

TIFO EXANTEMATICO EN NARIÑO

LABORATORIO DE HIGIENE DE NARIÑO

Doctor Hernando Groot, Director. Doctor Pedro Mayoral, Anatómopatólogo. Doctor Luis E. Martínez, Ayudante.

Nota preliminar.

Al iniciar nosotros el estudio cuidadoso de los enfermos febriles de la región atacada por la bartonelosis y de zonas vecinas, lo mismo que de algunos pacientes de Pasto, que han solicitado nuestros servicios, pudimos comprobar la presencia de algunos casos de tifo exantemático y desde entonces hemos venido observando otros más.

El haber podido establecer la presencia de dicha enfermedad en Nariño, zona donde todas las condiciones son favorables a la expansión de este mal, constituye un hecho de alto valor epidemiológico.

En efecto, si nos fijamos en las características de distinto orden que se presentan en las regiones donde han sido observados los enfermos, vemos la importancia del asunto, pues además de que se trata de zonas muy ricas y pobladas, entre las cuales se cuenta la capital del Departamento, todas las circunstancias hacen temer que el día menos pensado pueda presentarse un gravísimo problema de salud pública.

Los hábitos poco higiénicos de una buena parte de la población, especialmente la rural que vive en condiciones muchas veces misérrimas, con poco aseo, lo cual favorece un intenso parasitismo por los piojes, el hacinamiento en malas chozas en promiscuidad con curies y otros animales domésticos, la costumbre de algunos de matar los piojes apretándolos con los dientes, la concurrida asistencia a los velorios, el íntimo contacto entre sanos y enfermos, el intercambio comercial frecuente y muchas circunstancias más, hacen un campo ideal para el desarrollo del tifo exantemático.

Ya en las zonas urbanas las condiciones son mejores, pero muchas de ellas persisten como los pocos hábitos de aseo, la pediculosis, la agrupación de familias en locales estrechos, insuficientes, como

pasa, por ejemplo en un buen número de la población de Pasto, que vive en las "tiendas" habitaciones casi siempre de una sola pieza, en malas condiciones higiénicas.

Los datos que hemos logrado conseguir sobre el tifo exantemático en el Departamento, antes de que se estableciera el Laboratorio de Higiene de Nariño, son prácticamente ningunos, porque seguramente, con la sola ayuda de la clínica, pasaba inadvertido, al confundirse con otras enfermedades. Así, por ejemplo, en las zonas afectadas por la bartonellosis se dió en achacar a esta enfermedad cualquiera manifestación mórbida con fiebre como síntoma principal; y en la ciudad de Pasto se han observado siempre casos diagnosticados como de fiebre tifeidea hipertóxica o muy grave, algunos de los cuales quizá se hubieran clasificado de distinta manera, si hubiera sido fácil hacer los exámenes de laboratorio pertinentes.

Cabe aquí recordar que teóricamente, en varias ocasiones se ha negado la existencia del tifo en el país, y en Bogotá, por ejemplo, se sostuvo *a priori, siguiendo* al profesor Lombana, que no había dicha enfermedad, pese a las enseñanzas clínicas del profesor Carlos Esquerro, que sustentaba la tesis contraria, y a la comprobación experimental del tifo en dicha ciudad hecha por Patiño Camargo, en los años de 1917 a 1922.

Los sitios en donde se ha encontrado el tifo exantemático en Nariño, son:

Santa Rosa, caserío a 3 kilómetros de Imués, sobre el río Guáitara, margen izquierda, aproximadamente a 2.000 metros: un caso.

Chuspirumí, (San Francisco) Municipio de El Tambo, corregimiento de El Peñol, a 1400 metros: un caso.

La Chorrera, al este de La Unión, aproximadamente a 2.400 metros de altura: 4 casos.

Motilón, fracción al norte de Samaniego, situada en el camino para Linares: a 1900 metros de altura: 4 casos.

Doñana, Municipio de Samaniego, al sur, a 1.800 metros de altura: un caso.

