



Año 1915

N.º 2963

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PNEUMONIA GRIPAL

EL ELECTROARGOL EN SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

IGNACIO GIUFFRA



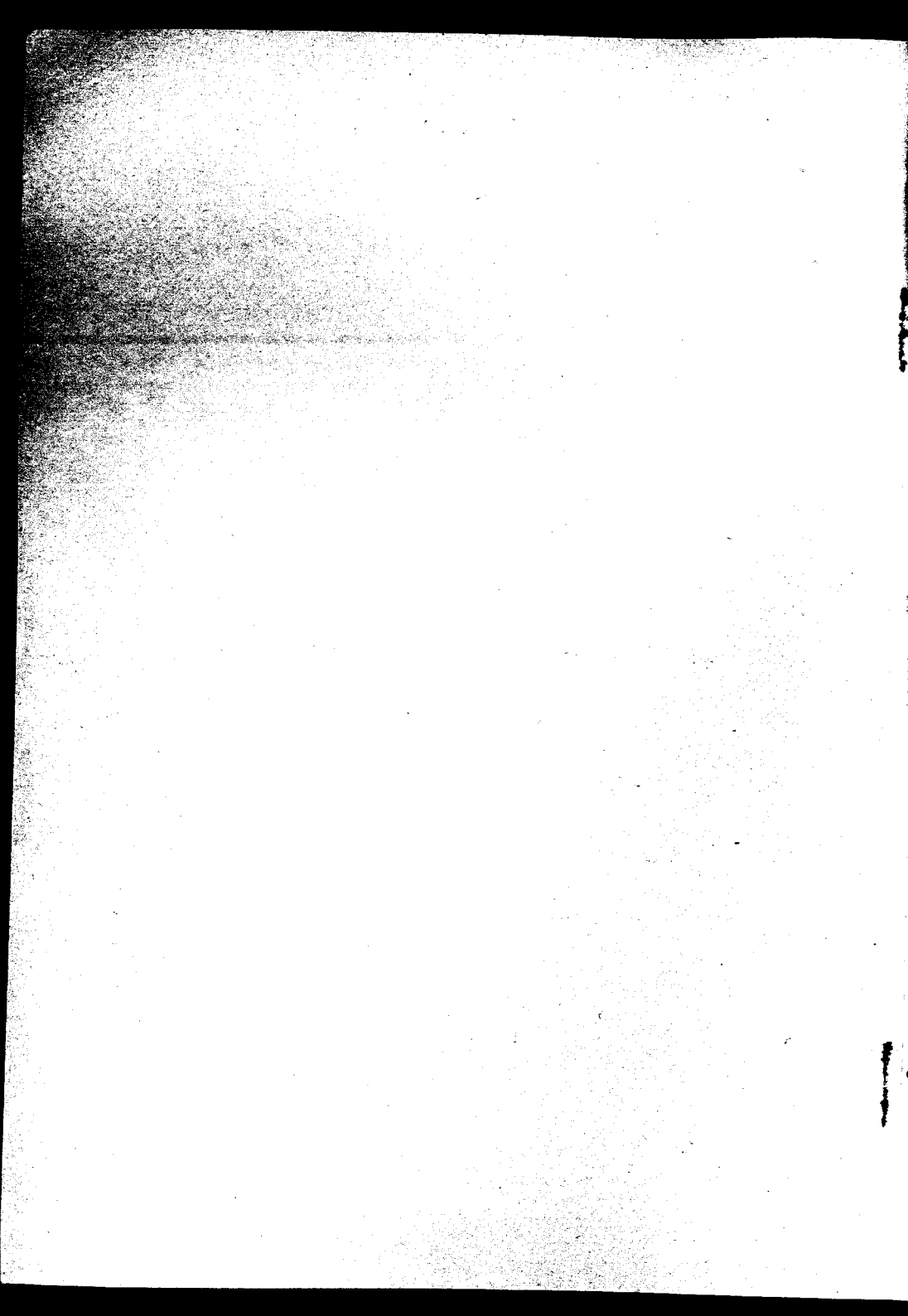
BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS Y CASA EDITORA DE E. SPINELLI

845 — Junio — 845

1915

Min. B. 26.13



PNEUMONIA GRIPAL

EL ELECTROARQUEO EN SU TRATAMIENTO



Año 1915

N.º 2963

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PNEUMONIA GRIPAL

EL ELECTROARGOL EN SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

IGNACIO GIUFFRÀ



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS Y CASA EDITORA DE E. SPINELLI

