



Año 1917

N. 3290

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

*Museo A. 74-8*

# LA EPIDEMIA DE Neumococcias del año 1916

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

RAÚL A. BRUNO

Ex-practicante del Instituto Jenner. (Año 1913)

Ex-practicante externo del Hospital Ramos Mejía (1913-1914)

Ex-practicante interno de la Prisión Nacional (1915)

Ex practicante menor y mayor interno del Hospital T. de Alvear (1914-15-16-17)

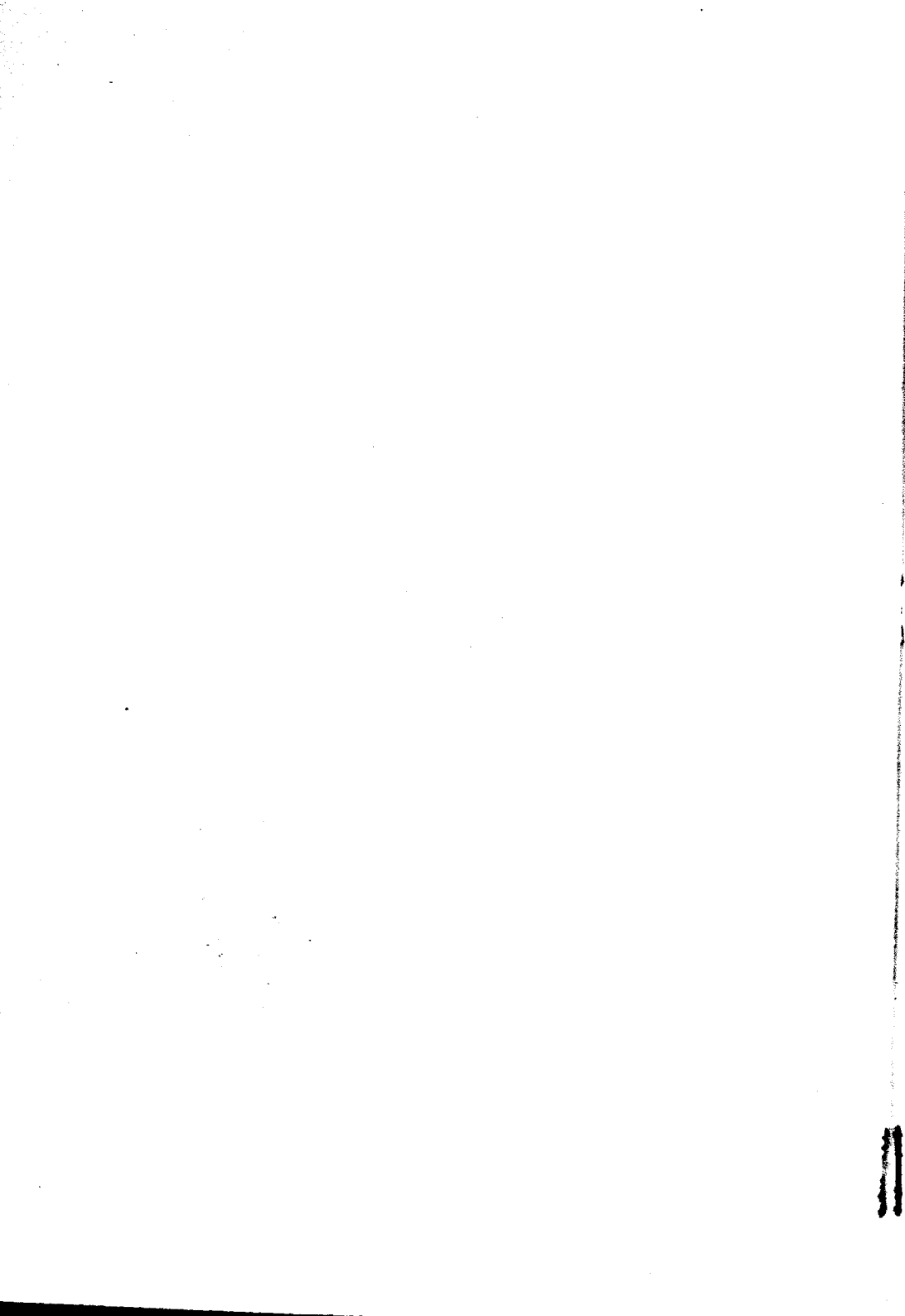


BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI-CORRIENTES 3151

1917

La epidemia de neumococcias del año 1916



**Año 1917**

**N. 3290**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

---

**LA EPIDEMIA**  
**DE**  
**Neumococcias del año 1916**

..  
**TESIS**

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**RAÚL A. BRUNO**

Ex-practicante del Instituto Jenner. (Año 1913)

Ex-practicante externo del Hospital Ramos Mejía (1913-1914)

Ex-practicante interno de la Prisión Nacional (1915)

Ex practicante menor y mayor interno del Hospital T. de Alvear (1914-15-16-17)



BUENOS AIRES  
IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151  
1917

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

*Artículo 162 del R. de la Facultad.*

# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

### Vice-Presidente

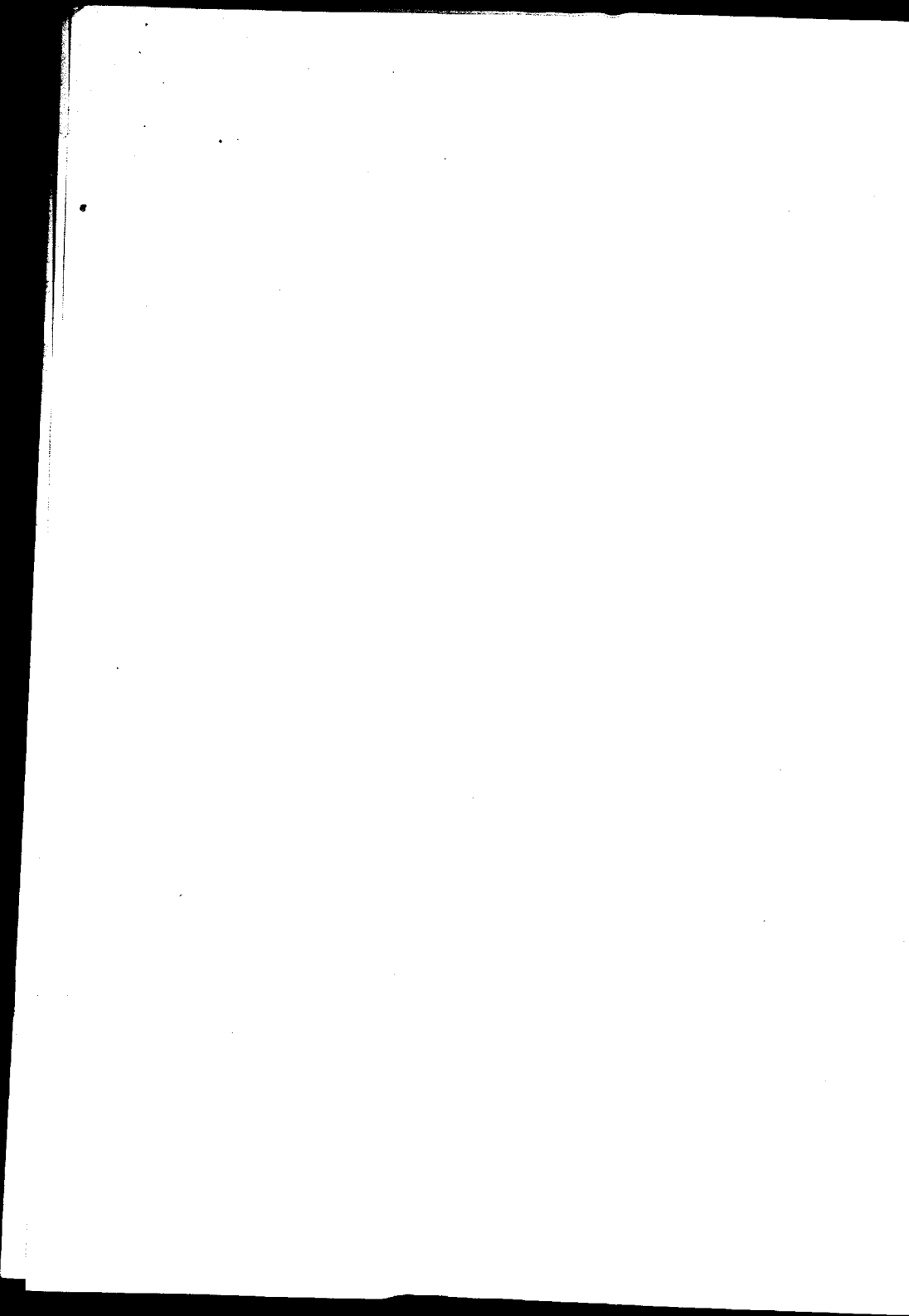
DR. D. DANIEL J. CRANWELL

### Miembros Titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » BALDOMERO SOMMER
19. » » DESIDERIO F. DAVEL
20. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. » » DOMINGO CABRED
22. » » ABEL AYERZA
23. » » EDUARDO OBEJERO

### Secretario General

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS



## FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

---

### ACADEMIA DE MEDICINA

#### **Miembros Honorarios**

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONTI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSO DE CASTRO



# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

---

## **Decano**

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

## **Vice Decano**

DR. D. CARLOS MALBRAN

## **Consejeros**

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

» » ELISEO CANTÓN

» » ANGEL M. CENTENO

» » DOMINGO CABRED

» » MARCIAL V. QUIROGA

» » JOSÉ ARCE

» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)

» » DANIEL J. CRANWELL

» » CARLOS MALBRÁN

» » JOSÉ F. MOLINARI

» » MIGUEL PUIGGARI

» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

» » FANOR VELARDE

» » IGNACIO ALLENDE

» » MARCELO VIÑAS

» » PASCUAL PALMA

## **Secretarios**

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

» » JUAN A. GABASTOU

---



## ESCUELA DE MEDICINA

---

### PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE .

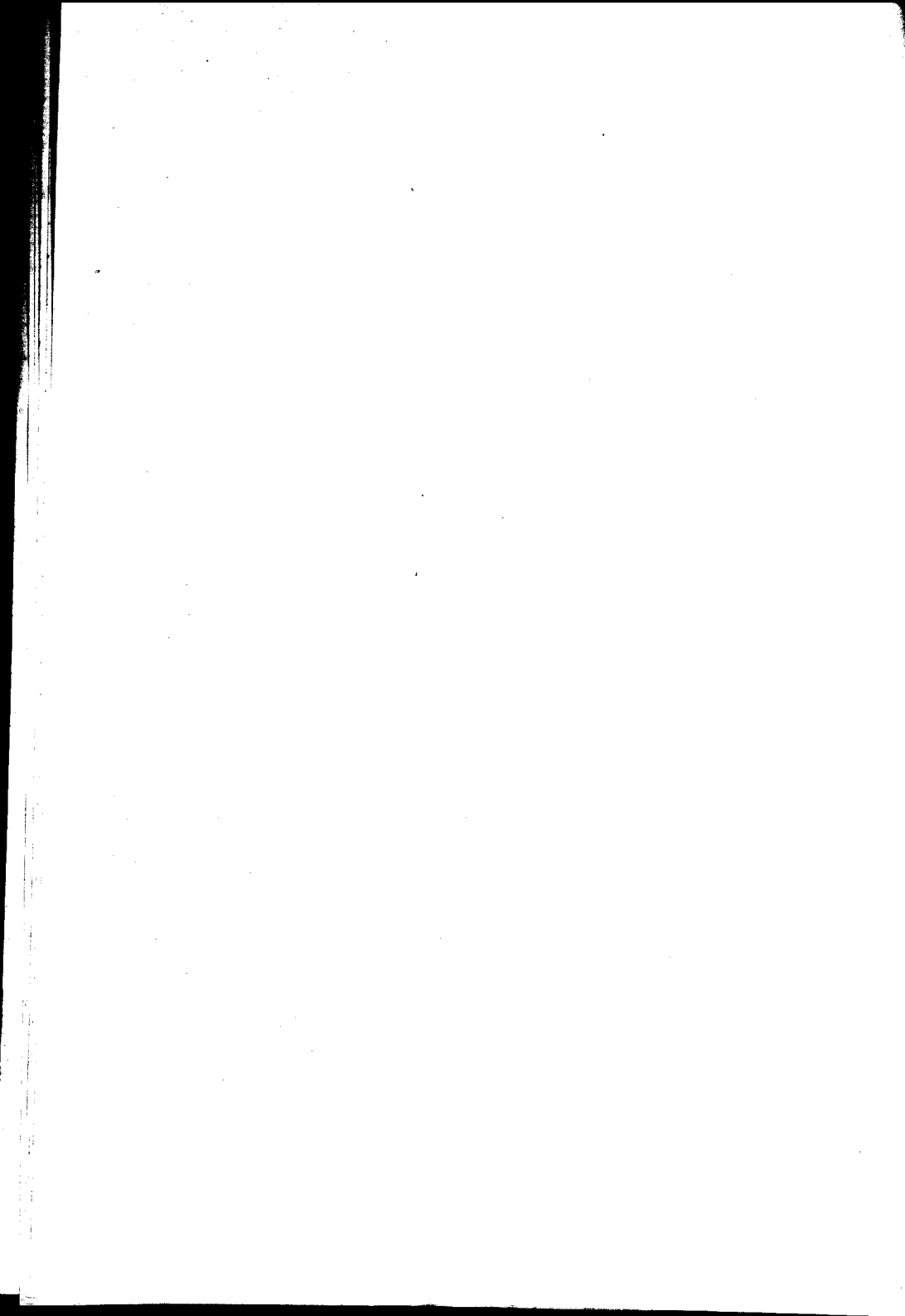
» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEIGA

» ELISEO CANTÓN

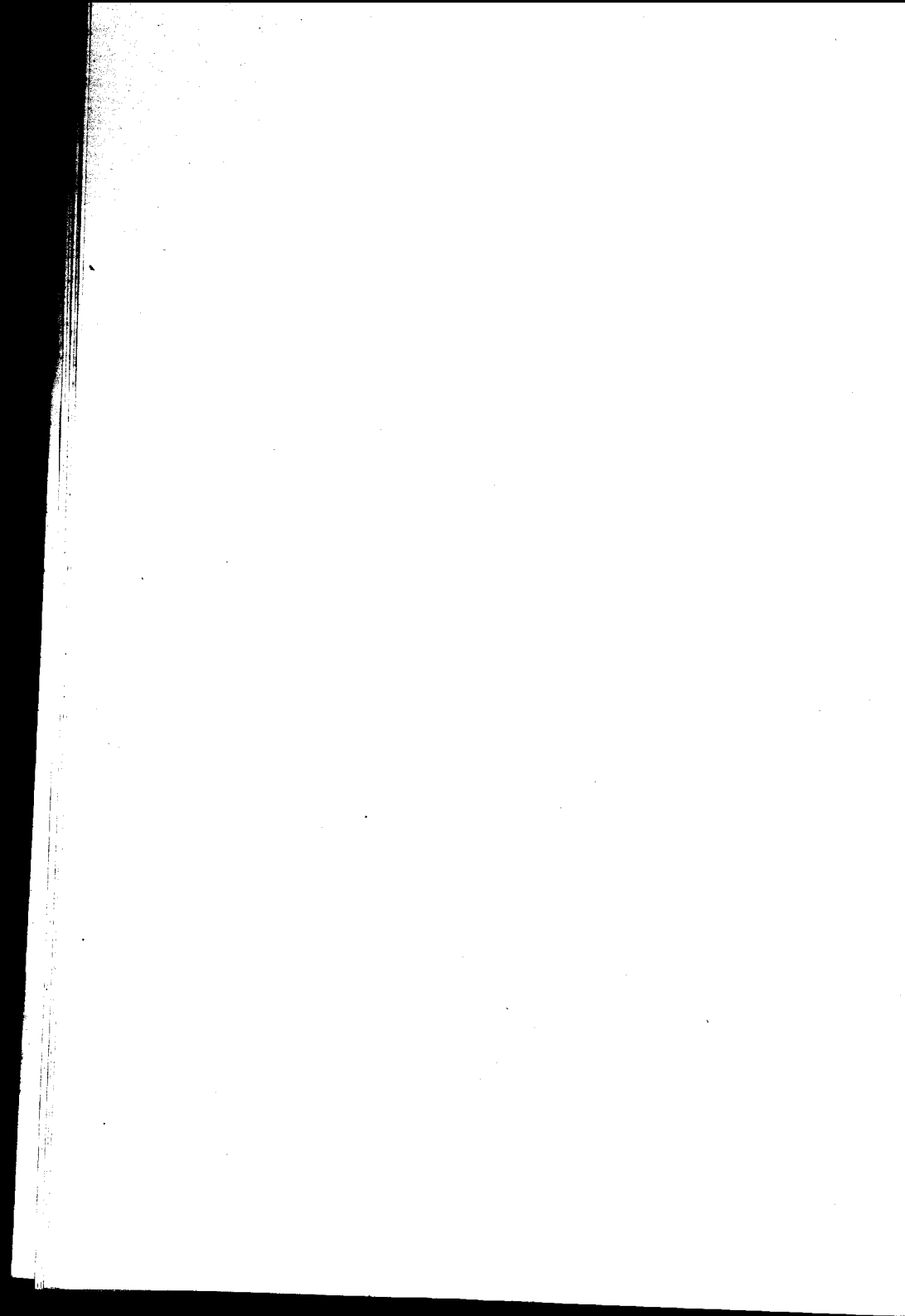
» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI



## ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica .....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica .....	» LUCIO DURAZONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva .....	» RICARDO SARMIENTO LASPIUK
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología .....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica .....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología .....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica .	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicio clínico. }	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica .....	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica .....	x TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa .....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria .....	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica..	» BALDOMERO SOMMER
Clínica Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
Clínica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica .....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA

