

9. *Markariyan, S. S. y colaboradores: La influencia del entrenamiento físico en la función del ventrículo izquierdo en pacientes con cardiopatía isquémica después del infarto del miocardio. Kardiología 6: 38-41, 1980.*
10. *Sin Chesa, C.: La ergometría como prueba de evaluación de la cardiopatía reumática. Estudio prequirúrgico y postquirúrgico. Tesis de grado. Habana. Instituto de Cardiología. 1974.*
11. *Lange, A. K. et al.: Fundamentals of exercise testing. Geneva W H O p. 87, 1971.*
12. *Zohman, L. R.; J. S. Tobis: La rehabilitación en cardiología. Barcelona, 1975. P. 64. ■3.*
- International Society of Cardiology: Myocardial Infarction. How to prevent. How to rehabilitate Vienna, 1973. P. 69.*
14. *Shapiro M. Infarto agudo al miocardio. España, Edit. Continental. 1977. P. 804.*
15. *Lange A. K. et al: Fundamentals of exercise testing. Geneva, WHO, 1971, p. 55.*
16. *International society of Cardiology: Myocardial infarction; How to prevent How to rehabilitate. Pp. 57-61. Vienna, 1973.*

Recibido: 7 de agosto de 1981.
Aprobado: 19 de octubre de 1981.

Dra. Catalina Sin Chesa
Instituto Nacional de Cardiología
y Cirugía Cardiovascular.
Calle 17 y A. Vedado.

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "MANUEL ASCUNCE DOMENECH", CAMAGÜEY

Fiebre tifoidea: estudio de 55 casos

Por los Dres.:

ARTURO DE LA HERRÁN HERRERA*, RAFAEL PILA PÉREZ* y
EDUARDO A. GONZÁLEZ GARRIDO*

Herrán Herrera, A. de la y otros. *Fiebre tifoidea: estudio de 55 casos. Rev Cub Med 21-4, 1982.*

Se realiza un estudio en 55 enfermos de fiebre tifoidea ingresados en la sala de infecciones del hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech" de Camagüey; todos los casos presentaron

* Especialista de I grado en medicina interna. Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech . Camagüey.

la sospecha clínica de la enfermedad, la cual se confirmó en 30 pacientes (54,5%) por hemocultivos, en 27 (49%) por coprocultivos, en 2 (6,2%) por bi-licultivos y en 1 (6,6%) por urocultivo. En todos los casos el diagnóstico siempre fue confirmado por los cultivos, siendo otros exámenes de laboratorio de gran utilidad. En r^a serie no se realizaron reacciones de aglutinación. La respuesta al tratamiento fue satisfactoria en todos los casos, por lo que nuestra casuística carece de fallecidos. Se hace una comparación de nuestros resultados con otros autores y se revisa la literatura nacional y extranjera.

INTRODUCCION

La fiebre tifoidea continúa siendo una enfermedad endémica en nuestro medio y en otros muchos países, si bien su incidencia va disminuyendo a medida que se eleva el nivel de vida y se van perfeccionando las medidas higiénico-dietéticas.

En Estados Unidos, donde la fiebre tifoidea es considerada totalmente controlada, ya que su incidencia ha decrecido unas veinte veces en años anteriores a 1973, en el transcurso de éste sufrieron un brote epidémico en un campo de trabajo de emigrantes en la Florida que ocasionó más de cien enfermos.¹ También en Europa en países tan desarrollados como Suiza y Escocia, hubo brotes epidémicos importantes en los años 1963 y 1964.-"

En nuestra patria tuvimos brotes epidémicos destacables en 1968 en Bayamo y en 1969 en Cayo Ramona y Bejucal.⁴

Nuestro propósito en este trabajo es hacer un estudio clínico de 55 pacientes diagnosticados con fiebre tifoidea en el servicio de medicina interna del hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech" de Camagüey.

MATERIAL Y METODO

Se revisaron cincuenta y cinco expedientes clínicos de pacientes con el diagnóstico de fiebre tifoidea ingresados en nuestro servicio, en el período comprendido de 1974 a 1978. El diagnóstico se fundamentó en el cuadro clínico, exámenes de laboratorio y diferentes cultivos, así como en la respuesta favorable de los enfermos a la terapéutica impuesta. En nuestros casos hemos revisado la edad, el sexo, la raza, la procedencia, los síntomas y signos, exámenes de laboratorio y la terapéutica empleada.

