

FIEBRE TIFOIDEA EN EL LACTACTE

Por el Dr. ALFONSO G. ALARCON,
Miembro Honorario.

Se tenía la creencia hasta hace pocos años, de que la fiebre tifoidea no atacaba a los niños pequeños, sino que era enfermedad propia de la edad pre-escolar o escolar y siguiente, a causa de que la contaminación comenzaba a ser fácil cuando el niño se ponía en contacto con las colectividades infantiles. Se pensaba, además, como respecto de otras infecciones, que el lactante gozaba de protección inmunitaria materna, al menos por algún tiempo de su primera edad.

Este era el criterio antes de la era de la seroaglutinación de Widal, recurso cuya fidelidad es tan útil en la práctica, pero desde que además la sido posible practicar el hemocultivo desde los primeros días de la semana inicial de la enfermedad o la seroaglutinación de Widal en el segundo **septenario**, se ha observado que la fiebre tifoidea no respeta edad y que en el lactante es mucho más frecuente de lo que se creía o parece en la clínica.

La discordancia entre el empirismo anterior y la observación, actual con la ayuda del laboratorio, se debe a que la fiebre tifoidea no tiene en el lactante el mismo aspecto clínico que en el organismo adulto; la infección por el bacilo de Eberth & B oclulta en las primeras edades bajo formas monosintomáticas, atípicas o equívocas que apenas se parecen a los cuadros dramáticos y complejos del infante, el adolescente o el adulto, según es el esquema clásico que da individualidad a esta fiebre.

Griffith (1912) registra el 12 % en una estadística de 75' casos, Crespín y Sarcacino (1919) citados por Frollo, 32 %; Mallardi (1925) refiere 12 casos aisladamente y por el estilo hay en la literatura informes debidos a Bourdillon, Garnier y Haveloque, Pehu y Fabre-Silly, Lorgane, Fornara, etc., en los que se cuentan fetos y prematuros infectados por el bacilo de Eberth. La estadística es de 67 % de mortalidad en 23 casos. Estos estudios prueban que la fiebre tifoidea está lejos de ser excepcional en la primera infancia.

x x x

Los vehículos de la transmisión en esta edad, son el agua de bebida o del baño, la leche, la mosca y los portadores de gérmenes.

Se ha mencionado la posibilidad de que se transmita la enfermedad por vía transmamaria, y de esto se citan casos como los de Trouiller (1908) y el de Heimann en el que se comprobó que el bacilo de Eberth se encontraba en la leche materna; el lactante presentaba síntomas de fiebre y su suero dio reacción de Widal positiva.

Claro que en la lactancia artificial en que sí interviene el agua para el mediado de la leche y el aseo de los utensilios, los motivos de la contaminación aumentan, como sucede con el agua del baño si no se hierve, con el chupón y con todo lo que *es* susceptible de ser llevado por el lactante a la boca, en la inclinación propia de esa edad de dar empleo a la actividad instintiva de la succión.

He aquí un caso interesante de mi experiencia: la señora X *es* atacada de fiebre tifoidea cuando su lactante llega al 2^o mes de edad. Surge el problema del destete o por lo menos el del aislamiento del lactante. Pero se presenta el problema económico: el matrimonio es muy pobre, el padre, un modesto fabricante de dulces, apenas puede con la pequeña familia, y su presupuesto está en desequilibrio desde el nacimiento del niño. Viven en un cuarto redondo.

Para el médico se presentaba la amenaza, al decretar el destete, de convertir en dos el número de enfermos, y *la* situación para el padre llegaría a ser doblemente grave. Por otra parte, el dejar a la criatura en contacto con la enferma era exponerla a la contaminación. No fue posible otra conducta que apartar relativamente al niño, llevándolo solamente a mamar, a las horas reglamentarias, con los cuidados consiguientes: desinfección de seno, manejo por terceras manos entre ropas limpias, bufanda estéril a la madre, etc.

El resultado fue excelente: curó la madre y el niño pudo amantarse sin consecuencias tóxicas ni infecciosas. En el caso la contaminación no se efectuó, por la vía transmamaria y pudo evitarse el contagio.

La vía transplacentaria puede también ser seguida por la infección; pero el siguiente caso demuestra que esto no siempre sucede.

La Sra. N. contrae fiebre tifoidea al sexto mes del embarazo. La forma de la enfermedad es de gran intensidad; pero se le cuida esmeradamente manteniéndole el vientre a temperatura baja constante; el feto demuestra inquietud, pero la enfermedad evoluciona favorablemente y el embarazo llega a término, obteniéndose un producto sano con vigor normal, sin consecuencia alguna, inmediata ni lejana. La infección no pasó a través de la vía placentaria.

Estos ejemplos tienen el carácter de ilustrativos; para dar a este estudio el sello de la impresión vivida que lo inspira; en manera alguna contradicen la opinión de la posibilidad del paso transplacentario o transmamario de la infección. Bien sabemos que en esta infección como en otras en que la toxemia es intensa, no solamente puede la madre tifóidica transmitir al ser en formación o en la lactancia, las toxinas de que está impregnada e interponerse en la organogénesis o conspirar contra su desarrollo en la vida.

fetal, sino que aun la septicemia misma puede pasar a través del epitelio roto por el trastorno vascular que produce la infección.