Pasto, en la zona urbana y en la zona rural (Buesaquillo), altura: 2.590 metros: 11 casos.

Los cuatro casos de La Chorrera pertenecían a una misma familia y dos casos de Motilón también.

El número pues, de casos comprobados por el Laboratorio, según el método que luego se expone, desde el 24 de marzo de 1940 hasta abril de 1941 asciende a 22, pero el número de enfermos seguramente ha sido muy superior, pues muchísimos han podido escapar al control médico y al estudio del Laboratorio, sobre todo si se tiene en cuenta que no todos los médicos pueden enviarnos material de sus enfermos sospechosos.

Además, en las familias de varios de los casos estudiados se han presentado otros enfermos con sintomatología muy parecida, determinándose así un verdadero estado de epidemia familiar, enfermos que con muchas probabilidades de certeza pueden achacarse igualmente al tifo exantemático, pero que nosotros no contamos, porque por una u otra causa escaparon a nuestro control directo. Así, en Chuspirumi en el caso de O. B., enfermaron diez personas de la familia, de la cual una murió; en el caso M. G., de Buesaquillo, Pasto, enfermaron cuatro; en los casos de Motilón, enfermaron también otros miembros de la familia, lo mismo que en el de Doñana (Samaniego).

La repartición por meses es la siguiente:

Marzo de 1940, un caso. Santa Rosa (Imués).

Julio de 1940, un caso. Chuspirumi (El Tambo).

Diciembre de 1940, un caso. Pasto.

Enero de 1941, 3 casos. Motilón (Samaniego).

Febrero de 1941, 3 casos. 1 de Motilón (Samaniego). 2 de Pasto.

Marzo de 1941, 5 casos. Pasto.

Abril de 1941, 8 casos. 4 de La Chorrera (La Unión). 3 de Pasto. 1 de Doñana (Samaniego).

La identificación de la enfermedad se ha hecho por el estudio clínico y principalmente por los exámenes de Laboratorio.

El cuadro clínico que hemos podido seguir personalmente en algunas ocasiones y que concuerda con los estudios de otros médicos en casos que no pudimos observar directamente, puede resumirse así:

Después de un período de incubación variable sin manifestación clínica alguna apreciable, comienza la enfermedad de una manera brusca, con escalofríos, fiebre, malestar general; durante la primera semana hay fiebre de 40°, casi siempre congestión conjuntival, leucocitosis, polimorfonucleosis; en la segunda semana la fiebre no es tan elevada, pero hay estupor, disnea; aparece la suero aglutinación positiva para el *Protus* X19. En la tercera semana desaparecen los síntomas, baja rápidamente la fiebre y termina la enfermedad.

De los 22 casos observados, sólo uno ha sido mortal.

Los exámenes de Laboratorio han demostrado:

a) *Cuadro hemático.*

Leucocitosis por encima de 10.000 glóbulos blancos por mm. cúbico con polimorfonucleosis.

b) *Examen parasitológico de la sangre* (frote extendido y gota gruesa).

Negativo en todos los casos.

c) *Estudio serológico.*

Reacción de Weil Félix.

Aglutinación con el *Proteus* X19.