RESULTADOS

El mayor número de casos incidió en el grupo de 14 a 24 años de edad con 24 pacientes (43,6%), seguido por la edad comprendida entre los 25 y 34 años con 9 (16,3%). En las edades de 35 a 44 años encontramos 8 casos (14,2%) (cuadro I).

En cuanto al sexo no hubo un predominio significativo, ya que 30 casos eran femeninos y 25 masculinos; sin embargo la raza blanca con 45

pacientes (81,8%) ocupó el primer lugar por una amplia diferencia sobre la negra; igualmente la procedencia urbana con 37 pacientes (85,5%), aportó la mayoría de nuestros casos (cuadro II).

CUADRO I EDAD

Edad en años	Casos	%
1-14	1	1,8
15-24	24	43,6
25-34	9	16,3
35-44	8	14,2
45-54	6	10,6
55-64	3	5,4
65 y más	4	7,1

Fuente: expedientes clínicos.

CUADRO II

SEXO, RAZA, PROCEDENCIA

Sexo	Casos	%
Masculino	25	45,5
Femenino	30	54,5
Raza		
Blanca	45	81,8
Negra	5	9,1
Mestiza	5	9,1
Procedencia		
Urbana	37	85,8
Rural	18	14,5

Fuente: expedientes clínicos.

La fiebre mayor de 38°C se halló en 46 enfermos (86%), siendo el síntoma que predominó, seguido por la diarrea y el malestar general, ambas en 22 pacientes (40%). La sudoración ocupó el tercer lugar de nuestros hallazgos con 20 casos (36,3%) (cuadro III).

La sequedad de piel y mucosas fue el signo que predominó con 25 casos (45,5%), seguida de la bradicardia relativa con 15 (27,2%). Otros signos de importancia fueron el meteorismo, la esplenomegalia y la obnubilación (cuadro IV).

El hemograma con diferencial fue de gran ayuda en el diagnóstico. Los leucocitos se mantuvieron normales en 29 enfermos (52,7%); se halló leucopenia en 23 casos (41,8%) y la leucocitosis se encontró solamente en 3 casos (5,4%). Los hematíes se comportaron normales en 43 enfermos (78,4%), presentándose anemia solamente en 12 (21,6%). La velocidad de sedimentación fue *patológica* en 50 casos de nuestra casuística (90,9%) y en 5 pacientes (9,1%) se mantuvo dentro de cifras normales. Las plaquetas estuvieron por debajo de 100 000 x mnr en 36 enfermos (65,5%). La

CUADRO III
SINTOMAS

Síntomas	Casos	%
Fiebre > 38°C	46	86,0
Diarreas	22	40,0
Malestar general	22	40,0
Sudoración	20	36,3
Estreñimiento	14	25,4
Tos	14	25,4
Astenia	13	23,0
Cefalea	10	18,0
Escalofríos	10	18,0
Dolor Abdominal	10	18,0
Febrículas	9	16,2
Anorexia	8	14,5
Vómitos	8	14,5
Epistaxis	5	9,4
Mareos	3	5,4

Fuente: expedientes clínicos.

CUADRO IV
SIGNOS

Signos	Casos	%
Sequedad de piel y mucosas	25	45,5
Bradicardia relativa	15	27,2
Meteorismo	7	12,7
Esplenomegalia	5	9,1
Obnubilación	5	9,1
Gorgoteo en F. I. D.	3	5,4
Hepatomegalia	2	3,6
Artritis	2	3,6
Roséola Tífica	1	1,8

Fuente: expedientes clínicos

transaminasa glutámico pirúvica se le realizó a 37 pacientes, estando alterada en 4 de ellos (14%). La transaminasa glutámica oxalacética resultó *patológica* en 5 de 32 pacientes (15,6%) (cuadro V).

Otros exámenes efectuados fueron la radiografía del tórax que mostró alteraciones en 5 casos (9,1%), siendo la bronconeumonía el hallazgo más frecuente; y el electrocardiograma, que fue *patológico* en seis de los enfermos (12%); los hallazgos más significativos fueron alteraciones inespecíficas de ST-T, bradicardia y extrasístoles aislados.

Los cultivos (cuadro VI) fueron los exámenes concluyentes en el diagnóstico de esta enfermedad; el hemocultivo resultó positivo en 30 casos (54,5%), mientras que el coprocultivo se encontró positivo en 27 (49%). Otros cultivos menos utilizados, pero no menos importantes, fueron el bilicultivo que fue *patológico* en 2 pacientes (3,8%) y el urocultivo, que fue positivo solamente en 1 enfermo. Debemos señalar que estos dos últimos cultivos sólo se realizaron a 52 y a 15 enfermos respectivamente.

