

TIFUS EXANTEMÁTICO

Honorables colegas:

Debo a la exquisita amabilidad de mi distinguido amigo y colega el Dr. Juan A. Meía, el honor de estar reunido en estos momentos con los ilustrados y apreciables colegas que integran la ASOCIACIÓN MEDICA HONDUREÑA, ante la cual me presento muy atentamente solicitando su bondadosa atención para introducir al ilustrado criterio médico de tan brillante conglomerado profesional, algunas observaciones sobre el tema que estoy seguro despertará en vosotros algún interés, no tanto por la enfermedad misma, pues es de todos bien conocida, sino por que es su existencia rechazada a la altura de nuestras ciudades y bajo el clima cálido de nuestras costas.

Es precisamente ese el interés que me mueve a presentaros algunos casos de enfermos que tienen una semiología muy semejante al cuadro de esa enfermedad, tenida en los países y ciudades donde tiene aparición esporádica, o por el contrario sienta sus reales con los caracteres fatales de una epidemia; o pasa azoladora en época de los mayores fríos, diezmando los pequeños poblados y cebándose en el bajo pueblo que es quien ha pagado siempre el más caro tributo a su paso. Me refiero al Tifus Exantemático.

Se me dirá, quizá, que el tifus exantemático no existe en esta capital ni en la República, He ahí mi tesis, he ahí el objetivo principal de esta conversación

que me he permitido solicitar a vosotros para manifestaros el resultado de mis observaciones que comprueban que la enfermedad existe no solamente en los climas fríos y sobre las altiplanicies de nuestras cordilleras, sino también en el clima cálido y en las ciudades que están ubicadas en nuestras costas modificadas, sí por el clima y la altitud y quizá por el medio de trasmisión.

No temo equivocarme al afirmar que más de alguno de vosotros se habrá sentido inquieto e intranquilo a la cabecera de un enfermo, porque el diagnóstico, a pesar de vuestro temperamento investigador y estudioso; a pesar de vuestros sólidos conocimientos profesionales; a pesar de vuestro interés de llenar todas las indicaciones necesarias para que con el auxilio *del* laboratorio y el microscopio, el diagnóstico surga radiante y vencedor, la incógnita abrumadora se mantiene desafiante, clavada en la mente del médico ¡que siente esa pasión sagrada por su hermosa y humanitaria profesión.

No creo estar muy lejos de la verdad al pensar que mis palabras os evocarán quizá más de un recuerdo de un caso clínico que llenó de incertidumbre vuestro espíritu, porque son dos entidades cuyo conjunto armonioso forman el alma de nuestra profesión médica, la clínica y el laboratorio, estuviesen en esta vez divorciadas aunque aparentemente.

Quiero referirme al hablaros de esta manera, a casos que son más corrientes de lo que pudiera suponerse.

Cuantas veces la asistencia metódica, ordenada y minuciosa, nos lleva a formular un diagnóstico probable, pero que la clínica, el tratamiento y el laboratorio se han encargado de modificar.

Muy bien podría ser que entre vuestros recuerdos vinieseis a evocar la historia clínica de un enfermo, cuya evolución ha sido muy semejante al de una tifoidea o al de una paratífica y que por haberse abierto el cortejo sintomático con la peculiaridad de un frío solemne b discreto, os ha hecho investigar sobre la existencia del hematozoario con resultados negativos; o a auscultar cuidadosamente el tórax, bajo el supuesto del desarrollo de una pneumonía incipiente. La tifoidea misma cuyo diagnóstico os parece que se impone, por la facies del enfermo, el estupor, el delirio, la cefalea, su lengua, su gorgoteo, en fin, su evolución; y sin embar-

go, el cultivo de las heces y el examen de la sangre son negativos. La clínica y el laboratorio pareciera que anduviesen divorciados en medio de aquel cuadro de ineartidumbre científica, mientras tanto nuestro enfermo a los 14 días o ha entrado en una franca mejoría que no está de acuerdo con el insospechado cambio hacia la convalecencia y la gravedad de 2 días anteriores, o el paciente ha entrado en un período sub-comatoso vecino de la muerte que es el epílogo final de aquellos días de amarga incertidumbre para el espíritu del médico que ama su profesión.