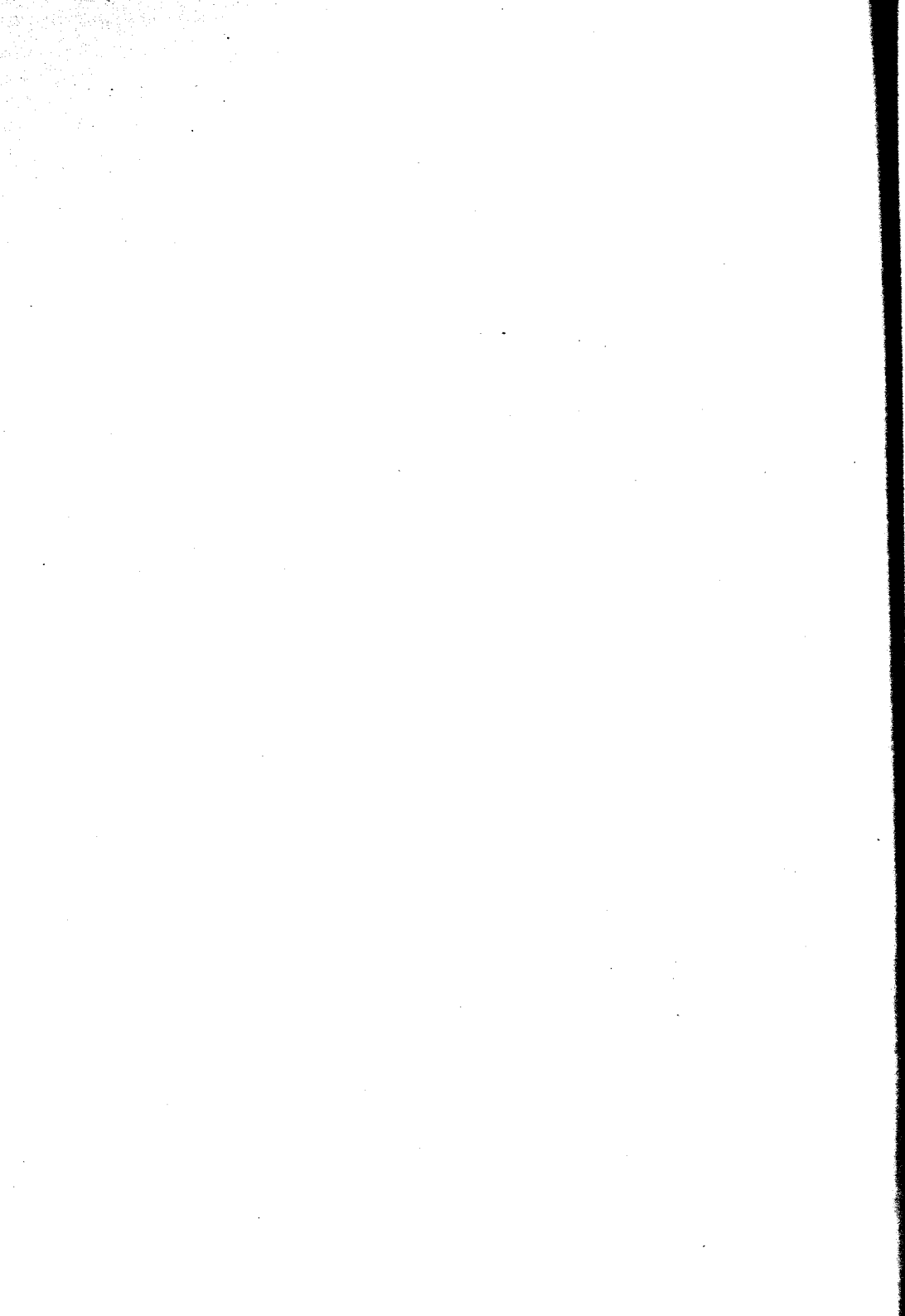


## ESCUELA DE MEDICINA

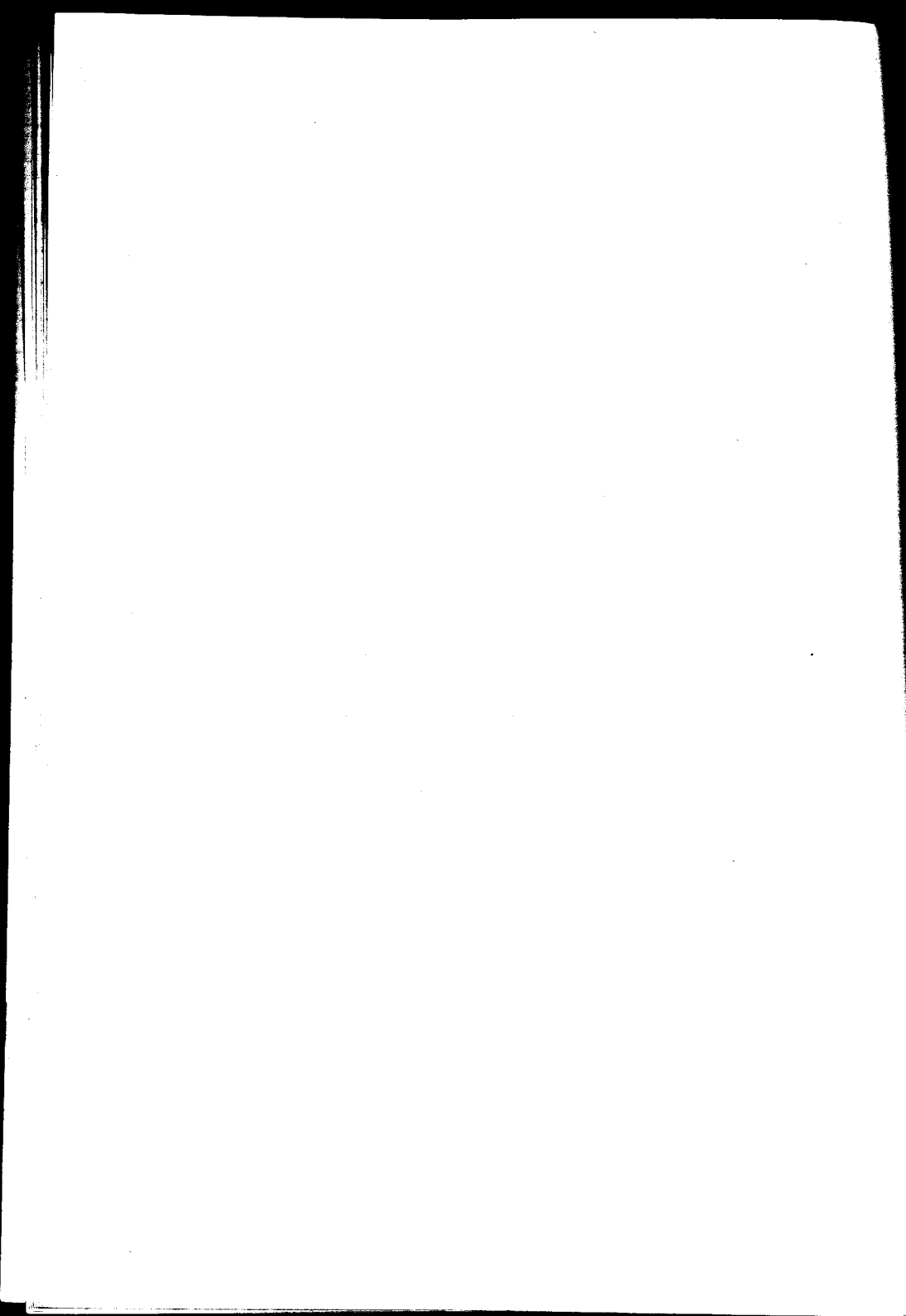
---

### PROFESORES EXTRAORDINARIOS

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos extraordinarios</b>
Zoología éMdica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
	» JOSÉ BADÍA
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Ginecológica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Médica.....	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Dermato-Sifilográfica..	» BERNARDINO MARAINI
Clínica génito-urinaria.....	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Neurológica.....	» MARIANO ALURRALDE
	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Psiquiátrica.....	» JOSÉ T. BORDA
	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Pediátrica.....	» MANUEL A. SANTAS
	» FRANCISCO LLOBET
Clínica Quirúrgica.....	» MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología Interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica..	» ELISEO V. SEGURA





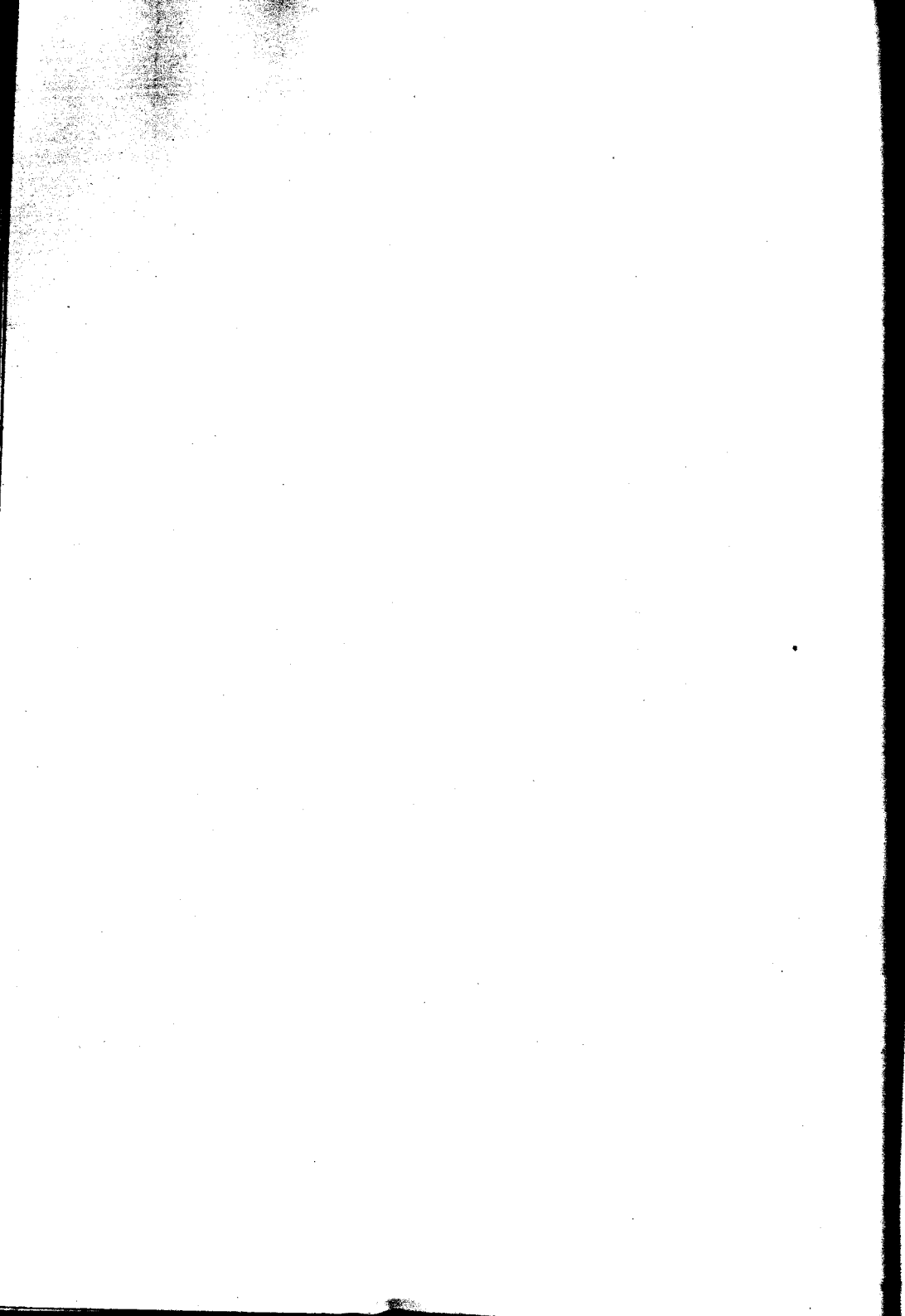


## ESCUELA DE PARTERAS

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.	DR. J. C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico .....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clinica ostétrica .....	DR. FANOR VELARDE
Puericultura .....	DR. UBALDO FERNÁNDEZ

---



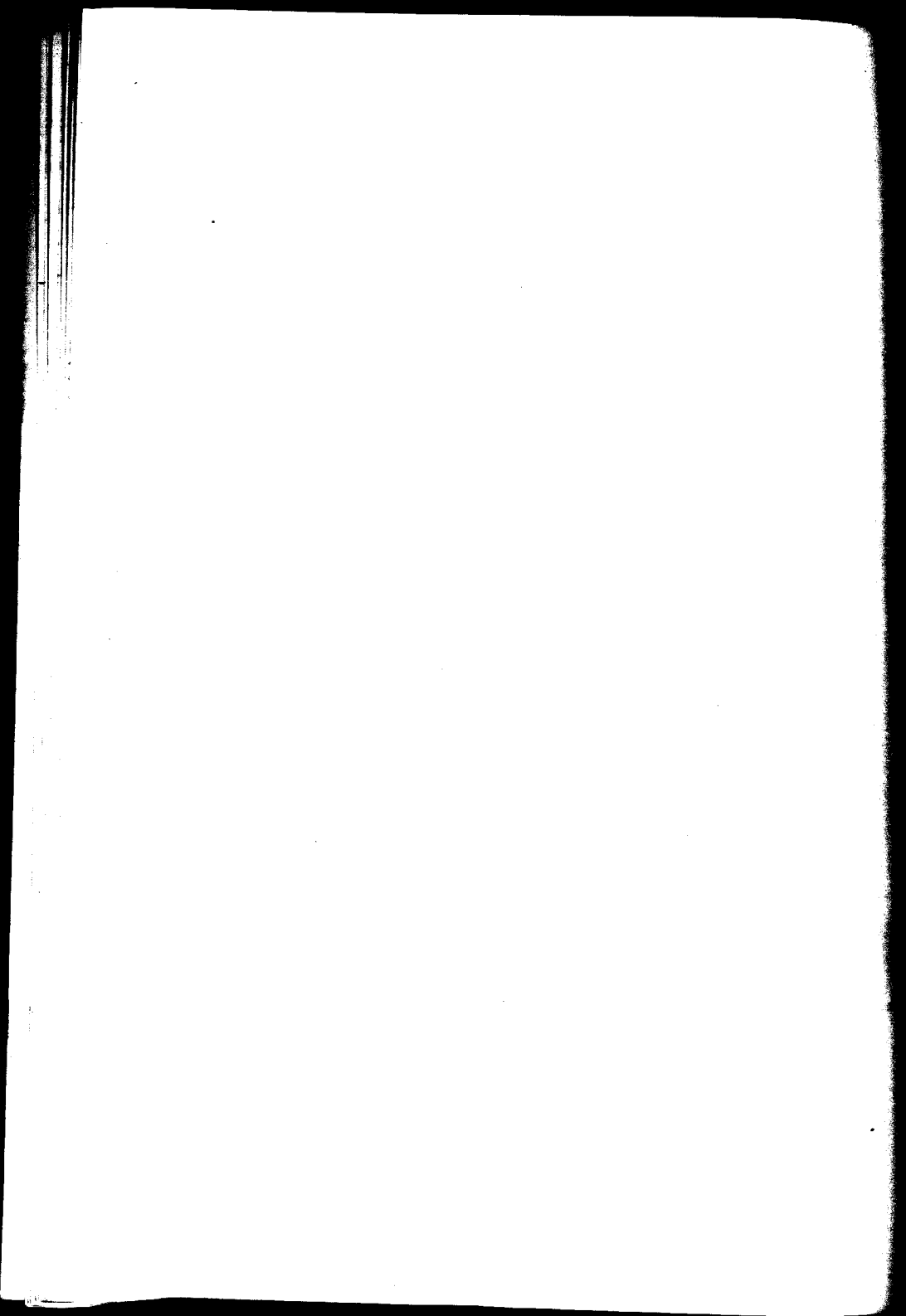
## ESCUELA DE FARMACIA

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
Zoología general. — Anatomía y Fisiología comparadas.....	Dr. ANGEL GALLARDO
Física farmacéutica.....	» JULIO J. GATTI
Química farmacéutica inorgánica....	» MIGUEL PUIGGARI
Botánica y Micrografía vegetal....	» ADOLFO MUJICA
Química farmacéutica orgánica.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Técnica farmacéutica (1er curso)...	» J. MANUEL IRIZAR
Higiene, Ética y Legislación.....	» RICARDO SCHATZ
Química analítica general.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Farmacognosia especial.....	Sr. JUAN A. DOMINGUEZ
Técnica farmacéutica (2º curso)...	Dr. J. MANUEL IRIZAR

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos sustitutos</b>
Física farmacéutica.....	Dr. TOMÁS J. RUMI
Química farmacéutica inorgánica... }	» ANGEL SABATINI
	» EMILIO M. FLORES
Técnica farmacéutica..... }	Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
	» PEDRO J. MÉNIGOS
Química farmacéutica orgánica..... }	Dr. LUIS GUGLIALMELLI
Farmacognosia especial.....	Sr. OSCAR MIALOCK
Química analítica general.....	Dr. JUAN A. SÁNCHEZ

## DOCTORADO EN FARMACIA

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
Complementos de Matemáticas.....	— —
Mineralogía y Geología.....	— —
Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina.....	— —
Química analítica aplicada (Medicamentos).....	Dr. JUAN A. SÁNCHEZ (supl. en ejercicio)
Química biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Química analítica aplicada (Bromatología).....	— —
Física general.....	— —
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Toxicología y Química legal.....	» JUAN B. SEÑORANS