El medicamento de elección usado en nuestros pacientes fue el clo-ranfenicol por vía oral en dosis de 50 mg por kg de peso corporal y por día, repartido en cuatro tomas iguales, hasta que la temperatura descendió a cifras normales disminuyéndose entonces la dosis a 30 mg por kg de peso corporal y por día hasta obtenerse la remisión completa del cuadro clínico, que se logró en 47 pacientes (85,4%) y por un período nunca menor de tres semanas.

El ampicillín fue empleado en 5 enfermos (16,3%), que presentaron bronconeumonía y en 3 pacientes que manifestaron leucopenia importan-

CUADRO V

EXAMENES DE LABORATORIO

Exámenes de laboratorio	Casos	%
Leucocitos:		
Leucopenia < 4 900 por mm ³	23	41,8
Leucocitos normal 6 000 - 10 900	29	52,7
Leucocitosis > 11 000 por mm ³	3	5,4
Hematíes:		
Normal 3 900 000 - 4 500 000	43	78,4
Anemia < 3 900 000 por mm ³	12	21,6
Velocidad de sedimentación:		
Normal	5	9,1
Elevada	50	90,9
Plaquetas:		
Menos de 100 000	36	65,5
Más de 100 000	19	34,5

Fuente: expedientes clínicos

CUADRO

VI

Cultivos	Casos	%	Casos	%
Hemocultivo (+)	30	54,5 (-)	25	45,5
Coprocultivo (+)	27	49,0 (-)	28	51,0
Bilicultivo (+)	2	3,8 (-)	50	96,2
Urocultivo (+)	1	6,7 (-)	14	93,3

Fuente: expedientes clínicos

CUADRO VII

TRATAMIENTO

Tratamiento	Casos	%
Cloranfenicol	47	85,4
Ampicillín	9	16,3
Furodone	1	1,8
Corticoides	3	5,4

Fuente: expedientes clínicos.

te por el uso del cloranfenicol. La dosis usada fue de 150 mg por kg de peso corporal y por día por vía endovenosa hasta lograrse la apirexia total, pasándose luego a la vía oral, 250 mg cada seis horas hasta que se obtuvo la regresión completa de los signos y síntomas.

El furodone lo utilizamos en 1 paciente que presentó un cuadro de diarreas profusas, siendo su evolución favorable con el uso de este fármaco.

Los esteroides se emplearon en 3 pacientes que presentaron gran toxemia y obnubilación en dosis de 60 mg el primer día, 40 el segundo y tercer días (cuadro VII).

Evolutivamente nuestros enfermos presentaron complicaciones, aunque no en la proporción informada por otros autores: 5 presentaron bronconeumonía, 2 artritis y 1 perforación de íleo terminal que fue intervenido exitosamente por nuestros cirujanos.

DISCUSION

La fiebre tifoidea es una enfermedad propia de adolescentes y adultos jóvenes. *Beneson*,⁵ informa que de 400 casos por año en Estados Unidos, más de una tercera parte se observaron en menores de quince años. *Pedro Pons*ⁱ señala que la frecuencia máxima se registra entre los quince y treinta y cinco años, no siendo rara en los niños y en los sujetos mayores de cincuenta años. En nuestra casuística, los resultados son similares a los informados por *Pedro Pons*,^a ya que el 60% de nuestros casos se encontraron entre los quince y treinta y cinco años de edad. *Rivera Puente*['] informa, en una serie de 90 casos, 43 pacientes entre los quince y treinta y cinco años de edad, para un 47,7%.

El sexo masculino es el más afectado según la mayoría de los autores. *Rivera Puente* en sus 90 casos estudiados encontró 56 varones (61,5%) y 34 hembras (38,4%); sin embargo, nosotros hallamos un ligero predominio del sexo femenino sobre el masculino.

Los pacientes de piel blanca sufrieron más la enfermedad que los de piel negra, lo cual posiblemente guarde relación con las características étnicas de nuestra población.

Aunque todos los autores señalan una mayor frecuencia en el medio rural, nosotros encontramos una alta incidencia en la población urbana con el 85,5% de nuestros casos. *Rivero Puente*⁷ informa el 31,1% de sus pacientes en el medio urbano. La elevada frecuencia de esta enfermedad en las áreas rurales, encuentra su explicación en las condiciones higiénicas más deficientes en relación con la población urbana.¹¹ Es de destacar que muchos de nuestros enfermos procedían de áreas urbanas donde existían dificultades en el sistema de conducción de agua, y en muchos casos las fuentes de abastos de agua eran pozos y no la red de abastecimiento por acueducto.