Y para completar aún más nuestras ansias de investigación y colmar de contradicciones nuestro criterio atormentado por la duda y atropello por el paso brutal de una enfermedad que nos arrebató en plena batalla, nuestro enfermo muere con el cortejo abdominal de una perforación, o el cuadro súbito de un síncope.

Sobre estos cuadros clínicos así tan someramente descritos, evocando vuestros momentos de

duda, es donde quiero encontrar el auxilio de vosotros al suplicaros vuestra atención para que, sin prejuicios y con toda la buena voluntad de abrir de par en par las puertas de vuestro espíritu investigador a los problemas que a diario se nos presentan en el ejercicio de nuestra profesión, sigáis de cerca esos casos dudosos, fijando de preferencia vuestra atención en ciertos síntomas que son por decirlo así, los que descubren la enfermedad y le dan personería peculiar a nuestros climas y nuestras alturas, tomando el carácter especial por el cual yo me he permitido describirlo con el nombre de TIFUS NOSTRAS.

No pretendo describir una enfermedad nueva o diferente al tifus exantemático, pero sí presentar la tesis de su existencia en nuestros climas con semiología que carece de algunos de sus principales atributos.

La enfermedad tal como se nos presenta en nuestros climas cálidos tiene la evolución siguiente :

Después de unas cuantas horas de *curbatura* general, aparece un frío franco, solemne a veces como el de la infección palúdica o del comienzo de la pneumonía. La temperatura sube a 39°, para tener un descenso casi cerca de la normal en el curso de las primeras 24 horas; descenso que no dura sino poco tiempo, para llegar de nuevo a 39° y mantenerse continua, con ligeras remisiones matinales, durante la enfermedad; la gráfica térmica adquiere el aspecto de un signo de raíz.

El 4o. día de evolución, el enfermo sufre la aparición de un exantema claramente destacado en el tórax, la espalda principalmente, las caras internas de las extremidades, en las personas de piel blanca y limpia; muy apenas visible en los pacientes de piel morena; respetando en la gran mayoría de los casos la cara y otras partes del cuerpo.

El exantema del tifus clásico, es un síntoma tan capital y tan manifiesto que le ha dado su nombre a la enfermedad. Entre nosotros existe, pero como he dicho, aunque siempre constante, sí discreto.

Con la aparición del exantema cuya abundancia está en razón directa de su gravedad, aparece una cefalea constante, insomnio, sordera que a veces es tomada por una obnubilación del enfermo pero que en verdad es que oye poco.

El 6o. día, corrientemente, el delirio que al principio no existía o era pasajero y fugaz, se acentúa con caracteres definitivos. Hay sudor frecuente a veces copioso y que tiene la peculiaridad de no influir en la temperatura.

No tiene el sudor de *Nuestro Tifus* el carácter tan conocido del tifus común, el olor; ese olor característico que le hace por solo este síntoma, ser reconocida la enfermedad, por el vulgo y los empíricos; olor a iglesia donde habitan murciélagos, u olor a ratón como lo describen los autores clásicos. El sudor del *tifus nostras* no hiede.

El 10o. día de enfermedad, es generalmente un día de muchas preocupaciones de parte de la

familia del paciente como del médico. Todo el cuadro se agrava. Es una agitación constante con incesante delirio y continuo intento de ambular; o es por el contrario un estado soporoso de idiotéz y postración. A esta fecha el exantema ha desaparecido, no queda de él sino un ligero tinte marmoleado de sombras oscuras que se dibujan por los costados y el dorso. Los miembros están tomados de un temblor intencional. La voz también es temerosa; la lengua saburral; los dientes fuliginosos; el ojo inyectado y lagrimoso; la piel tostada y seca; la sordera es muy marcada; la fiebre que antes ha remitido en las mañanas, fue mantenida entre 39° y 40°; la orina escasa y el abdomen sonoro, a veces timpánico.

Todo hace sospechar de! 109 al 12?, que habremos de apuntar una decepción más en nuestras luchas con la muerte.