N. L. (N° de Registro 268)	Santa Rosa.	Positiva al 1	1280
O. B. (N° de Registro 751)	Chuspirumi.	Positiva al 1	640
F. M. (N° de Registro 1530)	Motilón.	Positiva al 1	5040
S. A. (N° de Registro 1610)	Motilón.	Positiva al 1	640
E. M. (N° de Registro 1611)	Motilón.	Positiva al 1	640
H. J. (N° de Registro 1696)	Motilón.	Positiva al 1	300
A. S. (N° de Registro 1364)	Pasto.	Positiva al 1	300
J. E. (N° de Registro 1703)	Pasto.	Positiva al 1	3000
A. M. D. (N° de Registro 1752)	Pasto.	Positiva al 1	300
M. E. (N° de Registro 1822)	Pasto.	Positiva al 1	300
M. P. (N° de Registro 1838)	Pasto.	Positiva al 1	300
R. G. (N° de Registro 1884)	Pasto.	Positiva al 1	300
E. M. W. (N° de Registro 1905)	Pasto.	Positiva al 1	60
L. A. S. (N° de Registro 1918)	Pasto.	Positiva al 1	100
M. A. G. (N° de Registro 1937)	Pasto.	Positiva al 1	100
A. N. (N° de Registro 1972)	Pasto.	Positiva al 1	1500
D. J. (N° de Registro 1953)	Pasto.	Positiva al 1	500
J. G. (N° de Registro 1944)	La Chorrera.	Positiva al 1	500
B. G. (N° de Registro 1945)	La Chorrera.	Positiva al 1	150
J. G. (N° de Registro 1946)	La Chorrera.	Positiva al 1	300
M. G. (N° de Registro 1947)	La Chorrera.	Positiva al 1	150
L. S. (N° de Registro 1976)	Doñana.	Positiva al 1	100

Aglutinaciones negativas con el *Proteus* X2, *Proteus* OAK, Tífico de Pasto, Bacilo Tífico O, Bacilo Tífico H, Bacilo Paratífico A, Bacilo Paratífico B, *Brucella Melitensis* y *Brucella abortus*.

d) *Hemocultivos.*

En caldo aerobio, caldo anaerobio, caldo glucosado, infusión de cerebro y corazón, bilis y agar inclinado).

Negativos en todos los casos.

e) *Inoculación de sangre de los enfermos al curí* (vía intrapleural; cantidad inoculada (2 a 5 cc.)

Después de un período de incubación variable de 6 a 15 días, fiebre ligera de 40° c. a 40,5 c. de 6 a 7 días más o menos de duración.

El fenómeno de Mooser es inconstante y poco intenso.

La evolución de la infección no determinó la muerte de los curíes.

En las células de la vaginal de algunos de los animales que fue-

ron sacrificados durante el período febril se encontraron escasas formaciones con las características de coloración y morfología de las *Rickettsiae*.

El estudio histopatológico mostró en algunas vísceras (pulmón, cerebro) zonas de inflamación con proliferación de las paredes de los vasos, por otra parte, sin nada de característico. Los datos que tenemos sobre la inoculación de sangre al curí son muy escasos todavía y como apenas estamos iniciando las investigaciones sobre las características del virus, es aventurado hacer cualquier afirmación al respecto.

Es necesario continuar estos trabajos estudiando detenidamente el virus, sus transmisores y sus receptáculos, pero mientras tanto, y a la luz de los últimos conocimientos sobre la materia que sostienen la unidad del virus tifoso, debemos seguir dando al piojo toda su importancia pues es él el que transmite la enfermedad, de hombre a hombre.

En efecto, (2) si consideramos las dos variedades propuestas por Nicolle, al lado del sencillo ciclo epidemiológico del tifo europeo:

Hombre —piojo humano— hombre;

Tenemos el del tifo murino:

Rata —pulga o piojo de rata-rata-pulga-hombre-piojo humano—hombre, en el cual el piojo humano es también el transmisor de hombre a hombre, lo cual no obsta para que en la lucha contra esta variedad se dé igualmente el máximo de importancia a la rata y a la pulga.

Una vez establecida la presencia del tifo exantemático en Na-riño, y conocidas las circunstancias especiales que favorecen su difusibilidad, es necesario que se tomen medidas de control sobre dicha enfermedad para evitar su expansión que puede llegar a graves extremos.

Ya en las conclusiones de la conferencia de los médicos de la Campaña Antibartonellósica, reunida en Pasto en febrero de 1941, se recalcó sobre este asunto.

Como hasta ahora no se ha presentado la enfermedad sino en forma endémica o de pequeñas epidemias familiares, conviene orientar las medidas de prevención de la siguiente manera en líneas generales.

Los enfermos serán aislados y desinsectizados cuidadosamente.