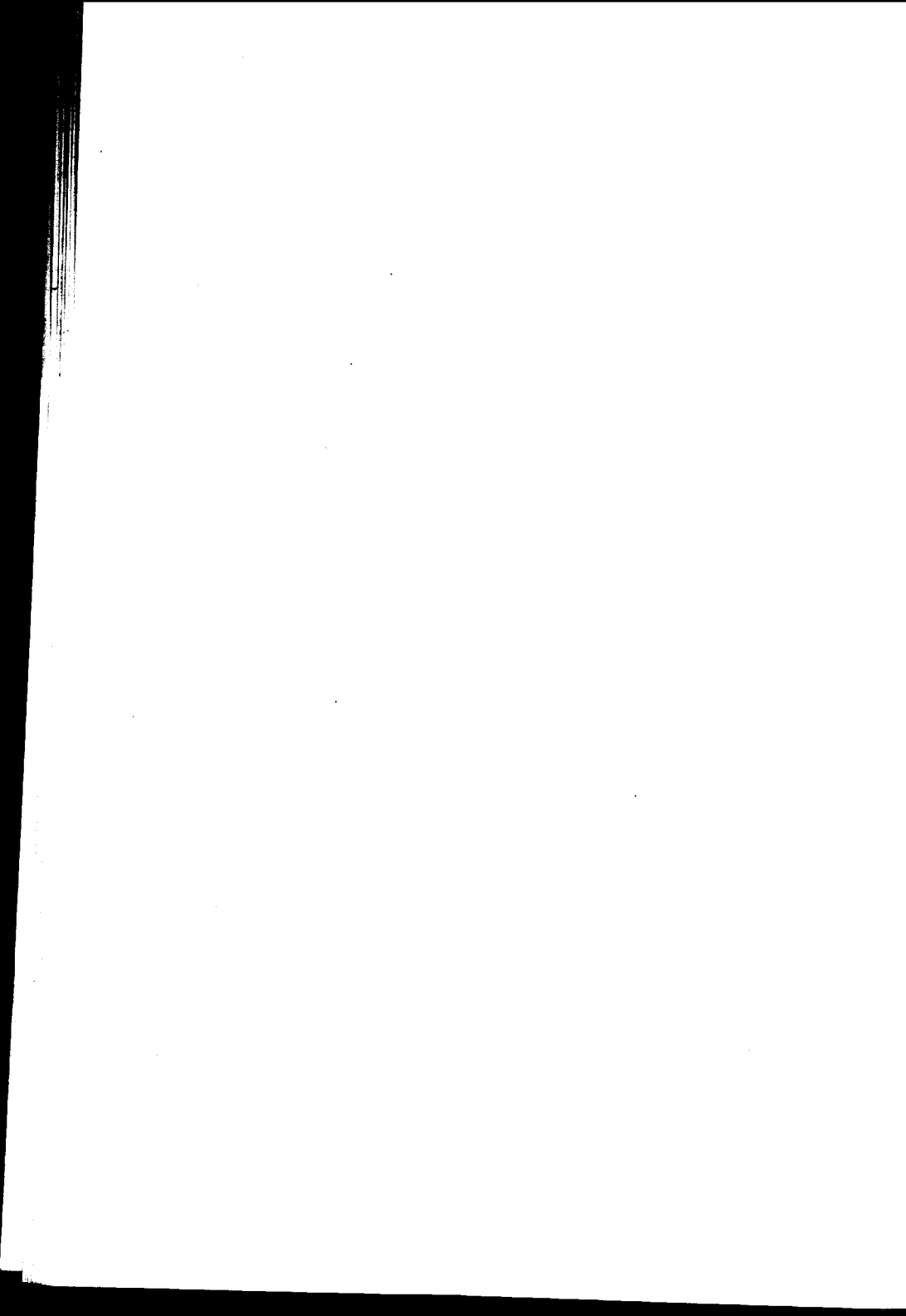
## ESCUELA DE ODONTOLOGIA

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO J. GUARDO

### **Catedráticos suplentes**

DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Protesis)
» CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)

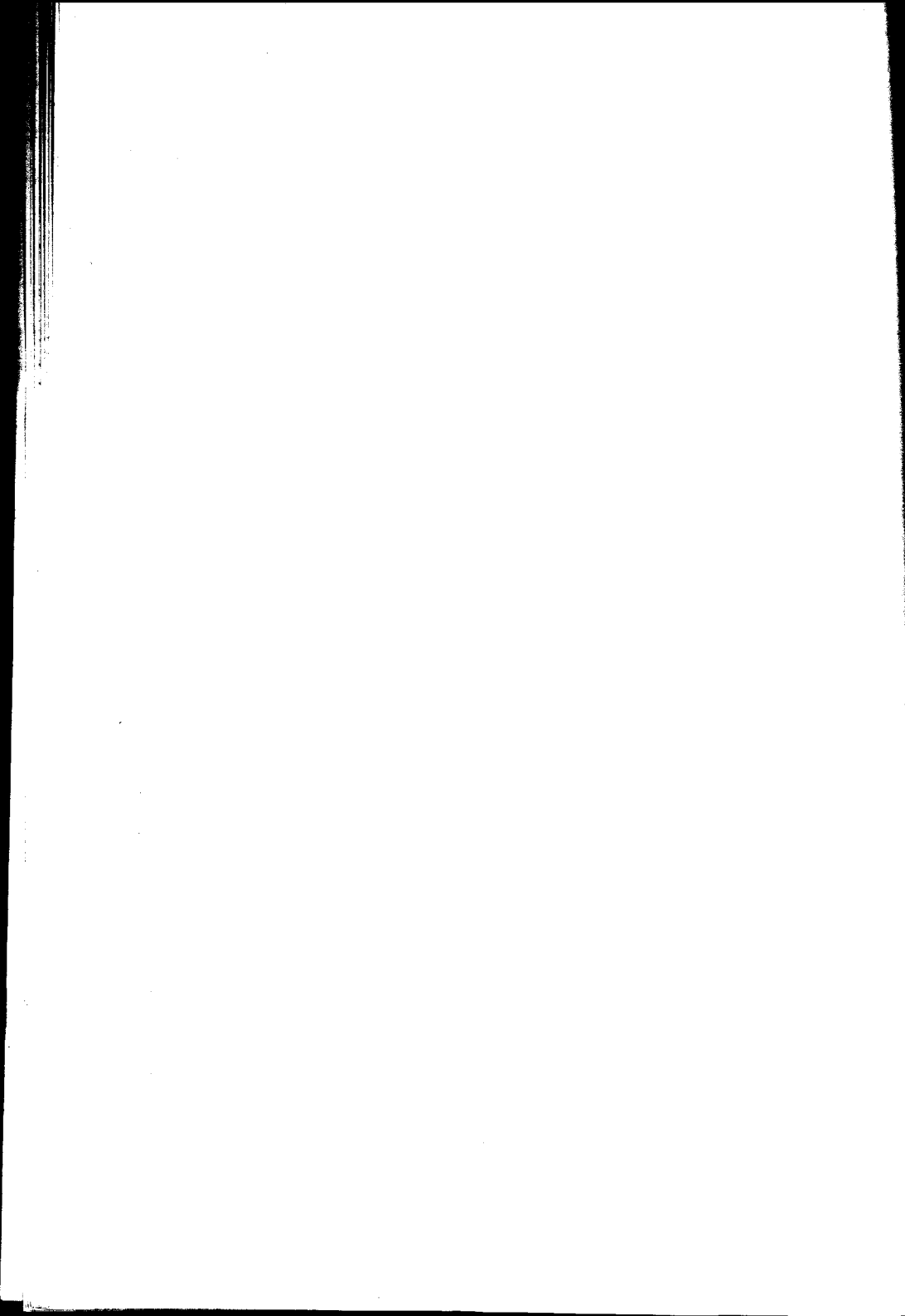


PADRINO DE TESIS

PROF. DR. RAFAEL AUGUSTO BULLRICH

Profesor suplente de Clínica Médica

Jefe de la Sala XI del Hospital Torcuato de Alvear



A MIS PADRES

A QUIENES TODO LO DEBO.



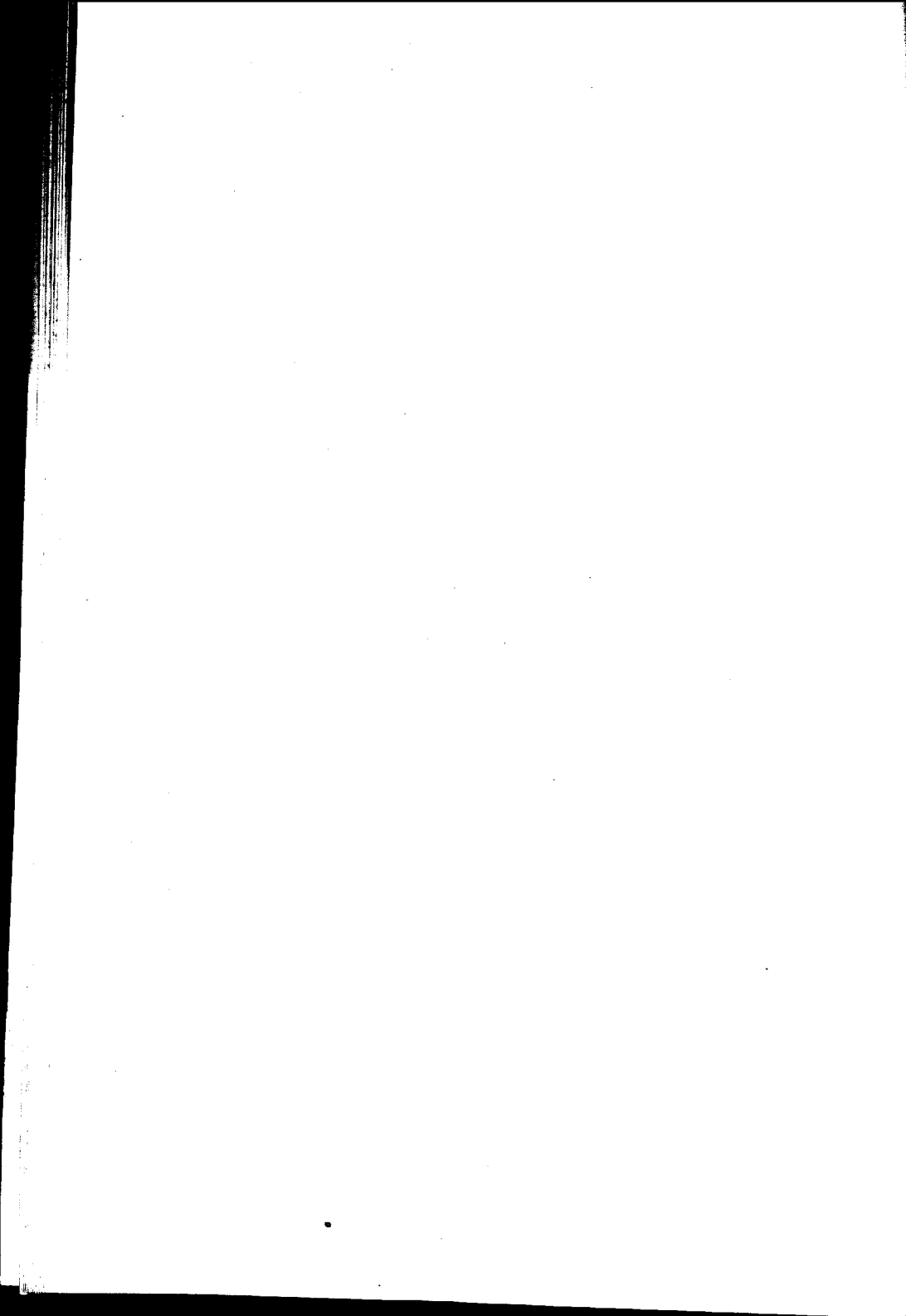
A MIS HERMANAS

PROFUNDO CARINO.



A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS DE INTERNADO DEL HOSPITAL

TORCUATO DE ALVEAR



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :



Cumpliendo con la última prescripción reglamentaria que me exige la Escuela para optar al título de Doctor en Medicina, he elegido este tema que presento a vuestra elevada consideración es un trabajo de síntesis y de recopilación de la pasada epidemia de gripe de 1916 y el que constará de los siguientes capítulos: «Consideraciones Clínicas». «Influenza y Gripe». Tratamientos, Observaciones Clínicas.

Séame permitido antes de abordar el tema dejar constancia de mi agradecimiento a todos los que han sido mis maestros dentro y fuera del Hospital.

Al Dr. Ricardo Nolting, mi primer maestro mi profundo agradecimiento por sus sabias lecciones.

Al Dr. Rafael A. Bullrich, caballero y maestro doblemente agradecido por las atenciones que de él recibiera cuando fui su practicante y por el honor que me dispensa al acompañarme como padrino en este acto.

Al Director del Hospital «Torcuato de Alvear» Dr. José A. Viale, y a todos los médicos de dicho Hospital, de los cuales he sido su practicante, mi agradecimiento.

A los médicos internos Dres. Roberto Acosta, Adelio P. Barceló, Fernando A. Coni Bazán, Hamilton Cassinelli y Luis Fuentes, que me distinguieron con su amistad y con quienes diariamente he alternado en las guardias del Hospital, mi reconocimiento.

Por último, para mis compañeros de internado con los cuales he compartido los mejores días de la vida estudiantil, tanto en los momentos felices como en los momentos más difíciles, por los que que pasa el estudiante—proximidad de exámenes—vaya para ellos mi amistad eterna que es todo lo que puedo ofrecerles.

---

## CAPITULO I

### **La epidemia de Neumococcias del año 1916**

#### **Consideraciones clínicas**

Se puede definir la neumococcia como el conjunto de desórdenes orgánicos o funcionales localizados o difusos, provocados en la economía humana por la pululación de un microbio específico, el diplococo de Talomon-Fraenkel, actuando ya sea, insitu, por acción de presencia y de contacto, ya sea por toxemia.

La localización neumococcica más común, la más conocida, la de estudio más fácil, es la neumonía de donde derivó el nombre de neumococo del microbio patógeno aislado y estudiado por Talomon-Fraenkel.

La neumococcia supone la presencia de dos

factores por una parte el infectante neumococo, y por otra el terreno infectado el hombre.

De estos términos primordiales va a nacer la patogenia de las infecciones diplococcicas.

Desde el día en que la neumonia fué considerada como una enfermedad infecciosa, desde los trabajos de Friedlander-Talomon-Fraenkel, desde el descubrimiento de su agente patógeno, la consecuencia directa fué de dar el primer lugar en la etiología de la afección al contagio.

Este puede ser directo, traumatizante desde el enfermo a sus allegados y puede no ser sino mediato y hacerse sea por una tercera persona, o sea con los objetos puestos en contacto con un neumónico. La larga persistencia de la virulencia de los neumococos en los esputos desecados permiten comprender la infección por intermedio de los objetos de un neumónico.

El neumococo vive al estado saprófito en las cavidades naturales del hombre, sin ocasionar el menor desorden mórbido.

Estos hechos de microbismo latente prueban que no es suficiente como se creía antes, la presencia del germen para explicar la génesis de la infección, debiendo tomar en consideración el rol jugado por el terreno.

Puesto que el neumococo es el huésped habitual de ciertas cavidades naturales, es necesari-

rio para que una neumonia se declare, que un punto cualquiera del organismo flaquee, es necesario una causa de menor resistencia. Nuestro aparato respiratorio, es siempre el primero atacado; posee medios de defensa variados; pestañas vibrátiles, mucus bronquico, fagocitos, etc. Que uno de estos agentes de defensa, esté debilitado bajo la influencia de una causa ocasional cualquiera, la infección se declara. Eran estas causas favorables que la clínica había situado en primer lugar, sus relaciones íntimas y constantes con la enfermedad había llamado la atención de los observadores. El frío, la irritación local, el traumatismo, tales eran las causas directas determinantes de la flegmacia del pulmón.

Pero para ser situadas en el rango secundario de circunstancias favorables, su influencia es demasiado considerable para permitir despreciarlas.

Los datos actuales permiten por el contrario, la explicación racional de estas causas, otras veces envueltas en el misterio. El frío prolongado o el golpe de frío lo mismo que la irritación local causan perturbaciones muy netas en la actividad fagocitaria.

Las experiencias de Gamblecia sobre animales resistentes al neumococo por ejemplo, el canario, nos demuestran que a pesar de la inyec-

ción intra-traqueal de 10 c. c., de una cultura de neumococos virulentos no produce absolutamente nada, pero sí en el mismo animal se inyecta tártaro estibiado previamente y luego la cultura de neumococos, el animal muere, quiere decir esto que el animal en experiencia mientras posee la integridad orgánica y vital de sus defensas fagocitarias, resiste a la infección, pero una vez destruídas o debilitadas estas defensas, la infección se declara.

La experimentación nos explica así la génesis y la gravedad de la neumonia que aparece en un hombre ya enfermo o convaleciente.

El neumococo saprófito huésped inofensivo de las vías respiratorias puede súbitamente bajo ciertas influencias recuperar toda su virulencia. Según los meses, según los años, se observan sensibles variaciones en la virulencia de los gérmenes. Los elementos metereológicos tendrían una acción manifiesta sobre su actividad patógena. El descenso, los bruscos cambios de temperatura, la presión atmosférica, la humedad, han sido puestas como causas.

Así se explicaría el predominio de las neumonías durante los meses de Abril, Mayo y Junio, así se explicarían las epidemias graves constatadas tan amenudo en las aglomeraciones humanas.

### **Influenza y grippe**

Nos parece conveniente hacer una descripción por separado por lo que respecta a influenza y grippe, términos que hasta hoy eran sinónimos, pero que después de los estudios de los clínicos alemanes y los de Méndez, es necesario dividirlos, entendiéndose por influenza, la descripción común que más abajo se detalla, y por grippe la epidemia de neumococcias que se desarrolló el año pasado, y de la cual se han ocupado con mucho interés nuestros clínicos habiendo dado lugar a interesantes estudios y publicaciones que describimos y en las que notaremos que aún no se está de acuerdo en establecer una diferencia entre grippe e influenza.

La influenza: Estudiada detalladamente durante la pandemia de 1898 al 1900 y cuyo agente fué descubierto por Pfeiffer, dos años más tarde, se presenta siempre en forma epidémica, caracterizándose por el catarro de las vías respiratorias superiores y por astenia.

Muy contagiosa, es sobre todo trasmisible directamente, la tos, el estornudo contribuyen a la diseminación de los gérmenes que se encuentran en la saliva y en las vías respiratorias.

Por lo que respecta a su agente patógeno han sido aislados varios, en sujetos atacados de in-

fluencia; y entre ellos debemos citar el bacilo de Pfeiffer, que se encuentra en los productos de expectoración como bacilo específico.

La incubación muy corta, uno o dos días llega bruscamente a fenómenos prodómicos constituidos sobre todo por malestar general, los escalofríos, la fiebre, las náuseas, vértigos, se acompañan bien pronto de esos dolores tan particulares de la influenza; cefalalgia supra-orbitaria, dolores musculares en la nuca, raquialgia, artralgias o todavía sensación de ruptura de los miembros que dá a los enfermos la impresión de haber sido apaleados.

El catarro de las mucosas indica la aparición del período del estado; coriza angina ligera, la grimeo, laringitis y bronquitis, embarazo gástrico, con o sin diarrea; la cara denota un estado de depresión profunda con rasgos muy marcados *Facies Gripal*.

La temperatura es ordinariamente bastante elevada, pero es irregular. Se eleva rápidamente llegando a 39° y 40°, a veces a 41°; después presenta un descenso; se eleva luego hacia el tercer día dando a esta primera parte de la curva la forma de una V (*Teissier*).

Del 4.º al 6.º día la curva desciende, al mismo tiempo que se producen abundantes transpiraciones. El corazón es lo más amenudo intacto.

to; sin embargo, en algunos sujetos puede observarse arritmias, embriocardia, lipotimias, que indican una lesión de este órgano. Las orinas oscuras, ricas en uratos contienen raramente albúmina. La duración habitual de la enfermedad oscila entre dos días y una semana. Pero una localización profunda sobre un órgano, nuevas poussées, pueden prolongar el período fébril, o dar lugar a una convalecencia larga en la cual el retorno a la salud no tiene lugar sino después de algunas semanas o de algunos meses.