Mas, al amanecer del 13° día, renacen nuestras esperanzas. La temperatura de 39° y 40°? cae a 38° en la mañana. Hay horas de calma; la sed es viva durante la noche; el enfermo duerme unas horas, sueño quieto y tranquilo y el 14 día, después de una diuresis abundante y de un sueño

reparador, la temperatura cae cerca de la normal.

En aquel momento nos inquieta un temor; a pesar de que la temperatura es más baja y aun normal, el delirio persiste o es sustituido por fenómenos de enagenación mental, sobre todo en personas de un temperamento nervioso y emotivo.

Nuestro enfermo al entrar al 15o. día ha entrado también a la convalecencia.

En qué se ha diferenciado el Tifis Nostras del Tifus Clásico? En primer término, en su débil mortalidad. En su contagiosidad, y he aquí que yo pienso que el *tifus nostras* no se contamina como el otro por el *pedicvMs vestimenti*, porque la mayoría de los casos observados no son precisamente en individuos de la más baja escala social, sino que el contrario, son observados en la clase que disfruta de mayores comodidades. Y si a esto se agrega, que entre nosotros muy raramente se conoce el "piojo blanco" tenemos que aceptar que la enfermedad se trasmite por contacto directo o por intermediario de algún culex quizá, o por los piquetes de *pulgas*.

De aquí es que yo me explico el porqué de los casos poco

abundantes de tifus nostras y que nos presenta los caracteres de una verdadera epidemia, sobre todo evolucionado influenciado por el clima y la altitud. Solo quiero decirlos que de todos los enfermos que yo he atendido, solo o asociado de otros colegas, Drs. Alberto Martínez, que radica en León, de la Facultad de Medicina de París; y el Dr. Julio Arguello, de la Facultad de Medicina del Salvador; todos han evolucionado con los caracteres descritos, y que de todos ellos 3 han fallecido, el 12 día el uno, y el 13 y 16 los otros. Una de ellas, una señorita de la sociedad de León, falleció el 12 día de un síncope al sentarse en el lecho, en su afán por caminar. Otra en el puerto de Corinto, falleció con un cuadro -muy semejante al de una perforación intestinal, más no me fue dable practicar la autopsia por razones que son fáciles de comprender, pero sí con resultados negativos de laboratorio sobre las investigaciones de tifoidea y paratífica.

El tratamienato que yo he empleado ha sido siempre, partiendo del punto de mi tesis que sostuve en la Facultad de Guatemala, en donde tuve oportunidad de combatir durante tres meses una epidemia de Tifus Exantemático, el año 1917 y que versó sobre el TRATAMIENTO DEL TIFUS EXANTEMÁTICO, por el COLARGOL INTRAVENOSO, ha sido, no precisamente el Colargol sino el Electrargol intramuscular, Urotropina por vía ora! asociada de benzoato de s o-

da y un tratamiento sintomático adecuado.

Si queréis que os diga por qué no he usado el Colargol, os diré sencillamente que por la dificultad de encontrarlo frescamente preparado a la hora de necesitarlo.

Debo decirlos que el Colargol intravenoso usado por mí y por otras misiones sanitarias que también combatieron el tifus en 1917 en Guatemala, redujo la mortalidad de una manera asombrosa al grado de convertirla a 0 en algunas zonas de la República, como consta en mi tesis de ese año.

Y para terminar quiero rendiros muy sinceramente las más expresivas gracias por haber prestado vuestra atención a este humilde colega de vosotros, que en su interés por investigar y perseguir la verdad en este problema de suyo interesante, se ha permitido aprovechar la dichosa oportunidad de estar en esta bella ciudad capital de nuestra hermana del Norte, donde tengo buenos amigos, para solicitar estos momentos que para vosotros son tan caros por vuestras muchas ocupaciones, a fin de que observéis si en esta hermosa ciudad hubiese casos sospechosos del cuadro clínico que me he permitido diseñar tengáis la bondad de informármelo en la seguridad que habréis comprometido una vez más. la gratitud de este colega y amigo leal de vosotros.

M. L. MORA.