Año 1907 N.º 1737

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LAS MANIFESTACIONES EXTERNAS

DE LA

PESTE BUBÓNICA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

SANTOS F. CARBONELL

Ex-interno de los Hospitales «Francisco J. Muñiz» y «Rawson» (1900 á 1906)

BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA», IMPRENTA DE OBRAS DE EMILIO SPINELLI

737 — CALLAO — 737

1907

LAS MANIFESTACIONES EXTERNAS

DE LA

PESTE BUBÓNICA

Año 1907 N.º 1737

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LAS MANIFESTACIONES EXTERNAS

DE LA

PESTE BUBÓNICA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

SANTOS F. CARBONELL

Ex-interno de los Hospitales «Francisco J. Muñiz» y «Rawson» (1900 á 1906)

BUENOS AIRES

«LA SEMANA MEDICA», IMPRENTA DE OBRAS DE EMILIO SPINELLI

737 — CALLAO — 737

1907

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. D. JOSÉ PENNA

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » PEDRO N. ARATA
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTÓN
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » JUAN A. BOERI (supl.)
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » JAIME R. COSTA

Secretarios

DR. D. RICARDO S. GOMEZ (Escuela de Medicina)
» » JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» JAIME R. COSTA
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología teórico-práctica	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (interino)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI (con lic.)
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» ADALBERTO RAMAUGÉ (con lic.)
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE (con lic.)
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Patologia General	» ROBERTO WERNICKE
Clínica Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica	» JUAN JOSÉ GALIANO
Química Médica	VACANTE
Botánica Médica	VACANTE
Química aplicada á la Medicina	VACANTE
Histología teórico-práctica	» JULIO G. FERNANDEZ
Anatomía Descriptiva	VACANTE
Semiología y ejercicios clínicos	» MANUEL A. SANTAS
Anatomía Topográfica	VACANTE
Fisiología General y Humana	» MARIANO ALURRALDE
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA (en ejerc.)
Bacteriología	» JUAN CÁRLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
Higiene Pública y Privada	VACANTE
Materia Médica y Terapéutica	VACANTE
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE (en ejerc.)
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSÉ F. MOLINARI
» Oto-rino-laringológica	» WENCESLAO TELLO
	» ELISEO V. SEGURA
» Dermat.ª y Sifilográfica	» M. ABERASTURY
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON
Patología interna	VACANTE
Clínica Oftalmologica	» TEÓFILO A. MORET
	» ENRIQUE DEMARÍA(en ejerc.)
» Epidemiológica	VACANTE
» Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL
	» AVELINO GUTIERREZ
	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELO VIÑAS
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
	» JOSÉ R. SEMPRUN
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
	» RICARDO COLÓN
	» LUIS AGOTE
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO
	» ENRIQUE ZÁRATE
	VACANTE
	VACANTE
Toxicología Experimental	VACANTE
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
	VACANTE
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» JOSÉ T. BORDA
Patología general	» ALOIS BACHMANN

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL T. GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MÚJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica.....	JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	VACANTE
Botánica y Mineralogía.....	VACANTE
Química inorgánica aplicada..	VACANTE
Química orgánica aplicada....	VACANTE
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica.....	VACANTE
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	VACANTE
Técnica farmacéutica.....	VACANTE
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	VACANTE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstetrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica	» SAMUEL GACHE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología	DR. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	» N. ETCHEPAREBORDA (con lic.)

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología	VACANTE
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	VACANTE

PADRINO DE TESIS

Doctor JOSÉ PENNA

CONSEJERO. — PROFESOR DE CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA

A LA MEMORIA DE MI

HERMANA MERCEDES

A LA MEMORIA DEL

DR. JUAN ANTONIO ARGERICH

INTRODUCCIÓN

La Peste de Oriente, no ha encontrado en nuestro país un medio adecuado para su desarrollo, no siendo por lo tanto, de tan fácil observación las distintas modalidades clínicas á que esta enfermedad da lugar.

Una de ellas, *las manifestaciones externas de la peste* constituye el objeto de este modesto trabajo sin que exista en nosotros la pretensión de haber agotado el tema, muy fecundo por cierto, para aquellos que tuvieron la suerte de poderlo estudiar, durante la pequeña epidemia habida en Buenos Aires en Enero de 1900 y años siguientes.

El hecho de haber observado los casos que en el presente trabajo describo, me han sugerido el tema que desarrollo, dándole la importancia que merece entre las manifestaciones clínicas de la peste.

En el estudio que hacemos no nos limitamos al tema mencionado exclusivamente; también esboza-

mos la historia y la etiología, deteniéndonos, después, en particular sobre el tema indicado, haciendo de él las consideraciones que los hechos nos han insinuado y finalizando con generalidades sobre el tratamiento.

Al presentar este trabajo, séame permitido expresar aquí el más sincero sentimiento de gratitud hácia todos los profesores de la Facultad, por las lecciones recibidas y particularmente, á los que fueron mis maestros durante mi internado en el Hospital Rawson.

Al doctor José Penna, mi eterno reconocimiento por el honor que me dispensa al acompañarme en este acto.

CAPÍTULO I

HISTORIA

SUMARIO.—Consideraciones generales.—La Peste Negra.—Su aparición en América del Sud.—Modo de introducción y sus consecuencias.

En épocas remotas, cuando una enfermedad contagiosa cualquiera tomaba incremento, ocasionando considerable número de víctimas, se le aplicaba el epiteto de *Pestis* ó *Pestilentia*. En los tiempos presentes, la denominación de Peste está reservada á la Peste Bubónica ú Oriental, la Peste de Levante.

La historia de la Peste de Levante, puede decirse que se remonta desde mucho antes de la era cristiana; en esa época, tres pueblos de importancia: Egipto, Libia y Siria habían sido azotados por ella produciendo como era natural entre sus habitantes, gran cantidad de víctimas.

Pero la primera epidemia que puede llamarse extensa apareció en el siglo VI, durante el reinado

del emperador Justiniano, á partir de ahí, se puede decir que estas epidemias se repitieron con mayor intensidad, siendo durante la Edad Media y en los siglos primeros de la Edad Moderna la que produjo, por causas perfectamente explicables, mayor número de víctimas entre los pobladores de los distintos países europeos.

Estas epidemias se repitieron de tiempo en tiempo con mayor ó menor intensidad, pero, desde el siglo XVII, su frecuencia comenzó á disminuir notablemente y el oriente de Europa después de la gran epidemia de 1720 á 1721, puede decirse, que, como si estuviera depurado, dejó de sufrir sus estragos.

En los primeros años del siglo pasado, la ya temida peste, hizo su aparición repetidas veces, en el S. E. de Europa, en distintas regiones: el mar Negro, el bajo Danubio y la península de los Balkanes; durante ese siglo visitó diferentes regiones del globo: Europa en 1841, Turquía Asiática en 1842 y Egipto en 1844.

Tras un largo lapso de tiempo, puede decirse que desapareció ó se atenuó en grado extremo, manifestándose por epidemias poco extensas y de corta duración en las Indias, Arabia, Mesopotamia, Persia, etc., para aparecer con caracteres más graves en el año 1878 en Wetlianka, inmediaciones de Astrakán.

Podemos afirmar que ninguna enfermedad ha causado tan formidables estragos como la que es-

tudiamos, durante el siglo XIV, reinó como pandemia en la verdadera acepción de la palabra, predominando en su sintomatología las hemóptisis como síntomas dominantes, que, unidos á otras manifestaciones de la enfermedad le hicieron dar el nombre de *peste negra*. Esta es la época más culminante en la historia de la enfermedad que estudiamos.