La muerte que es muy rara en los sujetos jóvenes y libres de toda enfermedad anterior, es casi siempre la consecuencia de una complicación, o de un estado patológico anterior, sobre todo una afección crónica del corazón o del aparato respiratorio.

Las formas clínicas pueden dividirse en tres principales:

Forma torácica — Forma gastro-intestinal y forma nerviosa.

**Forma torácica.—Forma gastro-intestinal y forma nerviosa**

La forma torácica que es la más frecuente, corresponde a localizaciones del agente infeccioso sobre el aparato pleuro pulmonar. La laringitis se propaga al árbol bronquico. Los fenómenos

generales se agravan, la fiebre aumenta, los dolores son más intensos.

La tos muy penosa se acompaña rápidamente de un catarro purulento, propagado a las finas ramificaciones bronquicas, se realiza la bronquitis capilar frecuente en el viejo que lleva a una asfixia rápida.

La forma bronconeumónica, mucho más grave está caracterizada por pequeños focos diseminados, bilaterales; puede haber albuminuria, ictericia, hipertrofia del bazo.

La neumonia gripal, que se diferencia de la neumonia franca por sus insidiosidad, la ausencia del gran escalofrío del principio, la curva térmica más irregular, con remisiones y caídas menos franca, los esputos menos teñidos. Los signos estetoscópicos son diferentes; rales sub-crepitantes finos en lugar de los rales crepitantes de la neumonia, la defervescencia es lenta y el pronóstico es más grave.

Forma gastro-intestinal. Estos tipos clínicos son raros y de diagnóstico difícil, sólo su desarrollo durante una epidemia hace amenudo pensar en su origen.

Forma nerviosa. La intensidad de la cefalalgia, los vértigos, la depresión física y moral, el delirio, los fenómenos comatosos son los accidentes que puede presentar esta forma clínica. Ver-

daderas complicaciones pueden interesar el encéfalo y sus envolturas, la médula, los nervios periféricos. Tal es la descripción clásica de la influenza.

### **Grippe**

La grippe actual según las teorías modernas y según el Dr. Julio Méndez, es una enfermedad infecciosa, epidémica, originada puramente por el neumococo. No interviene en su producción el bacilo de Pfeiffer u otros bacilos. Este bacilo no se observa en los enfermos de grippe, o aparecen en casos aislados y raramente.

Estudios prolijos han permitido descubrir dos tipos clínicos distintos de grippe en el año pasado, el tipo abdominal y el pulmonar o pleural. En el tipo abdominal las manifestaciones son poco ruidosas en un principio, comienza con una ligera gastritis acompañada de vómitos (que pueden hacerse incoercibles), náuseas, dolores abdominales vagos, meteorismo no muy intenso dando a la palpación la sensación de renitencia y hasta a veces síntomas de apendicitis. Es frecuente observar gorgoteo en la fosa iliaca derecha, constipación, resistencia de la pared abdominal por rigidez muscular, generalmente a nivel de la mitad superior de los rectos anteriores; son comunes las

hemorragias intestinales, pequeñas que se notan como manchones de color ocre.

Existen otros síntomas funcionales: distensión gástrica, anorexia, lengua saburral no seca semejante a la del tifoso (aunque sin todas las características de este último).

Por lo que respecta al cuadro pulmonar es de notar un fenómeno curioso de observación. En el año 1915 las neumonías se desarrollaban con preferencia en el lado izquierdo en un 90 por ciento de los casos, este año 1916 predominan en el lado derecho. Lo mismo sucede con las pleuresias. Si la neumonía es doble, los síntomas son siempre más graves en el lado derecho. Es de notar que tales neumonías gripales no tienen los estigmas propios de las neumonías graves. Se manifiestan con temperatura, sin el dolor clásico, con esputos poco abundantes (sólo algunos ocre), y con gran edema pulmonar; son neumonías bastardas. Casi siempre se acompañan de pleuresia intensa que tampoco es la pleuresia clásica conocida; no se constata una verdadera matitez hídrica y es casi timpánica en los bordes; la respiración tubaria (soplo) es fuerte y en e casi con timbre metálico, hay pectoriloquia, afona y egofonía y se notan muy pocos frotos. La evolución de dicha pleuresia es atípica, rápida se resuelve en ocho o diez días los derrames pueden ser muy gran-

des, hasta cuatro y seis litros (?), la fiebre se mantiene entre los 40°, 41°, 39° y 38°.

En el aparato circulatorio son pocas las alteraciones visibles; a veces se auscultan en el corazón ruido de galope, son muy raras las endo y pericarditis, casi siempre hay hipotensión. En la sangre se encuentra una leucocitosis poco pronunciada con relación a las habidas en los enfermos del año pasado. En dicho año el número de leucocitos aumentaba hasta 20, 25 y 30.000 por milímetro cúbico, actualmente llega apenas a 16.000 por milímetro cúbico, lo cual indica que la reacción orgánica es deficiente. La orina presenta una pequeña cantidad de albumina, pigmentos biliares y urobilina y frecuentemente cilindros.

En cuanto a una clasificación el Doctor Méndez, da la siguiente: Considera una forma aguda en que el sujeto es atacado de bronquitis, mal estar general, al poco tiempo le sobreviene un gran ataque de neumonia y pleuresia. Son casos en que predominan el cuadro pulmonar y del que se queja el enfermo; pero al mismo tiempo aparecen los síntomas abdominales: dolor del abdomen, que puede dar síntomas apendiculares; aparecen otitis supurada. En otros casos el cuadro abdominal se mantiene aun grave, mientras la neumonia concomitante se resuelve.

Distingue también una forma sub-aguda en

que aparecen los mismos síntomas, pero de un modo brusco y repentino forma apendicular.

Una forma tifosa, en que la evolución es semejante a la de la fiebre tifoidea. Hay fiebre de 39° lenta, continua y ligeramente remitente, delirio, lengua seca, gorgoteo, no se ve roseola tífica: la reacción de Widal, suele ser a veces positiva, sin que se trate por eso de una verdadera tifoidea. (Está comprobado que esta reacción es frecuentemente positiva al 1 por 10 o al 1 por 20 en la gripe o influenza).

Puede complicarse con nefritis y retención de cloruros. Evoluciona en 10 o 15 días. Existen algunas formas tifosas prolongadas y otras subagudas.

Suelen observarse también las formas graves son las formas mortales, sobrevienen generalmente cuando la infección se ha localizado intensamente en el abdomen.

Por lo que respecta a la patogenia describimos también la teoría propuesta por Méndez, en oposición con las teorías clásicas; y sobre todo por lo que respecta a la invasión pulmonar.

Establece ante todo, que en la forma abdominal se trata de una gastroenterocolitis producida por el neumococo. Este germen no penetra en el organismo por la vía gastro-intestinal. En los animales experimentalmente es posible ello, pero

en el hombre no se puede admitir su introducción por la gran barrera que oponen los jugos digestivos. En realidad entra el neumococo a la sangre llega al intestino y por ruptura de pequeños capilares pasa al mismo y en él se instala, pues en el intestino halla un medio muy apropiado para su pululación. Lo mismo sucede con la infección gonococcica. Por pequeñas hemorragias penetra el germen en las mucosas y allí se desarrolla la metastasis. Del intestino la infección neumococcica se propaga a las vías linfáticas y a los ganglios, y así podemos encontrar al poco tiempo todos los ganglios del mesenterio infartados.

En cuanto a la infección pulmonar se hace por vía ascendente. Contaminado el peritoneo, el neumococo pasa a la pleura que se infecta antes que el pulmón; dicho pasaje se hace por vía linfática y también a través del diafragma. El neumococo atraviesa el espesor mismo del músculo. De ahí los grandes dolores musculares cuando el germen se localiza en dicho músculo. Este hecho del pasaje del neumococo a través del diafragma no es completamente nuevo ya autores italianos lo han demostrado y explican así la contaminación de la pleura. La infección del pulmón es secundaria a la infección pleural. De otro modo no puede explicarse la aparición brusca de la enfermedad a veces con síntomas abdominales

anteriores a los pulmonares y sin los trastornos respiratorios que anuncian las neumonias, sobre todo las francas.

En cuanto al mecanismo fisio patológico de ciertos estados graves, la causa se haya en el ileo paralítico, en la parálisis intestinal consecutiva a la peritonitis originada por el neumococo. Este ileo paralítico que es frecuente observar en cirugía después de operaciones abdominales, no es producido, como sostienen generalmente los autores, por intoxicaciones, colemias aún no demostradas, etc., sino por un reflejo que parte del peritoneo.

El enfermo siente dolores vagos, molestos, indicios de una irritación peritoneal que muy bien puede ser provocada por el exudado que se encuentra en la serosa. La parálisis intestinal se acompaña de un cuadro clínico colosal: Parálisis vaso motriz de los vasos situados en el abdomen y por lo tanto congestión pasiva, hipotensión, etc., que afectan lentamente el corazón. Los enfermos mueren hablando. Tal es la descripción hecha por el Doctor Méndez.

Veamos ahora que dice al respecto las comunicaciones de los doctores Agote, Bullrich, Galli, Beatti, Solari, etc.:

En la comunicación hecha por el Dr. Agote, a la A. M. A. refiriéndose a los estudios de Mén-

dez, se expresa en esta forma: La grippe es una enfermedad proteiforme, de una sintomatología muy variada y difícil de precisar; unas veces es apenas perceptible, otras veces se presenta con manifestaciones ruidosas; algunas veces en formas ligeras, otras graves y en cada caso con modalidades distintas, es en el orden clínico lo que el estreptococo en el orden bacteriológico. En cincuenta enfermos examinados encontró todas las formas clínicas establecidas, ordinariamente se presenta en forma rápida; con síntomas generales, fiebre alta, que dura dos o más días, ligera bronquitis, raquialgia, descenso y nueva elevación de la temperatura y que puede agravarse y hasta producir la muerte cuando es mal tratada o cuando el sujeto comete imprudencia.

En debilitados, en alcoholistas, observó formas graves; en todos los enfermos sin excepción notó siempre una pequeña invasión de las vías respiratorias; encontró también trastornos digestivos sobre los que insiste Méndez, pero nunca vió la forma abdominal pura que tanta importancia tiene para este autor. Lo que más le sorprende es esa sintomatología apendicular de que ha hablado Méndez, y que ha dado lugar a intervenciones quirúrgicas por sospechas de apendicitis, pues esta afección tiene caracteres tan

propios que según los cirujanos, es imposible el diagnóstico por error.

Las alteraciones digestivas son posteriores a la invasión de las vías respiratorias; sobrevienen también las formas pulmonares y pleurales irregulares, cuyos signos clínicos son distintos de la neumonía franca primitiva.

Por lo que respecta a la clasificación de las gripes formuladas por Méndez, manifiesta que la forma aguda, descrita por este autor, en la cual predomina el cuadro pulmonar, es la forma común en que evoluciona la enfermedad sin presentar caracteres que puedan hacer de ella un tipo de clasificación, el cuadro abdominal que aparece en la misma forma aguda hay que aceptarlo con cierta reserva, principalmente en lo que respecta a los síntomas apendiculares y peritoneales.

La forma tífosa enunciada por Méndez, en que el enfermo tiene 39° de fiebre, lenta, continua; delirio, lengua seca, gorgoteo aún que sin roesolación tífica, a veces con reacción de Widal, positiva, se podría considerar como una tifoidea ligera, los síntomas son muy semejantes y casi imposible separar ambos cuadros clínicos. Respecto a las formas graves, duda de que el tratamiento impuesto por Méndez, pueda resolverlas favorablemente, cuando se llega a tiempo en 24 horas.

Por lo que respecta a la teoría fisiopatológica, de Méndez, el doctor Agote, se expresa así: no es posible admitir que el agente infectante, sea el bacilo de Pfeiffer, el neumococo, etc., haga un recorrido tan extenso para llegar a los pulmones cuando puede hacerlo directamente por las vías respiratorias. El neumococo que se encuentra habitualmente en las fosas nasales, boca, faringe, puede pasar a los órganos respiratorios cuando disminuye la resistencia orgánica o cuando cualquiera otra causa favorece su pululación, puede también penetrar por la piel, por las amígdalas etc., y llegar así a la circulación y por intermedio de ella llegar a los órganos internos, en forma directa.

Este es el trayecto que siguen los bacterios cuando toman las vías generales, así se explicarían las neumonías bastardas; el germen debe hallarse en la sangre, donde se le encuentra en el 15 por ciento de los casos, dándonos la razón de ciertas septicemias.

En cuanto a la miositis diafragmática citada por Méndez, no viene en apoyo de su teoría ascendente de la infección, no está probado que el dolor del diafragma tenga por origen la localización del agente en el espesor del músculo; en cambio se sabe que el diafragma duele siempre que está inflamada la pleura puesta en contacto con él; en

los casos de Méndez, puede ser ésta la causa de la diafragmitis constatadas.

Tampoco acepta el concepto de Méndez, sobre el ileo paralítico como causa de muerte de muchos enfermos. Cree que generalmente la muerte se produce por una septicemia neumococcica, grave, como ha tenido ocasión de observar, en que el enfermo presenta disnea intensa y temperatura muy elevada, que no se modifica con inyecciones de Haptinógeno Neumo, ni con Adrenalina, ni aceite castor; son enfermos que comienzan con grippe, hacen su neumonia y su pleuresia desapareciendo más tarde estos síntomas locales para dar lugar al cuadro de septicemia.

---

El Doctor R. A. Bullrich, refiriéndose a la citada epidemia de grippe dice: La epidemia de grippe o influenza del presente invierno y de cimos grippe o influenza, porque ambos términos son adaptables al cuadro clínico y bacteriológico, ya que muchas observaciones, especialmente las del Doctor Beatti, han mostrado la frecuente asociación del neumococo y del bacilo de Pfeiffer, en los casos observados.

La coincidencia de las complicaciones bronco-pleuro-pulmonares en los casos observados, y el

gran número de afecciones pulmonares primitivas. han demostrado el predominio del neumococo de Fraenkel, como agente etiológico; lo que por otra parte no es un hecho nuevo y ha sido observado ya en Francia en epidemias análogas.

Siendo el neumococo el agente etiológico predominante, no es raro que la epidemia haya tomado un aspecto curiosamente polimorfo en que las mismas formas a tipo abdominal grave no pueden ser una sorpresa para ningún clínico. En 1908 Lemoine, Abrami, y Joltrain comunican dos observaciones interesantes.

En el primero de los casos se trata de una enferma que ingresa al hospital al octavo día de su enfermedad, caracterizada por chusco, dolores abdominales, vómitos, diarrea, astenia pronunciada, aspecto tifoideo, abdomen doloroso, bazo grande, temperatura a 39° y medio, albuminuria. La siembra de la sangre dá por resultado la presencia de neumococos. La enferma tiene, al décimo día de su enfermedad, una puntada de costado y se presentan los signos de una neurronia lobar clásica.

La segunda observación se refiere a un hombre de 34 años de edad, que ingresa al cuarto día de enfermedad con los mismos síntomas y en el que se diagnostica fiebre tifoidea; hay algunos rales diseminados sin lesión de foco. La siembra

de la sangre da por resultado la presencia de neumococos. Diez días después, los síntomas de una neumonia lobar se inician con una puntada de costado.

Como se vé, estas dos observaciones tienen un gran parecido con las que ha presentado a la A. M. A., el Doctor Julio Méndez. Pero en lo que parece que el Doctor Méndez, no ha coincidido con los autores citados y todos los demás que se han ocupado de estos asuntos, es en la explicación que dá el autor argentino para demostrar la forma en que el neumococo llega al pulmón. Tanto los autores franceses citados, como Bouloche, (artropatias y miositis a neumococo, neumococemia, neumonia secundaria tardía); como Segré, (artritis a neumococos, neumococemia); como Desguins (las neumococcias) como las experimentaciones de Calmette, Vaustenbergue y Grisez, parecen haber dejado probado que el neumococo llega al pulmón por la vía sanguínea y se localiza en el pulmón en virtud de un determinismo específico bien conocido en todos los bacterios patógenos cuya predilección por un órgano o sistema determinado es notorio.

Por lo que respecta a la proporción de 15 por ciento que da el Dr. Agote en sus enfermos, en los cuales encuentra el neumococo en la sangre en realidad la proporción es más elevada, como

lo prueban las observaciones de Rosenan quien lo halló en 132 casos sobre 145, Sibrestini y Lertoli en 93 por ciento; Baduil casi constantemente; Vidal, Lemaire y Gamand 6 veces en 18 casos (Landouzy.)

A nuestro modo de ver la mejor prueba del origen hemático de la neumonia es la presencia de neumonia lobares en los fetos cuyas madres tienen neumonia durante el parto; siendo imposible admitir aquí otra puerta de entrada que la hemática por la circulación placentaria. Son a este respecto interesantísimas las observaciones de Netter (Société de Biologie, 9 de Marzo de 1889); Ménétrier y Touraine (Bull. de la Soc. Médicale des Hospitaux, Sesión del 12 de Julio de 1907); Bocheuski y Groebel (Central blatt f. im. Méd., 1906, N.º 22).

Citaremos de paso la experiencia de Wadsworth quien inmunizando parcialmente al conejo, ha podido provocar luego por inyección de culturas por vía endovenosa, la neumonia típica en este animal.

En cuanto a la vía de entrada es interesante hacer constar que Antonucci (Gazz. degli Ospedale, 1904, N.º 43) y posteriormente Marchisio (Gazz. degli Osped., 1906, N.º 18) constataron la presencia de lesiones mucosas duodenales y gástricas atribuibles al neumococo, opinando que las

vías digestivas pueden ser un punto de entrada para la infección.

Estas lesiones son parecidas a las que Méndez ha encontrado este año en el enfermo cuya autopsia relata. Lo que sí puede afirmarse categóricamente es que nunca como este año las lesiones amigdalinas primitivas han sido más frecuentes, constituyendo la angina doble y la rubicundez marcada de los pilares anteriores del paladar (signo de Ortiz) y la faringitis, un signo infaltable e infalible de la gripe y las neumopatías del presente invierno.