845 — Junio — 845

1915

Handwritten notes:
1915
96/13

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

Artículo 162 del R. de la F

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

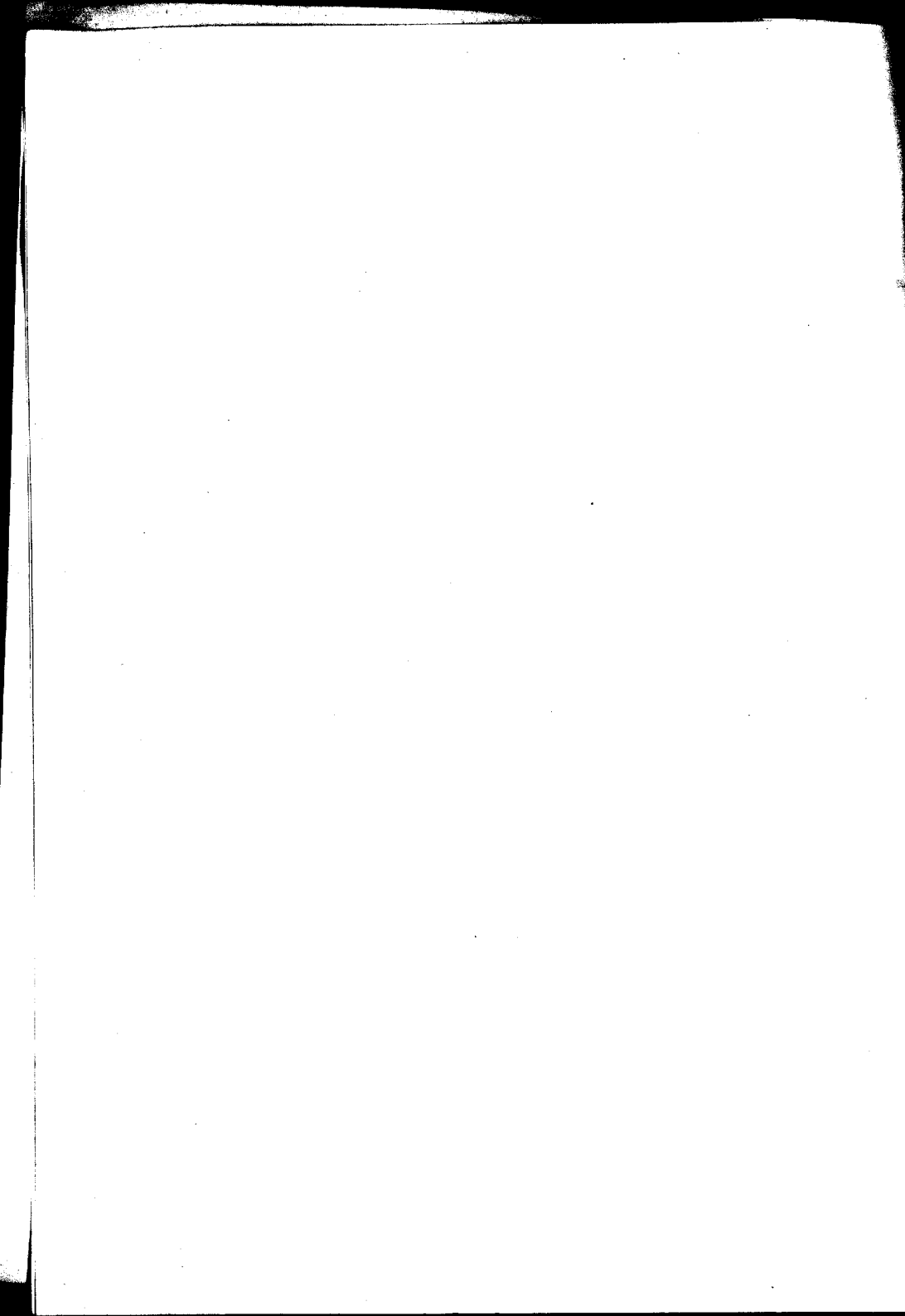
DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

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

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » MARCELINO HERRERA VEGAS



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

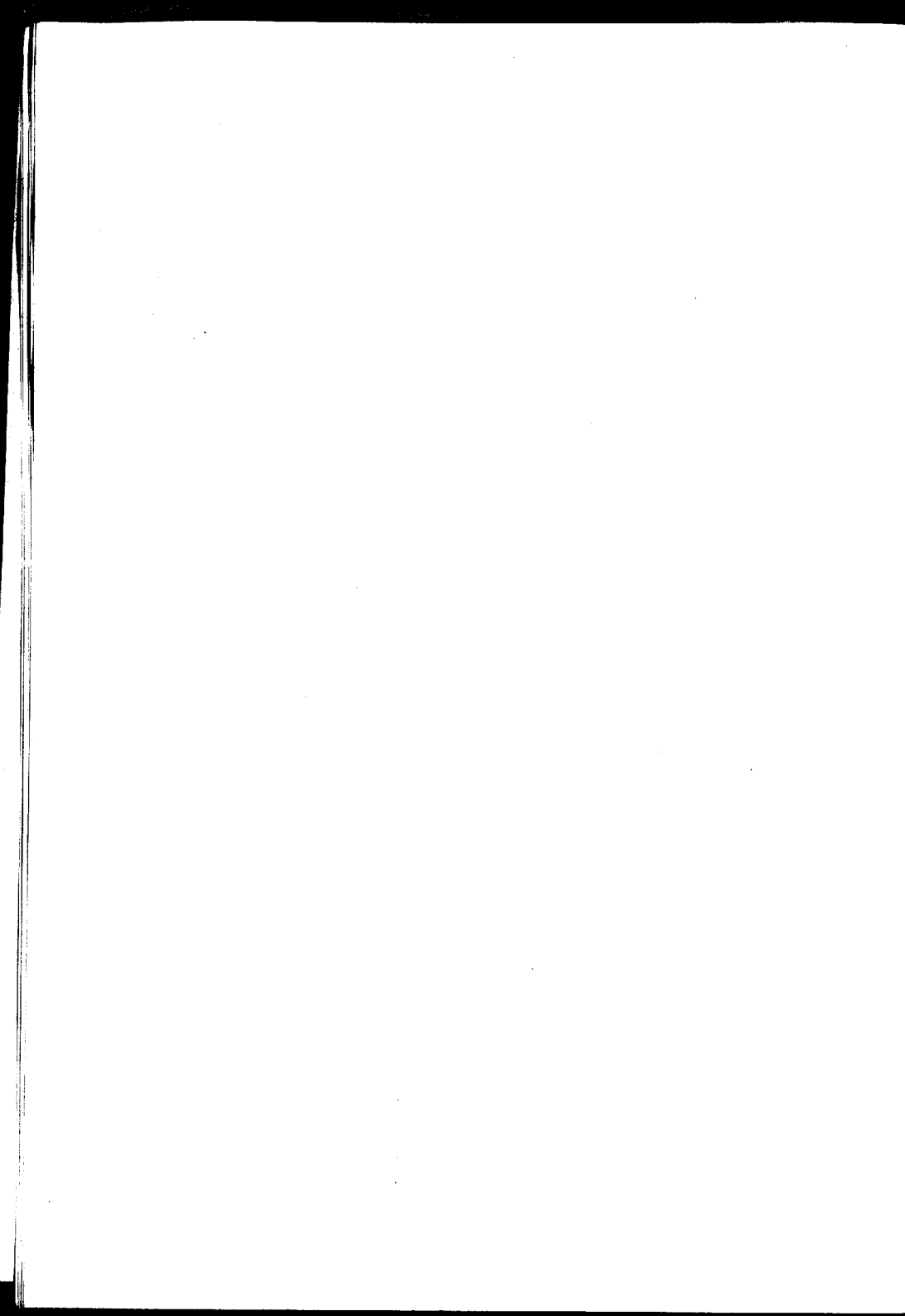
1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. > > EMILIO R. CONI
3. > > OLHINTO DE MAGALHAES
4. > > FERNANDO VIDAL
5. > > OSVALDO CRUZ



