

## NOTAS CLINICAS

TRATAMIENTO DE LA FIEBRE TIFOIDEA  
MEDIANTE LA VACUNACION INTRADERMICA

E. PÉREZ-HERVADA

Internista del Hospital Municipal de Infecto-contagiosas  
de La Coruña.

Actualmente no existe ningún tratamiento específico de la fiebre tifoidea. Por eso todos los autores buscan con ahínco ese producto que llene tal vacío terapéutico. Hoy privan el yodo-bismutato<sup>1</sup> de quinina, sobre el que ya nosotros hemos escrito<sup>1-2</sup>, la vacunoterapia por vía endovenosa<sup>3</sup> y la vacunación por las vías subcutánea e intradérmica.

En cuanto a las vacunaciones preventivas, está demostrado el gran valor de las aplicaciones intradérmicas sobre las efectuadas por otras vías; elevan el número de anticuerpos protectores por encima del título de convaleciente y producen mayor cantidad de aglutininas O y H, sin originar reacciones—con excepción de aquellos sujetos que han padecido la enfermedad, en los cuales se aprecian reacciones marcadas, tanto locales como generales—, lo que prácticamente equivale a suprimir cualquier contraindicación, pues por este método intradérmico hasta los niños y los ancianos soportan sin mayores molestias el que se les inmunice.

Sin embargo, con referencia al tratamiento, hasta hoy día sólo se habían experimentado las vías endovenosa y subcutánea. Y ninguna de ellas, por sus reacciones bruscas y su peligrosidad, por sus contraindicaciones y el no poder utilizarse en todos los casos, se extendió entre los profesionales, quienes, por éstas y otras causas, esquivaron y restringieron su empleo.

La lectura de un trabajo de VEGA HAZAS<sup>4</sup>, en el que explica los resultados conseguidos en dos pacientes (uno de nueve y otro de dieciocho años) de fiebre eberthiana, mediante la vacunación curativa intradérmica, nos incitó a ensayar y practicar el método, lo que llevamos a cabo con los resultados que ahora reseñamos.

Empleamos este proceder en cuatro casos: dos de fiebre tifoidea (casos 1 y 2) y dos de paratípica B (casos 3 y 4). Los primeros fueron asistidos en el Hospital—que dirige el Dr. CORTELLA DEL VILLAR—, y los otros dos son pacientes de nuestra clínica particular. En todos los trabajos nos ayudó el Dr. CARLOS FERNÁNDEZ OBANZA—médico de guardia del establecimien-

miento—, habiendo practicado los análisis, recuentos y fórmulas de todos (excepto los recuentos de los dos primeros) el médico analista doctor BEATO GONZÁLEZ. Para los casos de Eberth utilizamos una vacuna especial (remitida por VEGA HAZAS), que contiene 2.000 millones de bacilos tíficos por centímetro cúbico; en los otros dos enfermos de paratípica B usamos la dermovacuna T. A. B. Llorente (1.000 millones Eberth, 500 millones de para A, e igual cantidad de para B). Después de alguna vacilación, adoptamos la técnica siguiente: primera dosis, 0,2 c. c.; segunda dosis, 0,4 c. c.; tercera dosis, 0,6 c. c., y cuarta dosis, 0,8 c. c., dando por terminado el tratamiento. Las dosis infantiles serán menores y en relación con la edad. Las inyecciones, rigurosamente intradérmicas con formación perfecta del botón, son aplicadas un día

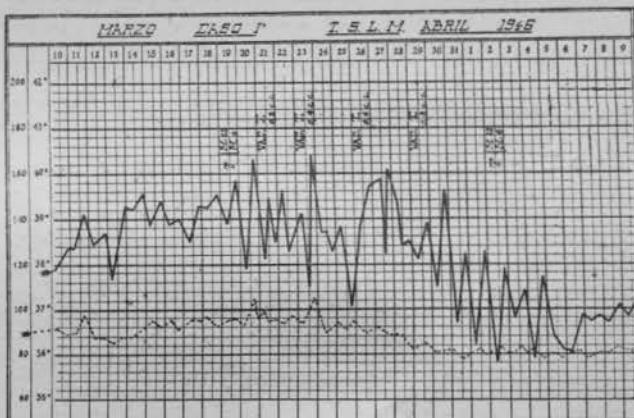


Fig. 1.