Pero ¿quién puede negar la importancia de la observación de Mauriac, quien halló que la infección neomocócica se propaga entre las ratas por medio de la pulga, y que la pulga que ha picado a un animal neomocócico contiene en su organismo numerosos neomococos? No tendremos entre los parásitos del hombre nuevas puertas de entrada? Esta no es sino una hipótesis más a todas las que confunde nuestra mente. Y la prueba de que todo absolutismo es peligroso está en que a pesar de todo no es posible negar en absoluto la entrada del neomococo por las vías aéreas y la neumonía consecutiva; la neumonía traumática es un ejemplo de ello, como lo he observado en un enfermo en la Sala IX del Hospital San Roque, y me parece inexacta la afirmación

de Méndez de que la inhalación de esputos de neumónico de resultados negativos en los animales, cita a este respecto las experiencias de Gamaleia (Ann Inst. Pasteur, t. II, 1888). Lo cierto es que admitida la puerta de entrada, especialmente amigdalina y la septicemia consecutiva, el neumococo encuentra en el organismo humano fácil presa.

Luego pasa a detallar las observaciones hechas en su servicio de Clínica Médica del Hospital «Torcuato de Alvear», de las que nos ocuparemos más adelante en el capítulo correspondiente.

Por lo que respecta a las formas gripales las más comunes entran en el cuadro habitual de la influenza, tal como la ha descrito el Dr. Agote en su última comunicación, y como la describen los libros: Principio generalmente brusco, con escalofríos y alta temperatura, 38°5 a 40, —grados,— curvatura general, coriza angina con signo de Ortiz infaltable, traqueitis o traqueobronquitis banal a veces vómitos; y en los casos por él observados ningún signo abdominal digno de llamar la atención. La duración habitual es de tres a cinco días; la recaída es frecuente; con mucha frecuencia persiste después de la infección un cierto caimiento vespertino con uno o dos quintos, que suele prolongarse por dos o tres semanas.

En casos muy atenuados los síntomas tráqueo-

bronquiales faltan, la temperatura es muy baja pero el signo de Ortiz es infalible. En un solo enfermo predominaba un estado gástrico muy pronunciado: Vómitos que dificultaban la alimentación y tan frecuentes que fué necesario aplicar una bolsa de hielo sobre el epigastrio, la que los suprimió instantáneamente al segundo día; temperatura escasa. Este mismo enfermo tuvo al cuarto día hematurias abundantes y cilindurias. He podido observar tres casos de otitis media: en dos de ellos hubo supuración, en el tercero la otitis media fué doble, pero no hubo supuración, esta complicación auricular me parece fácilmente explicable dado el catarro interno, habitual del rino-farinx.»

---

De el interesante estudio del Dr. Galli presentado al «Congreso Nacional de Medicina», sobre —«La grippe en las tropas»—extractamos los siguientes párrafos:

«Debe entenderse por grippe una infección polibacteriana que ocasiona un estado patológico cuya iniciación es brusca, pero de manifestaciones subjetivas y somáticas extremadamente variables y cuyo asiento principal e inicial radica en las vías respiratorias superiores (naso-faringo-laringo-traqueal).

«La intensidad de los fenómenos puede llevar al órgano atacado el cuadro semiológico de alguna entidad clínica conocida, como por ejemplo al de la neumonía lobar, tratándose del aparato respiratorio: al de la tifoidea o apendicitis si elegimos alguna localización en el aparato digestivo; de signos meningíticos reumatismales, según sea su asiento en el eje cerebro espinal o de las articulaciones respectivamente, etc.

«Un fenómeno constante caracteriza a la gripe en cualquiera de las modalidades que adopte, o enfermedad que simule clínicamente: La mutabilidad de la temperatura y la irregularidad en la marcha clínica de la afección tipo a la cual se la parangone.»

Por lo que respecta a su agente dice: «El bacilo de Pfeiffer ha sido considerado por numerosos autores como el agente específico de la gripe, pero, si a él es posible inculparlo del desarrollo de esta infección, dado que el examen de los esputos los revela en plena infección y no lo descubren una vez cesada ella, no es menos cierto, que en esta última epidemia que ha azotado a Buenos Aires, él, no ha sido encontrado sino por excepción en los análisis efectuados y que los son en buen número, encontrándose en cambio con mucha más frecuencia el micrococus catarralis, en su mayoría asociado al neumococo, al

bacilo de Vincent, al estreptococo, al diplococo, cocos, etc.

De ahí que la grippe la consideremos, como una infección polibacteriana, donde no es difícil, que la distinta vitalidad y poder de acción de cada agente imprima esa modalidad tan característica de la grippe, como lo es en su mutabilidad, en su evolución clínica.»

Después pasa a estudiar la propagación tomando en cuenta la agrupación de individuos (tropas), las variaciones climatéricas, dando las siguientes conclusiones: «La grippe es producida por la exaltación de la virulencia de los microbios que son huéspedes habituales en nuestro naso-faringo-exaltación producida por determinadas variaciones metereológicas o por desequilibrios bruscos en las traslaciones de local y medio por que pasa un individuo; y segundo a la difusión de un agente llámesele Pfeiffer, micrococus catarralis, etc.; o a los ya exaltados que hacen su propagación por las partículas de saliva arrojada por la tos, que es tan frecuente y pertinaz en esta afección.»

Por lo que respecta a sus manifestaciones considera que la primera manifestación de la grippe radica en la mucosa-naso-faríngea, el coriza es casi constante y de intensidad variable desde la forma aguda, molesta e intolerable por la rini-

tis aguda con congestión de los senos y fuertes dolores frontales, hasta la trivial, que a veces no la percibe el enfermo sino por el ligero carácter nasal de su voz.

Constata el signo de Ortiz; en los niños es común el laringo-espasmo; y se manifiesta por un cosquilleo que es más manifiesto en su porción intratorácica; los senos también son tocados en los casos muy intensos.

Por lo que respecta a los bronquios parece no participar del proceso agudo que se instala en la faringo-laringo-traqueitis, hecho que contrasta con la violencia del ataque en las vías respiratorias superiores. La intensidad de la inflamación de las vías respiratorias superiores no es indicio seguro de bronquitis y por lo contrario es casi posible asegurar que los bronquios permanecen indemnes, mientras la inflamación permanezca en toda su agudeza por arriba de su nacimiento. Raros son los casos donde se observan rales, ya sean secos o húmedos, siendo más frecuentes los primeros en períodos de invasión. Ellos en cambio se hacen aparentes cuando el ataque a la mucosa pituitaria ha cedido, lo que sucede después de algunos días, tiempo en el cual se hacen evidentes algunos rales mucosos. Se diría que el proceso se propaga por vecindad a la manera de una erisipela.»

En cuanto a la localización pulmonar se expresa así: «La grippe que se localiza en el pulmón es siempre consecutiva a un catarro nasofaríngeo que o ha pasado al estado sub-agudo o está en vida latente de algún tiempo atrás con signos insignificantes y sin mayores molestias para el enfermo.»

Luego pasa a estudiar como ataca la grippe al pulmón y dice: «que la lesión que la constituye va desde la congestión ligera hasta la neumonía franca. Su localización preferida es la dorsal y la axilar. Por excepción radica en la parte anterior. En la forma periférica la pleura participa siempre en el proceso inflamatorio, y por ello cuando su participación es grande denominamos al proceso pleuro-pulmonar.»

El corazón participa de los efectos de la infección, en los casos agudos a localización pulmonar, así como en las manifestaciones intestinales algo acentuadas que responden a la misma infección: Se le encuentra como en toda infección acelerado en su ritmo, con los tonos ligeramente apagados, salvo una ligera acentuación del segundo tono pulmonar en los casos de lesión aguda de parte del pulmón.

En los procesos agudos que radicaban en el pulmón ha visto participar al pericardio, haciendo de ellos una gravísima complicación dado que

siempre ha ocasionado la muerte por una pericarditis con abundante derrame.

Los riñones no escapan a la acción tóxica de un ataque gripal de cierta intensidad; de ahí las nefritis agudas que persisten a veces largo tiempo.

En cuanto a las vías digestivas, no solo son rara vez afectadas por la gripe constituyendo por sí entidad clínica, sino que constituye un problema difícil su diagnóstico cuando no se encuentran los fenómenos catarrales de las vías respiratorias concomitantes.

Frecuentemente contribuye con infecciones intestinales que despiertan bajo el proceso gripal, a prolongar un estado infeccioso, que obligan a un tratamiento enérgico so pena de ver sustituir un cuadro mórbido por otro. Solo en estos casos es posible asegurar de que el estado intestinal responde a una gripe, esta prolongación de la infección es la que abre la puerta hepática, según nuestra concepción, al Establecimiento de las nefritis post-gripales.

Puede la gripe, ya que se trata de un órgano linfoide por excelencia, atacar en forma aguda al apéndice, constituyendo el tipo de apendicitis gripal. Cita luego un caso que fué posible llegar a ese diagnóstico porque había antecedentes inmediatos de gripe en las vías respiratorias superiores. La

operación en frío confirmó la exactitud del diagnóstico.

El origen etiológico de una infección que se instala en las vías digestivas, es posible catalogarla dentro de la categoría gripal por los vómitos que se presentan siempre en forma ruidosa y con una intolerancia gástrica absoluta para todo tratamiento directo. Haciendo contraste con este cuadro tenemos el opuesto, no solo en la forma, sino en la época de su aparición; es la parálisis gastro-intestinal que se instala siempre o en la faz más álgida de un proceso pulmonar o cuando él ya toca a su fin. Este estado no solo complica la evolución de la infección gripal, sino que le imprime a veces un carácter de suma gravedad al punto de decidir de la vida del enfermo. Lo caracteriza un timpanismo exagerado que da al abdomen el aspecto de un globo sobre distendido. Si la constipación es la regla en las infecciones gripales, una vez establecida la parálisis, el peristaltismo intestinal solo es aliviado por la sonda rectal permanente, por el masaje, y los excitantes generales de la fibra muscular.

La fiebre, varía según la intensidad del ataque; pero es posible establecer en general que rara vez pasa de 38° grados, en los casos con grave catarro naso-faringeo. En cambio en las localiza-

ciones pulmonares se inicia bruscamente con 39° y 40°. La duración de la afección es según los casos de tres a cuatro días por excepción 24 horas, si la lesión pulmonar se intensifica a 9, 11 y 15 días siempre que no se cuente en su haber el cuadro febril de una complicación, frecuente como es la pleuresia sero fibrinosa y con mayor razón si se transforma en purulenta.

El sistema neuro-muscular, es el que está más directamente fustigado por la infección gripal. Las cefaleas a veces violentísimas a predominio frontal, las raquialgias y rara vez las neuralgias (Ciática) constituyen las manifestaciones más frecuentes.

En ciertas epidemias la infección ha predominado en forma meningea. La astenia profunda, constituye uno de los fenómenos subjetivos más intensamente sentidos por los enfermos. Podría decirse que hay más bien una astenia algida, tal es el estado en que se encuentra el paciente, agotado y dolorido profundamente. Se han observado tóxicos en ciertos casos.

El sistema óseo y las articulaciones participan en el cuadro sintomático de los dolores intensamente sentidos en todo el cuerpo, llegando a veces a representar tipos de carácter reumático franco, que ha cedido a la acción del salicilato de soda rápidamente.

De parte de los sentidos éstos participan también aunque con menor frecuencia de la infección gripal: De parte de la vista puede observarse, ciertas fotofobias más o menos intensas, conjuntivitis purulenta. De parte del oído otitis medias supuradas, que se explican por el catarro de la trompa de que es objeto.

~~~~~

El Dr. Manuel Beatti refiriéndose a la epidemia de que tratamos se expresa así: nuestra población ha sido azotada por la influenza que se presenta bajo variados aspectos clínicos. Una forma muy grave ha sido la pulmonar, que se manifiesta bajo forma neumónica, pero a diferencia del tipo franco de esta enfermedad se ha caracterizado por su marcha clínica, por su etiología y por su histología patológica.

Yo tuve, ocasionalmente, oportunidad de seguir varios casos y he notado que el proceso se inicia por un catarro laringo-traqueal seguido después de unos días por el cuadro de la titulada neumonía por influenza.

Otro hecho que me ha llamado la atención fué la concurrencia de los microbios en la evolución de esas neumonías. Busqué con cuidado los gérmenes en las porciones mucosas y en las purulentas de los esputos y pude individualizar al

bacilo de Pfeiffer y al neumococo de Fraenkel. Este no se hallaba en la proporción con que suele presentarse en los esputos de enfermos de neumonia franca.

El de Pfeiffer, en cambio, era más abundante y me fué posible aislarlo por el cultivo.

En cuanto a la histología del esputo la estudié, ya directamente distendiéndolo sobre el portaobjeto, o bien después de incluirlo en parafina, y observé, que además de mucosidad, de células con núcleo redondo provenientes del revestimiento alveolar, de leucocitos polimorfos nucleados y de hematíes en transformación se veían, predominando los bacilos de Pfeiffer, sueltos o fagocitados siéndome más cómoda la inclusión para el empleo del método de Gram y para el análisis citológico; faltaba la fibrina que se observa en la neumonia franca.

En nuestro laboratorio este año hemos tenido oportunidad de hallar frecuentemente el bacilo de Pfeiffer en los esputos más purulentos, sanguinolentos o no, al lado de neumococos o solos.

De mis observaciones deduzco que la neumonia por influenza (o mejor dicho bronco-neumonia) se ha prestado este año con los caracteres que describió Pfeiffer anteriormente, y en los casos por mí observados el proceso inicial también fué la influenza a la que luego se agregó el neumococo.

~~~~~

Del estudio bibliográfico precedente surge la siguiente cuestión: Existen diferencias clínicas y bacteriológicas entre gripe e influenza?

Antes de contestar categóricamente a la pregunta formulada, vamos a recordar brevemente las opiniones emitidas por los autores argentinos que han tratado el punto.

Méndez afirma que la gripe de 1916 fué debida pura y exclusivamente al neumococo y que la influenza es la enfermedad causada por el bacilo de Pfeiffer.

Bullrich dice gripe o influenza indistintamente, porque ambos términos son adaptables al cuadro clínico y bacteriológico, ya que la asociación del bacilo de Pfeiffer y del neumococo ha sido en 1916 un hecho muy frecuente.

Beatti opina que no existe tal diferencia porque en sus observaciones personales la sintomatología (de las neumonías por influenza) no difiere de la que describió Pfeiffer y el examen de esputos reveló predominio del bacilo de Pfeiffer en la mayoría de los casos; en otros enfermos la asociación del bacilo de Pfeiffer con el diplococo de Fraenkel y en otras observaciones, aunque más raras, neumococo únicamente.

Gourdy observó en gran cantidad de exámenes de esputos realizados en los laboratorios de los Hospitales Alvear y Clínicas el predominio

del bacilo de Pfeiffer, como también encontró en otros casos el neumococo de Fraenkel, pero no en la misma proporción del Pfeiffer.

Méndez constata el predominio del neumococo en la gripe, aunque da a entender que en casos rarísimos suelen hallarse otros bacilos.

Ahora bien, de las investigaciones de Beatti y Gourdy resulta que bacteriológicamente no existe una diferencia absoluta, puesto que se observa comunmente el bacilo de Pfeiffer y el neumococo de Fraenkel.

Pero si en el orden bacteriológico no existe diferencia o es muy difícil demostrarla tampoco es fácil hallarla desde el punto de vista clínico.

Las observaciones de los Doctores, Agote, Bullrich, Galli son en cuanto a sintomatología diferentes de las de Méndez especialmente en lo que respecta a los fenómenos abdominales.

Según Méndez los desórdenes intestinales anteceden a los pulmonares ;según Agote y Galli ocurre lo inverso, la afección se inicia con síntomas bronco-pulmonares y más tarde aparecen los desórdenes digestivos. Bullrich afirma que no existe la formación abdominal de Méndez, pues fuera de algunas nauseas y vómitos en algunos de sus enfermos, no la ha consignado en sus historias clínicas de su servicio del Hospital Alvear ,

en el que he tenido el honor de actuar en carácter de interno.

Para concretar se puede decir y en esto coincidimos con el Dr. Solari (S. M., N.º 45, Nov. 19 de 1916) que grippe o influenza son sinónimos, pues una y otra pueden ser determinadas — de acuerdo con el concepto clásico y la reciente ratificación de nuestros bacteriólogos — por el bacilo de Pfeiffer, por el neumococo, por una asociación de ambos o por algún otro agente microbiano.

Que pueden existir gripes o influencias por Pfeiffer o neumococos puros según han sido evidenciadas por Méndez; todo depende de las epidemias y aun en las epidemias según el ambiente en que se propagan.

---

## CAPITULO II

### **Tratamiento**

La base del tratamiento en las formas atenuadas está en la buena antisepsia de las fosas nasales (aceite mentolado, eucaliptol, terpinol) que descongestionando la pituitaria permite una respiración más fácil.

La disfagia, la sensación de sequedad de la faringe se combaten con gargarismos emolientes. La tos se combate a base de anti-espasmódico y sobre todo con el reposo de la voz, fomentaciones calientes insitu; debe cuidarse del frío atmosférico, del uso del cigarro y de los cambios bruscos de temperatura.

La infección general debe tratarse con el salófono y la criogenina asociando a la fórmula el sulfato neutro de estriquina, como estimulante me-

dular a fin de combatir la intensa postración neuromuscular.

La balneoterapia, bajo la forma de baños fríos de sábanas en los adultos y los templados de inmersión en los niños, resultan eficazmente en las hipertermias gripales sin localización orgánica alguna. Su acción es tan rápida que antes de doce horas en algunos casos aborta el proceso febril.

Las manifestaciones pulmonares agudas especialmente la neumonia ha sido objeto de distintos tratamientos que pasaremos rápidamente en revista.

Numerosos son los tratamientos que se han empleado y emplean para combatir esta afección, no habiéndose podido hasta ahora, a pesar de los muchos ensayos hechos, dar con un tratamiento específico de la enfermedad y de resultados evidentemente positivos.

Variando en sumo grado los caracteres y gravedad con que se presenta la neumonia en los distintos enfermos, se explica la cantidad de medios empleados para combatirla; empezando por la expectación sistemática, hasta llegar al empleo de los más variados usos terapéuticos.

Es cierto que la neumonia es una enfermedad que tiende a la curación, siguiendo su evolución cíclica, terminando por crisis ;la expectación pa-

rece por lo tanto indicada dejando al organismo solo, el trabajo de efectuar la curación; pero esto sería en caso que se tratara de un individuo joven y vigoroso; y así mismo, muchos y serios son los peligros que pueden resultar de esa expectación sistemática, por las complicaciones que pueden sobrevenir. Máxime si tomamos en cuenta lesiones o afecciones anteriores a la enfermedad actual, pues entonces con mayor razón aun habrá que observar una conducta contraria a la expectación.

