

mueve, habremos perdido el tiempo en inútil y egoísta tarea. El médico, para cumplir su deber hacia la Humanidad, además de estudioso y trabajador debe ser modesto y bueno.

Cierto estoy, señor doctor Latapí, de que en usted se reúnen estas cualidades y por esto puedo decirle con toda verdad: ¡Sea usted bienvenido!

• La Dmelcoterapia de la tifoidea *

Por el Dr. SAMUEL MORONES

Deseo ante todo dar a ustedes las más cumplidas gracias por la distinción de que se me ha hecho objeto al aceptar mi solicitud para ocupar un sillón en la Sección de Enfermedades Tropicales de esta docta Agrupación.

El haber ingresado a dicha corporación significa para mí un compromiso y un estímulo; el primero obliga al estudio y dedicación intensos en el ramo especializado de la Medicina Tropical; el segundo da una profunda satisfacción ya que constituye una de las metas a que el médico mexicano pueda aspirar y lo anima por el camino de la observación acuciosa, la investigación y la cultura para hacerse merecedor de la camaradería que le dispensan personas tan representativas del cuerpo médico de nuestro país.

El tema que desarrollaré se titula "La Dmelcoterapia de la Tifoidea", tema que parecería no caber en una sección correspondiente a enfermedades tropicales; sin embargo, hay una razón que fundamentalmente me permite incluir el trabajo presente en la sección antes dicha: es la de que en la totalidad de los textos de patología de los países cálidos está comprendido el estudio de la tifoidea. ¿Por qué? Lo ignoro, pero así es. También ignoro hasta dónde alcanzan en el terreno de la patología las denominaciones: enfermedades tropicales, enfermedades exóticas y enfermedades de los países cálidos, todas ellas tomadas como sinónimas por los múltiples autores; intencionalmente planteo este problema ante ustedes para que si lo juzgan conveniente, tengan a bien ilustrarme al respecto; en varias ocasiones los estudiantes de medicina

* Trabajo de ingreso como académico numerario, leído en la sesión del 5 de abril de 1939.

me han preguntado si el paludismo, las brucelosis, el tabardillo, la hidrofobia, la uncinariasis y demás parasitosis por vermes como tenias, ascaris, oxiuros, filarias, etc., la amibiasis, las leishmaniosis, etc., se deben incluir en el grupo de enfermedades exóticas aunque se observen en muchísimas naciones de todos los continentes, inclusive el europeo, o si con propiedad se les puede titular "enfermedades tropicales" existiendo en zonas que no lo son, o si es justo llamarlas enfermedades de los países cálidos cuando azotan también los países de clima templado y frío. Nunca he podido contestar satisfactoriamente a esas preguntas y me he quedado perplejo al pensar cuál debe ser el nombre indicado para ese tipo de padecimientos, hasta ahora agrupados bajo una denominación completamente convencional para nuestra época. Digo para nuestra época, porque seguramente cuando los trópicos tentaron al blanco y en ellos descubrieron una patología nueva y desconocida, entonces resultaba impecable cualquiera de las tres designaciones a que he hecho referencia; pero con la invasión de los climas cálidos por todas las razas, se ha hecho la exportación de los padecimientos propios de ellos y en la hora actual, casi en su totalidad y con pocas excepciones (mal del sueño, onchocercosis, ciertas bilharziosis, etc.), se han vuelto generales. Por lo tanto, serán el factor histórico y el abolengo las únicas razones para conservar una terminología que parece extemporánea.

Otro motivo por el cual seleccioné el tema presente, es el de haber encontrado resultados tan interesantes al desarrollar mis investigaciones, que me pareció hasta urgente comunicárselos a personas absolutamente capacitadas para valorizarlos.