ESCUELA DE MEDICINA

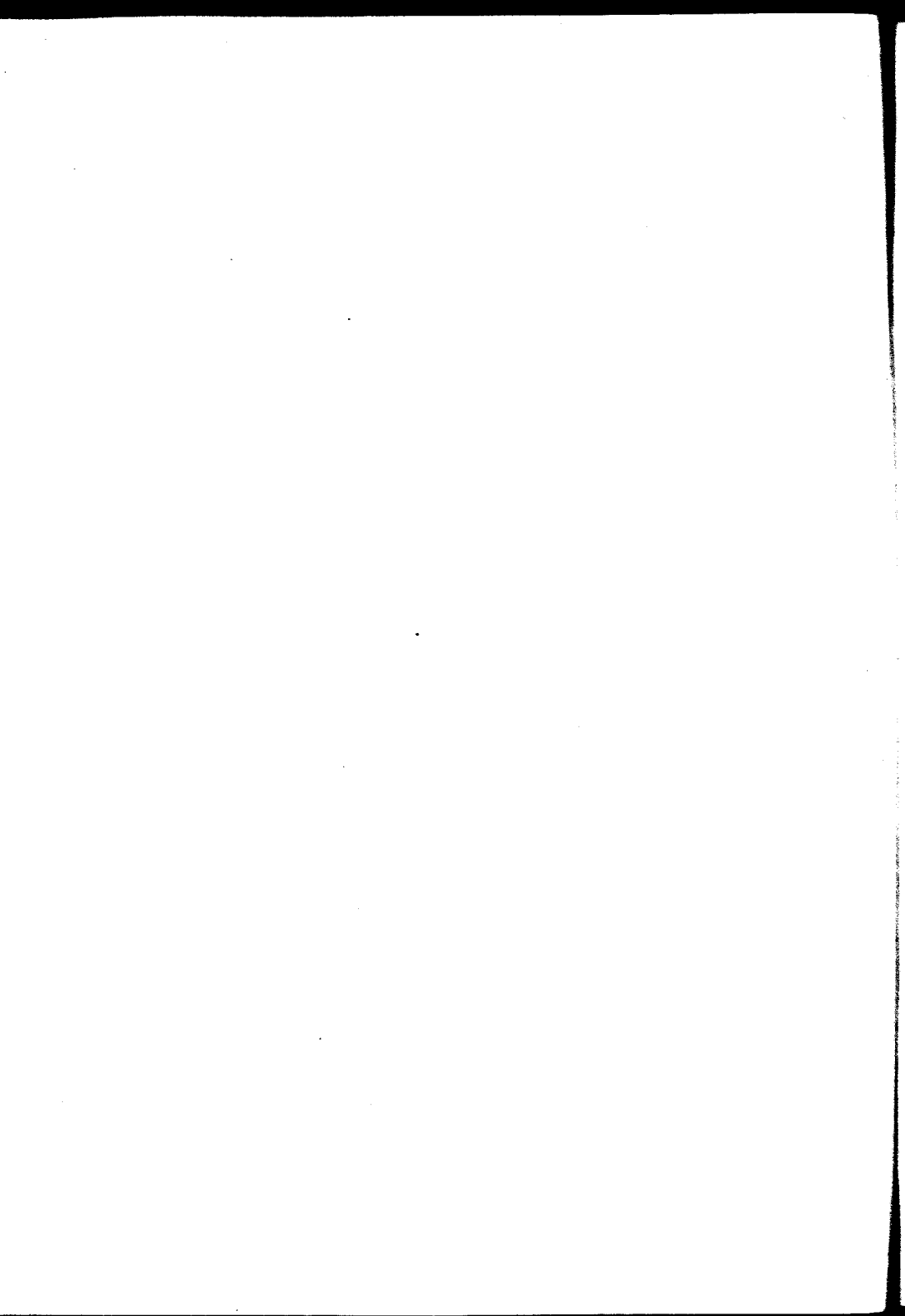
PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARATA
- » FRANCISCO DE VEYGA
- » ELISEO CANTÓN
- » JUAN A. BOERI
- » FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

