

Tifo exantemático *

Por el Dr. SAMUEL MORONES,
académico de número.

Los distintos matices clínicos del tabardillo, que dan margen a formas evolutivas tan diversas y a problemas pronósticos extremistas, han originado en muy distintas épocas ideas que tienden a explicar ese aspecto polifásico de la enfermedad. En efecto, desde antes de Nicolle, se pensó que el tifo invernal, con su gravedad particular, pronóstico sombrío, productor de formas excesivamente alarmantes con participación marcada del sistema nervioso central, mortalidad cercana al 25 o 30% y vehiculado por el piojo, reproduciría el tifo histórico, europeo o epidémico.

En cambio, el tifo veraniego, de las épocas de calores, habitualmente benigno, de pronóstico favorable, ayuno de complicaciones serias del neuro-eje, con índice de mortalidad muy bajo y verosíblemente transmitido por la pulga, constituiría el tifo murino o endémico.

La escuela terresista, aún sin hablar de insecto vector, defendió el distingo a que he hecho referencia, plegándose a las ideas de la escuela europea. Zinsser, discretamente se identificó con esa manera de pensar.

Mosser, cuando desarrolló su magnífica labor de investigador en nuestro país, a pesar de creer firmemente en el concepto de que el origen de los dos virus tíficos, murino y epidémico, es único, se declaraba partidario y así lo sostiene recientemente en su último libro, de la existencia de dos gérmenes etiológicos del tabardillo, que posiblemente se diferencian en epidémico y endémico según el huésped intermediario que actúe.

La tendencia sudamericana, encabezada por Machiavello, parece representar este punto de vista; pero llevado a un extremo tal, que autorizaría a practicar diagnóstico de tipo de virus fundándose únicamente en el estudio clínico. Significaría entonces, que el estudio minucioso y detenido de un paciente, aunado a la buena experiencia en estos achaques, permitiría hacer un diag-

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 24 de julio de 1946.

nóstico muy aproximado respecto al género de cepa determinante de la enfermedad.

No conforme del todo con esa manera de pensar y aprovechando la facilidad actual de hacer identificación cierta del tipo de virus por medio de la reacción selectiva de fijación del complemento, ideada por Plotz y preconizada por los norteamericanos como la más fiel y certera de las respuestas serológicas de los tifosos, me propuse realizar el presente estudio con el objeto de investigar si había un paralelismo estimable entre la sintomatología de los atabardillados y la clase de virus que actuara.

La reacción de fijación del complemento tiene muchos antecedentes que preceden a la reacción de Plotz. En efecto, Jacobsthal (1), en 1915, manufacturó antígeno para fijación complementaria a base de extractos alcohólicos de piojos infectados de tifo y obtuvo resultados positivos. Epstein, en 1922 (2), preparó el antígeno para realizar la misma reacción, triturando los piojos y haciendo una suspensión en suero fisiológico; comunicó haber obtenido buen rendimiento. En cambio, otros autores, manejando diferentes técnicas, sembraron dudas respecto a la utilidad de la fijación complementaria en la diagnosis del tabardillo. Papameruk, Dietrich, Craig, Kolle y Reichenstein confesaron haber encontrado respuestas contradictorias.

Ruiz Castañeda (3), en el año de 1936, insistió en el tema preparando el antígeno por medio de una suspensión de rickettsias en la proporción de mil por campo. El sistema hemolítico consistía en complemento de cuy y eritrocitos de borregos sensibilizados con suero de conejo antiborrego. Sus conclusiones hablan de que las reacciones de fijación del complemento con el suero de enfermos y convalecientes de tifo pueden ser utilizadas como prueba específica para la identificación del tifo.

Bengston (4), en 1941, confirmó los estudios de Ruiz Castañeda en todas sus partes; y, en 1943, Plotz (5) perfeccionó el método y lo llevó hasta la posibilidad de establecer diferencias serológicas entre el tifo murino y clásico, utilizando antígenos preparados con el embrión de pollo infectado con los distintos virus.

Silva Goitia (6), modificando el método de Plotz en el sentido de preparar los antígenos con pulmón de ratones inoculados según la técnica de Ruiz Castañeda, estudió 300 sueros de enfermos de

tifo internados en el Hospital General durante el lapso de 8 años y encontró que 239 fijaban el complemento frente al antígeno clásico, 31 lo hacían para el murino y 30 resultaron intermediarios. Concluye que el método de fijación complementaria es de gran sensibilidad y especificidad para la diferenciación serológica de los virus murino y clásico.