Desgraciadamente, los estudios que se hicieron en aquella época carecen del mérito que debieron tener y no llegan á ninguna conclusión digna de mencionarse.

De la peste de Nimega, de Marsella, de Rusia y otros paises, los estudios que se hicieron son más importantes, sin duda, pero domina en ellos la contradicción y en tal concepto, debemos mirarlos con reserva.

En América del Sud, la peste también ha hecho su invasión más no con la misma intensidad que en los distintos países á que antes nos hemos referido.

Las pequeñas epidemias habidas en nuestro continente, no han alcanzado gran desarrollo en proporción á lo que la peste es capaz de producir, porque fueron dominadas en poco tiempo, debido á la intervención tomada por las autoridades sanitarias de los diferentes países y á los medios de defensa, muy superiores por cierto, á aquellos de que disponían para luchar con ellas, los habitantes de los pueblos que en otro tiempo había azotado.

Hizo su aparición en la Asunción del Paraguay, en el Otoño de 1899 (Abril) siendo estudiada por distintas comisiones médicas, enviadas por las repúblicas vecínas. Entre los comisionados argentinos, dos de ellos, los doctores Agote y Medina, elevaron una memoria al Departamento Nacional de Higiene, en la que llegaban á conclusiones definitivas sobre la manera como se introdujo.

Según los mencionados autores el vapor argentino «Centauro» recogió en la rada de Montevideo un cargamento de mercaderías, procedente de la India.

Fué en este vapor donde aparecieron los prímeros enfermos de peste. El «Centauro» trasbordó para hacer su cargamento de un barco velero el «Zeier», distintos productos, entre ellos unas bolsas de arroz; dichas bolsas fueron abiertas recién en el puerto de las Palmas, por vez primera y entre el arroz se encontraron cadáveres de ratas. Dos hombres de la dotación del velero mencionado se enfermaron, muriendo uno de ellos sin que fuera posible especificar la causa de su muerte.

El «Centauro» continuó viaje á Buenos Aires, sin tocar en nuestro puerto, siguiendo directamente con destino á la Asunción. Tres hombres se enfermaron en la travesía, muriendo los tres en la citada ciudad, constando en la partida de defunción los diagnósticos de neumonia aguda, fiebre tifoidea y pleuresia. Hechos posteriores demostraron, que los tales enfermos eran seguramente los pri-

meros casos de peste bubónica, que por primera vez hacía su aparición en la Asunción del Paraguay.

Hay otra opinión, la de los doctores Calmette y Salimbeni, que sostienen que su introducción, coincidió con la llegada de tres sujetos, que ellos dicen portugueses, venidos de Oporto. Esta opinión á pesar de afirmarla sus distinguidos autores, no es con toda seguridad, la verdadera, pues la peste apareció en Portugal, mucho después de la salida de dichos sujetos de aquella nación.

Del Paraguay, cuyas condiciones sanitarias eran propicias para su desarrollo, se extendió á los pueblos vecinos. Hizo más tarde su aparición en el mes de Septiembre del mismo año, en el Rosario de Santa Fé y en Buenos Aires cuatro meses después.

En nuestra populosa capital, dado su excelente estado sanitario y las leyes que la rigen, la terrible peste de Oriente causó, con relación á la población un reducido número de víctimas, pues hizo su aparición en forma esporádica, sin llegar a ser un instante siquiera, aquella peste negra cuyo recuerdo con tanto horror enseña la Historia.

CAPÍTULO II

LA ETIOLOGÍA DE LA PESTE

SUMARIO.—Etiología.—El contagio.—El bacilo de Yersin.—Sus caracteres microscópicos—Sus caracteres biológicos: coloración, culturas en los distintos medios, productos de elaboración.—Modificaciones que son capaces de sufrir en los distintos medios experimentales.—El suero de Yersin.

Desde la primera aparición de la enfermedad, cuya etiología esbozamos, la idea de la contagiosidad predominó en los habitantes de los pueblos por ella azotados.

Los indivíduos aislados nunca se contagiaban: esta circunstancia demostraba la verdad de la existencia del contagio en aquellos sitios invadidos por la peste y donde no se tomaban medidas higiénicas. Las experiencias de Cerutti, Whyte y otros, los llevó á la conclusión, que la peste era inoculable, demostrando así lo erróneo de la teoría de los que sostenían la no contagiosidad.

Los estudios posteriores sobre los diferentes

modos de contagio, el descubrimiento del bacilo hecho durante la célebre epidemia de Hong-Kong por Kitasato y Yersin, en la misma época é independientemente uno de otro, la continuación por Yersin de los trabajos empezados hasta ilegar á obtener un suero preventivo y curativo de la enfermedad, demostraron la verdad en que estaban los que sostenían la teoría del contagio.

Las distintas comisiones médicas que se dedicaron á estos estudios durante la epidemia de Bombay, observaron que la trasmisión directa de hombre á hombre es de suma rareza.

Los que atienden pestosos rara vez se enferman, y los hospitales de aislamiento no son para los centros vecinos, un foco obligado de infección.

Naturalmente, tratándose de una enfermedad que tiene diversas modalidades, siempre se pueden presentar excepciones: la forma neumónica, en que el bacilo es eliminado con los esputos, para expandirse después por la desecación en el ambiente, constituye la excepción más digna de mencionarse.

El bacilo pestoso se desarrolla y vive en el hombre, ratas, ratones, cobayes, conejos y algunas especies de monos y gatos.

En el hombre este bacilo se encuentra principalmente en gran cantidad, en el pus de los bubones, más raras veces en la expectoración y en la sangre; se constata tambien su presencia en los diversos productos de secreción. Lo he encontrado,

así mismo, en las pústulas y abscesos cutáneos como se puede ver en las historias que presento.

Caracteres microscópicos. — El bacilo de Yersin presenta un aspecto variable según el medio donde se desenvuelva: generalmente preséntase bajo la forma de un coco-bacilo, grueso y corto, de uno ó dos milésimos de milímetro, pero de tamaño algo variable, sin movimientos ni cilias, tampoco da esporos, sus polos se colorean más intensamente que su parte central. A veces se presenta aislado ó en diplo; puede formar cadenas hasta de doce á catorce individuos: esta manera de presentarse se observa principalmente en los medios de cultivos líquidos, pero en los cultivos viejos toma la apariencia de bacilos largos. Según Nepveu el bacilo de la peste estudiado en los tejidos puede presentarse bajo tres formas diferentes: á veces es extremadamente corto, no sobrepasando un micro milímetro en su mayor diámetro; otras veces es alargado y su gran eje puede entonces medir cuatro micro milímetros y, por último, raramente, se dispone en cadenas.

El bacilo de la peste sufre variaciones en sus caracteres morfológicos, según los distintos medios culturales en que se haga vegetar. En los distintos medios líquidos la forma que predomina, constituyendo casi la regla, es la de cadenitas cuyos artículos se colocan de extremo á extremo, interrumpidas de sitio en sitio por dilataciones que re-

presentan distintas modalidades de involución.

En los cultivos hechos en gelosa el bacilo se presenta generalmente bajo la forma de bastoncitos, las que ya han sido descriptas y también puede observarse, algunas veces como cadenas que lateralmente se tocan.

En las culturas jóvenes es raro encontrar formas anormales, cuya existencia por el contrario, es frecuente en las viejas culturas.