sí y otro día no, en la cara anterior del antebrazo. Obramos con tal celeridad, porque si el tratamiento tiene eficacia, consumimos ocho días, al cabo de los cuales la fiebre ha cambiado de aspecto; por otra parte, si espaciamos más las inyecciones, casi invertíamos en el tratamiento el período normal de la enfermedad, restándole brillantez e importancia a la terapéutica. Durante el curso de la dolencia no ocurrió complicación ni contingencia desagradable; las reacciones de tipo general son despreciables y minúsculas (una pequeña al iniciar el tratamiento en el cuarto caso), y las de tipo local se pronunciaron más en el mismo enfermo (cuarto caso), llegando a formarse una roseola de dos y medio centímetros de diámetro, después de la primera aplicación. En dos casos verificamos recuento y fórmula antes y después de practicar la vacuna; en los otros sólo nos

fué factible llevarlo a cabo cada segundo día. En ningún paciente se prescribió otra clase de medicación.

Caso I.—T. S. L. M., de trece años, natural y vecina de La Coruña. Ingresa en el Hospital procedente de su

domicilio<sup>1</sup> en el comienzo de la segunda semana (día 11 de enfermedad), con seroaglutinación fuertemente positiva para el Eberth. Estreñimiento. Dolores abdominales. No presenta angina ni roseola. Bastante despejada. Buena tensión arterial. Se le aplicó la vacuna en la cantidad y en los días indicados en la gráfica. La evolución leucocitaria fué la siguiente:

Fecha	Recuento	Hemograma	Dosis	Recuento	Hemograma
31-3-46	6.560	0-0-0-0-10-58-32-0	0,2	10.301	0-0-0-0-16-44-36-4
23-3-46	10.246	0-0-0-0-14-46-34-6	0,4	12.126	0-0-0-1-13-33-50-3
26-3-46	11.641	0-0-0-0-12-46-36-6	0,6	11.557	0-0-0-0-4-26-64-6
29-3-46	14.139	0-0-0-0-2-46-46-6	0,8	12.802	0-0-0-0-2-14-68-8

Desde el comienzo de la vacunación empezó a descender la temperatura, la enferma pareció entrar en la normalidad, y a los veintisiete días se encontraba apirética. La reacción local apenas existió.

Caso II.—O. P. P., de quince años, natural y vecina de La Coruña. A su ingreso en el Hospital lleva diez días de enfermedad. Comenzó con cefalalgias y tras-

tornos gastro-intestinales. Taquicardia. Lengua saburral. Petechias. Diarrea. Borborigmos. Bastante despejada. Seroaglutinación fuertemente positiva para el Eberth. Hematies, 3.000.000. Plaquetas, 180.000. Hemosglobina, 65 por 100. Valor globular, 1,1. Índice de coagulación, 16'. Duración hemorrágica, 2'. Leucocitos, 3.778 (cayados, 7; seg., 47; linf., 39; mon., 3; linfoblastos, 4). El tratamiento y la evolución leucocitaria fué así:

Fecha	Recuento	Hemograma	Dosis	Recuento	Hemograma
25-5-46	4.165	0-0-0-2-22-50-14-12	0,2	10.017	0-0-0-0-10-48-39-30
28-5-46	6.425	0-0-0-0-16-32-40-12	0,4	9.229	0-0-0-2-20-36-40-2
30-5-46	8.918	0-0-0-2-14-32-38-14	0,6	7.039	0-0-0-0-14-28-48-10
1-6-46	6.530	0-0-0-0-12-36-39-13	0,8	10.466	0-0-0-0-12-30-46-12

También se inició el descenso febril al comenzar el tratamiento, habiendo durado la fiebre veinticuatro días. Tampoco se apreció reacción local.

Caso III.—G. B. P., veintiún años, soltera. Nos avisan cuando lleva dos días de enfermedad. Estreñimiento y molestias abdominales. Cansancio. Taquicardia. Lengua saburral. Anorexia. Cefalalgia. Leucocitos,

7.200 (eos., 1; cay., 12; seg., 41; linf., 38; mon., 8). Hemocultivo, negativo. Continúa en ascenso la curva leucocitaria, y antes de aclarar el grupo de la salmonella comenzamos la vacunoterapia. El 27-7-46 la seroaglutinación resulta francamente positiva frente al paratifíco B (1/100).