Un dato de interés que se debe tener en consideración, fue la mayor frecuencia de nuestros casos en los meses de verano comprendidos entre mayo y agosto, lo cual es también señalado por la mayoría de los autores.¹¹⁸

La fiebre es el síntoma que predomina en todas las casuísticas revisadas; nosotros la encontramos en el 86% de nuestra serie y *Rivero Puente*⁷ en el 92,2% de sus casos. En el Boletín de Higiene y Epidemiología de 1970⁴ se informa en el 100% de los enfermos.

La febrícula la hallamos en el 16,2%; otros autores la informan en el 7,7% y otros afirman que los pacientes deambulan con febrícula en un alto porcentaje de los casos y que este síntoma puede ser mucho mayor de lo que se registra.^{5,6}

La diarrea sólo se presentó en aproximadamente un 20% de los pacientes; sin embargo, 20 de nuestros enfermos la tuvieron, para un 40% y es más llamativa aún en la casuística de *Rivero* el cual la encontró en el 53,3% de su serie. En la epidemia de Sagua la Grande' la diarrea se informó en el 95,4% de los pacientes.

La constipación es más frecuente que la diarrea; ⁶ sin embargo, nosotros solamente la pudimos constatar en el 25,4%; *Rivero Puente*' en el 21,1% y en la epidemia de Sagua la Grande' en el 16% de los casos.

Los vómitos, que según los diferentes autores' * constituyeron un síntoma significativo, para nosotros presentó el 14,5%.

La mayoría de los enfermos diagnosticados de fiebre tifoidea presentan dolor abdominal,⁵ sin embargo, en nuestra serie incidió en un 18%. *Rivero Puente*⁷ lo informa en el 43,3% y en las epidemias de Bejucal y Bayamo, así como en el Hospital de las Animas se señala en el 28%, 27,6% y 14,5% respectivamente.**

La sequedad de piel y mucosa la hallamos en 25 pacientes y fue el signo que predominó con el 45,5%; resultados similares informan *Rivero Puente*⁷ que encontró este signo en el 52% de su casuística.

La bradicardia relativa nosotros la encontramos en el 27,2%, mientras que otros autores⁷ la informaron en el 23,3%; en la epidemia de Bayamo ocupó el 20% y solamente en el 2% en la de *Bejucal*.

Lo más llamativo de nuestros hallazgos fue la baja incidencia de esplenomegalia, la cual la encontramos en el 9,1% de los casos; sin embargo, *Benensori* señala que el bazo es culpable en las tres cuartas partes del total de los enfermos, *fiivero Puente*⁷ en sus 90 casos, señaló un 45% de esplenomegalia. En el Hospital de las Animas se constató este signo en el 51% de los casos; en las epidemias de *Bejucal* en el 41% y en la de Bayamo en el 42,4%. En la epidemia de Sagua la Grande se encontró esplenomegalia en el 5,2%.⁴

El dato más frecuentemente observado en los exámenes de laboratorio lo constituyó el hemograma con diferencial con cifras normales en 29 casos para un 52,7%; sin embargo, la leucopenia se manifestó en el 23,6% de los pacientes, lo cual fue de gran significación diagnóstica. Es de destacar que los eosinófilos estuvieron ausentes en 35 enfermos, lo cual es señalado por la mayoría de los autores.⁹ Sin embargo, se ha demostrado que la presencia de eosinófilos no excluye el diagnóstico de fiebre tifoidea.¹⁰ La leucocitosis se presentó en 3 pacientes que tuvieron complicaciones con perforación intestinal y bronconeumonía bilateral. La anemia normocítica normocrómica se informa por la mayoría de los autores en relación con pérdidas de sangre;⁵⁻⁷ nosotros la encontramos en el 21,6% de los enfermos, mientras que otros autores la informan en un 35%."

Nuestra serie mostró la eritrosedimentación acelerada en el 90,9%, lo cual concuerda con otras casuísticas^{6,7} en las que dan este examen como *patológico* en el 85% de los enfermos.

La trombocitopenia hallada en el 65,5% de los enfermos, resultó más frecuente de lo que originalmente pensábamos. *Congy*¹² y otros autores como *Destaing* y *Grangaud*^{vi} la encuentran comúnmente en sus casos.