Coloración.—Se colorea muy bien por todos los colores de anilina, principalmente por el azul de Lœffler, pero se decolora por el método de Gram, aquellos que provienen de culturas antiguas se colorean bastante mal; si se usan caloraciones poco intensas se constata que las extremidades del bacilo se tiñen más que su parte central, á veces aparecen envueltos por una cápsula.

Culturas.—Las culturas del bacilo pestoso se desarrollan en todos los medios. En el primer estudio que hizo Yersin de este bacilo, dijo que el medio más favorable para su desenvolvimiento era una solución alcalina de peptona al dos por ciento, adicionada de una ó dos partes de gelatina.

Según Kolle, agregándole un poco de glucosa al medio nutritivo favorecen su desarrollo de una manera notable. Wladimiroff y Kreslin insisten en que su desarrallo se hace de preferencia en medios neutros.

Calturas sobre gelatina.—En este medio vegeta muy bien, de una manera lenta, sin licuarla, dando colonias pequeñas del tamaño de una cabeza de alfiler, se desarrollan éstas á á una temperatura de veinte y dos grados y son características, al cabo de veinte y cuatro á cuarenta y ocho horas, se ponen opacas y forman un núcleo central, de superficie irregular pero no granulosa.

Si la gelatina ha sido sembrada por picadura da lugar al desarrollo de pequeños granos redondos, blanquecinos. muy semejantes á las colonias de estreptococos efectuados en el mismo medio.

Cultura sobre gelosa.—En este medio crece rápidamente y puede observarse su desarrollo á las doce horas, formado por pequeñas colonias que, por su aspecto macroscópico, no son características. Estas colonias tienen tendencia á fundirse unas con otras, son blancas, transparentes, de bordes irizados y crecen mucho mejor sobre gelosa glicerinada.

Cultura en caldo.—Colocando este medio en la estufa, á una temperatura de treinta á treinta y cinco grados, se observa que, al cabo de un día, el caldo queda claro y que en el fondo y en las paredes del tubo aparecen pequeños grumos formados por bacilos; agitando el tubo, su contenido queda turbio.

Cultura en la leche.—Este medio no es propicio para el desarrollo del bacilo de Yersin, en él se efectúa de una manera lenta y no lo coagula.

El bacilo de la peste es aerobio y anaerobio,

Los estudios hechos durante la epidemia de Bombay en 1897 por las comisiones rusas y alemanas, les hizo descubrir las propiedades aglutinantes que tiene el suero de sujetos enfermos de peste, respecto á los bacilos que la ocasionan y cuyo procedimiento técnico para obtenerlo es el mismo indicado por Widal para la fiebre tifoidea.

Para obtener la aglutinación de los bacilos pestosos, se precisan tener en cuenta ciertas cendiciones biológicas, que son de capital importancia. Así se observa que en la primera semana, las propiedades aglutinantes no existen, y en la segunda semana, para obtener con nitidez el resultado deseado, es necesario agregar al suero, cuyas propiedades aglunitantes se buscan, caldos de culturas en la proporción de uno por diez. Las propiedades aglutinantes aumentan con la duración de la enfermedad, así en la tercera y cuarta semana, se obtiene la aglutinación solo agregando una parte de suero á cincuenta de culturas de bacilo pestoso.

De estas observaciones podemos concluir que las propiedades aglutinantes del suero de los pestosos, no tienen desgraciadamente para el diagnóstico precoz, importancia práctica, pues, á rapidez de evolución de la enfermedad, se opone la lentitud de las propiedades aglutinantes del suero. Za-

bolotny afirma que las propiedades aglutinantes del suero, respecto á su aparición está en relación con la gravedad, más ó menos intensa, de la enfermedad.

Con los productos de elaboración (toxinas) de los bacilos pestosos habidos en los distintos medios de cultura. Yersin ha conseguido el primero, la inmunización de animales, cuyos sueros tienen propiedades curativas y preventivas.

Haffkine ha obtenido resultados preventivos inoculando cultura de bacilos pestosos esterelizados á setenta grados.

Los resultados positivos obtenidos por la aplicación del suero Yersin, han hecho universal su empleo y es el que ha sido aplicado con el resultado que en capítulos posteriores describimos, en los enfermos observados por nosotros.

CAPITULO III

CONSIDERACIONES CLÍNICAS—DIAGNOSTICO

SUMARIO.—Manifestaciones externas de la Peste.—Las primeras manifestaciones.—Su evolución clínica.—Analogía con otras enfermedades infecciosas.—Elementos de diagnóstico.

En las manifestaciones externas de la Peste tenemos que considerar dos órdenes de síntomas: los unos puramente locales, pudiendo afectar distintas formas y que cualesquiera que ellas sean dominan el cuadro sintomático, los otros son de orden general, completan el cuadro sintomático y son comunes, por otra parte, á todas las manifestaciones de la Peste, la forma neumónica por ejemplo.

Las manifestaciones locales de la Peste afectan diferentes formas, siendo por lo tanto, diferentes los accidentes á que cada una de ellas da lugar.

Puede decirse que las manifestaciones externas de la Peste son, por orden de frecuencia: la forma

ganglionar, las vesículas y ampollas, la forma carbunclosa, la forma eruptiva, pápulo-vesículo-pustulosas, las petequias, la angina, la coriza y las modificaciones del cuerpo tiroides.

El bubón que se presenta en la mayoría de los casos como el síntoma predominante de la Peste, el que le ha hecho dar el nombre de bubónica con que habitualmente se le designa en nuestros días, tiene su sitio de predilección en las regiones inguinales.

La observación clínica ha demostrado que el sitio donde se encuentra el bubón, no marca el punto preciso donde se ha hecho la infección, si bien es cierto que, á veces, marca el principio de ella, ó simplemente revela los casos en que habiéndose hecho la infección en un punto cercano, los linfáticos, previo un proceso de linfagitis, lo transportan hasta el ganglio que revela la infección.

Los síntomas generales con que se presenta la Peste en cualquiera de sus formas, indican desde ya la generalización de la infección, que puede ser como está probado, días antes de la aparición del bubón el cual representa en tales casos, solamente una de las modalidades de la infección.

Y, en muchos casos el bubón á forma externa, vá acompañado de otras adenopatías ganglionares, no visibles al examen objetivo por razones anatómicas. La forma bubónica típica ha sido la que ha predominado, con una frecuencia muy superior á las otras formas, en la epidemia habida en esta América, hace siete años.

La mayoría de las veces los síntomas generales son los que inician la enfermedad. Estos son variados y complejos: representada unas veces por cefalalgias, fiebre intensa, un delirio violento, la sensibilidad disminuida, al tacto y al dolor especialmente, la cara pálida alguna veces, congestionada otras, la palabra dificultosa, lenta, con disminución marcada del timbre de la voz, que algunas veces llega hasta la afonía, y agregado á esto, la marcha tambaleante da á los enfermos un conjunto particular que ha hecho á los autores compararlo al que produce la embriaguez en los sugetos sanos. Otras veces los síntomas están representados por la fiebre, que no falta nunca y un marcado desfallecimiento, casi colapsus, acompañado de un mutismo absoluto, del cual únicamente se consigue sacar al enfermo presionándole sobre la región ganglionar enferma, que siendo excesixamente sensible, hace reaccionar al enfermo por gritos de dolor.

Otras veces son los síntomas de orden psíquico los que predominan, sin que estos tengan preferencia los alcoholistas, pues se observan en personas que no lo son. El delirio alucinatorio acompañado de insensibilidad con tendencias impulsivas requiere el empleo de medios violentos para su quietud.