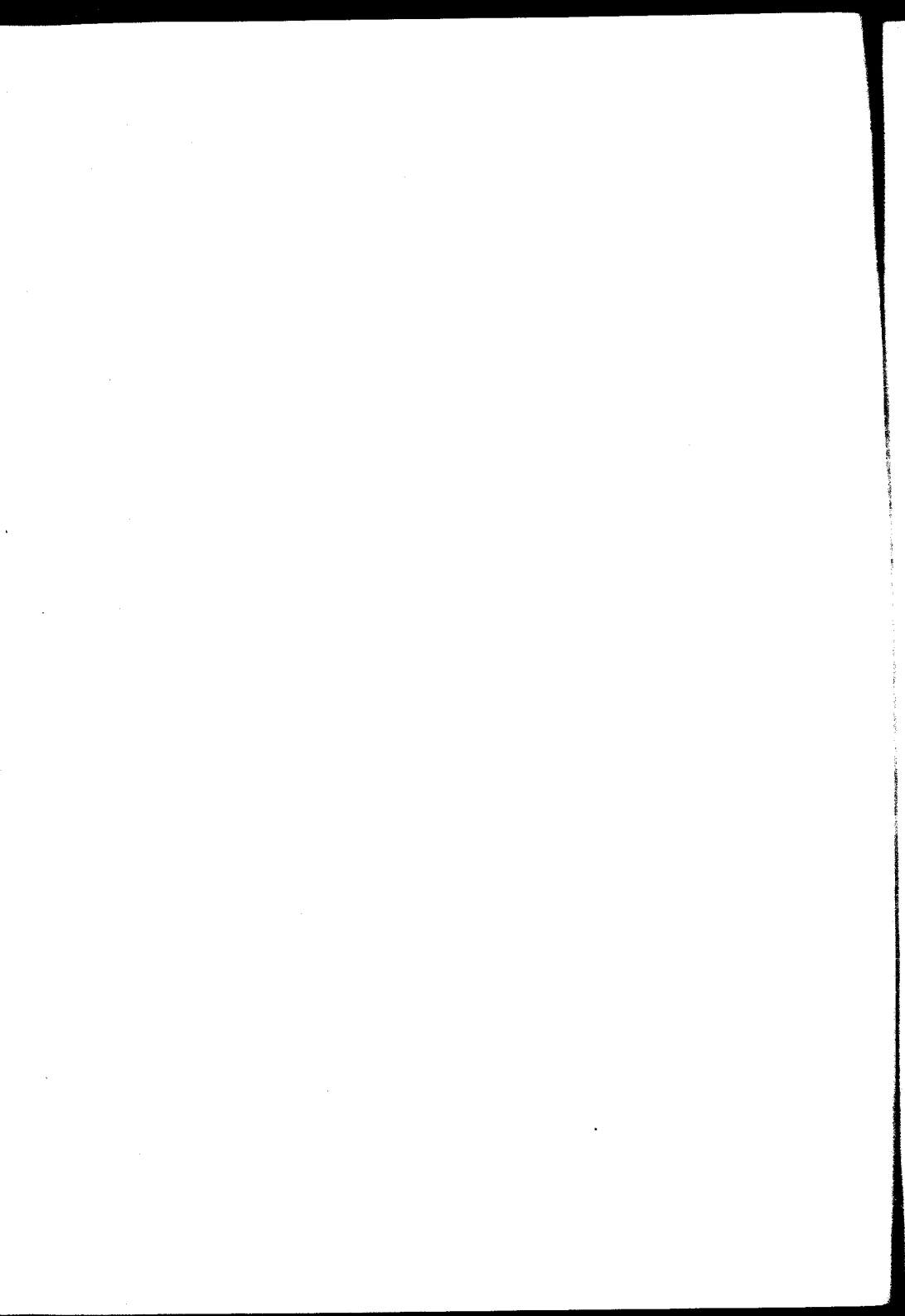
Asignaturas	DR.	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	DR.	PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	»	LUCIO DUBAÑONA
		» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	»	RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	»	JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	»	PEDRO BELOU
Química Médica.....	»	ATANASIO QUIROGA
Histología.....	»	RODOLFO DE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



