

Influencia de las estaciones sobre la difusión de la fiebre de Malta y fiebre tifoidea

Por el doctor **Ricardo Moragas y Gracia**

de Barcelona

Desde los más remotos tiempos se viene comentando la influencia que tienen las diversas estaciones en la aparición y exacerbación de ciertas enfermedades infecciosas. Las más conocidas y estudiadas han sido la gripe, el cólera, la tifoidea, dengue, etcétera. En esta simple nota, probaremos de examinar la relación que existe entre la fiebre tifoidea y la fiebre Mediterránea, examinadas en el transcurso de las diversas estaciones.

En múltiples ocasiones se ha argumentado sobre la tendencia que tiene la endemia tifoidea de exacerbarse hacia el otoño. Aquí, en Barcelona, vemos que este hecho es, desgraciadamente, cierto. Y lo estamos comprobando también en el presente otoño, en el que ha habido un recrudecimiento bien notorio, pese a las medidas de profilaxis general e individual que constantemente se predicán, y pese a la vigilancia con que el laboratorio municipal lleva la cuestión de las aguas que abastecen nuestra ciudad.

Las estadísticas de mortalidad y morbilidad, que con toda minuciosidad recopila el Instituto Municipal de Higiene y que he podido examinar gracias a la amabilidad del doctor YANGUELA, encargado de su confección, nos lo demuestran con su fría elocuencia. En la gráfica, que con estos datos he construído, se comprueba que el máximo de mortalidad corresponde a los meses de agosto, septiembre y octubre.

Han sido varias las causas invocadas pa-

ra explicar esta preferencia. Las lluvias abundantes del otoño, movilizandó la materia orgánica y favoreciendo el aumento de nivel de las aguas subterráneas, podrían provocar con cierta facilidad la infección de los manantiales o de los pozos. La vida al aire libre en el verano, las excretas humanas dejadas en la zona de captación de las aguas, la mayor frecuencia en las excursiones, que movilizan al ciudadano de Barcelona durante esta época del año y otras causas aún no conocidas, son las que favorecen la difusión de la tifoidea. Debe invocarse también la leche que consume nuestra ciudad procedente de los pueblos que la circundan y la gran cantidad de hortalizas de la misma procedencia que se comen con frecuencia crudas. También el mayor consumo que se hace durante el estío del agua de pozo por su fresca temperatura y para lavar la fruta y verduras. Y es otro factor, no despreciable, las infecciones importadas por el retorno de los veraneantes, quienes han consumido agua de distintas poblaciones y manantiales rurales, que no tienen el control sanitario de las aguas de nuestra capital. Podría añadirse también las moscas, el consumo de frutas y setas, y los helados variados, muchas veces servidos en primitivos carretones, que favorecerían las alteraciones gastrointestinales y la propensión a infectarse con la bacteria específica.

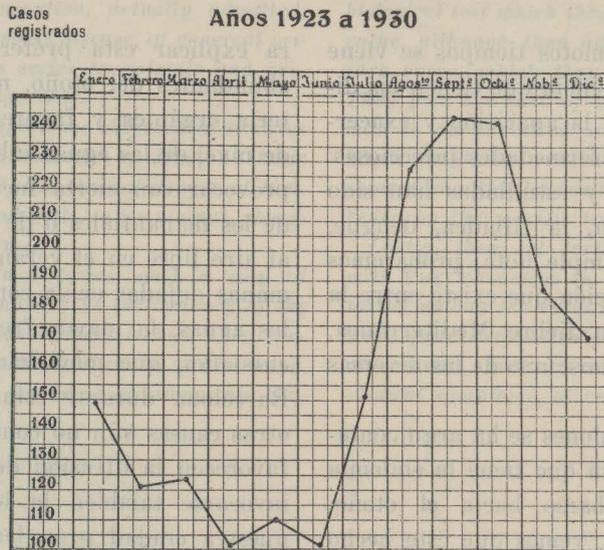
Referente a la influencia de las estaciones sobre la fiebre de Malta, los datos son

muy escasos y difíciles de interpretar. La mayor dificultad estriba en que no se menciona en la *nomenclatura internacional*, debiendo incluirse esta enfermedad en el apartado número 12, que dice, "otras enfermedades epidémicas", o en el número 37

Defunciones por melitensis durante los siguientes años en Barcelona.

1921, 0; 1922, 0; 1923, 6; 1924, 0; 1925, 3; 1926, 2; 1927, 2; 1928, 4; 1929, 4; 1930, 2; 1931, 4; 1932, 2.