Cualesquiera que sean los síntomas que anteceden á la aparición de las adenopatías, éstas no tardan en aparecer, afectando una ó varias re-

giones ganglionares á un tiempo ó una después de otras, pero habiendo en un punto limitado de la región afectada un síntoma que predomina indicando el sitio donde, á no tardar, aparecerá el bubón.

Este síntoma es el dolor, un dolor intenso á la menor presión y que hace gritar al enfermo cuando se le palpa con un poco de presión.

El dolor puede aparecer como único síntoma ó ser, por el contrario, antecedido de los síntomas que ya hemos descripto, pudiendo aparecer hasta seis días después de la enfermedad.

Este dolor, que en ciertos casos puede ser espontáneo, aumenta con los distintos movimientos que ejecuta el sugeto, obligándole á tomar posiciones determinadas para evitarlo.

El dolor, pues, precede al bubón. Este, una vez constituido se presenta bajo la forma de un empastamiento de límites reducidos unas veces, muy extendidas otras, hasta el extremo de hacer imposible la individualización en la región á estudiar de los ganglios enfermos, donde la inflamación á predominio hemorrágico, ha hecho de varios un conjunto. En tales casos la linfagitis adquiere una gran extensión y una intensidad tal, que hace dar al muslo ó al costado del cuerpo invadido un diámetro muy superior al que en realidad tiene.

Cuando el bubón toma un desarrollo considerable comprime mecánicamente la piel, dando orígen á manifestaciones secundarias representadas

por flictenas que ocupan el punto más culminante y conteniendo un líquido ora citrino, ora hemorrágico pero, pululando en él, cualquiera que sea su aspecto, los bacilos originarios de la enfermedad; otras veces son pequeñas equimosis de coloración negruzca las que predominan.

No todos los bubones llegan á adquirir las dimensiones que hemos apuntado. Otras veces es una simple congestión ganglionar ó un ganglio infartado únicamente lo que se observa, estando la linfagitis en relación con la intensidad de la manifestación externa pestosa que estudiamos

Como ya hemos dicho al empezar este estudio, el sitio que generalmente ocupan los bubones es la región inguinal ó inguino-crural, se observa tanto en la base como en la cima del triángulo de Scarpa.

Les siguen en orden de frecuencia los axilares, siendo según algunos autores, los más graves, los localizados en el cuello.

Estos bubones, cualquiera que sea su sitio, tienen dos maneras de terminar. por induración ó por supuración á la cual se agrega algunas veces, como accidente grave la gangrena.

El bubón, cuando termina por induración, trae frecuentemente consecuencias en lo que se refiere á la locomoción, y es la existencia del dolor, cuya importancia ya hemos visto como síntoma inicial; á él se debe en estos casos la dificultad en los movimientos unas veces, y en otras, una verdadera claudicación del miembro que responde á la región donde la induración se ha constituido.

Cuando la necrosis de la piel que recubre el bubón se hace, el proceso de supuración se establece de continuo, caracterizándose por su larga duración y su dificultad después para cicatrizar.

En el caso que la gangrena invada los infartos. la duración, como es fácil colegir, es mucho más larga y los accidentes á que puede dar lugar, de mayor gravedad. (La desnudación de la femoral, por ejemplo).

Las eflorescencias pestosas, que constituyen importantes manifestaciones externas de la peste, se presentan tanto antes, como después, de la aparición del bubón.

Las vesículas y las ampollas ocupan el primer sitio por órden de frecuencia y son consideradas por algunos autores, cuando su aparición señala el primer síntoma externo, como marcando el sitio de la inoculación, la primera revelación de la futura enfermedad generalizada.

Sobre una placa roja de forma redondeada unas veces, elipsoidea otras, predominando en cualquiera de las dos formas el prurito, sobre estas placas de superficie granulosa que de preferencia se presentan en las extremidades inferiores, toman su asiento las vesículas y ampollas constituidas, al parecer, por la fusión de las granulaciones y llenas de un líquido seroso en un principio, hemorrágico, purulento al final.

Al principio el centro tiene una coloración os-

cura que tiende á extenderse, hasta tomar la vesícula entera una coloración negruzca.

Estas ampollas no tardan en romperse vertiendo su contenido que, en forma de placas se seca en las extremidades donde se ha derramado, saliendo á la superficie descubierta un líquido de aspecto sucio.

Al rededor del punto descubierto cocéntricamente, se desarrolla una serie de pústulas cuya evolución es la misma y que cuando son muy extendidas constituyen los carbunclos pestosos, cuya gravedad los ha hecho con justicia tan temidos. Esta gangrena local, que constituye el carbunclo pestoso, afecta grados variables en lo relativo á la profundidad, pues, unas veces se localiza en la piel sin invadir las partes profundas, mientras que otras llega, por un proceso destructor de más ó menos rápida evolución, á atravesar las partes blandas hasta el tejido óseo.

Otras veces son manchas rojizas, distribuidas sin regularidad, discretas, que dan origen á pápulas á contenido seroso que después de una rápida evolución se tiñen de amarillo por la formación de pus. Esta forma, que aparece de preferencia en las extremidades superiores, constituye la forma máculo-vesículo-pustulosa.

Las pústulas que representan el último período de este proceso, tienen marcada analogía con las de la infección variolosa, dependiendo en éstas como en aquéllas de la profundidad que hayan te-

nido, los vestigios que dejan de su existencia.

Otras veces la erupción se inicia por manchas pequeñas, redondeadas, lenticulares, sin lugar de elección por determinadas regiones, localizándose indistintamente en cualquier sitio que tienden á aumentar hasta coronar sus vértices de pequeñas vesículas.

Las verdaderas petequias no son de una frecuente observación, aunque han sido descriptas como de relativa frecuencia en algunas epidemias.

La angina y la coriza son menos frecuentes y únicamente representan, una manifestación aislada del proceso general.

El profesor Penna en sus lesiones clínicas sobre la enfermedad que estudiamos, hace una observación que los demás autores no consignan sobre la influencia de la Peste en el cuerpo tiroides. Se refiere á una observación hecha un pestoso que desde edad temprana tenía un bocio muy pequeño, predominando sobre todo en el lóbulo izquierdo. «Pocos días después de iniciada la infección pestosa y sometido a la sueroterapia, el cuerpo tiroides en totalidad aumentó rápidamente de volúmen, se hizo globuloso y sobre todo muy sensible al tacto; la deglución y la respiración llegaron á hacerse difíciles, para corregir lo cual el enfermo tenía que sentarse ó inclinarse hacia adelante. Cuando sobrevino la convalecencia el bocio se redujo por si mismo, pero al salir de alta su cuerpo tiroides no habia alcanzado todavía el tamaño primitivo».

«Este bocio que había permanecido inalterable por espacio de 20 años sufrió bajo la acción de este proceso infeccioso grave, ó del tratamiento suero-terápico específico un verdadero reagudecimiento imprevisto».

Hay sugetos enfermos de Peste en los que se manifiesta como un verdadero síntoma, muy digno de tenerse en cuenta, la palidez de la piel. Los estudios de la sangre hechos en sugetos, donde este síntoma se presentaba, no han dado elementos para atribuirlos á una anemia aguda, como se observa en el reumatismo, por ejemplo, siendo por el contrario superior á la normal en más de una ocasión, la cantidad de elementos figurados y constituyentes que existen en la sangre. El profesor Penna para explicar este síntoma emite la opinión muy acertada por cierto, de un espasmo vascular periférico.