La vacunación y la curva leucocitaria siguieron este ritmo:

Fecha	Dosis	Fecha	Recuento	Hemograma
22-7-46	0,2	23-7-46	4.600	1-1-0-0-18-36-36-8
24-7-46	0,4	25-7-46	6.400	0-0-0-0-8-56-34-2
26-7-46	0,6	27-7-46	6.200	0-4-0-0-4-54-36-2
29-7-46	0,8	30-7-46	5.200	0-2-0-0-2-66-26-4

Descendió la fiebre y siguió evolucionando entre 37 y 38 grados, hasta completar los treinta días. Despues

la enferma entró en franca convalecencia. La reacción local fué casi nula.

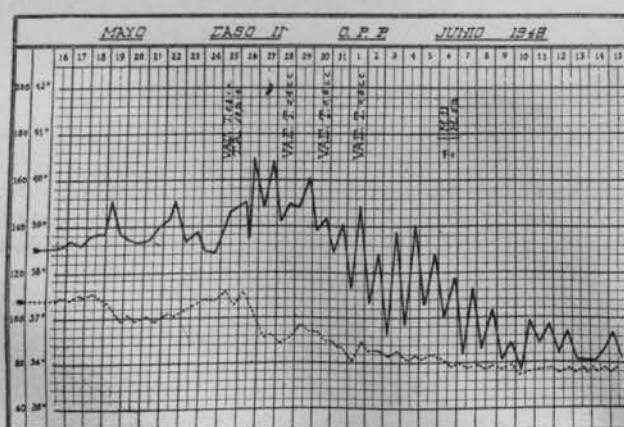


Fig. 2.

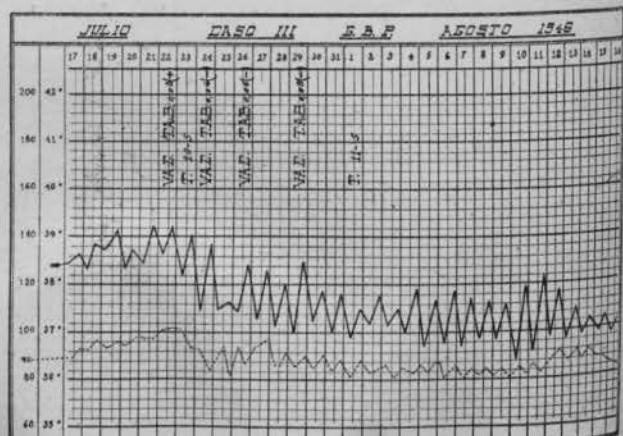


Fig. 3.

Caso IV.—J. H. M., de treinta y siete años, soltero. Natural de Pamplona y vecino de esta capital. Sin antecedentes patológicos de importancia. Padeció frecuentes rinofaringitis y sinusitis frontal. El 31-7-46 se presenta en la consulta por llevar algunos días con fiebre. Fuerte cefalalgia, lengua saburral, estreñimiento, coriza. Remitido al otorrinolaringólogo, informa que el padecimiento de su especialidad no justifica los dolores de cabeza ni la elevación térmica. Examinada la orina, resulta del análisis: albúmina, glucosa, acetona, pigmentos y sales biliares, negativos; urobilina y urobilinógeno, intensamente positivos; nada anormal en sedimento; reacción ácida; densidad, 1,015. Con ello elimi-

namos un proceso renal, y aunque el paciente continúa su ritmo normal de vida, pensamos en una enfermedad infecciosa de tipo intestinal. El recuento y la fórmula nos lo confirman: 4.000 leucocitos, con 1 bas., 27 cay., 34 seg., 28 linf. y 10 mon. Desistimos del hemocultivo, por considerar que ya pasó la fecha. Encamamos al enfermo y, por desconocer el germen específico, comenzamos la vacunación con T. A. B. La seroaglutinación, efectuada el día 9, acusa positividad frente al paratípico B, hasta 1/400. A la primera inyección, ligera reacción general e intensa reacción local. El tratamiento y variaciones de los glóbulos blancos fueron:

Fecha	Dosis	Fecha	Recuento	Hemograma
6-8-46	0,2	7-8-46	5.400	1-0-0-0-23-38-26-12
6-8-46	0,4	9-8-46	6.000	0-0-0-2-16-56-18-8
10-8-46	0,6	11-8-46	5.800	0-1-0-0-13-36-40-10
12-8-46	0,8	13-8-46	5.400	0-3-0-0-11-44-30-12

El descenso térmico fué rápido, y antes de la cuarta inyección el paciente se encontraba bien. Abandonó el lecho a los dieciocho días de enfermedad.