Gráfica de defunciones por tifoidea
Años 1923 a 1930



Datos proporcionados por el « Instituto Municipal de Higiene » de Barcelona

"otras enfermedades". El mencionado compañero del Instituto Municipal de Higiene nos confiesa que las denuncias sobre melitensis son escasas y no dan ni una idea aproximada del estado de morbilidad. Las defunciones registradas, tampoco cree se ajusten exactamente a la realidad. Eso se debe a que la fiebre de Malta, por su larga duración y la depauperación progresiva que produce, favorece la aparición de otras enfermedades o facilita complicaciones que conducen a un fatal desenlace, siendo inscrita entonces la defunción como enfermedad local de alguna víscera.

Los datos recogidos son los siguientes (sección de estadística y demografía municipal):

Defunciones por melitensis en la provincia de Barcelona.

1921, 3; 1922, 4; 1923, 14; 1924, 0; 1925, 6; 1926, 7; 1927, 0; 1928, 5.

Los datos de morbilidad son aún más incompletos, pues las denuncias de tal enfermedad se registran con tales intermitencias, que creemos fundadamente que no se ajustan a la realidad.

Año 1921

Mayo. Un foco de tres enfermos en la calle de Consejo de Ciento, 325, pral., 2.^a

Un enfermo en la Rambla de Cataluña 54.

Julio. Un enfermo en el distrito V.

Total, 5 denuncias.

Año 1922

Febrero. Una denuncia en el distrito IV.
Abril. Una denuncia en el distrito VI.
Octubre. Dos denuncias en el distrito II.
Una denuncia en el distrito I.
Total, 5 denuncias.

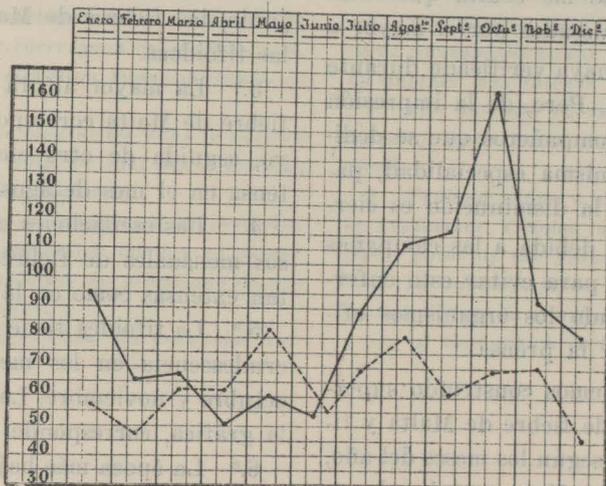
Año 1930

Enero. Una denuncia en el distrito I.
Diciembre. Una denuncia en el distrito I.
Total, 2 denuncias.

Pocas deducciones podemos sacar de los

Gráfica de morbilidad diagnosticada por seroa-glutinación y hemocultivo

Casos registrados



Linea puntillada: Melitensis. Linea seguida: Eberth
Datos extraídos de mi laboratorio particular entre los años 1916 a 1931

Año 1923

Marzo. Una denuncia en el distrito I.
Mayo. Una denuncia en el distrito I.
Noviembre. Una denuncia en el distrito I.
Total, 3 denuncias.

Año 1928

Enero. Un foco de 3 enfermos en el distrito VIII.
Julio. Una denuncia en el distrito I.
Total, 4 denuncias.

Año 1929

Diciembre. Una denuncia en el distrito I.
Total, 1 denuncia.

anteriores datos. Son demasiado aislados e incompletos. Solamente, que parece que esta fiebre se presenta con mayor frecuencia en el distrito I, que corresponde a la Barceloneta y casco más antiguo de la ciudad.

He intentado sacar algunos datos de mi visita particular, especialmente de mi archivo de análisis referentes a seroaglutinaciones y hemocultivos que hubiesen dado resultado positivo vis a vis de esta bacteria. Las seroaglutinaciones del paratifus y aislamiento de estas bacterias, como son pocas y obedecen a idéntico mecanismo patogénico, las he agrupado con los del Eberth. Este estudio abarca desde el año 1916 hasta el 1931.

Un detalle interesante que parece deducirse, es el de que la fiebre de Malta, al igual que la tifoidea, tienden a disminuir en frecuencia. Hoy diagnosticamos menos casos que en los años primeros de mi estadística. Los años que dieron el mayor contingente de enfermos de fiebre de Malta, fueron en 1921 con 63 casos, en 1922 con 76 casos, en 1923 con 73 casos y en 1924 con 62 casos. No se me oculta que estos datos pueden ser falseados por el mayor o menor trabajo que haya verificado durante estos últimos años. Pero, de la impresión recogida en otros compañeros que se dedican también a la misma especialidad, parece deducirse que la disminución es cierta y probablemente debida a las campañas de divulgación que para evitar esta enfermedad han verificado los organismos oficiales ayudados por la prensa.