Además de las manifestaciones estudiadas hay otras que aparecen bajo formas de eritemas, escarlatiniforme, roseólico, sarampionoso y algunas veces la urticaria, la cual, en la generalidad de los casos, se observa después de iniciado el tratamiento, de modo que solo las primeras son manifestaciones de la enfermedad.

Como ya dijimos con anterioridad estas manifestaciones de la Peste que hemos descripto significan la puerta de entrada de la infección unas veces, la única lesión que se manifiesta como inicial y otras, la primera etapa de una manifestación externa, el

bubón por ejemplo, que aparece algunos días después con todo el cortejo sintomático.

De cualquier manera que sea hay que tener presente todas estas diversas etapas de un proceso mórbido de complicada evolución porque estas unidas á los otros sintomas, fiebre, malestar etc, sino no dan la certeza del diagnóstico son suficientes para hacer notar la sospecha, que, en la enfermedad que estudiamos tiene mayor importancia que en cualquier otra.

El diagnóstico de las manifestaciones externas de la peste presenta al iniciarse, durante el período de invasión, serias dificultades porque entonces los síntomas generales que se observan son comunes á todas las enfermedades infecciosa.

Algunas veces al finalizar el período de invasión, los elementos de diagnóstico se presentan con más claridad, peró es en el período de estado donde los diversos síntomas, cualquiera que sea la manera como se manifiesten, se presentan de un modo definido dando así bases seguras de diagnóstico.

Ya dijimos al describir las manifestaciones externas de la Peste que, cualquiera que sea la forma como ella se manifieste, se presentan siempre dos grandes órdenes de síntomas: los generales y locales.

Los síntomas generales, fiebre de alta intensidad, cefalalgia decaimiento general hasta llegar á la adinamia algunas veces, náuseas, vómitos, son los que dominan el conjunto y que por otra parte son comunes á todas las enfermedades infecto-contagiosas.

Pero, cuando en el curso evolutivo de la enfermedad comienzan á aparecer las manifestaciones externas que en líneas anteriores hemos descripto, ellas dominan, consideradas en su relación con el diagnóstico, el cuadro sintomático. El bubón con su característica, el dolor, los diversos accidentes á que él puede dar lugar en el curso de su evolución, las distintas eflorescencias pestosas, cuya evolución ya hemos estudiado, el análisis bacteriológico en último extremo, confirman el diagnóstico clínico.

Pero, ya hemos dicho que hay períodos ó formas en que la confusión, con otras enfermedades es posible.

La forma ambulatoria de la Peste es la que presenta más dificultades para hacer el diagnóstico clínico de certitud, dado que los síntomas generales faltan ó son manifiestamente atenuados; sin embargo, los conmemorativos, la marcha del proceso y el análisis bacteriológico desvanecen todas las dudas.

Sin ser un elemento de diagnóstico ni darle más importancia que mencionarlo, diremos que el tratamiento por el suero antipestoso cuando en un enfermo hace decaer la temperatura dentro de las 24 horas de instituirse el tratamiento y mejorar el estado general se puede afirmar, al decir de los autores, el diagnóstico de peste.

La fiebre tifoidea tiene una evolución distinta: en la segunda semana los síntomas llegan al acmé

mientras que en la peste, es al principio que adquieren su intensidad; en esta la fiebre desde el primer día se manifiesta intensa, en aquella es desde la segunda semana cuando adquiere su mayor intensidad. Las adenopatías tienen un sitio y una evolución en el tifoideo muy diferentes, por cierto que en el pestoso; de las eflorescencias, se puede decir lo mismo.

El tifus exantemático, cuyo periodo de invasión ofrece grandes analogías con la peste, no existe entre nosotros siendo, por consecuencia, una presunción muy digna de tenerse en cuenta al tratar de establecer el diagnóstico. Por otra parte, el curso evolutivo de esta afección, el estudio diferencial de los distintos síntomas á medida que se van presentando son los que únicamente pueden esclarecer el diagnóstico.

Las adenopatías que se presentan en la peste tienen aquí el más alto valer, la erupción en el tifus es maculosa, en la peste las eflorescencias que se observan son de otra naturaleza y en unión de los otros síntomas que hemos descripto ya, dan las bases del diagnóstico.

La viruela en sus formas normales ó anormales presenta analogía con la peste, cuando en ambas formas ofrece un carácter preponderante la erupción; la raquialgia, sin embargo, no se observa en los pestosos siendo por el contrario, uno de los síntomas cardinales de la viruela, la declinación de la fiebre desde que aparece la erupción en los va-

riolosos, el bubón que se observa en el pestoso y que nunca se presenta en el varioloso y en último término el análisis bacteriológico, eliminará las dudas habidas al respecto.

En el carbunclo alrededor de la pustula inicial, se forma una corona de vesículas que ocupan la periferia, siendo en el carbunclo á forma pestosa indiferente su sitio de aparición, además en el primero el edema es duro y de una considerable extensión siendo en el de la peste muy reducido. Por otra parte el exámen bacteriológico y cultural, son poderosas fuentes de diagnóstico.

Como se vé, gran número de enfermedades infecciosas tanto por sus síntomas generales como por sus manifestaciones exantemáticas tienen una época común á todas ellas, en que la confusión es posible con las manifestaciones externas de la peste.

La observación de los distintos síntomas generales ó locales con las enfermedades que les son comunes, permiten, en el avanzar de la enfermedad, formular el diagnóstico y por tanto marcar los rumbos del tratamiento.

CAPITULO IV

DEL TRATAMIENTO

El tratamiento de las manifestaciones externas de la peste es el tratamiento general.

Solo diremos que siguiendo las indicaciones de Calmette y Salimbeni que emplean los primeros dosis macivas intravenosas de 20 cent.

Estudios posteriores hechos por el doctor Penna han modificado el método con excelente resultado inyectando altas dosis 100 cm^{s}. en la primera vez al instituirse el tratamiento que debe ser lo más precoz posible, si esta primera dosis no hace decaer la temperatura antes de las 24 horas, se repite la dosis.

La acción del suero varía con el estado clínico del enfermo.

Hay casos en la forma ganglionar, cuando las induraciones se organizan en que la supuración pue-

de hacerse profunda, es cuando la cirujía interviene á los fines del drenaje de la región enferma. Pero en estos mismos casos es el tratamiento general el que es necesario mantener en auge.

El tratamiento local en las otras manifestaciones generales no tiene objeto ni resultado práctico, es el suero de Yersin, empleado como ya hemos dicho, en àltas dosis el encargado de salvar las circunstancias.

CONCLUSIONES

1º. Las manifestaciones externas de la peste no marcan, en la mayoría de los casos, el sitio de la inoculación sin negar por eso que en ciertos casos las representan.

2º. De todas las manifestaciones externas de la peste la más frecuente es la forma bubónica.

3.º Las demás manifestaciones externas de la peste siguen una evolución determinada, que, en unión de los síntomas generales, dan elementos suficientes para formular el diagnóstico ó para sospecharlo.

4º. El tratamiento sueroterápico de la peste debe ser á altas dosis repetidas en un lapso de tiempo que esté en relación, con la gravedad de la enfermedad.

CAPITULO V

OBSERVACIONES CLÍNICAS

HOSPITAL FRANCISCO J. MUÑIZ.—SERVICIO DE CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DEL PROFESOR PENNA

Observación I

Sala IX, cama 8.