Desde luego, se trata de una terapéutica inocua, pero carecemos de amplia experiencia para decidir si es eficaz. Se sabe que las enfermedades agudas varían en su gravedad a tenor de algo llamado "genio epidémico"; y nadie ignora tampoco que las fiebres tifoideas, merced a factores múltiples y más o menos trascendentales—vacunaciones en masa y repetidas, mayor resisten-

ción curativa intradérmica la supeditamos a la precocidad de su empleo. Mas para ello se precisa saber en primer lugar si nos enfrentamos con una tifoidea o con una paratípica, y, ya dentro de esta última variante, si la origina el bacilo A o el bacilo B. Descartado que la paratípica A es poco frecuente (2 por 100 de los casos en nuestra estadística)<sup>2</sup>, resulta menos fácil el decidir dentro de las otras dos variantes. Es posible una orientación clínica hacia la salmonelosis, y más apoyados por una fórmula y por un recuento leucocitario; pero no lo es tanto el inclinarnos hacia la tifoidea o la paratípica B, aun cuando se citan normas sintomatológicas por los diversos internistas. Y por si fuera poco, el hemocultivo falla el 27,3 por 100 de las veces, según VILLAR SALINAS<sup>8</sup>; el 47, según DRIGLASKI y MARTÍN<sup>9</sup>, y el 36,9 por lo observado en nuestros enfermos<sup>2</sup>. Al hacerse positiva la seroaglutinación, ya el procedimiento curativo parece que pierde eficacia.

Por todo lo dicho, nosotros opinamos: 1.º Que la vacunación curativa intradérmica es inofensiva y digna de ser ensayada. 2.º Que es necesario juntar en cada dosis los tres gémenes (T. A. B.) en cantidades eficientes: 3.º Que de la precocidad del empleo puede surgir la eficacia terapéutica.

Nosotros estamos dispuestos a continuar las aplicaciones hasta reunir un número de casos que haga posible cualquier conclusión de valor experimental.

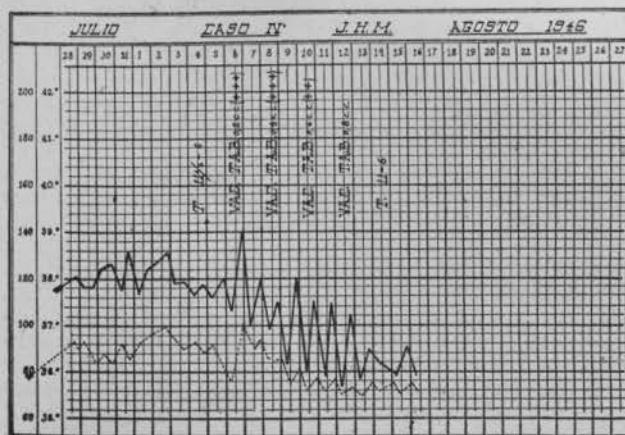


Fig. 4.

cia del individuo frente al microbio, etc.—han cambiado su aspecto. No se ven con tanta frecuencia aquellas formas graves e hipertóxicas descritas en los libros antiguos<sup>7</sup>, y los pacientes por nosotros asistidos presentaron relativo bienestar y poco estupor.

Puede decirse que, excepto en el cuarto caso, la fiebre continuó su marcha con relativa benignidad en el resto de los enfermos. Sin embargo, el defecto por nosotros encontrado a esta terapéutica consiste en la necesaria y pronta identificación del germen. La eficacia de la va-

1. PÉREZ-HERVADA.—Rev. Clin. Esp., 16, 110, 1945.
2. PÉREZ-HERVADA y FERNÁNDEZ OBANZA.—Galicia Clínica, 1946.
3. CASTRILLÓN MORA.—Medicina, 2, 859, 1944.
4. ARJONA y ALÉS.—Rev. Clin. Esp., 20, 246, 1946.
5. ALONSO LAHOR.—Anales del Instituto Llorente, IV, 1946.
6. DE LA VEGA HAZAS.—Anales Llorente, IV, 1946.
7. GRISÉLE.—Patología Interna, Tomo I. Madrid, 1857.
8. VILLAR SALINAS.—Fiebre tifoidea en Santander, 1944.
9. DRIGLASKI y MARTÍN.—Klin. Wschr., 7, 159, 1942.

#### BIBLIOGRAFIA