El plan general que seguí me lo sugirió la lectura de unos cuantos párrafos de una revista médica sud-americana, en la que sin señalar casuística ni nombre de persona alguna, se relataban los éxitos obtenidos en el tratamiento de la tifoidea por medio de la Dmelcoterapia. Pensé que el método fundado en una proteínoterapia intensísima, podría ser de excelentes resultados en el tratamiento de la dotienterapia, acordándome que gérmenes como los paratíficos y el mismo colibacilo, catalogados en un solo grupo con el Eberth bajo el nombre de tifo-paratifo-coli, de semejanza morfológica y aun biológica, cedían con cierta facilidad a los recursos de proteínoterapia: inyección intramuscular de ca-

seína, transfusiones de sangre, autohemoterapia, etc., y a los de "choc" practicados con los metales coloidales, sobre todo la plata, inyectados por vía intramuscular o endovenosa; el Eberth era el único que a la fecha parecía inatacable por esos métodos y me imaginé que podría ser cuestión de intensidad en el choque producido por la proteína usada, lo que no permitía obtener resultados terapéuticos favorables en la tifoidea; siendo la vacuna preparada con el B. de Ducrey una de las reconocidas, como de mayor capacidad para estos fines, ya que durante mucho tiempo se le usó en la piretoterapia, eran tentadoras de seguir las indicaciones de los párrafos a que hice referencia.

Me tracé un programa de trabajo y lo llevé a cabo en la Sección de Investigaciones Clínicas de la Facultad de Medicina. Seleccioné sujetos con estado tifoídico, de ambos sexos, no menores de quince años ni mayores de 50; sin taras renales, hepáticas, cardíacas o pulmonares y que su padecimiento estuviera evolucionando dentro de los dos primeros septenarios de la enfermedad.

Sospechada la etiología tifoídica, se tomaba la sangre para practicar un hemocultivo y la reacción de Widal; antes de conocer los resultados de esos exámenes, se aplicaban por vía intravenosa 115,000 bacilos de Ducrey como primera dosis, buscando calcular la receptividad del sujeto; se observaban cuidadosamente las alteraciones termométricas, de tensión arterial, frecuencia de las pulsaciones, modificaciones de los tonos cardíacos, número de respiraciones y posibles alteraciones del estado general y la subjetividad del sujeto. A las 48 horas de la primera aplicación se hacía la segunda, de 300,000 bacilos, y se cuidaba a los enfermos en la misma forma; a las 48 horas de la segunda, se practicaba la tercera y última inyección que llevaba 500,000 bacilos. Para esas fechas ya tenía el dictamen del laboratorista; si apoyaba nuestro diagnóstico de tifoidea, tomaba en consideración el enfermo para mi estadística; si era negativo, desechaba el caso y no lo incluía en mi registro como de dotienenteria. Seguí esta conducta a fin de que la actividad del producto se buscara en sujetos indudablemente enfermos de tifoidea.

Estudí 91 casos sospechosos, de los que sólo 87 resultaron tifoídicos evidentes; de los otros cuatro, tres eran brucelósicos en.

período de principio y otro con tifo-bacilosis, padecimiento del cual murió posteriormente y se comprobó el diagnóstico en la autopsia.

De los 87 pacientes de tifoidea, 26 eran mujeres entre los 20 y 45 años de edad; 61 hombres entre 15 y 50 años de edad; 52 fueron diagnosticados dentro de los primeros diez días del padecimiento; 35 fueron diagnosticados entre el décimo y catorceavo día. Las primeras investigaciones se hicieron en los enfermos del pabellón 28 del Hospital General, las posteriores se practicaron en pacientes del citado servicio, y en mi clientela particular.

Los fenómenos que se anotaron a consecuencia de la inyección de la vacuna, fueron los siguientes: hipertemia, hasta de 40 grados, después de la primera aplicación, salvo en uno, en que la fiebre excedió de 41 grados y hubo que abatirla con balneoterapia y criogenina; después de la segunda dosis que a todos se les suministró, excepto al que tuvo la reacción tan intensa ya señalada, la temperatura ascendió a 40.5 ó 40.8 como máximo; la tercera dosis sólo la necesitaron 9 de los 87 y la temperatura subió igual que con la aplicación anterior; la duración de la fiebre con las distintas dosis fué muy variable, desde 4 hasta 15 horas. Los pródromos febriles como escalofrío solemne, gran malestar, castaño de dientes, etc., se presentaron en todos los enfermos como a los 30 minutos de aplicada la substancia y se prolongaban por un lapso de 40 minutos a dos horas, más frecuente lo primero. La baja de la fiebre siempre se hizo por crisis, cualquiera que hubiera sido su duración, a veces hasta la temperatura normal y acompañada de diaforesis muy intensas. La remisión febril se observó en todos los pacientes desde la primera inyección; de ellos, 68 conservaron durante el día que siguió a la iniciación del tratamiento, temperaturas comprendidas entre 37.3 y 37.9; los restantes, es decir, 19, estuvieron apiréticos ese día; a las 48 horas a todos se les reanudó la pirexia propia de la dotienteria, por lo que se procedió a aplicarles la segunda dosis y después de ella 78 enfermos quedaron definitivamente apiréticos; los nueve excedentes necesitaron la tercera aplicación para hacer desaparecer la fiebre por completo.

