color rojo intenso; comúnmente es abundante y a veces las manchas son de gran tamaño y confluentes especialmente las situadas en los pliegues de flexión; se borran a la presión al principio para reaparecer en seguida; su duración es a veces tan larga como la enfermedad, otras empieza a desaparecer alrededor del décimo día. La temperatura empieza también a descender en lisis del décimo o undécimo día en adelante; otras veces se sostiene con pequeñas remisiones hasta el décimoquinto día en que baja en crisis brusca acompañada de sudores más o menos profusos. En ocasiones los sudores se presentan frecuentes al principio de la enfermedad y, este síntoma, con los calofríos que afectan alguna periodicidad, hace difícil el diagnóstico diferencial con el paludismo. El pulso permanece durante la evolución de la enfermedad lleno y regular, entre 90 y 120 por minuto y, en muchos casos, no sobrepasa 100 a pesar de la altura de la fiebre.

La enfermedad no siempre se manifiesta en la forma descrita. Es común el principio brusco con un calofrío intenso, comparable



al inicial de las neumonías, y alza de la temperatura a 40 ó 41, con sudores y descenso a la normal al día siguiente o subsiguiente para ascender de nuevo y seguir el curso corriente, con oscilaciones mayores que en la forma común. (Véanse cuadros de temperatura 3 y 4).

También se han presentado formas en que falta por completo la cefalalgia y otras en que ésta, de gran intensidad, el exantema

y los dolores musculares constituyen los únicos síntomas, pudiéndose anotar en uno que otro día, ligeros ascensos térmicos que no sobrepasan 37.3. Otras veces la enfermedad se ha iniciado con los caracteres de una afección gripal o broncopulmonar fuerte hasta el quinto o sexto día en que la aparición del exantema ha venido a aclarar el diagnóstico.

Menos frecuente que las anteriores ocurre una forma de carácter grave, con gran postración, temperaturas altas con pequeñas oscilaciones, pulso acelerado hasta 140 por minuto, delirio, estupor, embotamiento absoluto de las facultades intelectuales, polípnea, congestión pulmonar y hepática marcadas, tos seca, constipación; el enfermo no se da cuenta de nada y pierde el control de sus actos fisiológicos presentándose incontinencia de orina y materias fecales; esta gravedad se mantiene hasta el fin de la enfermedad en que, tras de un estado tan alarmante, hace una crisis rápida y recobra de un momento a otro sus facultades entrando en una convalecencia sin mayores incidencias. Esta forma se presenta en las personas ancianas y en las agotadas por exceso de trabajo o de otra índole; en ellas tienen lugar las complicaciones del miocardio y las broncopulmonares, preferentemente.

Ya se dijo que la enfermedad es sumamente rara en los niños y de una duración corta, de nueve a diez días.

En las mujeres embarazadas no se ha notado ninguna modificación apreciable en el curso de la afección y, en ninguno de los casos atendidos por nosotros, ha sido motivo para la interrupción de la gestación ni ha desencadenado fenómenos de intoxicación gravídica de ninguna naturaleza. Tampoco se ha apreciado influencia notoria sobre los recién nacidos cuya madre sufrió la enfermedad durante la gravidez.

La duración de la enfermedad es de quince días en la mayoría de los casos. Algunos han evolucionado en diez u once y otros, muy pocos, se prolongaron hasta los diez y siete o los diez y ocho. Queremos hacer mención de algunas formas prolongadas en las cuales, cuando la lisis se venía verificando normalmente, adquieren una reagudización caracterizada por un nuevo ascenso en oscilaciones ascendentes para terminar luégo en una nueva lisis ya definitiva. (Cuadros de temperatura 5 y 6).

Complicaciones.

Las más comunes son las miocarditis, las nefritis y las bronconeumonías. Las primeras, muy frecuentes ceden generalmente a los medios terapéuticos; las dos últimas habitualmente son de carácter gravísimo aunque no siempre mortales.

Se han observado escaras en las regiones sacras y trocaterianas.

En los individuos palúdicos se presenta la reavivación de los accesos, dando lugar a formas complicadas, ya sea durante la evolución de la enfermedad, ya en la convalecencia.

Mortalidad.

En los casos que contemplan el presente informe la mortalidad ha sido del 2%, así:

Casos tratados.	745
Muertos:	
Hombres	10
Mujeres.	5
Total.	15

Por las siguientes causas:

Por gangrena diabética.	1
Por síncope, a principio de la convalecencia en un paratítico general	1
Por Bronconeumonía	4
Por Miocarditis	3
Por Uremia	5
Por Neumonía.	1

Exámenes de Laboratorio.