Que en los dos casos no haya habido transmisión de toxinas ni gérmenes, podrá deberse al valor inmunitario del plasma a esa edad o que el organismo parásito haya sido defendido por las barreras naturales que por regla general se oponen al ingreso de las enfermedades."

La mosca es por otra parte el vehículo más común para que llegue la contaminación a la boca del niño si no se tiene el **cuidado** de evitarle el contacto con los insectos, que le rodean y se detienen en su boca, siempre propicia por los restos¹ azucarados de **leche** y la humedad, que atraen a las moscas.

Los portadores de gérmenes son también factores de contagio. Abundan los casos de epidemias en las grandes colectividades y en las familias. Es que entre convalecientes y manejadores de enfermos, o de alimentos, perdura el germen creando nuevos casos.

La exaltación de la flora saprofitita puede también ser motivo de infecciones endógenas con motivo de otras causas anergizantes. Tal es lo que sucede en los lactantes achacosos por la alimentación artificial o debilitados por otras causas, como los enteríticos y los atrépsicos, en quienes las defensas inmunitarias carecen de la fuerza normal.

La clínica de la enfermedad en el lactante es arbitraria; ningún sistema clínico la caracteriza, lo que imposibilita el diagnóstico; si en el niño grande o el adulto es relativamente fácil sospechar la infección por la forma característica de su marcha, en el lactante, el problema es de gran irregularidad.

Pehu y Fabre-Silly refieren un caso en lactante de siete meses en el que la fiebre siguió el camino clásico, con curva febril típica, lengua característica, esplenomega, roseóla y defervescencia en **lisis** al terminar la tercera semana. Nada en el cuadro se significa ■ que consolide el diagnóstico; quizá el enrojecimiento de las fauces pudiera tomarse como propio de la tifoidea del lactante. Sería mucho pedir a la clínica empírica, que ofreciera un signo de calidad de Koplik en el cuadro del sarampión y hay variados, y frecuentes motivos de enrojecimiento de la mucosa del fondo bucal; catarro simple, sarampión, escarlatina, varicela, alergias, estomatitis, para que pueda fundarse el diagnóstico en un síntoma tan confuso.

Tampoco puede apoyarse el diagnóstico en los caracteres del período prodrómico, porque si a posterior! pueden colegirse algunas irregularidades de la salud como la palidez, 1-a nerviosidad, la febrícula, algunos trastornos digestivos, en nada ayudan estos signos por ser habituales en la vida accidentada de la infancia. Si fuéramos a fincar el diagnóstico en la anorexia, como lo quiere Voig, tendríamos que anunciar la fiebre tifoidea en cerca del 100 %, se-

gún es la frecuencia de la anorexia en la infancia, particularmente en los meses *que* siguen al duodécimo.

La anorexia es un hecho negativo, frecuente en el estado de enfermedad que representa la suspensión de la actividad digestiva, cuyo primer impulso es el apetito. Su significación fisiopatológica no es característica de ninguna enfermedad. Ni qué decir del vale;* clínico de otras fallas de la salud, menos precisas, más confusas, - comunes a todos los padecimientos, como la palidez, la inquietud y el sinnúmero de los trastornos de la fisiología 'digestiva de que está sembrada la vida infantil.

Lo que más vale en el diagnóstico de la fiebre tifoidea de cualquiera edad, después de los datos serológicos, es la gráfica de la temperatura. En el niño no es característica; pero se parece a la curva del adulto en los atributos generales de ascenso en la primera semana, horizontalidad alta en la segunda, descenso oscilante en lisis en la tercera y febrícula terminal; los esquemas didácticos son ejemplos gráficos para dar idea de lo que puede ser el proceso febril; pero como en todo recurso objetivo, hay que saber-Jos leer y traducir.

Es frecuente, sin embargo, registrar en el niño gráficas atípicas en las que no cabe regla posible: a veces alta, continua, a veces remitente o bien períodos de hipertermia, alternante con períodos de hipotermia; es frecuente que la temperatura se sostenga en cifras bajas y aun llegue a verse la ausencia de todo movimiento febril.

Impresiona como expresión excepcional y grave el estado general, que en pocos días toma el sello tífico; en el niño que ya habla, tal estado se significa por tres caracteres: torpeza mental, somnolencia y mutismo. La torpeza se traduce en indiferencia del niño por lo que antes ,le atraía, despego por los juguetes usuales o nuevos, apatía afectiva, seriedad, cierta "máscara de severidad" que afecta profundamente al ánimo familiar. De esta condición mental pasa el niño a la irritabilidad y *la* excitación.

Si se le respetan estas manifestaciones, el niño cae en la somnolencia: cierta modorra que le hace dormirse en medio de la escasa atención que manifiesta. El sueño es profundo pero agitado.