Modificaciones del aparato cardio-vascular. No hubo ninguna digna de relatarse, excepto la desaparición durante la fiebre provocada por el tratamiento, de la bradicardia relativa habitual

de la tifoidea en sus dos primeros septenarios, para convertirse en taquicardia proporcionada a la temperatura.

Modificaciones del aparato digestivo. La lengua peculiar del padecimiento pierde, en el curso de la cura, la capa de saburra y se humedece casi por completo. La anorexia retrocede y, a pesar de las grandes cantidades de líquido que demandan los enfermos después de las diaforesis exageradas, aún solicitan alimentos de su agrado.

El estado de abandono y amodorramiento se muda en sueño quieto y la obnubilación tan frecuente, se atenúan en forma considerable.

La sensación de mejoría es notoria desde las primeras 24 horas que siguen a la institución del tratamiento y los enfermos jamás rechazaron la segunda aplicación de la vacuna a pesar de las molestias que la primera trajo consigo. En la clientela particular, donde no se puede imponer la disciplina hospitalaria, los familiares no se oponían a la continuación de la cura, porque veían una ganancia real en el estado de sus pacientes.

Una vez que la apirexia se establecía, la recuperación de peso, actividad, y aspecto de salud era rápida; en una semana a lo más, los enfermos se sentían en buenas condiciones y sólo conservaban lesiones herpéticas labiales imputables a la vacunoterapia y no a la tifoidea que jamás las produce.

No tuve ningún accidente aun de mínima significación, y si se tiene buen cuidado de anticipar al enfermo o a sus cercanos lo que acontecerá, toman con tranquilidad lo dramático de la reacción. Hubo algunas oportunidades en las que desistí de este método terapéutico, porque los allegados del paciente me exigían casi un seguro de vida; todos sabemos que ni en éstas u otras circunstancias la medicina actual puede responder a tanto.

En los casos de errores de diagnóstico ya indicados y que correspondieron a tres brucelosis y una septicemia tuberculosa, la Dmelcoterapia fué bien tolerada, pero no se obtuvo ningún éxito terapéutico; la fiebre no se abatió absolutamente y los procesos patológicos parecieron no influenciarse en lo más mínimo bajo la acción del producto curativo.

Entre los 87 enfermos que sanaron, dos tuvieron recaídas; uno a los 12 días de curación y otro a los 18; en ambos se com-

probó la presencia de B. de Eberth en la sangre, durante el segundo ataque de fiebre, y en esta ocasión los dos sanaron con la primera dosis de 115,000 bacilos de Ducrey.

RESUMEN

Fueron tratados 87 enfermos comprobados de padecer tifoidea, todos ellos evolucionando entre el primer y segundo septenario de la enfermedad, pertenecían a uno y a otro sexo y de una edad comprendida entre los 15 y 50 años, sin taras del corazón, riñón, hígado o pulmón, por medio de la vacuna preparada con el B. de Ducrey (conocida con el nombre comercial de Dmelcos), suministrada a dosis crecientes, por vía endovenosa y partiendo de ciento quince mil bacilos, siguiendo a trescientos mil y una última de quinientos mil, que sólo fué necesaria en nueve casos, aplicadas cada 48 horas.

En un caso hube de suspender el tratamiento en virtud de la reacción tan violenta y la hipertemia alarmante que se provocaron.