S. F., español, de 50 años de edad, jornalero, ingresa al servicio el 4 de Febrero.

Enfermedad actual. — Este enfermo trabajaba como desinfectador de la Asistencia Pública y se ocupaba en la matanza de ratas en el puerto y en varios otros sitios; sintió hace cinco días súbitamente un dolor en la ingle izquierda, acompañado de malestar general, cefalalgia, vómitos, sed, anorexia notando al día siguiente en el escroto un granito negruzco.

Estado actual.—En la base del triángulo de Scarpa izquierdo hay infarto ganglionar constituido por

varios ganglios del tamaño de un huevo de gallina, sumamente doloroso sobre todo á la presión; la piel es roja, lustrosa, edematosa, lisa; en el lado izquierdo de las bolsas y hacia la parte inferior hay una escara negruzca, del tamaño de una moneda de cinco centavos, rodeada de una zona inflamatoria, lengua saburral, pulso frecuente, tempesatura 39°2.

El exámen bacteriológico practicado con la serosidad extraída del ganglio, no reveló la existencia del bacilo de Yersin. Los cultivos hechos de esta misma serosidad dieron, á las 48 horas la presencia de dicho gérmen.

Exámen de la sangre.—

Hemoglobina	70 %	
Glóbulos rojos	4.100.000	por mm³
Glóbulos blancos	16.000	» »
Polinucleares neutrófilos	78	por ciento
» eosinófilos	1	por ciento
Mononucleares medianos	5	por ciento
Linfocitos	13	por ciento
Mononucleares grandes	2	por ciento
rmas de transición	1	por ciento

Exámen de la orina.

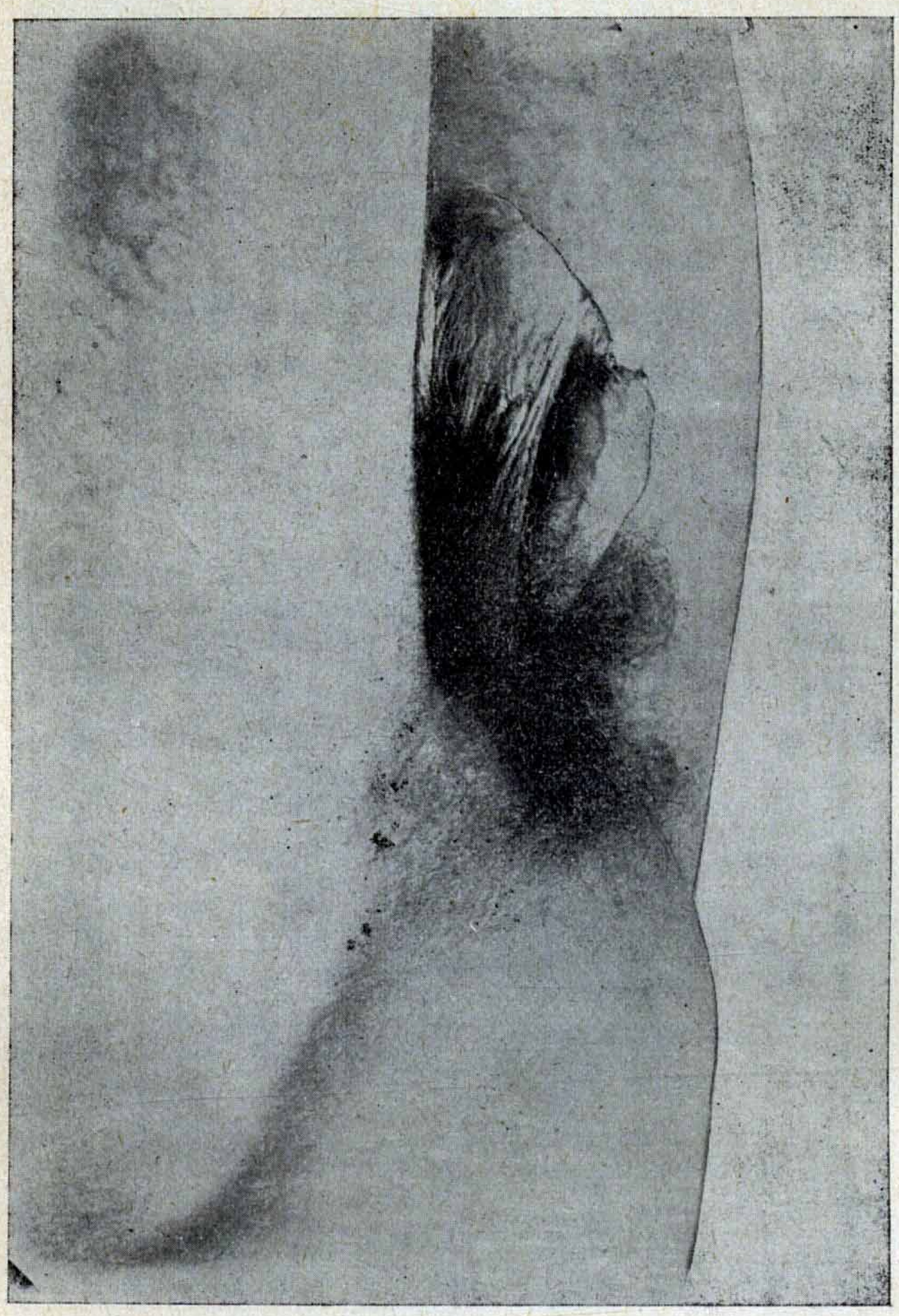
Exámen físico.—Color amarillo pálido, aspecto turbio, de sedimento abundante, fluida, de espuma blanca, de densidad á + 15°1025.

Exámen químico.—De reacción alcalina, elementos disueltos 58,25; úrea 34,02; cloruros 3; fosfatos 2,10.