A fin de realizar el propósito que mencioné en las primeras líneas de esta comunicación, dispuse de un lote de 24 enfermos de tifo exantemático, internados en el pabellón número 28 del Hospital General durante los meses de noviembre de 1945 a mayo de 1946. Las reacciones de fijación del complemento y de Weil Félix fueron practicadas por el Dr. Gerardo Varela en el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales de esta ciudad. En el estudio clínico colaboró eficazmente el Dr. Guillermo Chávez Max. Dicho estudio clínico se verificó con todo detenimiento a fin de poder relacionar, de ser posible, las manifestaciones sintomáticas con el tipo de virus que se identificara.

En el lote de enfermos escogidos, se comprobó el cuadro sintomático del tabardillo en su parte básica: fiebre elevada, continua y prolongada durante dos semanas aproximadamente; brote roséolico al rededor del sexto día; mutación de la roséola en petequia después de 24 a 48 horas de aparecida la primera, etc. etc. La totalidad de los enfermos aglutinaron en forma intensa el Proteo X 19 y a títulos superiores del uno por quinientos. En cambio, seis de ellos no fijaron el complemento, por lo que sólo considero en los porcentajes posteriores a 18 de los pacientes. Fijaron el complemento para el tifo clásico 16 o sea el 88.8%; 2 lo hicieron para el murino, lo que equivale al 11.1%. Los casos de tifo murino se registraron, uno en el mes de noviembre de 1945 y el otro en el de mayo de 1946.

En cuanto a las formas clínicas observadas, se pueden circunscribir a dos: la nerviosa y la muscular; las primeras fueron provocadas en un 56.2% por el virus europeo y en un 100% por el murino; las segundas reconocieron su origen epidémico en un 87.6% y el endémico en un 50%.

Respecto a la evolución podemos resumirla en los siguientes datos:

	Epidémico	Murino
Grave.	12.5%	100%
De mediana gravedad.	31.2%	0%
Benigna.	50.0%	0%
Defunciones, ,	6,2%	0%

En los datos anteriores pueden anotarse varias circunstancias:

Primera.—Las cifras de incidencia entre virus histórico y murino encontradas son aproximadamente iguales a las referidas por Silva Goitia en el trabajo que mencioné, y apoyan la idea de que el virus histórico priva en forma marcada sobre el murino.

Segunda.—Por el momento no podemos sostener la manera de pensar que hable en favor de una sintomatología bastante idónea y privativa para los tabardillos originados por uno y otro virus.

Tercera.—Contra lo señalado por muchos autores, el tifo murino está muy lejos de ser una infección leve y bien tolerada; en nuestro corto estudio generó cuadros muy graves y con manifestaciones fundamentales de patología del neuro-eje.

Cuarta.—No se ve la posibilidad de suministrar un calendario de actuación a las dos variedades de cepas; igualmente se registraron invasiones de la murina en invierno que de la histórica en primavera.

Quinta.—No siempre el virus epidémico provoca manifestaciones severas de índole neurológica, ni se debe considerar todo tabardillo histórico como la modalidad necesariamente agresiva por excelencia. Parece ser el virus clásico capaz de suministrar formas clínicamente bien toleradas.

Por último, a título de comentario final, quisiera hacer hincapié en el siguiente hecho: referí que un grupo de seis enfermos de los 24 estudiados aglutinó intensamente al Weill-Félix y en cambio no fijó complemento. Eso da margen para insinuar la po-

sibilidad de que en la ciudad de México existan rickettsiosis productoras de exantema, distintas bacteriológicamente al tabardillo, como la fiebre Q o la de las montañas rocallosas, que cada día pierde más su regionalismo, nacionalidad y ciudadanía. Personalmente tengo la impresión de que los arquetipos clínicos de las rickettsiosis exantemáticas en general, tienen un valor descriptivo de cierta estimación, pero no un sentido absoluto de mutuo distinguo. Las formas atípicas, las infecciones leves, la variedad de respuestas individuales al estímulo infectante, el huésped intermediario, los factores ambientales de distintas especies (hambre, calamidades, sobrefatiga, terror, etc.) pueden ser motivos esenciales para producción de cuadros patológicos tan disímbolos, que, a pesar de la fina observación y la experiencia basta, se puede fácilmente confundir en clínica lo que en tal sentido bacteriológico e inmunológico tiene una significación bien distinta.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.—Jakobsthal, E.—Deutsche med. Wochenschr. 1916, 36, 1093.
- 2.—Epstein, H.—Z. F. Bakt., 1922, 87, 553.
- 3.—Ruiz Castañeda, M.—J. of Immunol, vol. 3, pp. 285, 1936.
- 4.—Bengston, A., Ida,—1941. Public Health Reports, 56:649-653.
- 5.—Plotz, H.—1924. Science 97:20-21.
- 6.—Silva Goitia, R.—1944. Rev. Inst. Salub. y Enfs. Tropicales, 5, 4, 241.