Los sospechosos de contagio se desinsectizarán y serán vigilados por tres semanas.

Los individuos sospechosos, como son todos los familiares y habitantes de la misma casa, serán despiojados y vigilados durante dos semanas.

Las autoridades sanitarias de la zona deben llevar una lista

completa de a) las personas enfermas, b) las sospechosas de enfermedad y c) las sospechosas de contagio.

Se desinsectizarán las habitaciones de los enfermos.

Desinsectización de los medios de locomoción.

Despiojamiento y mejora sistemática de las habitaciones de la zona afectada.

Campaña educativa de limpieza y por consiguiente de lucha contra el piojo por medio de conferencias, instrucción en las escuelas, anuncios, carteles, sermones, cine, radio, etc.

Naturalmente estas normas se modificarán y ampliarán según las circunstancias, instalando casas de limpieza, puesto de despiojamiento, estableciendo hospitales de emergencia, etc., etc., es decir siguiendo las reglas que habitualmente se recomiendan para estos casos, si el problema se agudiza (4-5-6).

Es necesaria una cooperación de todos los médicos del departamento con las autoridades sanitarias y el Laboratorio para el encuentro de nuevos enfermos y procurar con ayuda de aquél la precisión en el diagnóstico de enfermedades febriles sin localización manifiesta.

Dados los muchos inconvenientes con que se tropieza en la lucha contra el piojo, y los halagadores resultados que se están obteniendo hoy día con la profilaxis específica en el tifo exantemático (1-2-3) hemos acudido a la gentileza del profesor M. Ruiz Castañeda, de México, para solicitarle nos envíe la vacuna por él preparada con ánimo de hacer algunos estudios sobre ella entre nosotros.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

En el presente trabajo se informa sobre la presencia de tifo exantemático en el Departamento de Nariño, enfermedad de la cual se han podido comprobar en el curso de un año 22 casos.

El diagnóstico se hizo por el estudio clínico y los exámenes de laboratorio que mostraron aglutinaciones positivas con el Bacilo *Proteus* X19 y negativas para otros gérmenes (*Proteus* X2, *Proteus* XK, B. tífico O y tífico H, Paratíficos A y B, *Brucellas melitensis* y *abortus*); hemocultivos negativos y cuadro hemático con leucocitosis y polimorfonucleosis. La inoculación de 5 c. c. de sangre de enfermo al curí, por vía intraperitoneal, determinó después de un período de incubación variable de 6 a 15 días, fiebre ligera de 40° C. a 40° 5 C, de 6 a 7 días más o menos de duración.

Es casi seguro que el número de enfermos haya sido mayor, porque muchos sospechosos escaparon al control del Laboratorio.

La enfermedad se ha presentado hasta ahora en forma endémica y de pequeñas epidemias familiares.