Pronto aparecen los síntomas nerviosos que hacen pensar en la agresión tóxica sobre los centros superiores: rigidez de la nuca, que tiende al epistótonos, temblores, sobresaltos, convulsiones, temores, hiperreflegia, etc.

El diagnóstico se ensombrece con la idea de la meningitis de varios orígenes: meningococo, B. de Koch, etc.

El '*mutismo* es un carácter típico de la tifoidea infantil. El niño dotado ya de lenguaje lo olvida de manera total; aunque se le inste para hacerle hablar calla obstinadamente durante una temporada para volver a hablar progresivamente en el curso de la

La muerte acontece por complicación: bronconeumonía; a menudo pasa inadvertida la complicación causal por ser de tal intensidad que ningún medio podría descubrir. La autopsia ilustra que puede deberse a hemorragias viscerales, lesiones intersticiales, etc.

En cuanto a la *terapéutica*, debe ser sintomática y de vigilancia a fin de orientar el curso de la enfermedad, socorriendo al organismo en sus molestias y sus insuficiencias precedentes o debidas a la enfermedad misma.

Para la hiperpirexia la *balneoterapia* con agua a temperatura ligeramente más baja que la del cuerpo del enfermito, durante 10 minutos. Una vez el cuerpo del niño dentro del agua, debe ensayarse el procedimiento de enfriar el agua en el curso de los 10' minutos mencionados.

El calosfrío intenso al introducir al niño en el agua, contraindica el baño. El mismo fenómeno en el curso de la inmersión debe hacer suspenderlo. A la cabeza, agua fría. 1-2 baños en las veinticuatro horas.

En prevención de las complicaciones urinarias, urotropina que se elimina por las vías biliares. 0.20 por año a 1 por día. Contra la posibilidad de las complicaciones circulatorios, alcanfor o coramina. Para la insuficiencia suprarrenal, que es constante en esta infección, adrenalina a la dosis de 5-0.0 gotas de la solución al milésimo, en las 24 horas.

Terapéutica específica: *vacunación*. Acerca de este medio hay algún escepticismo un poco apriorístico. ¿Qué defensa podrá provocar la vacuna que no haya despertado la necesidad orgánica, misma de luchar contra la infección? Y si el organismo es incapaz de crear anticuerpos específicos, la vacuna será un llamado inútil más.

Hay noticias, sin embargo, de la eficacia de la vacunación. (Caronia, Di Cristina).

En los lactantes menores de tres meses, se recomienda la hemoterapia materna, como factor que eleva las defensas. Puede seguirse con la vacunoterapia.

Para los niños consideramos aventurada la vía endovenosa y preferimos la intramuscular a dosis progresivamente crecientes, para medir la tolerancia del niño.

Vacuna de Chantemesse (cultivos muertos por el calor y un antiséptico). De 7 a 12 años $1/16-1/8-1/4$ de ce. de 12 a 15 años. $1/8-1/4-1/2$ de ce de 15 a 17 años $1/4-1/2-1$ ce.

Vacuna de Vincent T. A. B. (cultivos vivos autorizados y muertos por el éter, de bacilos de Eberth y de para tíficos A y B). Las mismas dosis.

Lipovacuna T.A.B. de Le Moignic, mixta en excipiente aceitoso. 1 ce. de una vez.

Cultivos atenuados por los rayos ultravioleta o por solución, yodoyodurada o sensibilizada de Besredka.

Vía subcutánea, 1 a 500 millones de bacilos, 2-4 inyecciones, con intervalos de 12-48 horas.

La vacunoterapia, modera la marcha de la enfermedad, baja la mortalidad, acorta la duración, abrevia la convalecencia, reduce el número de las complicaciones, disminuye la frecuencia de las recaídas.

Vale la pena ensayar este recurso con las debidas precauciones. Se habla de rupturas del bazo, de que provocan ataque apendicular y de que tienen acción hipotensiva y de su contraindicación en los estados depresivos.

Seroterapia.—Suero de caballos inmunizados contra el b, de Eberth, 5-15 ce. Vía subcutánea. 3-4 inyecciones con 2-3 de intervalo. Momento óptimo: antes del 119 día. Mejora el estado general, baja la temperatura y acorta la duración.

Terapéutica de las complicaciones.—Para la cefalea, punción, raquídea. Contra la diarrea, aplicaciones frías al vientre, supresión de la leche: Yogurt, limonada láctica, subnitrito de bismuto. Contra el meteorismo, sonda por 2 horas. Enterorragia (v. hemorragias intestinales). Perforación intestinal: dieta absoluta, reposo, opio, hielo al vientre. Laparatomía. Éter, aceite alcanforado, esparteína. Colecistitis: hielo, urotropina, salicilato de sodio, intervención. Bronquitis, Neumonía y bronconeumonía: el tratamiento respectivo. Pielonefritis: urotropina, antisepsia urinaria, intervención. Retención de orina, sondeo y lavado vesical. Convalecencia accidentada. Exige precauciones. Recaídas. Volver al tratamiento.

—De "Revista Mexicana de Pediatría."—