Con cuatro enfermos se cometieron errores de diagnóstico y en ellos se vieron evoluciones muy distintas a las de los dotienentéricos.

Nunca fué necesario seguir más allá de la tercera aplicación, ni tampoco bastó con la primera para lograr el efecto deseado. Una gran mayoría respondió favorablemente con dos aplicaciones.

Todos los enfermos, menos uno, toleraron muy bien la medicación y no se registraron accidentes serios ni riesgosos.

La totalidad de los pacientes que admitieron el sistema curativo percibieron mejoría desde el comienzo del tratamiento y, finalmente, curaron antes del plazo que el período de la enfermedad exige. Se tuvieron dos recaídas que con la aplicación de la primera dosis curaron rápidamente.

CONCLUSIONES

El tratamiento realizado parece responder a las condiciones y requisitos de una terapéutica específica. Se le puede considerar inocuo y poco peligroso.

Aunque la casuística presentada no es muy amplia, los resultados curativos se repitieron en forma tan constante, que sin señalar porcentajes, sí se puede hablar de una eficacia extraordinaria.

El método no dió señales de actividad frente a tres casos de fiebre de Malta y uno de tifo-bacilosis.

COMENTARIOS FINALES.

Quiero reconocer de antemano que en mi trabajo faltan múltiples investigaciones por realizar; unas encaminadas a explicar de cómo actúa la Dmelcoterapia en la tifoidea, para lo cual, el estudio detallado de las posibles variantes en la serie blanca de la sangre resultaría de extraordinario interés; el cultivo de la médula ósea roja y la verificación del mielograma podrían informar sobre los cambios en el poder patogénico del B. de Eberth durante el tratamiento; el título de positividad en la reacción de Widal tiempo después de la curación informaría acerca de los fenómenos de inmunidad; el estudio del índice opsono-citofágico antes, durante y después del tratamiento daría enseñanzas complementarias muy importantes. Todas estas investigaciones de gabinete forman por sí solas un enorme programa de estudio y exigen la colaboración de muchas personas especializadas en ellas.

Otra cosa necesaria es observar mucho mayor número de enfermos tratados de la manera que propongo, a fin de engrosar la estadística, en la que estuvieran comprendidos pacientes de cualquier período de la tifoidea, epidemias de distinta gravedad, y la actividad del medicamento en las complicaciones metacíclicas de la dotienenteria como osteítis, flebitis, neuritis, piodermatitis generalizadas, etc., que tan frecuentemente generan septicemias eberthianas puras, sin lesiones en el sistema linfático del mesenterio.

Por faltar todas las búsquedas referidas, no puedo ni siquiera sugerir hipótesis sobre el modo de acción de la Dmelcoterapia en la tifoidea; los resultados que he obtenido sólo conducen a sospechar una verdad terapéutica en un padecimiento que no admitía intervención del médico más que en forma muy relativa y más comúnmente a la hora de las complicaciones; en la cura de

la tifoidea todo era válido; cualquier medicamento servía y cualquier otro fracasaba; la anarquía en la conducta terapéutica era absoluta; hay productos comerciales muy solicitados por los médicos para practicar enemas a sus pacientes y que están constituidos por tomillo y eucaliptus; dichos productos gozan de prestigio y los dirigen contra la placa de Peyer antes de que se forme; ni qué hablar de los criterios dietéticos tan extraños y casi siempre derivados de la creencia de que la tifoidea es una infección intestinal por excelencia, sin querer aceptar el criterio anatómo-patológico que orienta por derroteros tan distintos; puede decirse sin exagerar que los pseudo-regímenes alimenticios en boga hasta hace poco tiempo, eran mejores mientras más carenciaban al enfermo de vitaminas, hidratos de carbono, proteínas y grasas; la inanición no se hacía esperar y era la causa de múltiples complicaciones y a la vez la complicación más severa de la Tifoidea.