Nº DE CASOS
- 11

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

1940
MARZO
ABRIL
MAYO
JUNIO
JULIO
AGOSTO
SEPTIEMBRE
OCTUBRE
NOVIEMBRE
DICIEMBRE
1941
ENERO
FEBRERO
MARZO
ABRIL

N. Groof

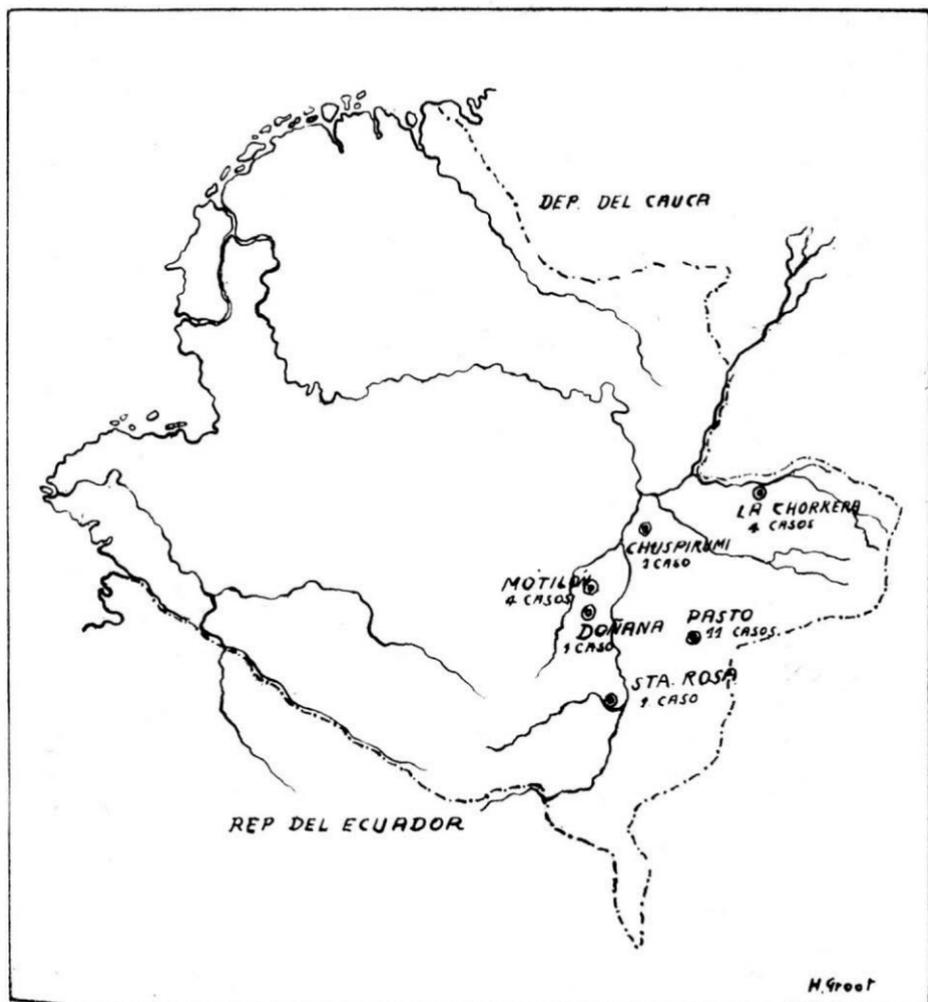


Como apenas estamos iniciando el estudio de las características del virus de Nariño, sería aventurado hacer cualquier afirmación a este respecto.

Las condiciones de una buena parte de la población, altamente parasitada por el piojo, son favorables a la expansión del mal.

Se hacen sugerencias sobre las medidas que se deben contemplar en la lucha contra esta enfermedad.

Se recalca sobre la necesidad de la ayuda del laboratorio en el diagnóstico de las enfermedades febriles, sin localización.



BIBLIOGRAFIA

- 1—*Bustamante, M. Varela G., Ríos, Neri F.* — “Profilaxis del tifo por medio del suero”. Boletín del Instituto de Higiene. Méjico. Tomo II, N° 4. Agosto de 1935.
- 2—*Castañeda M. Ruiz.*—“Profilaxis específica del tifo exantemático”. Compañía General Editora. S. A. Méjico. 1940.
- 3—*Macchiavello A.*—“Estudio sobre bacteriología e inmunología del Tifo Exantemático”. Ed. Universo. Santiago de Chile. 1938.
- 4—*Macchiavello A. Contreras.*—“Informe final sobre la epidemia de Tifus exantemático en la región de San Pedro de Atacama y sus alrededores”. Servicio Sanitario Provincial de Antofagasta. Febrero. 1934
- 5—*Rosenau M. J.*—“Preventive Medicine and Hygiene”. Appleton: Century. New York. 1935.
- 6—*Veintimillas Felix.*—“El Tifus Exantemático boliviano o el tifus altiplánico”. Imp. Escuela Tipográfica Salesiana. La Paz. 1935.
- 7—*Patiño Camargo Luis.*—“El Tifo Negro Exantemático en Bogotá”. Edit. “Cromos”. 1922.