La carencia casi absoluta de elementos para exámenes de laboratorio no nos han permitido hacer nada en este sentido. Los exámenes repetidos de orina en la mayor parte de los enfermos nos permiten anotar que la albuminuria se encuentra en muy bajo porcentaje. En las formas asociadas al paludismo se ha encontrado en la sangre el hematozoario.

Número de enfermos aproximadamente que han padecido la enfermedad.

Teniendo en cuenta los numerosos casos de las veredas y de la misma población que no se han hecho tratar, los que se han sometido a tratamientos empíricos o insuficientes, los que han solicitado tratamiento por intermedio de otras personas, los tratados en el hospital y en la ciudad por los médicos, calculamos en 2.500 los casos ocurridos hasta el presente en este municipio. De estos han

tenido asistencia médica y observación diaria durante la evolución de su enfermedad 745, así:

Hombres	414
Mujeres	331

Medidas profilácticas.

En los primeros meses de la epidemia y, cuando aun creíamos estar en presencia de una fiebre entérica del grupo tifoidea-paratifoidea, se pusieron en práctica las medidas profilácticas indicadas para tal emergencia, consistentes en una insistente labor educativa, ya individual, ya por medio de conferencias o de publicaciones; vacunación, empleando en amplia medida las vacunas por vía oral y la inyectable del Laboratorio Nacional de Higiene; uso del agua hervida; aislamiento hasta donde era posible de los enfermos y desinfección de ropas y enseres usados por ellos, sin que ninguna de estas medidas diera el más mínimo resultado para evitar la rápida propagación de la epidemia.

Posteriormente, ya conocidos los resultados obtenidos por el doctor Patiño Camargo, se orientó la campaña en el sentido aconsejado para la profilaxis del tifo exantemático: lucha contra las ratas y las pulgas, más difícil en la práctica de lo que parece; rasuramiento del cabello y despiojamiento en el hospital; aseo personal; propaganda por medio de frecuentes conferencias sobre la necesidad y la forma de poner en práctica las citadas medidas. Con lo que se ha logrado hacer en tal sentido la epidemia tiende a disminuir, o mejor dicho, ha adquirido carácter de endemia con recrudescencias en algunos meses.

El doctor Patiño Camargo me remitió, en el mes de junio de 1942, 120 cc. para cuarenta personas de Vacuna de Cox para que la aplicara por vía de ensayo. En su nota remisoria me dijo el distinguido epidemiólogo: "... En el hombre apenas está ensayándose. A ustedes toca decidir si sirve o no sirve. Se piensa que la protección es parcial y que sólo podría asegurarse en un término de un año, es decir, habría que reforzar la inmunidad al fin del año para las personas expuestas al contagio". Pues bien: las cuarenta vacunas fueron aplicadas por mí conforme a las instrucciones del caso, y, de las personas vacunadas, seis han sufrido posteriormente la enfermedad, así:

Al mes de vacunadas	1
Al mes y medio	1
A los cinco meses	1
A los seis meses	1
A los diez meses	2

El primer caso se presentó con caracteres de gravedad y tuvo una forma prolongada con complicaciones nerviosas y pulmonares congestivas. Los otros cinco casos presentaron formas sumamente benignas. No considero suficientes los datos anteriores para conceptuar en ningún sentido sobre la eficacia de la vacunación por este producto, aunque llama la atención el alto porcentaje de vacunados que sufrieron la enfermedad antes del año, término indicado para reforzar la inmunidad con nuevas aplicaciones (*).

Otros datos.

Tres de los enfermos atendidos en el hospital y que presentaron formas leves, volvieron al cabo de varios meses con el mismo cuadro sintomatológico y he pensado en repetición por haber tenido los tres el exantema característico.

Ninguno de los casos ocurridos en este municipio ha tenido hemorragias ni perforaciones intestinales.

La convalecencia es rápida y la mayor parte de los enfermos han podido reanudar sus ocupaciones habituales en un promedio de ocho a diez días, aumentando de peso rápidamente hasta recuperar en pocos días o traspasar la cifra normal.

No se han observado secuelas de carácter grave como consecuencia de la enfermedad. Sólo subsisten por algunas semanas la astenia y las mialgias en los miembros inferiores.

En los últimos meses las formas han sido, en la casi totalidad de los casos, más cortas y benignas y la mortalidad ha sido nula.

(*) Vacuna preparada con virus de tifo exantemático europeo. N. de la R.