En nuestro trabajo, los cultivos constituyeron la base fundamental en el diagnóstico de fiebre tifoidea y no así las reacciones de aglutinaciones, que no fueron realizadas en nuestros casos. El hemocultivo resultó positivo en 30 de los enfermos para un 54,5%, resultado que depende del período en que se practique este examen, ya que en la primera semana puede ser positivo en el 90% y en el 50% al término de la tercera semana; los cultivos positivos son raros después de la cuarta semana. Todos los hemocultivos se realizaron a nuestros enfermos en los primeros 7 días del comienzo de los síntomas clínicos de la enfermedad, *fiivero Puente*⁷ informa el 58,2% de positividad de este examen en su casuística.

El coprocultivo fue positivo en el 49% de nuestra serie, mientras que el citado autor⁷ lo halló positivo en el 36,2% de sus casos. Varios informes¹¹ indican que pueden cultivarse bacilos de la orina en el 25% de los pacientes, nuestros resultados ofrecen un 6,7% de urocultivos positivos y *fiivero Puente*⁷ no informa positividad alguna en este tipo de cultivo. El

bilicultivo lo encontramos positivo en el 3,8% de los enfermos, dato que tampoco es detectado por otros autores.

Respecto a la utilidad de las aglutinaciones en el diagnóstico de fiebre tifoidea, sin pretender despreciar su indudable valor, queremos destacar las dificultades que en ocasiones puede plantear la justa valoración de una aglutinación en el título límite, así como la influencia de otras enfermedades como las conectivopatías y la terapéutica esteroidea que por mecanismos aún no bien conocidos ejercen sobre el resultado de la aglutinación. Por otra parte, la terapéutica con antibióticos de amplio espectro y el cloranfenicol al producir una inhibición en la producción de gammaglobulinas, como respuesta a un estímulo antigénico disminuido, impiden la formación de aglutininas.^{5,18}

La respuesta al tratamiento fue favorable en todos nuestros casos, a pesar de tener varias complicaciones. El cloranfenicol lo utilizamos en 47 pacientes (85,4%), teniendo que ser suprimido en 3 enfermos por producir leucopenia de consideración. El ampicilín se usó en los pacientes con bilicultivos positivos, en los casos con manifestaciones indeseables al cloranfenicol y en los enfermos que presentaron bronconeumonía de extrema gravedad, obteniéndose en todos los casos una evolución satisfactoria. En los tiempos actuales de la medicina se debe tener presente, además del efecto tóxico del cloranfenicol, que existen cepas de Salmonellas resistentes a este antibiótico.^{1,18} La prednisona la administramos siempre combinada con la terapéutica antimicrobiana, ya que en estas condiciones no aumenta el riesgo de complicaciones.

SUMMARY

Herrén Herrera, A. de la, et al. *Typhoid fever: study of 55 cases. Rev Cub Med 21- 4 1982.*

A study is performed in 55 patients with typhoid fever admitted to infectious ward at "Manuel Ascunce Domenech" Teaching Provincial Hospital, Camagüey; all the cases presented clinical suspicious of the disease, which was proved in 30 patients (54,5%) by hemocultures, in 27 (49%) by coprocultures, in 2 (6,2%) by biliculture. and in 1 (6,6%) by uroculture. In all the cases, diagnosis was always verified by cultures, being some other laboratory tests of great usefulness. In this series no agglutination reactions were performed. In all the cases, response to treatment was satisfactory, for that reason our causistic lacks of deceased. A comparison of our results with those obtained by other authors is made, and national and foreign literature is reviewed.

RESUME

Herrén Herrera, A. de la et al. *Fièvre typhoïde: étude de 55 cas. Rev Cub Med 21: 4, 1982.*

L'étude a porté sur 55 malades atteints de fièvre typhoïde hospitalisés dans la salle d'infections de l'hôpital provincial d'enseignement "Manuel Ascunce Domenech", de Camagüey; tous les cas étaient cliniquement suspects d'avoir la maladie, laquelle a été confirmée chez 30 patients (54,5%) par des hémocultures, chez 27 (49%) par des coprocultures, chez 2 (6,2%) par des bilicultures et chez 1 (6,6%) par uroculture. Dans tous

les cas, le diagnostic a toujours été confirmé par les cultures, étant d autres examens de laboratoire d'une grande utilité. Dans cette série, nous n avons pas réalisé des réao- tions d'agglutination. La réponse au traitement a été satisfaisante dans la totalité des cas. donc il n'y a pas eu de décès. Les résultats obtenus sont comparés avec ceux rap- portés par d'autres; la littérature nationale et étrangère est revue.