Toda esa situación de opiniones absurdas, que reconoce como causa primordial la impotencia del terapeuta para abreviar el curso del padecimiento y desmembrar su ciclo fatal, sugirió una frase no exenta de ingenio y acoplada a la realidad. Cuando el doctor atiende a un paciente de "fiebre intestinal", el que más trabaja es su chofer. Por todas esas consideraciones y en vista de los resultados que obtuve en mis primeros ensayos, que son halagadores, creo que el problema adquiere validez para una investigación más amplia, que quizás conduzca al dominio de la tifoidea por medio de una terapéutica específica.



Comentario al trabajo presentado por el Dr. Samuel Morones al ingresar a la Academia Nacional de Medicina *

Por el Dr. GALO SOBERON Y PARRA

El Sr. Dr. Morones, en su interesante trabajo de ingreso a esta Academia, principió por preguntarse si un estudio referente a la terapéutica de la fiebre tifoidea, puede considerarse en la Sección de Enfermedades Tropicales, en la cual se le ha señalado un sitio.

* Leído en la sesión del 5 de abril de 1939.

Tiene mucha razón al expresar que no está perfectamente limitado el dominio de la patología tropical y la infecciosa, puesto que a medida que nuestros conocimientos avanzan, esta limitación se va haciendo cada vez más anárquica.

Antiguamente y aun empleando procedimientos artificiosos y convencionales, se había agrupado a un conjunto de enfermedades para constituir la patología tropical, exótica o colonial como la han llamado algunos países europeos, tomando como base la influencia que el calor y la humedad ambiente de los trópicos pueden tener sobre el desarrollo de padecimientos de origen climático o microbiano que se registran en estas regiones. En sus orígenes, las enfermedades consideradas como de los países cálidos estaban, pues, limitadas a las regiones tropicales de las Colonias Europeas del Africa, de la América y algunas otras partes del mundo, o por lo menos dominaban en ellas. En la actualidad esa limitación se ha perdido en gran parte, y fuera de unas cuantas enfermedades que conservan este carácter, las demás se han hecho casi cosmopolitas.

Después se ha intentado hacer nuevas clasificaciones, atendiendo a que los padecimientos tropicales son originados en su mayoría por parásitos; pero aun cuando gran número de las parasitosis cae bajo el dominio de la patología que nos ocupa, la división no es rigurosamente exacta.

Por costumbre, pues, y por tradición, seguimos considerando en la patología tropical a muchas enfermedades que causan también estragos en las regiones templadas y aun en las frías. En este caso está la fiebre tifoidea, y, por lo tanto, bien puede, como lo estima el Sr. Dr. Morones, considerarse dentro de la Sección a la cual ingresa ahora en esta Academia.

El trabajo que venimos comentando posee un interés extraordinario, si tenemos en cuenta que no contamos en la actualidad con ningún medio que sea verdaderamente efectivo en la lucha contra el B. de Eberth. De confirmarse, pues, la efectividad de la Vacuna Dmelcos de que nos habla ahora el doctor Morones, la actitud expectante del médico se tornará en agresividad hacia estos gérmenes, que en la actualidad no son vencidos sino por las defensas del organismo débilmente estimuladas por la terapéutica imprecisa con que contamos.

El autor se propone en estudios posteriores explicar el modo de acción de la Vacuna de Dmelcos sobre los gérmenes de la fiebre tifoidea. De todas maneras, el procedimiento parece venir a justificar la efectividad de una vacuna inespecífica, como lo habían sospechado Decastello al inyectar dosis crecientes de Bacilo Coli y Cattoretti que empleaba la vacunación anticolérica.

Los resultados obtenidos por el señor doctor Morones con el preparado Dmelcos son verdaderamente sorprendentes si tenemos en cuenta que, de los 87 enfermos tratados, curaron 86 y en uno tuvo que suspenderse el tratamiento debido a las reacciones alarmantes que en él se presentaron.