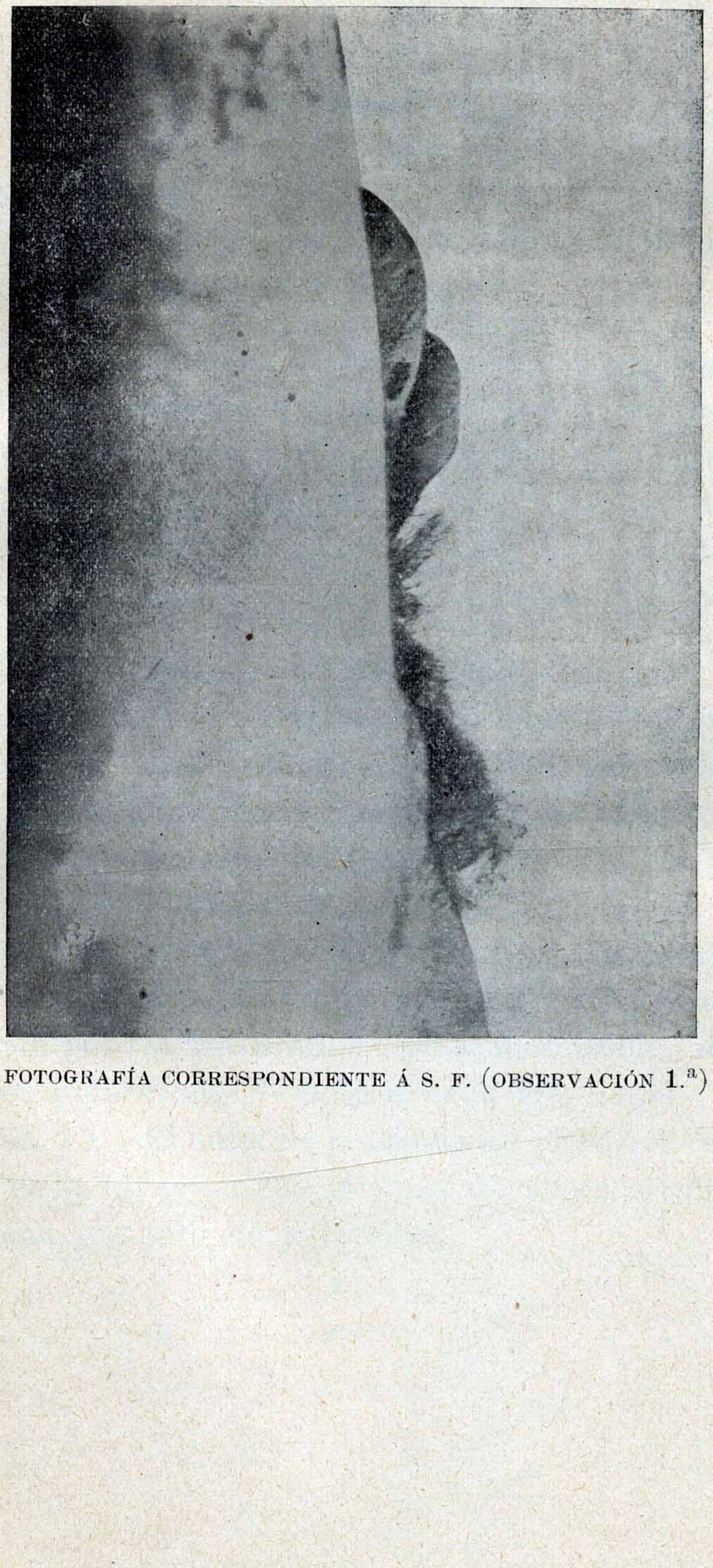
Elementos anormales.—Albúmina 0.50; pigmentos biliares, glucosa y hemoglobina no se encuentra; diazo-reacción negativa,

Examen microscópico.—Células epiteliales planas, abundantes leucocitos, fosfatos amónico-magnésico.

Tratamiento.—El día 5 se le inyectan 80 cm^3 de suero Yersin por vía intravenosa, la temperatura desciende marchando paralelamente con el mejoramiento del estado general del enfermo; á los tres días la temperatura baja á la normal, la escara de la pústula cae á los 12 días, el bubón supura. Sale de alta completamente curado el 3 de Marzo.



FOTOGRAFÍA CORRESPONDIENTE Á S. F. (OBSERVACIÓN 1.ª)



FOTOGRAFÍA CORRESPONDIENTE Á S. F. (OBSERVACIÓN 1.ª)

Observación II

Sala IX, cama 4.

J. C., de 51 años de edad, ítaliano, jornalero, ingresó al servicio el 12 de Marzo.

Enfermedad actual.—Este enfermo trabajaba en el depósito del dique nº 1, se enfermó súbitamente hace cuatro dias al volver del trabajo sintiendo escalofríos acompañados de un gran malestar, dolor de cabeza, fiebre intensa, vómitos y un fuerte dolor en la ingle izquierda, donde le aparece un bulto.

Estado actual.—Gran postración, adinamia, pulso frecuente, temperatura 39º4, lengua saburral, seca en el centro; en la base del triángulo de Scarpa izquierdo un infarto ganglionar del tamaño de un huevo de paloma muy doloroso á la presión.

Día 12.—(4º día de enfermedad) Se le administra un purgante de calomel y 120 cm^3 de suero Yersin por vía intravenosa, pulso incontable, se le hacen inyecciones de cafeina cada tres horas.

Día 13.—El enfermo continúa en el mismo estado, se le inyectan 250 gramos de suero artificial, cafeina y sulfato de estricnina.

Día 14.—No se nota ninguna mejoría: suero artificial 250 gramos.

Día 15.—500 gramos de suero artificial entre mañana y tarde. El enfermo presenta en la cara, tórax y dorso una erupción discreta constituída por pápulas y vesículas pequeñas, algunas miliares rodeadas de una zona roja; esta erupción es menos abundante en los brazos y piernas.

Al día siguiente la erupción es mas borrada y de un aspecto equimótico, falleciendo el enfermo ese mismo día.

La temperatura, que á la entrada al servicio era de 39º4 baja á la normal después de la inyección del suero Yersin, apareciendo no obstante, síntomas de miocarditis aguda que no cede á pesar del tratamiento.

Examen de la orina.—

Examen físico.—Aspecto turbio, de sedimento escaso, de densidad á + 15º1016, de color rojo amarillo, fluida, espuma blanca.

Examen químico.—De reacción ácida, elementos disueltos 37,23; cloruros 2; fosfatos 1.40; úrea 8,82.

Elementos anormales. — Albúmina 2,50; diazoreacción negativa, hemoglobina, glucosa y bilis no se encuentran.

Examen microscópico.—No se encuentran cilindros, leucocitos granulosos, cristales de ácido úrico.

Examen bacteriológico.—El examen practicado con la serosidad extraída del ganglio de la ingle, demostró la existencia del bacilo de Yersin. Los cultivos efectuados dieron igualmente resultados positivos.

Examen de la sangre.—

Hemoglobina	75 °/°	
Glóbulos rojos	3.900.000	por mm³
» blancos	13.000	» »
Polinucleares neutrófilos	82	por ciento
Mononucleares medianos	3	
Mononucleares grandes	4	
Linfocitos	9	
Formas de transición	2	

Observación III

Sala IX. Cama 2.

A. B·, 27 años, español, sastre ingresa al servicio el 8 de Diciembre.

Enfermedad actual.—Hace dos días que comienza á sentir súbitamente fuertes dolores de cabeza, chuchos, fiebre, malestar general, sed, inapetencia, notándose sobre el apendice xifoides un granito que le produce mucha picazón; al día siguiente le aparece en el hueco axilar derecho un infarto ganglionar muy doloroso.

Estado actual.—El enfermo está con gran postración y adinamia, con mucha ansiedad. pulso frecuente 110 pulsaciones, respiraciones 32, temperatura 40°, lengua saburral con los bordes rojos. En el hueco axilar derecho, por detrás de la pared anterior, hay un infarto ganglionar del tamaño de un huevo de gallina, sumamente doloroso sobre todo á la presión, la piel á su nivel ligeramente roja y edematosa, sobre al apéndice xifoides hay una pústula del tamaño de una moneda de cinco centavos, con una escara central negra, rodeada de pequeñas vesiculas de contenido claro, rodeado á su vez de una zona roja.

Examen bacteriológico practicado con la serosi-

dad extraída del ganglio de la oxila y de la pústula de la región epigástrica:

Ganglio: los preparados directos de la serosidad del ganglio de la axila no revelaron la existencia de germen alguno. Los cultivos hechos de esta misma serosidad dieron resultados negativos.

Pústula: el examen directo de la pústula de la región epigástrica dieron coco, diplo, estrepto y estafilococos. Los cultivos hechos de esta serosidad han dado la presencia de estos gérmenes, más la existencia del bacilo de Yersin.

Examen de la orina.

Examen físico: Color amarillo oscuro, aspecto ligeramente turbio, de escaso sedimento, de densidad 1020.

Examen químico: De reacción ligeramente ácida, úrea 27,52; cloruros 4,5; tosfatos 2.20.