PE3KME

Ha *jib* 3ppaH 3ppepe, A h ap. TapoBjcnafl JIHxopajCKñ; aajneHüe 55 «ry'iaeb. Rev c, b Msd 211 4, 1982.

ИпoBOEBTCfl H3VHeHHe 55 naiHeHTOB C THpOHEHOÍi jmxopa, HKofi, rocüB T8JIB3HP0B8HHHX B HH^eKUH0HHOfi naJiaTO OpoBJaH0HaJiiH0p0 KJIHHHTI8C Koro rocHTajw HMeHH MaHysjw AcKynce JIoMeHe'q. Y Bcex nariHeHTOB HMejraci) n0í03peHHH mmHB^eckHa 3a<5ojieBaHiiH, aTO nojjioCpeHHe OH JIO nojiTBepaueHO b 30 cjryqanx (54,5%) c noMomwo reMOKy^BTRBa,- y 27 namieHTOB (49%) nocpegCTBOM KonpoKyjiBTHBOB, y 2 (6,2%) c noMomwo ¿HJD!Kyjn>THBOB ly I namieHTa (6,6%) c noMomTB ypoKyjii thb8 . BO Bcex c^ynafflc flHarH03 Bcé BpeMH no^TBepimajicyi Kyjr&TH- B8MH, xOTH spyrne jiaóopaTopHHe 8H8.OT3H HMejra o^eHB (5ojn>moe - SHa^emae. B aToft rpyrre narmeHTOB He óHJIH peajm30Bamj pearaum arjnoTHHaiDiH. OTBeT ka jie^eme ótw yaoBJieTBopHTejiLHHM BO BCQX- cjry^aHx. a noaTowiy B Hameft rpyrre ke óHJIO CMepTHHX cjiyiaeB. - úpoBOWitCfl cpaBHekae ocuiyqeHHHX RSMB pe3yjn>T8TOB c pe3yjiBTaTa mb, nojry^emBiMH apyniMB aBTopaMB. úpobohthgh npocMOTp Harta o - Ha^LHoft H HH0CTpeHHOfi jmTepaTyDH.

BIBLIOGRAFIA

1. *Hotmail, D. A.*: Fiebre tifoidea transmitida por el agua de Dade County, Florida. Valoración clínica y terapéutica de los pacientes bacteriémicos. *Am J Med* 2: 63, 537, 1975. (Edición Española).
2. *Bernard, R. P.*: The zermatt typhoid outbreak of 1963. *J Hig* 63; 537, 1965.
3. *Walker, W.*: The Aberdeen Typhoid Outbreak of 1964. *Scott Med J* 10: 466, 1965.
4. *Boletín de Higiene y Epidemiología.* Año No. 8, 2-3, Mayo-Dic., 1970.
5. *Benenson, A. S.*: Fiebre tifoidea. Cecil-Loeb. Vol. I. 14ta. ed. Editorial Interamericana, 1975. Pp. 422-430.
6. *Pedro Pons, A.*: Enfermedades Infecciosas. Vol. VI. Editorial Salvat, 1969. Pp. 244-288.
7. *Rivero Puente, M. y otros*: Fiebre tifoidea: Valoración clínico biológica y respuesta terapéutica en noventa enfermos ingresados en un servicio de medicina Interna. *Rev Clin Esp* 147: 175, 1977.
8. *Andrew Taylor, Jr. et al.*: Outbreak of typhoid fever in Trinidad In 1971 traced to « Comercial Ice Creams, Product. *Am J Epidemiol* 100: 150-152, 1977.
9. *Moday, J. et al.*: Aspects biologiques actuels des fievres thyphoides. *Nouv Press Med* 6: 2222, 1977.
10. *Rodríguez Cuartero, A. y otros*: Salmonelosis en una Clínica de Medicina Interna *Rev Clin Esp* 139: 407, 1975.
11. *Laudet, A. J. et al.*: Atteinte hepatique au cours de la fievre typhoide. *Nouv Press Med* 5: 1489, 1976.
12. *Congy, F. et al.*: Thrombopenie au cours de la fievre typhoide. *Nouv Press Med* 6- 3551, 1977.
13. *Destaing, F. et al.*: La fievre typhoide hemorragique. *Nouv Press Med* 73: 2149, 1965.
14. *Marchal, G. et al.*: Un cas de LED avec serodiagnostic de Widal fortement positif Sangre 30: 466, 1959.