ESCUELA DE MEDICINA

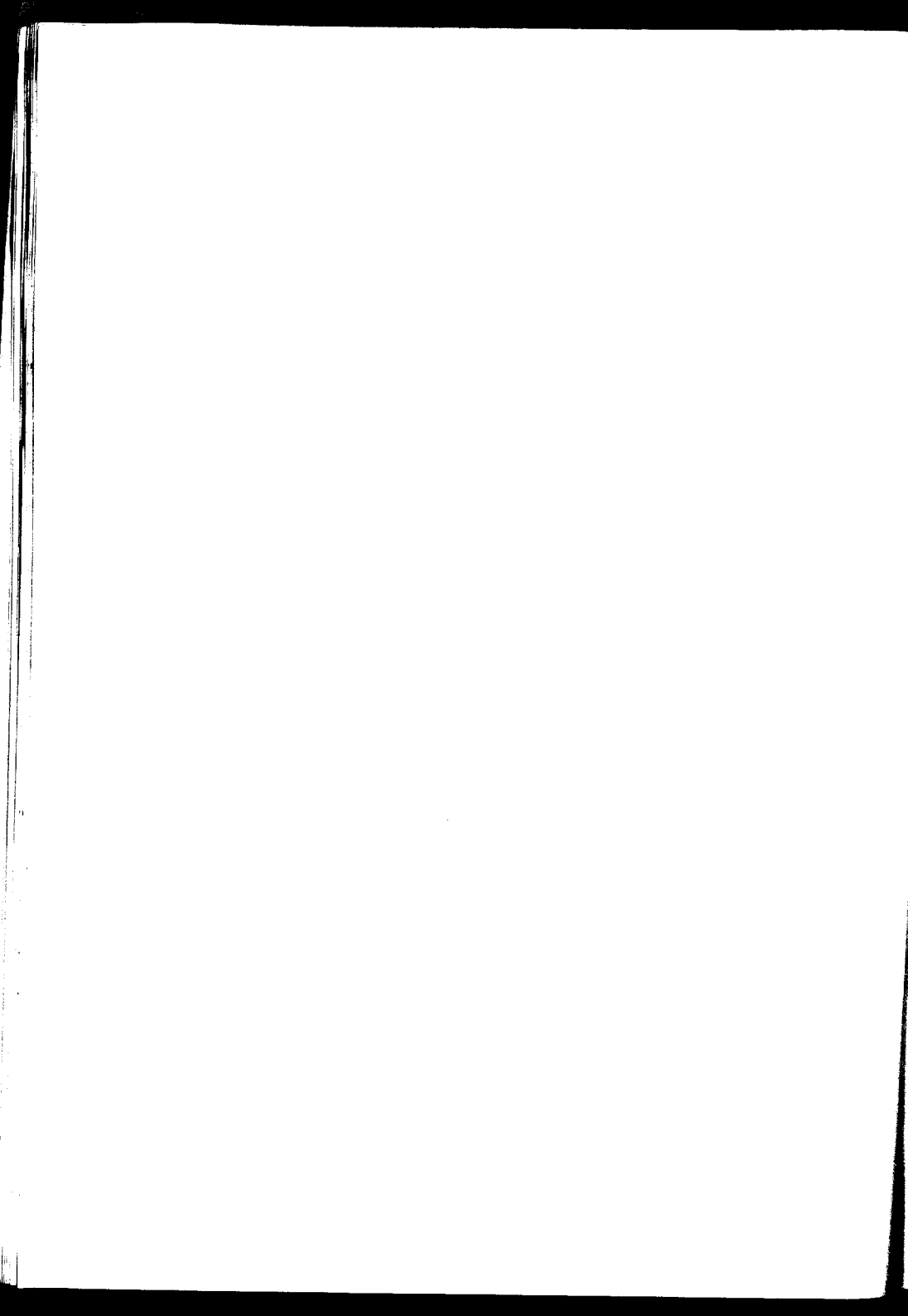
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	} » JUAN CARLOS DELFINO
	} » LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	} » JOSÉ R. SEMPRÚN
	} » MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	} » BENJAMÍN T. SOLARI
	} » JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica	" GUILLELMO SEFFER
Histología	" JULIO G. PERNÁNDEZ
Anatomía descriptiva	" EUGENIO A. GALLI
Fisiología general y humana	" FRANK J. SOLER
Bacteriología	" ALOIS BACHMANN
Higiene médica	" FELIPE JUSTO
	" MANUEL V. CARBONELL
Sanitología	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Anatomía patológica	" JOAQUÍN LLAMBIAS
Materia médica y terapéutica	" JOSÉ MORENO
Medicina operatoria	" ENRIQUE FINOCCHIETTO
Patología externa	" CARLOS ROBERTSON
	" FRANCISCO I. CASTRO
Clinica dermato-sifilográfica	" NICOLÁS V. GRICO
» génito-urinaria	" PEDRO L. BALNA
	" BERNARDINO MARAINI
	" JOAQUÍN NIX POSADAS
» epidemiológica	" FERNANDO R. TORRES
Patología interna	" PEDRO LABAQUI
	" LEÓNIDAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARILARO
Clinica oftalmológica	" ENRIQUE B. DEMARÍA
	" ADOLFO NOCETTI
» oto-rino-laringológica	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARCELINO HERRERA VEGAS
	" ARMANDO R. MAHOTEA
» quirúrgica	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
	" JOSÉ M. JORGE (E.)
	" JOSÉ ARCE
	" ROBERTO SOLÉ
	" PEDRO CHUTRO
Clinica médica	" JUAN JOSÉ VITÓN
	" PABLO MORSALENE
	" RAFAEL BULLICHI
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCÍA
	" JOSÉ DESTÉFANO
	" JUAN R. GOYENA
» pediátrica	" MANUEL A. SANTAS
	" MAMERTO AGUÑA
	" GENARO SESTI
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
» ginecológica	" JAIME SALVADOR
	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS E. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
» obstétrica	" ARTURO ENRIQUEZ
	" ALBERTO PERAZZA RAMOS
	" FAUSTINO J. TRONGÉ
	" JUAN B. GONZÁLEZ
	" JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
Medicina legal	" JOAQUÍN V. GRICO
	" JAVIER BRANDAN
	" ANTONIO PODESTÁ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