Se usó en un tiempo ya lejano los eméticos peligrosos además de la depresión general que traen, por las perturbaciones de parte del aparato circulatorio; lo mismo podemos decir por lo que respecta a los vegigatorios, pues sabido son los graves inconvenientes que presenta su aplicación y las nulas ventajas que se obtienen.

Después vienen los antitérmicos diversos, tratando tenazmente de obtener un descenso en la temperatura; entre estos tenemos la antipirina, la quinina. Cassoute utilizaba el carbonato de creosota atribuyéndole acción sobre las lesiones pulmonares y sobre la temperatura.

En cuanto al uso tan generalizado en tiempos ya lejanos de la sangría hoy ya no se usa, por lo que respecta a los demás medios ventosas, baños,

etc.; su acción es buena, unos actúan como revulsivos y otros como antitérmicos.

Se ha usado también las preparaciones de pilocarpina con resultados poco o nada favorables. Rosenberg dice que la diferencia que ha notado, entre los casos tratados por la pilocarpina y los la no tratados por ella, es, que los primeros experimentaron síntomas de intoxicación, abundantes sudores, gran aflujo de saliva, una gran depresión del enfermo; todo lo que induce a rechazar el tratamiento.

Por lo que respecta a la seroterapia pasaremos en revista el suero anti-neumónico.

Después de las experiencias de varios autores entre ellas las de los hermanos Klemperer, que obtuvieron la curación de seis neumónicos, mediante la inyección de suero de conejos inmunizados, contra la infección neumónica; lo mismo que obtuvieron la curación de la neumonia de los conejos mediante la inyección de suero de neumónicos convalecientes, se han elaborado sueros por varios autores, que si bien no han dado resultados netos y precisos, los hacen esperar para el porvenir.

Han sido ensayados en pequeña escala y por lo tanto no se pueden aceptar sin más control, uno que otro resultado favorable obtenido en las experiencias de Pane.

J. Harnett usó un suero anti-neumónico, el cual en una de las observaciones hechas, cree en la acción anti-tóxica del suero; pero en general, esta le ha parecido poco manifiesta.

Weisbecker, estudió veintiún casos, en los cuales inyectó suero de neumónicos convalecientes, notando en ellos una disminución de las manifestaciones generales que se observan en la neumonía, descenso de temperatura, disminución de frecuencia del pulso. Notó igualmente que si la inyección se hacía precozmente se producía una mejoría en las manifestaciones locales de la enfermedad; por el contrario, cuando en el pulmón existía ya hepatización no se notaba modificación ninguna en el estado de las lesiones pulmonares.

Más tarde Panc ensaya en varios neumónicos, un suero que señala con los números 1 y 2, siendo necesario según el autor tratar a los enfermos tan precozmente como sea posible, sino se corre el riesgo de que fracase la medicación.

Recomienda inyectar 10 c. c. en un día, repitiéndose sucesivamente la misma dosis en los días siguientes. Obteniéndose por este medio la curación del enfermo; en los casos graves y cuando la intervención es tardía, se suelen inyectar hasta 150 c. c. de suero.

Resulta que observando estos casos que Pa-

ne ha curado ha sido necesario hacer las inyecciones hasta el 5.º y 7.º día de la enfermedad lo que hace algo dudosa la eficacia del suero; es cierto que en los enfermos de Pane la temperatura desciende después de la inyección del suero de 39º 5 a veces hasta 38º, a más de ser poco los casos que trae Pane en su artículo sobre esta cuestión, casos entre los cuales han habido dos defunciones, este descenso de temperatura no demuestra una acción decisiva del suero.

Se emplea la digital a la dosis de 0,50 ctgs. a 1 g. que actúa sobre el corazón sosteniendo a este, facilitando la circulación, haciendo más activa la nutrición del músculo y por lo tanto, se le da mayor energía para resistir a los efectos degenerativos de la toxi-infección.

Se emplea el oxígeno con muy buen resultado en la Bronco Neumonía (inyecciones subcutáneas) especialmente en los niños.

La dermoclisis de suero artificial esterilizado, bien conocidos son sus efectos sobre la circulación, pues fluidificando la sangre la hace menos coagulable; produciéndose entonces mayor tensión en el pulso, menos frecuencia, etc.

Se ha empleado y se emplea el suero alcanforado endovenoso con buen resultado.

Tratamiento quimioterápico de la neumonía por la optoquina. «El Dr. Francisco C. Arrillaga

al ocuparse de este tratamiento dice: «La etilhidrocupreína resulta de la adición de un grupo etilo en la molécula de la hidrocupreína, que es un derivado de la quinina. Experimentalmente en ratas, la inyección simultánea de optoquina en aceite y del neumococo, impide el desarrollo de la enfermedad; en la neumonía lobar del cobayo puede obtenerse la curación si se trata precozmente. Esta substancia mata al neumococo directamente, degenerándolo y no por intermedio de la fagocitosis. Se usa el clorhidrato, muy soluble, en agua, por boca, en dosis fraccionadas de 0,25 ctgs., cada 24 horas hasta llegar a 1,50 gramos, en 24 horas, las dosis repetidas aseguran una impregnación constante.

La vía endovenosa no se usa ya, salvo en las infecciones de las serosas, pues en esta forma la eliminación de la substancia es rapidísima. Como signos posibles de intolerancia: Trastornos auditivos, visuales, intolerancia gástrica. Se ha aplicado en meningitis, bronconeumonías, pleuresias; existen estadísticas europeas amplias.

He tratado algunos casos en Europa y seis entre nosotros, con muy buen resultado. Propongo asociar esta medicación con la suero-terapia específica».

El Dr. Mainini al ocuparse de este tratamiento manifiesta: que ha ensayado la optoquina en

cinco casos de neumonia. En tres de ellos inició el tratamiento entre el 2.º y 3.º día de la enfermedad; en los otros en el 6.º y 9.º día. Ha practicado siempre inyecciones intravenosas hasta 1 gramo de medicamento. Se muestra partidario de la administración de grandes dosis de optoquina por vía endovenosa. Cree que debe tratarse la enfermedad, si es posible, en su iniciación, nunca cuando ya ha comenzado el período de hepaticización gris, en cuyo caso se agravará el enfermo o se retardará la curación.

El Dr. Julio Méndez al ocuparse de este tratamiento dice: este es el mejor tratamiento actual, tanto más que como ha dicho bien Arrillaga, puede asociarse a los sueros. Los resultados son admirables en los primeros días, más tarde no, cuando ya hay un block neumónico bien formado.

Vamos a ocuparnos ahora del método de Seibert que hemos aplicado sistemáticamente en todos los enfermos, cuyas historias clínicas acompañamos en cuadros adjuntos y que tan buen resultado nos ha dado.

Consiste el método en inyectar a los enfermos por vía subcutánea dos masivas de aceite alcanforado en la proporción de 20 por ciento y en la cantidad de 12 a 15 ctms. c. c. diarios para los adultos y de 4 a 6 ctms. c. para los niños;

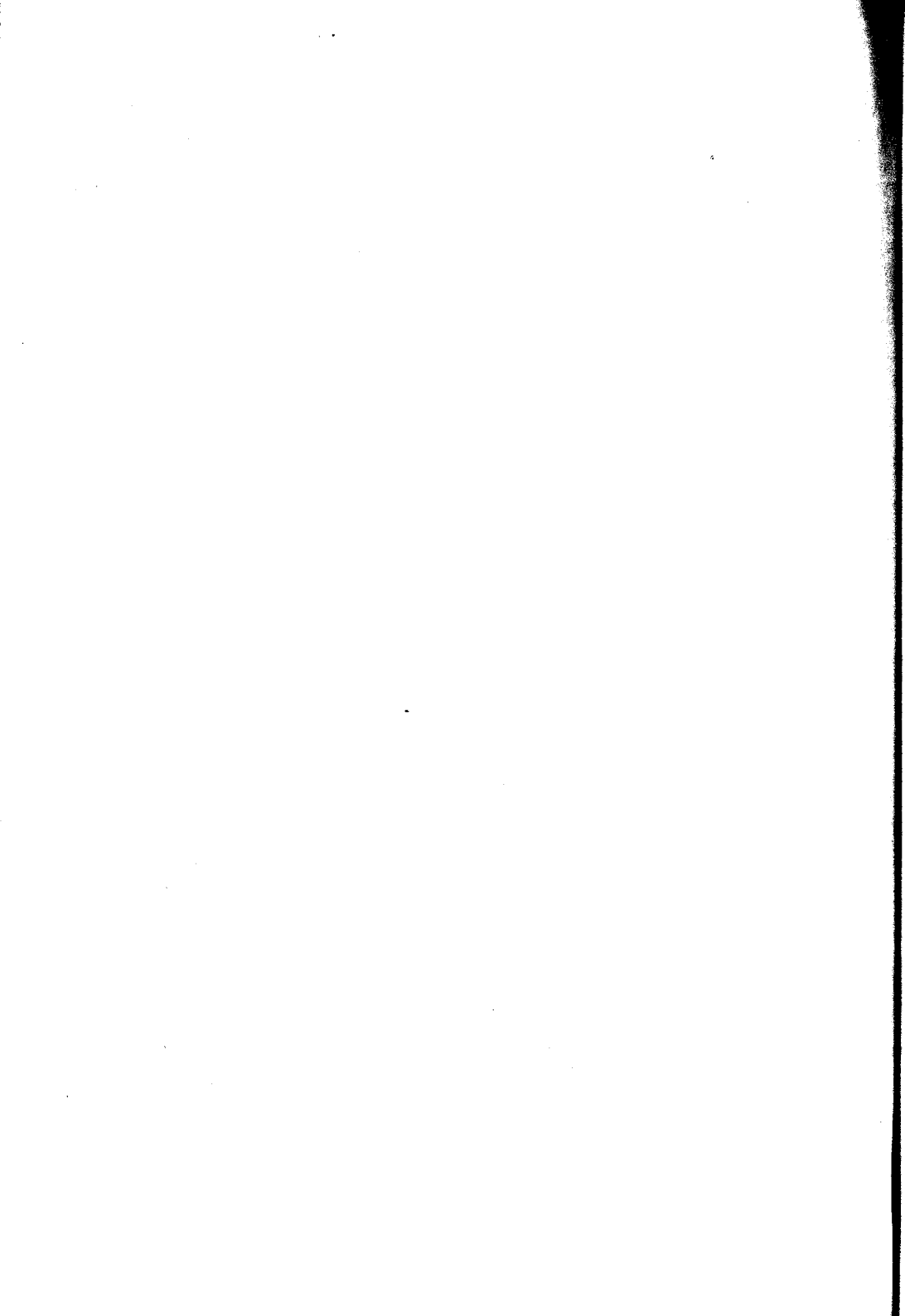
este tratamiento por el método de Seibert es extensivo a las complicaciones.

Nosotros agregamos a ello Poción Todd, caféina y tintura de nuez vómica, en poción.

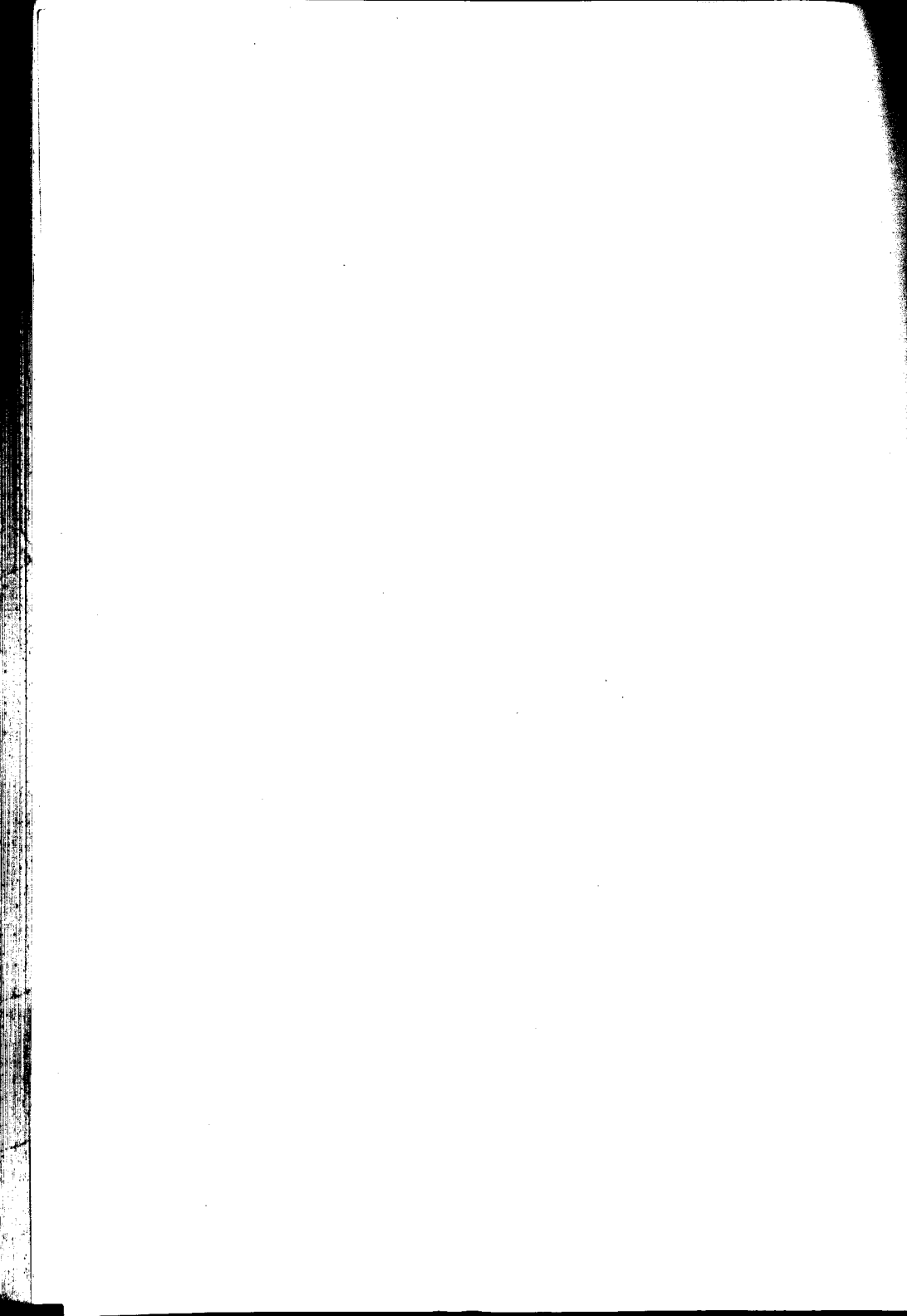
En el servicio del Profesor Bullrich se ha usado la preparación del Dr. Méndez en varios casos sobre la cual tanto se ha escrito y discutido durante el año pasado, no solo en las publicaciones y corporaciones científicas, sino también en la Prensa Política, no habiéndose observado resultados aproximados a los éxitos que aparecen en las publicaciones del propio Dr. Méndez y sus discípulos.

El Dr. Galli que ha ensayado en gran número de enfermos (conscriptos del ejército) no ha obtenido con el Haptinógeno resultados satisfactorios.

---







## Hospital «Torcuato de Alvear», Servicio del Profesor Bullrich

Entrada	Sala	Dama	Edad	Antecedentes	Diagnóstico	Complicaciones	Evolución	Tratamiento	Terminación	Espusos
18 de Abril 1916	XI	19	15 años	<i>Hereditarios:</i> sin importancia. <i>Personales:</i> Varicela y sarampión en la infancia. <i>Enfermedad actual:</i> Cúcleo atáxico que se inicia con nupcia de costado base derecha del torax, chuccho, fiebre, tos, expectoración hemorrhábrica.	Neumonía base derecha. — Pleurisia serofibrinosa.	El 21 de Abril no hay fiebre pero la disnea es de 30% más y su curva aséptica; hacia la mañana hay más vibraciones al tacto y se agudiza hacia la tarde la expectoración el sopleo es suave, con silencio casi absoluto en la base; hay egrotina. Se punza y se extrae líquido serosanguinolento muy fibrinoso; su cupa es delgada. Mayo 2. ... No hay fiebre, la temperatura es en 100° centígrados de sangre venosa; 100° centígrados con 40% de dióxido de nitrógeno. Los frottes líquidos desaparecen, los frottes sólidos permanecen, la base se hace más sonora.	La temperatura cae en lista al 3er. día.	Método de Seibert. — Aceite atáxico, raito, 15 cc. diarios en inyecciones. — Poción Todd, cafeína, tintura de nuez vómica (en poción).	El 15 de Mayo el enfermo sale curado de alta. Curado.	Se observan en necropsia, sale curado.
de Marzo 1916	XI	9	18 años	<i>Hereditarios:</i> sin importancia. <i>Personales:</i> Escarlatina a los seis años. <i>Enfermedad actual:</i> Tres días de enfermedad con dolor brusco y punzativo en el costado derecho. Cefalea, temperatura con 40° centígrados con expectoración sanguinolenta.	Neumonía derecha.	Sin complicaciones.	La temperatura hace crisis al 6º día.	Método de Seibert. — Aceite atáxico, raito, 15 cc. diarios. — Poción Todd, cafeína, tintura de nuez vómica (en poción).	El 2 de Abril el enfermo sale curado.	Se observan en necropsia, sale curado.



## Hospital « Torcuato de Alvear » Servicio del Profesor Bultrich

Entrada	Sala	Cama	Edad	Antecedentes	Diagnóstico	Complicaciones	Evolución	Tratamiento	Terminación	Espus
19 de Diciembre X. J. Italiano	XI	40	40 años	<i>Hereditarios:</i> Sin importancia. <i>Personales:</i> No recuerda las enfermedades de su infancia, ha sido siempre sano. <i>Enfermedad actual:</i> Diez días de enfermedad que se inicia por fuertes estornudos, alta temperatura, purgada de costado izquierda, expectoración ferruginosa.	Neumonía base izquierda.	Sin complicaciones.	La temperatura desciende en fish al 7.º día de su ingreso al servicio.	Método de Seibert — Aceite almendra en forma de supositorios en inyecciones. — Poción Todd, catetina y tintura de nuez vomica, en poción.	El enfermo pide el alta en el día 29 de Diciembre.	Se observan neumococos.
27 de Octubre E. C. Italiano	XI	2	40 años	<i>Hereditarios:</i> Sin importancia. <i>Personales:</i> Sin importancia en su infancia, no recuerda las enfermedades. <i>Enfermedad actual:</i> ocho días de enfermedad con malestar general, alta temperatura, cefalea, tos con abundante expectoración purulenta de costado derecha disnea, expectoración ferruginosa.	Neumonía base derecha	Análisis de orina — Vestigios de albumina.	El enfermo ingresa al servicio al 8.º día de su enfermedad sin temperatura por lo que los signos clínicos de neumonía.	Método de Seibert. — Aceite almendra forado al 20.º día en inyecciones. — Poción Todd, Cafeina, tintura de nuez vomica (en poción)	El 13 de Noviembre van auscultando el enfermo.	Se observan neumococos.