Ahora bien, de los 86 curados, todos reaccionaron favorablemente desde la primera inyección, observándose en ellos una remisión febril que desapareció a las 48 horas, siendo necesaria la aplicación de la segunda dosis con la cual 78 quedaron definitivamente apiréticos, siendo solamente 9 los que necesitaron la tercera dosis para quedar en las mismas condiciones. Si analizamos estos hechos, llegamos a la conclusión de que la curación aparente o por lo menos la desaparición de los fenómenos clínicos, se obtuvo en tres días en los primeros 78 casos y a los 5 días en los últimos, hechos que son de un valor extraordinario si se tiene en cuenta que todos los enfermos fueron tratados dentro de los dos primeros septenarios de la enfermedad, es decir, cuando el período del estado tiende a establecerse, y bien sabemos la lentitud, a veces desesperante, con que evoluciona la fiebre tifoidea aun cuando sea tratada por los medios más enérgicos con que contamos actualmente. Tiene, pues, el procedimiento el carácter de una verdadera medicación específica. Si a estos resultados tan halagadores añadimos el hecho de que no obstante las reacciones brutales que produce el Bacilo de Ducrey, todos los enfermos, menos uno, los toleran perfectamente, debemos confesar que nos encontramos frente a un verdadero hallazgo terapéutico que amerita una pronta confirmación.

La estadística que nos presenta el autor es ya muy digna de tomarse en cuenta, y nos promete adicionarla con estudios posteriores más completos que los que hoy nos muestra, en su afán de hacernos ver las propiedades curativas de la Vacuna de Dmelcos en la diotenenaria. Quizá entonces, pueda instituir el trata-

miento en enfermos que no hayan sido seleccionados como los que ahora nos presenta, para observarlo en distintas condiciones y conocer sus ventajas y peligros en todos los aspectos que reviste el padecimiento, teniendo en cuenta los diversos estados orgánicos de los individuos afectados.

Ya que se propone comprobar su acción aun en las complicaciones metacíclicas, sería conveniente que pusiera en claro un hecho que es también extraordinariamente interesante y es el relativo al porcentaje de portadores o eliminadores de gérmenes que quedan después de estos tratamientos, pues es muy posible que hasta en ellos pueda observarse la acción benéfica de la medicación. Es más, podría intentarse el tratamiento en los portadores ya existentes, para ver si es capaz de limpiarlos, ya que hasta la fecha no contamos con ningún medio efectivo para ello.

Sólo me resta felicitar calurosamente al Sr. Dr. Morones, por su interesante trabajo y por su ingreso a esta H. Academia, haciendo votos porque sus estudios continúen adelante para que, como decíamos antes, tengamos una pronta confirmación de los hechos que ahora nos señala, pues con ella nos abrirá un nuevo derrotero, mejor dicho, nos señalará el único camino práctico para el tratamiento de la fiebre tifoidea.

Algunas consideraciones acerca de la protozoología médica y sus problemas *

Por el Prof. ENRIQUE BELTRAN

La Protozoología médica, como una especialización que se ocupa de estudiar los protozoarios parásitos del hombre, es relativamente reciente y, pudiéramos decir, está aún aclarando sus objetivos, estableciendo sus propios métodos y limitando debidamente el campo en que actúa. En vigoroso período de crecimiento, día a día ensancha su radio de acción y merece mayor atención en los centros de investigación y enseñanza; pero, como todo lo que es joven, lucha por ocupar su lugar y por destruir los errores y confusiones que puedan envolverla. Y en cuanto a sus proble-

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 5 de abril de 1939.



Dr. SAMUEL MORONES

Nuevo académico de número. Sección de Enfermedades Tropicales.

Datos biográficos del Dr. Samuel Morones

Nació el 27 de julio de 1907 en Aguascalientes, Ags. Fueron sus padres el señor Francisco Morones y la señora María del Refugio Alba de Morones.

Hizo su instrucción preparatoria en la Escuela Preparatoria de Aguascalientes, y sus estudios profesionales en la Facultad de Medicina de la ciudad de México, donde obtuvo título de Médico Cirujano el 18 de enero de 1930.

Hizo estudios de especialización en Parasitología Médica y Patología Exótica, en el Instituto de Enfermedades Tropicales de Hamburgo, habiendo obtenido su diploma sobre estas materias el 6 de mayo de 1935.

Se especializó en Malariología en la Facultad de Medicina de París, habiendo obtenido diploma sobre esta materia, el 23 de julio de 1935.

Fué admitido como socio de número de la Academia Nacional de Medicina de México, el 4 de enero de 1939.