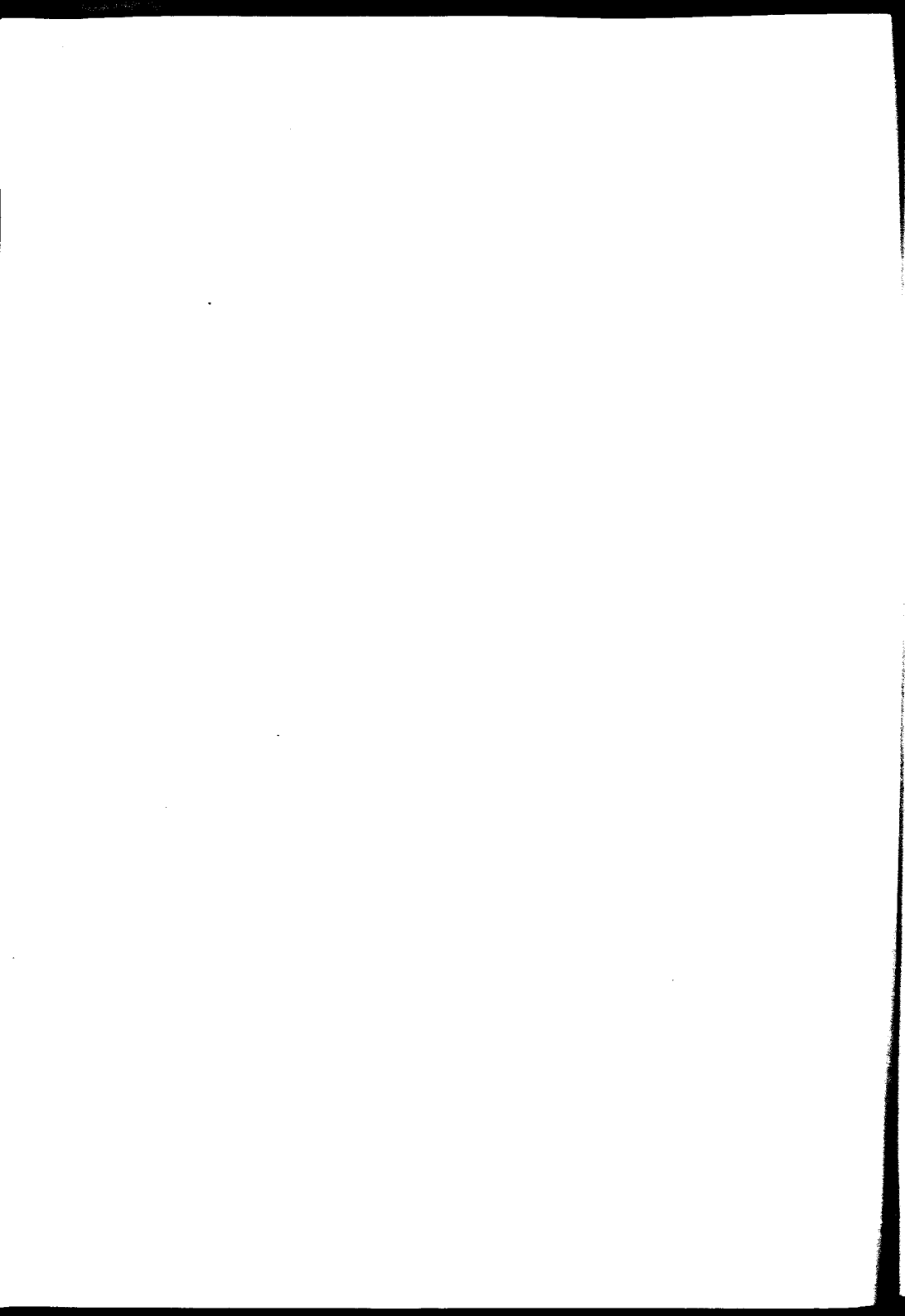
Catedráticos titulares

Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica.....	DR. 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

Técnica farmacéutica.....	} SR. RICARDO ROCCATAGLIATA » PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas ..	
Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	} SR. PEDRO J. MÉSIGOS » LUIS GUGLIALMELLI
Química analítica.....	
Química inorgánica.....	DR. JUAN A. SÁNCHEZ » ANGEL SABATINI