## Hospital «Torcuato de Alvear» Servicio del Profesor Bullrich

Entrada	Sala	Cama	Edad	Antecedentes	Diagnóstico	Complicaciones	Evolución	Tratamiento	Terminación	Espusos
31 de Octubre A. A. Español	XI	24	44 años	<i>Hereditarios:</i> Sin importancia. <i>Personales:</i> Infección aguda de ocho años por loce de litiasis renal. <i>Enfermedades actuales:</i> Cuatro días de enfermedad con fiebre escalofrío, alta temperatura, punfada de costado derecho, náuseas, y excoercción hematuria.	Neumonía base derecha	Sin complicaciones	La temperatura cae en lisis al tercer día de su ingreso al Servicio.	Método de Seibert — Aceite alcobafoado al 20% en 15 cc' diarios en inyecciones.  Pocion Todd (de infusión de mela y cancha (en pocion).	El 10 de Noviembre el enfermo falleció. Cada día de su Curación.	Se observan necrosis.
29 de Julio J. L. Griego	XI	47	47 años	<i>Hereditarios:</i> Neumonía base derecha. <i>Personales:</i> Se sañampañada en la infancia a los 15 años neumonía poliartricular. <i>Enfermedades actuales:</i> doce días que está enfecionado por molestias generales, cefaleas, a los 2 días tiene punfada de costado derecho, con escalofríos, náuseas y abundante expectoración mucopurulenta.	Neumonía base derecha  Pleurvesia métrastática izquierda anterior	Agosto 10 — La temperatura que es de 38° a 39° baja por sa a cirugía el día de 38°, mejor estado es 15 de Agosto, desaparecido los vales de fiebre, y se exte retorno, espúto fuido, abundante un litro de pus de un litro. Agosto 17 — Estado estacionario, cavidad pleural, abscesos, y vales numerosos, enquistada en la base, muy persistente, facies castrada, mal estado general, parte anterior de la base izq. pulso frecuente, dolor en el hipocondrio izquierdo. Agosto 15 — Llamo la atención la persistencia del dolor de la disnea, la taquicardia, respiración torácica superior, diaphragma inamóvil. Al examen de los pulmones, por detrás, nada de anomalía, excepto frente a la región do derecho. Tiene un vazo en el muy dolorosa. Se lanza en el espacio una sonda, anterior y se extrae puro fuido amarillo licido, que revela la presencia de 10 tuberculos.	Método de Seibert — Aceite alcobafoado al 20% en 15 cc' diarios en inyecciones.  Pocion Todd (de infusión de mela y cancha (en pocion).	El enfermo falleció los 20 días de operado.	Se observan vales de coque.	

1870

1871

1872

1873

1874

1875

1876

1877

1878

1879

1880

1881

1882

1883

1884

1885

1886

1887

1888

1889

1890

1891

1892

1893

1894

1895

1896

1897

1898

1899

1900

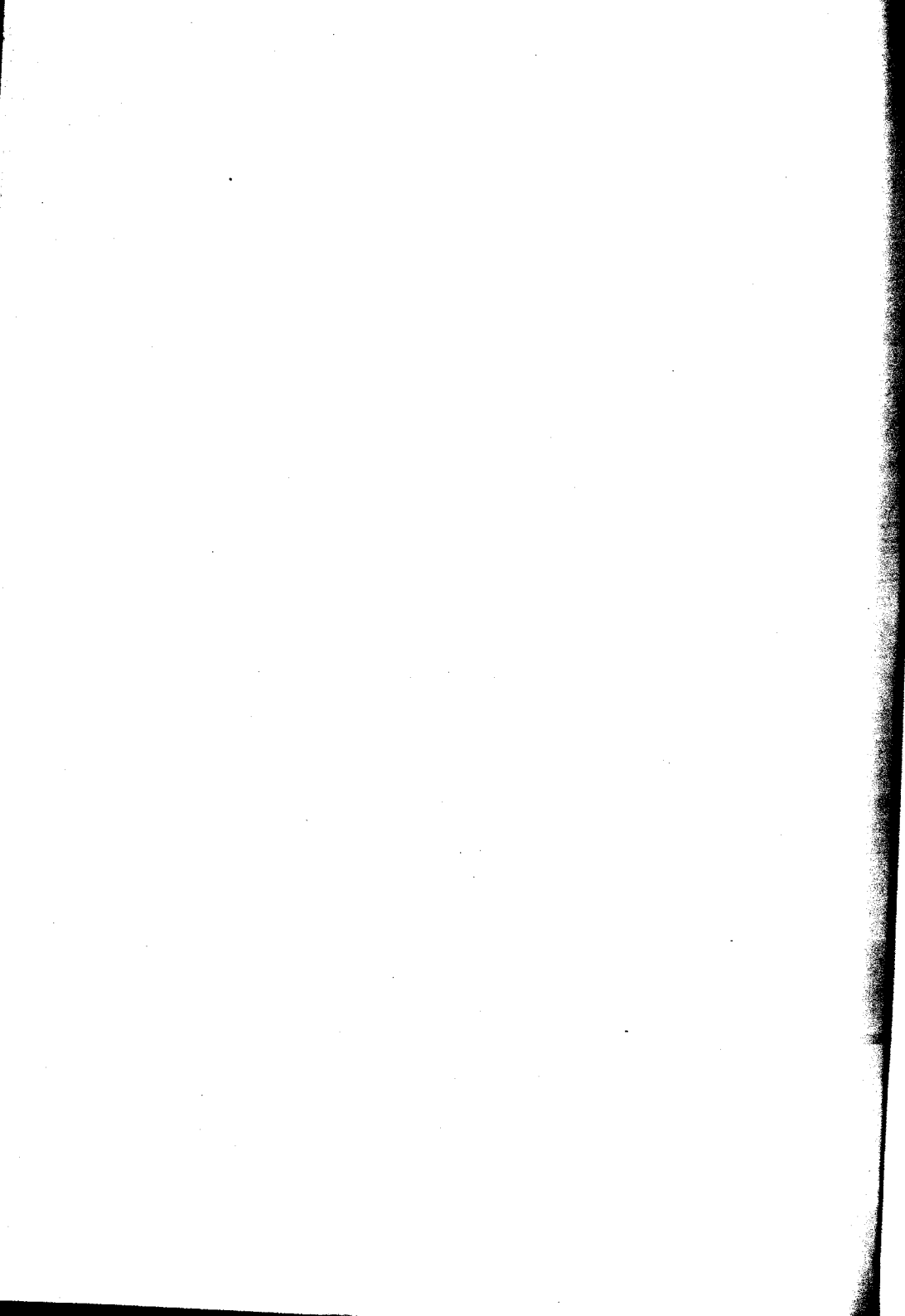
## Hospital «Torcuato de Alvear» Servicio del Profesor Bullrich

Entrada	Sala	Cama	Edad	Antecedentes	Diagnóstico	Complicaciones	Evolución	Tratamiento	Terminación	Esputos
28 de Julio R. J. Argentino	XI	22	14 años	<b>Hereditarios:</b> sin importancia. <b>Personales:</b> Ig-nora las enfer-midades de su infancia, sino que se habia sentido una «fermelad» grave. <b>Enfermedad actual:</b> Cinco días de enfer-medad que se inicia con vio-lento escalofrío, dolores difusos en el tórax, ca-patrigia hemor-rágica, con ex-petores con ex-terminación de rumbrosa.	Membrana base izquiérrda.	Sin complicaciones	La tempera-tura hace crisis al despertarse in-terpuesto al ser-vido.	Método de Seibert Aceite alcan-forado al 25 <sup>o</sup> en inyecciones. — Todd. Poción finura de leche y omica (en posición).	El enfermo es dado de baja el 11 de agosto. Cu-rado.	Se obser-va el 11 de agosto.
7 de Agosto M. D. Italiano	XI	37	48 años	<b>Hereditarios:</b> Sin importancia, fecha periculis-pra en los 30 años. <b>Personales:</b> In-temperancia, anemia; chanero blando y adenitis. Inzunal a los 35 años. <b>Enfermedad actual:</b> Cinco días de enfer-medad con vio-lento escalofrío, alta temperatura, estrado derecha, tos con abun-dante expecto-ración mucosa sanguinolenta.	Membrana de-terminada, periculis-pra.	Sin complicaciones	La tempera-tura hace crisis al pe-lido.	Método de Seibert Aceite alcan-forado al 20 <sup>o</sup> en 15 cc. diarios en inyecciones. — Todd. Poción finura de leche y omica (en posición).	El enfermo es dado de baja el 18 de agosto. Cu-rado.	Se obser-va el 18 de agosto.



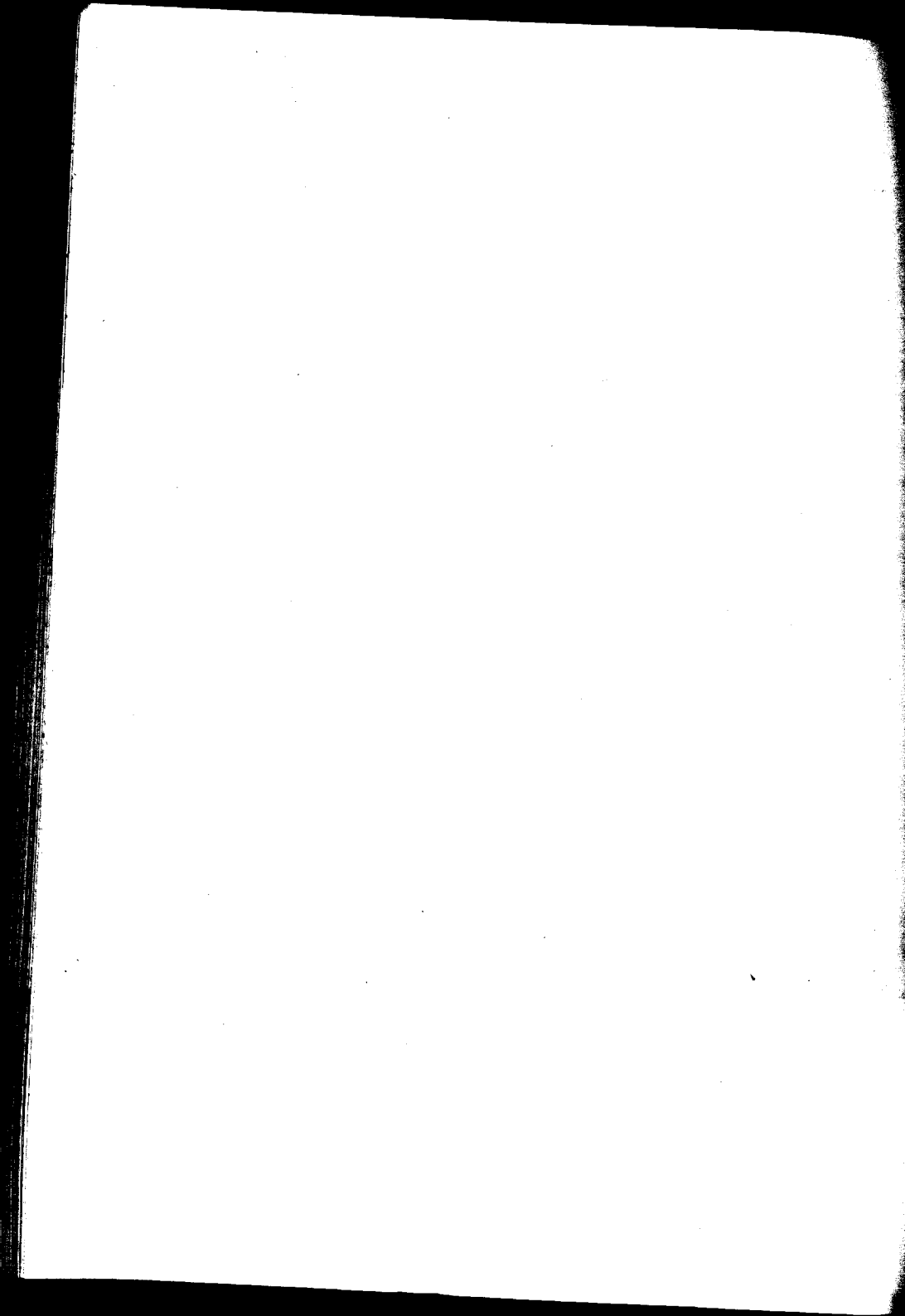
## Hospital «Torcuato de Alvear». Servicio del Profesor Bullrich

Entrada	Sala	Cama	Edad	Antecedentes	Diagnóstico	Complicaciones	Evolución	Tratamiento	Terminación	Espusos
7 de Octubre (1916) Bautista Siles Español	XI	3	38 años	<i>Hereditarios:</i> sin importancia. <i>Personales:</i> Sin importancia. En la infancia, después de haber estado sano. <i>Enfermedades actuales:</i> Un día de enfermedad que se inicia con gran escalofrío. Jarra de consorcio de consorcio. Temperaturas elevadas y expectoración hemorrahosa.	Neumonía base derecha	Análisis de orina — Albumina 0.35 g/l. Análisis de sangre: 21600 globulos blancos por mm <sup>3</sup> .	La temperatura anorexia crisis el 7.º día de su enfermedad.	El día 8 de Octubre se inicia un cuadro de Neumo-Alvear con resultado de 1916. Que negativo por lo tanto. Inyección el 10 de Octubre, presvia La inyección de 10 cc de suero fisiológico sin consecuencia. Inyección de los síntomas. Poción Todd, caféina, tintura de nuez vomica (en porción).	El enfermo falleció el día 22 de Octubre. Necropsia el día 23 de Octubre.	Se observó un hemoptisis.
9 de Octubre (1916) F. M. Arabe	XI	28	18 años	<i>Hereditarios:</i> sin importancia. <i>Personales:</i> A los seis años él, después de haber tenido una neumonía, se enfermó de nuevo. <i>Enfermedades actuales:</i> Los días de enfermedad con fuerte escafofrío cefálea, enlofrío cefálea, punta de consorcio de consorcio y expectoración hemorrahosa, alta temperatura.	Neumonía base derecha	El día 14 de Octubre por la noche el enfermo tuvo un acceso brusco de disnea con dolor intenso en el lado derecho; examinando el día 15 se notan los signos de un neumotorax; parca, suspirando a presión, se auscultó un ruidito de 10 cc de un líquido hemorrágico, casi sangre pura. El estado de enfermo es sin embargo favorable, no hay mucha disnea, no hay temperatura, el pulso es poco frecuente, solo se nota un estado de depresión moderada.	La temperatura anorexia crisis el 7.º día de su enfermedad.	El día 9 de Octubre se inicia un cuadro de Neumo-Alvear con resultado de 1916. Que negativo por lo tanto. Inyección el 10 de Octubre, presvia La inyección de 10 cc de suero fisiológico sin consecuencia. Inyección de los síntomas. Poción Todd, caféina, tintura de nuez vomica (en porción).	El enfermo falleció el día 22 de Octubre. Necropsia el día 23 de Octubre.	Se observó un hemoptisis.



## Hospital «Torcuato de Alvear», Servicio del Profesor Bullrich

Entrada	Salta	Cama	Edad	Antecedentes	Diagnóstico	Complicaciones	Evolución	Tratamiento	Terminación	Espudos
3 de Julio 1946 Nombre: M. G. italiano	XI	6	54 años	<p><b>Hereditarios:</b> Sin importancia, quierda.</p> <p><b>Personales:</b> Siempre sano, sin pleuritis ni hemorragia que quierda años hace dos años.</p> <p><b>Enfermedad actual:</b> Cuatro días antes de su ingreso padecía quierda, escalofrío, fiebre, tos con abundantes expectoración herrumbrosa.</p>	Neumonía izquierda. Pleuresía metapneumónica izquierda	<p>Análisis de orina: 0,50 % de albumina, no hay cilindros.</p> <p>El 21 de Julio vuelve la temperatura. Se examina el 22 y se hallan signos de líquido en la base izquierda que sube hasta la y se extraen 500 c.c. de pus amarillo, fúgado sin olor. El enfermo sigue sin temperatura unos días, pero luego recurre a la tuse y los signos de derrame pleurítico.</p>	<p>La temperatura cae en lisis al 8º día.</p> <p>El 9 de Julio no hay más temperatura.</p>	<p>Método de Seibert</p> <p>—</p> <p>Acetate alcoholizado al 20 % forado al 20 % en inyecciones.</p> <p>Poción Todd, cafeína, tintura de nuez yoníca (en posición).</p>	<p>El enfermo pasa a Van Memmola el 12 de Agosto de Agosto donde se le practica una pleurectomía</p>	Se observan algunos nematocitos.
8 de Agosto J. O. Español	XI	28	22 años	<p><b>Hereditarios:</b> La madre falleció a consecuencia de una neumonía; el padre falleció a los 10 años de la causa.</p> <p><b>Personales:</b> Sastruación en la infancia, después ha sido sano.</p> <p><b>Enfermedad actual:</b> tres días de enfermedad con escalofrío inicial, purtada de costado derecho, alta temperatura, cefaleas y tos con expectoración herrumbrosa.</p>	Neumonía bilateral. Pleuresía paraneumónica derecha.	<p>Al examen llama la atención la actividad del hemtorax, se detecta el dolor a la presión al ser percutido, la tuse y el ingreso al ser golpeado.</p> <p>Se extraen 340 c.c. de líquido muy fibrinoso cuyo examen revela el 1 % de linfocitos y mononucleares.</p> <p>Análisis de orina: 1 % de albumina; hematuria microscópica; no hay cilindros.</p>	<p>La temperatura cae en lisis al 3º día de su ingreso al ser golpeado.</p>	<p>Método de Seibert</p> <p>—</p> <p>Acetate alcoholizado al 20 % forado al 20 % en inyecciones.</p> <p>15 c.c. diarios.</p> <p>Poción Todd, cafeína, tintura de nuez yoníca (en posición).</p>	<p>El enfermo es admitido en Van Memmola el 23 de Agosto. Curado.</p>	Se observan algunos nematocitos.