La gráfica que hemos construido superponiendo los casos de fiebre de Malta y tifoidea encontrados, según los meses del año, es muy demostrativa. Vemos, al igual que la estadística y gráfica construida con los datos proporcionados por el Instituto Municipal de Higiene, que los meses más cargados con tifoideas son los de septiembre, octubre y noviembre, disminuyendo progresivamente hasta llegar a los meses de abril, mayo y junio, en que alcanza el límite más bajo.

En cambio los casos de fiebre de Malta tienen la cifra máxima en el mes de mayo y otra elevación no tan intensa en el mes de agosto. Además las oscilaciones no son tan extensa como en la fiebre tifoidea. Lo que nos indica que las estaciones no desempeñan un papel tan importante en la propagación de esta enfermedad.

También se deduce que el porcentaje de casos de fiebre tifoidea, siempre es superior a los de fiebre de Malta, excepto en

los meses de abril, mayo y junio, en que ésta los sobrepasa.

Como a resumen, podemos anotar las siguientes conclusiones:

1.^a La gráfica basada en la mortalidad tifoidea del Instituto de Higiene, coincide, con ligeras variantes, con la gráfica particular nuestra, basada en la morbilidad deducida de los exámenes de laboratorio.

2.^a Durante los meses de abril, mayo y junio, las fiebres de Malta dominan sobre las tifoideas.

3.^a La mayor altura de la curva de la fiebre de Malta corresponde al mes de mayo, seguida de otra elevación no tan intensa en el mes de agosto.

4.^a Las oscilaciones en el número de casos mensuales de fiebre de Malta, no son tan extensas como en la fiebre tifoidea.

5.^a La tifoidea tiene el máximo de recrudescencia en los meses de septiembre, octubre y noviembre. La altura máxima de la gráfica, corresponde al mes de octubre.

6.^a La época más baja de la gráfica, corresponde en la tifoidea en los meses de abril, mayo y junio, lo contrario de lo que pasa en la fiebre de Malta.

CONCLUSIONS

1.^a La gràfica basada en la mortalitat tifòidica de l'Institut d'Higiene, coincideix amb la gràfica particular nostra, fonamentada en la mortalitat deduïda dels exàmens de laboratori.

2.^a Durant els mesos d'abril, maig i juny, les febres de Malta dominen sobre les tifoïdees.

3.^a L'altura major de la corba de la febre de Malta correspon al mes de maig, seguida d'una altra elevació no tan intensa en el mes d'agost.

4.^a Les oscilacions en el nombre de casos mensuals de febre de Malta, no són tan extenses com en la febre tifoïde.

5.^a La febre tifoïde té el màxim de recrutament en els mesos de setembre, octubre i novembre. L'altura màxima de la gràfica correspon al mes d'octubre.

6.^a L'època més baixa de la gràfica de la fe-

bre tifoide, correspon als mesos d'abril, maig i juny; el contrari de ço que passa a la febre de Malta.

CONCLUSIONS

1. Le graphique basé sur la mortalité typhoïde de l'Institut d'Hygiène coincide avec notre graphique particulier, basé sur la mortalité deduite des examens de laboratoire.
2. Pendant les mois d'avril, mai et juin, les fièvres de Malte predomine sur les typhoïdes.
3. La hauteur maximum de la courbe de la fièvre Méditerranée correspond au mois de mai, suivée d'une autre elevation moins marquée au mois d'août.
4. Les oscilations mensuelles dans le nombre de cas de fièvre de Malte ne sont pas si grandes que celles de la fièvre typhoïde.
5. La typhoïde a son maximum de recrudescence aux mois de septembre, octobre et novembre. La hauteur maximum du graphique correspond au mois d'octobre.
6. L'époque la plus basse du graphique cor-

respond, dans la fièvre typhoïde, aux mois d'avril, mai et juin; le contraire de ce qui se passe dans la fièvre de Malte.

CONCLUSIONS

1. The graph based on typhoid mortality of the Institute of Hygiene coincides with our own private graph, based on mortality as deduced from laboratory experiments.
2. Mediterranean fever predominates over typhoid during the months of April, May and June.
3. The highest point in the Mediterranean fever curve corresponds to the month of May, followed by another less intense rise in August.
4. The monthly variations in the number of cases of Malta fever are not so great as in typhoid.
5. Typhoid shows a maximum recrudescence in September, October and November. The highest point of the graph is in October.
6. In typhoid fever, the graph reaches its lowest figures in April, May and June, the contrary of that which occurs in Malta fever.