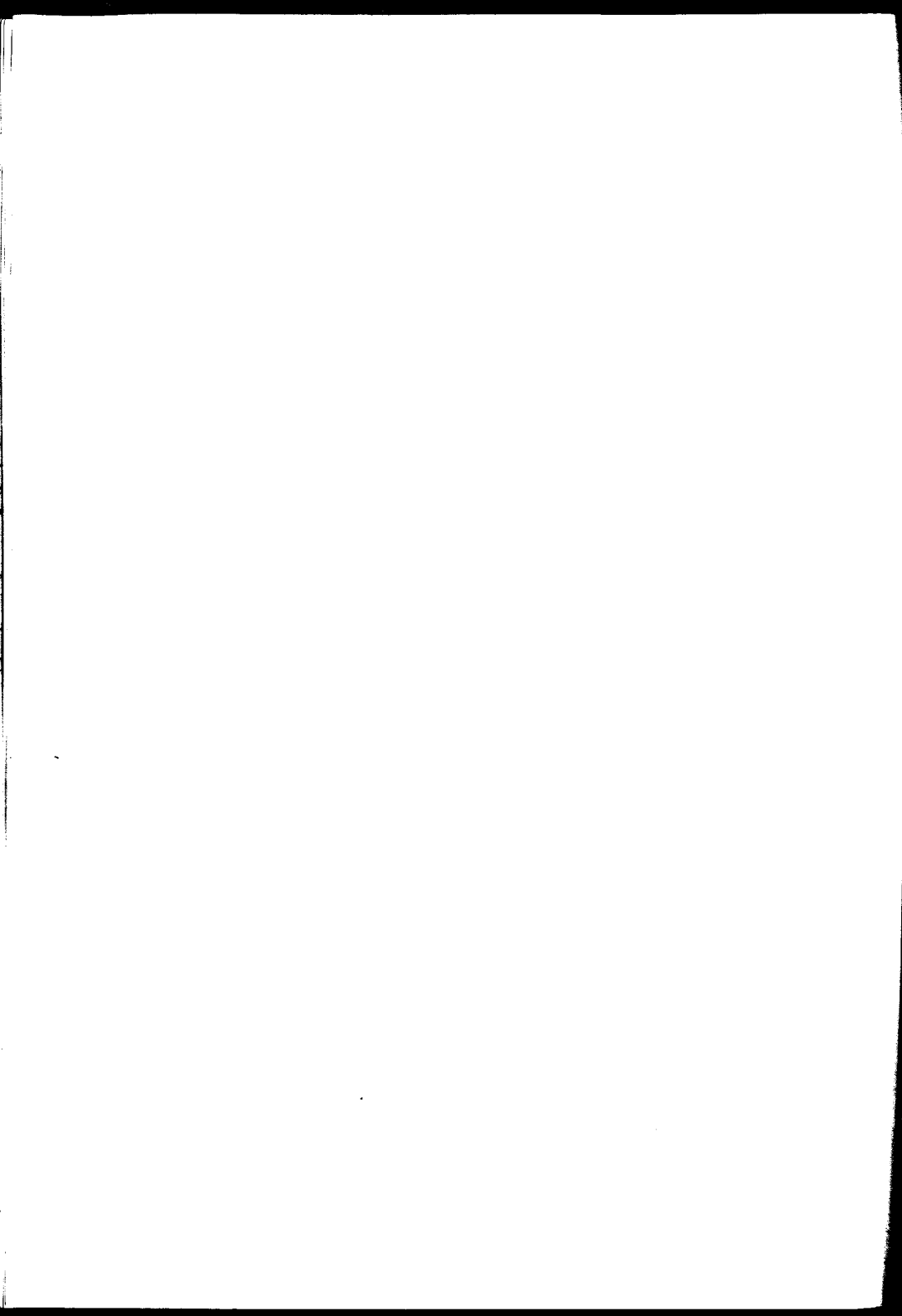


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1 ^{er} año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2 ^o año	» LEON PEREYRA
3 ^{er} año	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO GUARDO

Catedrático sustituto

DR. ALEJANDRO CABANNE



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc..... Vacante

Segundo año:

Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clinica obstétrica..... DR. FANOR VELARDE