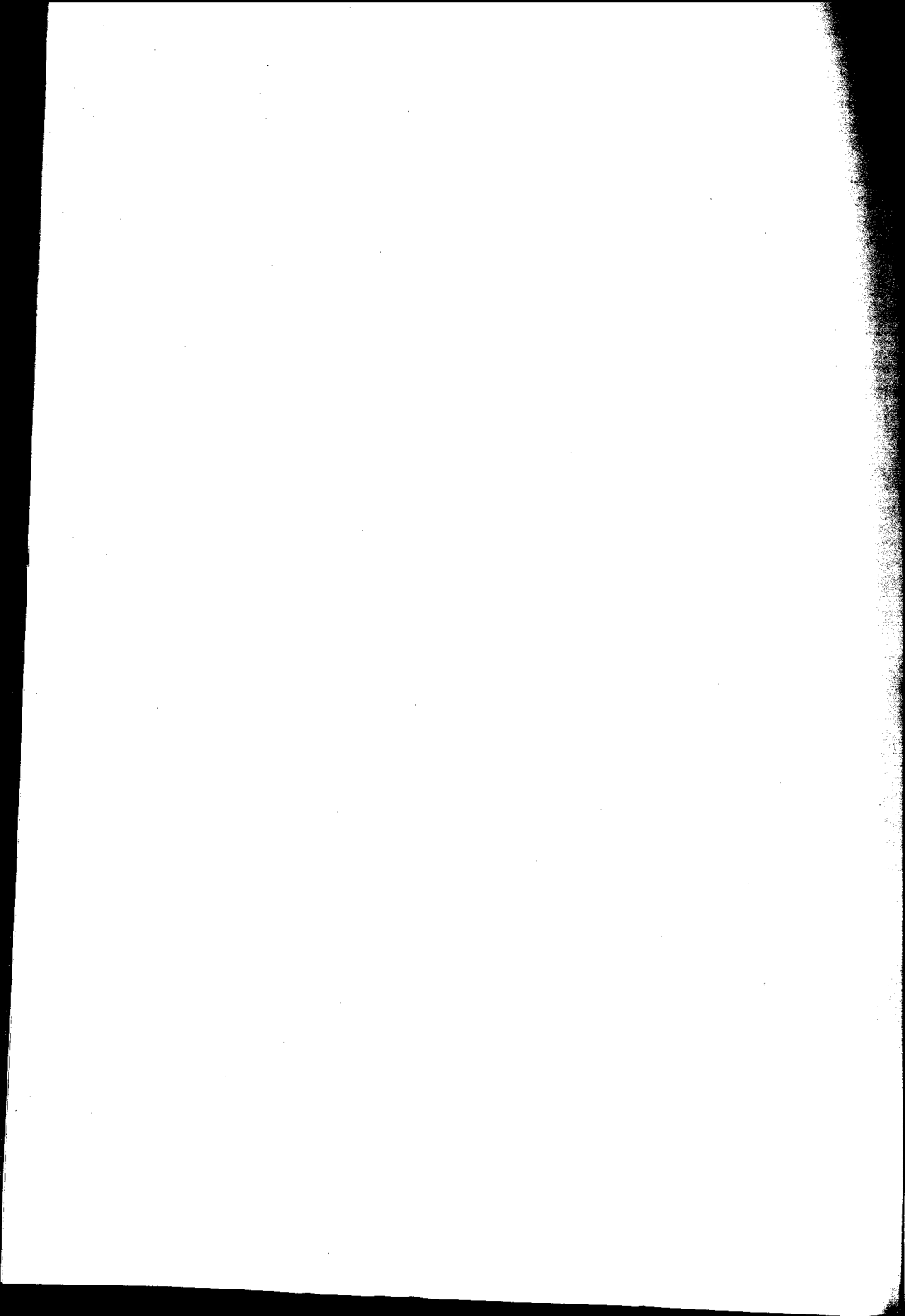
## Hospital «Torcuato de Alvear» Servicio del Profesor Bullrich

Entrada	Sala	Cama	Edad	Antecedentes	Diagnóstico	Complicaciones	Evolución	Tratamiento	Terminación	Episios
16 de Agosto J. O. Argentino	XI	46	17 años	<b>Hereditarios:</b> Sin importancia. <b>Personales:</b> No recorda haber tenido alguna enfermedad. <b>Enfermedad actual:</b> Diez días de enfermedad que se inicia con cefalea, malestar general, cefalea, temperatura y tos, a los dos días tiene una fuerte fiebre que persiste durante los días siguientes, aspecto de reacción alérgica.	Neumonía base derecha. Pleuritis sero-fibrinosa izquierda	El 21 de Agosto se notó en el pulmón izquierdo un resaca en el 7º día de su ingreso al servicio, todo aumento de vibraciones y frotes sales en toda la zona de sub-matriz. El 24 de Agosto la matidez izquierda es mayor, más extendida y su límite superior es curvo, espacio de Traube libre, vibraciones casi anómalas, escote ana sople suave. Se pinza y se extrae 100 cc. de líquido pleural abundoso que está en capa delgada.	La temperatura que en lista al 7º día.	Metodo de Seibert Acreite alcanforado al 20% en 15 cc. diarios en inyecciones. Poción Todd, Gafina, Urtica de azúcar (en jectin).	El día 3 de Setiembre el enfermo es dado de alta. Curado.	Se observan nemoboccos.
24 de Octubre P. C. Griego	XI	44	41 años	<b>Hereditarios:</b> Sin importancia. <b>Personales:</b> Dice haber sido siempre sano. <b>Enfermedad actual:</b> Diez días de enfermedad que en forma de reacción alérgica, cefalea alta temperatura, punta de de costado derecho, tos y expectoración con estrías sanguinolentas.	Neumonía base derecha.	Sin complicaciones	La temperatura que en lista al 7º día.	Metodo de Seibert Acreite alcanforado al 20% en 15 cc. diarios en inyecciones. Poción Todd, Gafina, tintura de nuez comica (en friccion)	El 11 de Noviembre el enfermo es dado de alta. Curado.	Se observan nemoboccos.

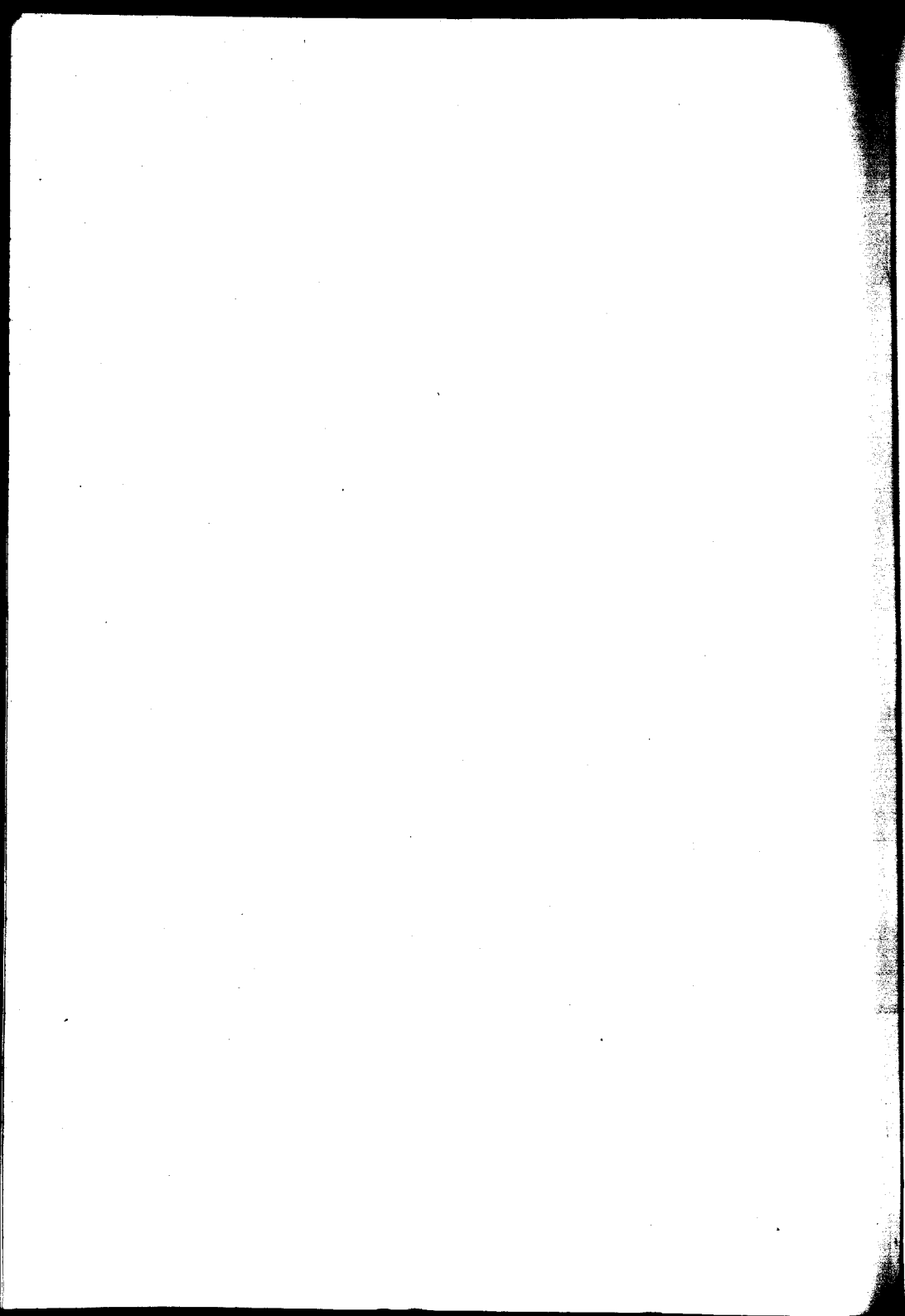


## Hospital « Torcuato de Alvear » Servicio del Profesor Bullrich

Entrada	Sala	Cama	Edad	Antecedentes	Diagnóstico	Complicaciones	Evolución	Tratamiento	Terminación	Episios
28 de Julio 1916 R. K. Argentino	XI	39	21 años	<i>Hereditario:</i> El padre falleció de viruela, la madre vive sana, un hermano no falleció de neumonía. <i>Personales:</i> Sano en la infancia; solo recuerda haber tenido neumonía a los 6 años, después ha sido sano. <i>Enfermedades:</i> Sano desde su infancia sin afección con violento escarlatino, dolor de costado en el hemitorso izquierdo, fiebre alta y lis renal, más tarde se hizo micopurulenta.	Neumonía pericapsular izquierda.	Análisis de orina — Albumina 0,30 %., no hay cilindros.	La temperatura cae en lisis el 7 día.	Metodo de Seibert — Aceite alcanforado al 2% en 15 cc's diarios en inyecciones.  Poción Todd, Cafeina, tintura de nuez vomica (en poción).	El enfermo sale de alta van neumonía el 31 de A. curado.	Se observa alta van neumonía el 5 de curado.
17 de Nov. 1916 P. S. Italiano	XI	50	54 años	<i>Hereditario:</i> Padres fallecidos, causa ignora la causa. <i>Personales:</i> Infancia sana, biccrona a los 20 años, después ha sido sano. <i>Enfermedades:</i> Sano desde su infancia, 3 días con chuccho, tempestatura, disnea, puntada de costado derecha y expectoración sanguinolenta que luego se hizo purulenta.	Neumonía base derecha.	Análisis de orina  Vestigios de albumina, no hay cilindros.	La temperatura cae en lisis al 4º día de su ingreso al Servicio o sea al 7º día de su entrada en la unidad.	Metodo de Seibert — Aceite alcanforado al 20 % en 15 cc's diarios en inyecciones.  Poción Todd Cafeina, tintura de nuez vomica (en poción)	El enfermo es dado de alta van neumonía el 5 de Diciembre. Curado.	Se observa alta van neumonía el 5 de Diciembre. Curado.







## Bibliografía

Agote L.—La epidemia actual de Grippe. El concepto sobre la misma del Dr. Julio Méndez. Su crítica. S. M. N° 36, 1916.

Arillaga Francisco C.—Trat. quimioterápico de la neumonia por la optoquina. Prensa Méd. Arg. 1915. Rev. Asoc. Méd. Arg. 1915.

André G.—Inflenza y Grippe, 1908.

Beatti Manuel.—La grippe. S. M. 1916.

Bullrich R. A.—A propósito de una epidemia de grippe. S. M. N° 37, 1916.

Collet F. J.—Pat. Intern. t. II.

Charcot-Bouchard, Brissaud.—Traité de Médecine, t. 6, 1901. Tratamiento de la Neumonia.

Dos Reis.—Estudio clínico de la Influenza, 1892.

Facio L.—Contribución al estudio de la grippe.

Galliard R.—La grippe, 1898.

Gnecco Joaquín V.—Consideraciones sobre influenza, 1893.

Galli Eugenio A. — La grippe en las tropas. (Primer Congreso Nacional de Med., 1916).

Knina-Wiener. — Klinische Wocheheuschr, 1909.

Lustig. — Malattie infettive dell'uomo e degli animali, 1915.

Lippmann A. — Neumococo y Neumococcias (actualidades médicas).

Méndez Julio. — Consideraciones sobre la actual epidemia de grippe, S. M. N° 34, 1906.

Méndez Julio. — Trat. quimioterápico de la neumonia por la optoquina. S. M. 1915, tomo 22.

Méndez Julio. — La grippe actual. S. M. N° 38, 1916.

Mainini. — Trat. quimioterápico de la neumonia por la optoquina. Prensa Méd. Arg., 1915. Revista Asoc. Méd. Arg. 1915. S. M., 1915, tomo 22.

Noé G. — La infección grippal, 1890.

Penna José. — Influenza y grippe, 1890.

Rivarola Rodolfo. — El tratamiento de Scibert en las neumonias. Soc. Méd. Arg., 1911.

Sabelli H. — Influenza, 1906.

Solari J. — Consideraciones acerca de la epidemia de grippe. S. M. N° 43, 1916.

Teissier J. — La grippe o influenza, su tratamiento, 1893.

Reuelta Timoteo Santos. — Tratamiento razonable de las neumonias, 1903.

Sainte Marie Pedro.—Tratamiento de la Neumonia.

Ramírez Calderón H.—El suero alcalforado endovenoso como tratamiento de la Neumonia.

---



Buenos Aires, Mayo 22 de 1917

Nómbrese al señor Académico Dr. José Penna, al profesor titular Dr. Luis Agote y al profesor suplente Dr. Fernando Torres para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4° de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.

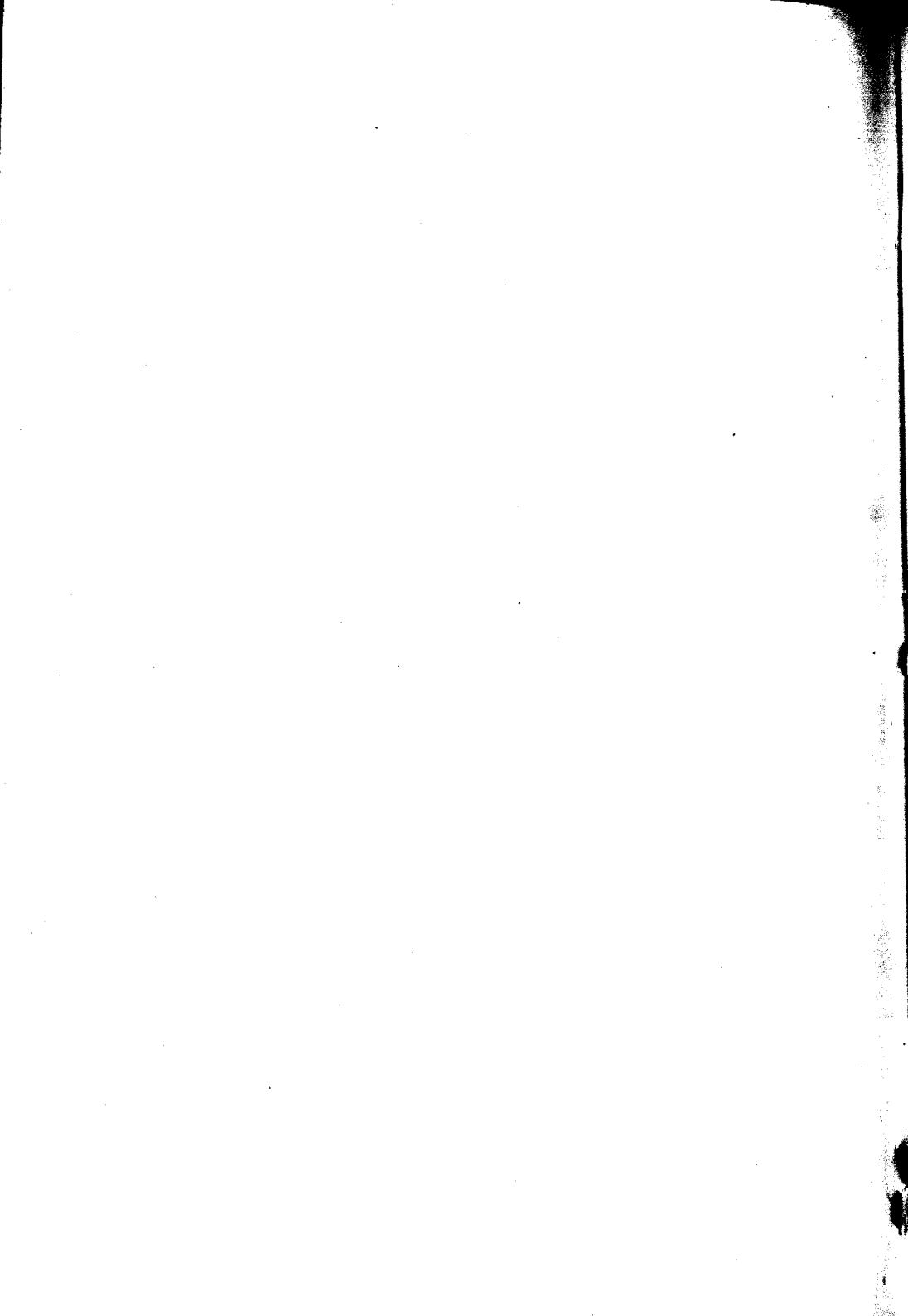
*J. A. Gabastou.*

Buenos Aires, Junio 4 de 1917.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3290 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

*J. A. Gabastou.*



## PROPOSICIONES ACCESORIAS

---

### I

Consideraciones sobre las epidemias de influenza o grippe en la Argentina.

*José Penna.*

### II

Existe un tratamiento específico de la grippe?

*Luis Agote.*

### III

Observación de Knina sobre localización biliar del bacilus de Pfeiffer.

*Fernando Torres.*



1387