Elementos anormales: Diazo-reacción negativa, bilis. glucosa y hemoglobina no se encuentran; albúmina: vestigios.

Examen microscópico: Células planas, cristales de ácido úrico, escasos leucocitos.

Examen de la sangre:

Hemoglobina 78 °/₀.
Glóbulos rojos 4.4000.000 por mm³.
» blancos 15.000 » »

Polinucleares neutrófilos	85	
Mononucleares grandes	3	por ciento
» medianos	6	
Linfocitos	4	
Formas de transición	2	

Tratamiento: el día de su ingreso se le inyectan 80 cm^3 por vía intravenosa, de suero Yersin. Como la temperatura se mantenía á la misma altura que el día de su ingreso se le hicieron durante los días siguientes (9 y 10) dos inyecciones de suero: la primera de 120 cm^3 y la segunda de 100 cm^3.

El día 15 se observa la eliminación de la escara de la pústula.

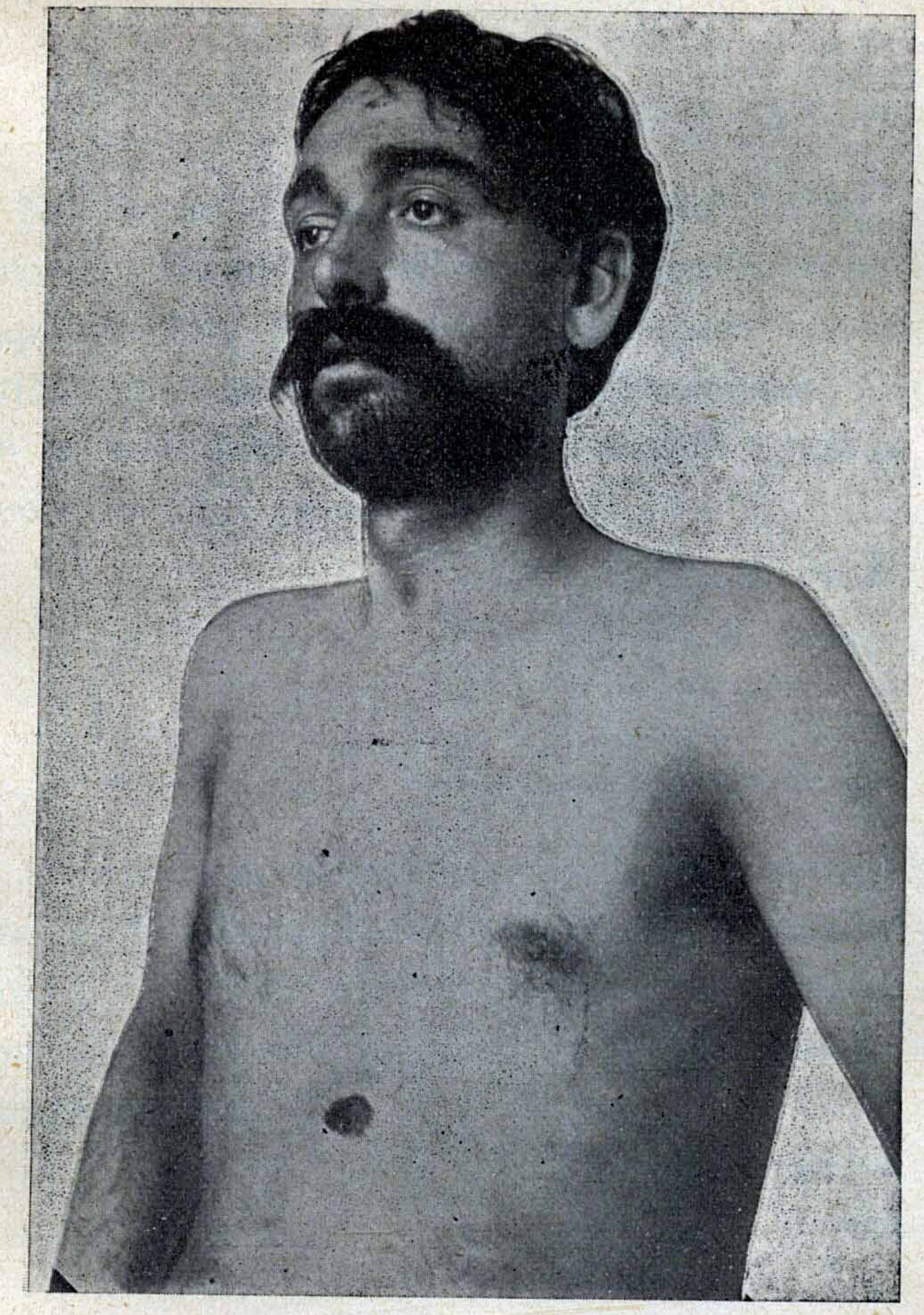
Durante los días 20, 22 y 23 se observó fiebre, que llegó hasta 40º2, dolores articulares, urticaria, accidentes secundarios del suero.

El bubón axilar termina por resolución.

El sujeto entra en franca mejoría y sale de alta, completamente sano el 16 de Enero.

Santos F. Carbonell

Marzo 17/1907.



FOTOGRAFÍA CORRESPONDIENTE Á A. B. (OBSERVACIÓN 3.ª)

Buenos Aires, Abril 13 de 1907.

Nómbrase al Consejero Dr. José R. Semprun, al Profesor titular Dr. Carlos Malbran y al Profesor suplente Dr. J. Carlos Delfino, para que constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesis, según el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. CANTON
R. S. Gomez

Buenos Aires, Abril 24 de 1907.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta n.º 1737 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON
R. S. Gomez

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Diagnóstico de las manifestaciones externas de la Peste.

II

¿La seroreacción aglutinante tiene valor diagnóstico?

III

¿Para su eficacia el suero antipestoso necesita ser polivalente?

BIBLIOGRAFIA

YERSIN ..... *Sur la peste de Hong-Kong. «Comptes Rendus de l'Academie des Scienceis» 1894.*

YERSIN, CALMETTE Y BORREL ..... *Sur la peste bubonique. «Ann. de l'Institut Pasteur», 1895.*

YERSIN ..... *Sur la peste bubonique. «Annales de l'Institut Pasteur», 1897.*

NETTER ..... *La peste et son microbe, 1900.*

ZABOLOTNY ..... *La peste dans Mongolie Oriental. «Annales de l'Institut Pasteur», 1899.*

CALMETTE-SALIMBENI .... *La peste bubonique; étude de l'epidemie d'Oporto. «Ann. Inst. Pasteur», 1899.*

ZABOLONY ..... *Sur les proprietés agglutinantes du serum dans la peste bubonique. «C. R. de la Soc. de Biologie», 1897.*

CHARCOT, BOUCHARD, BRISSAUD ..... *Traité de Médecine.*

BROUARDEL-GILBERT ..... *Traité de Médecine et Therapeutique.*

J. PENNA ..... *Lecciones clínicas sobre la Peste Bubónica. Buenos Aires, 1902.*

L. Agote y A. J. Medina — *La peste bubonique dans la Republique Argentine et au Paraguay, 1901.*

Uriarte ..... — *Rapport sur les epidemies de peste bubonique a l'Assomption et a Rosario. «Ann. de l'Instit. Pasteur», 1901.*

J. A. Uballes..... — *Tratamiento sueroterápico intensivo de la peste bubónica, 1904.*

E. J. Frontini..... — *La Peste de Oriente. Tesis de doctorado, 1904.*