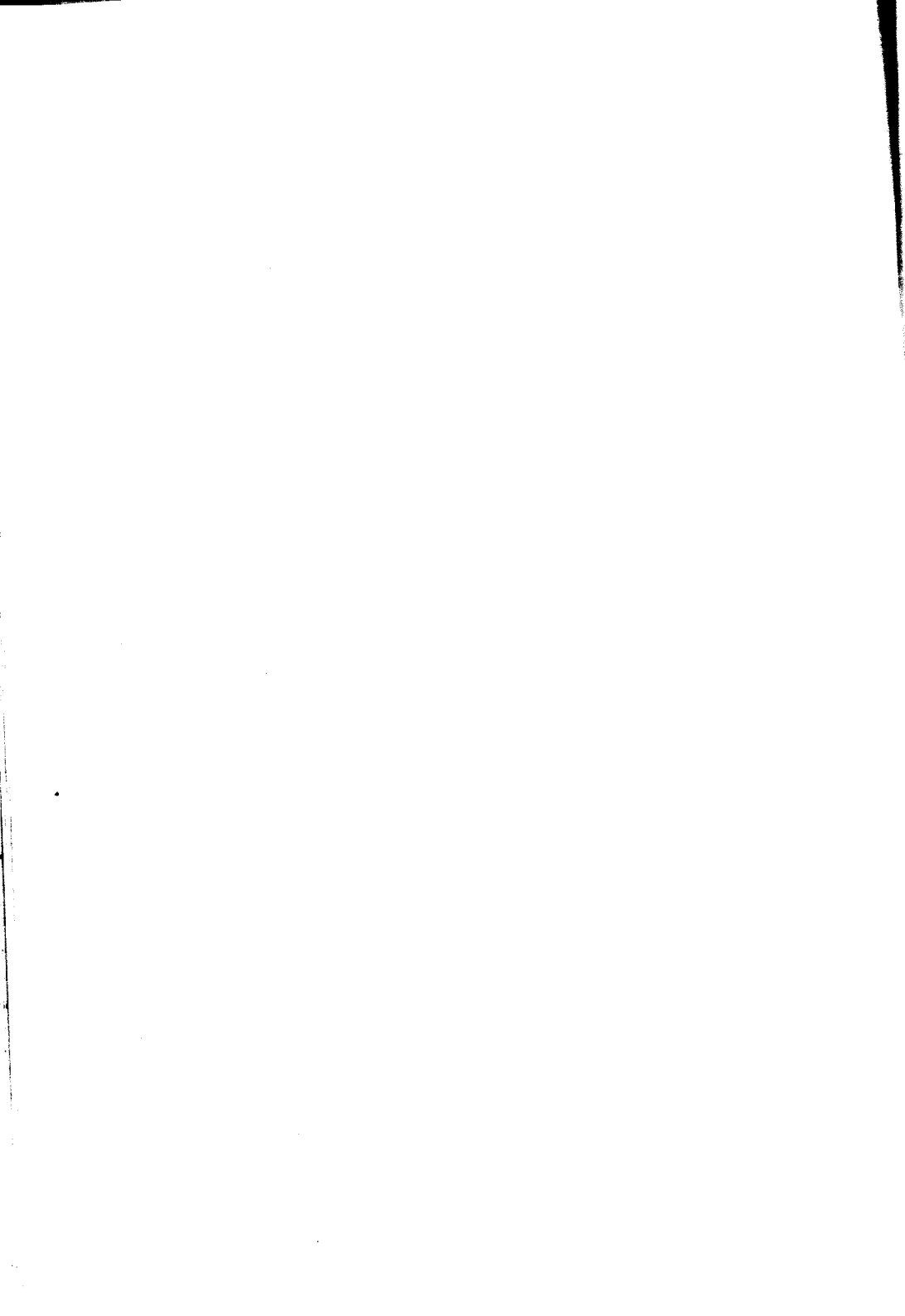
Puericultura Vacante

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

Clinica Obstétrica..... DR. J. C. LLAMES MASSINI
(encargado del curso del 1er año)

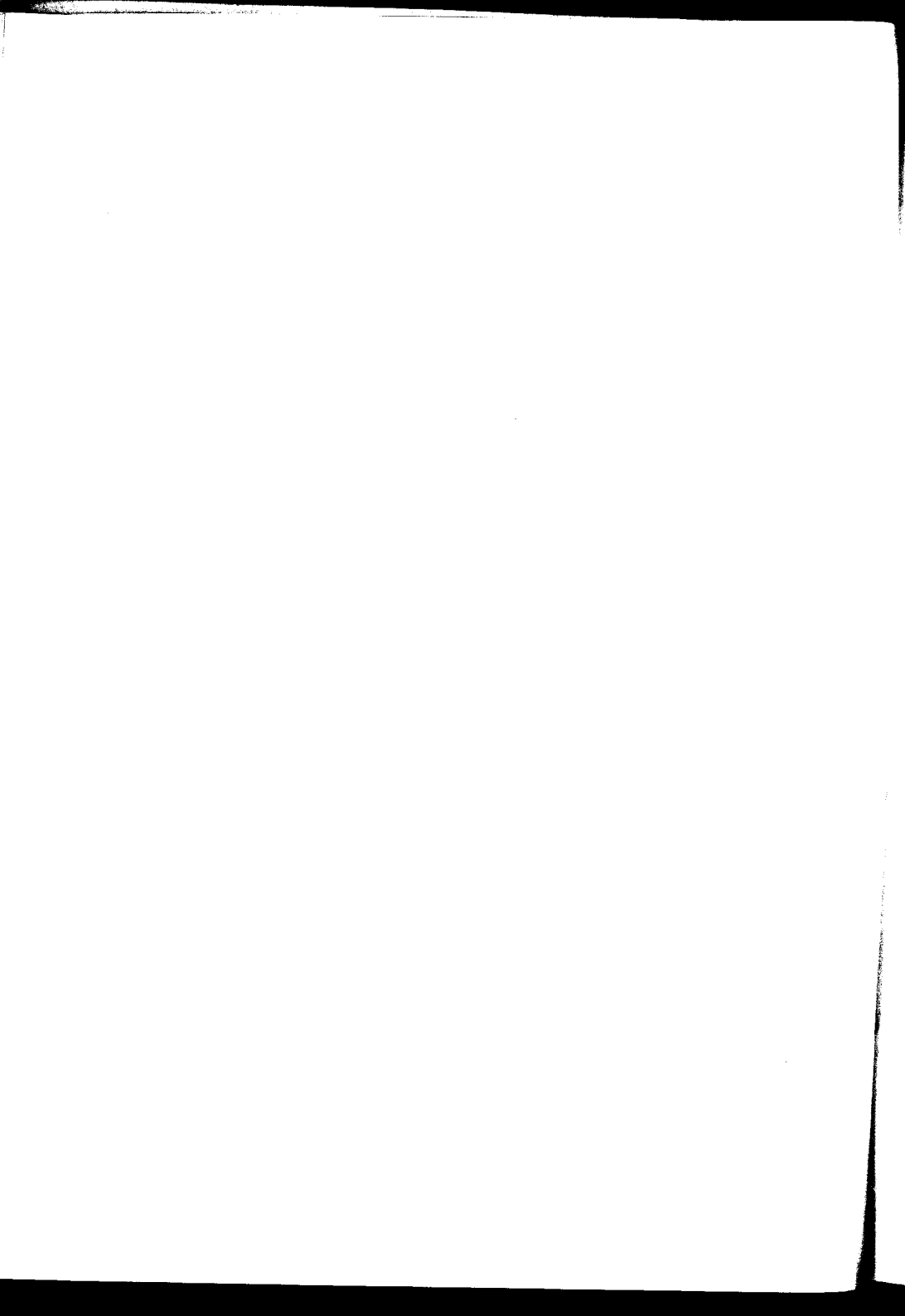
» » » UBALDO FERNANDEZ
(encargado del curso de Puericultura)



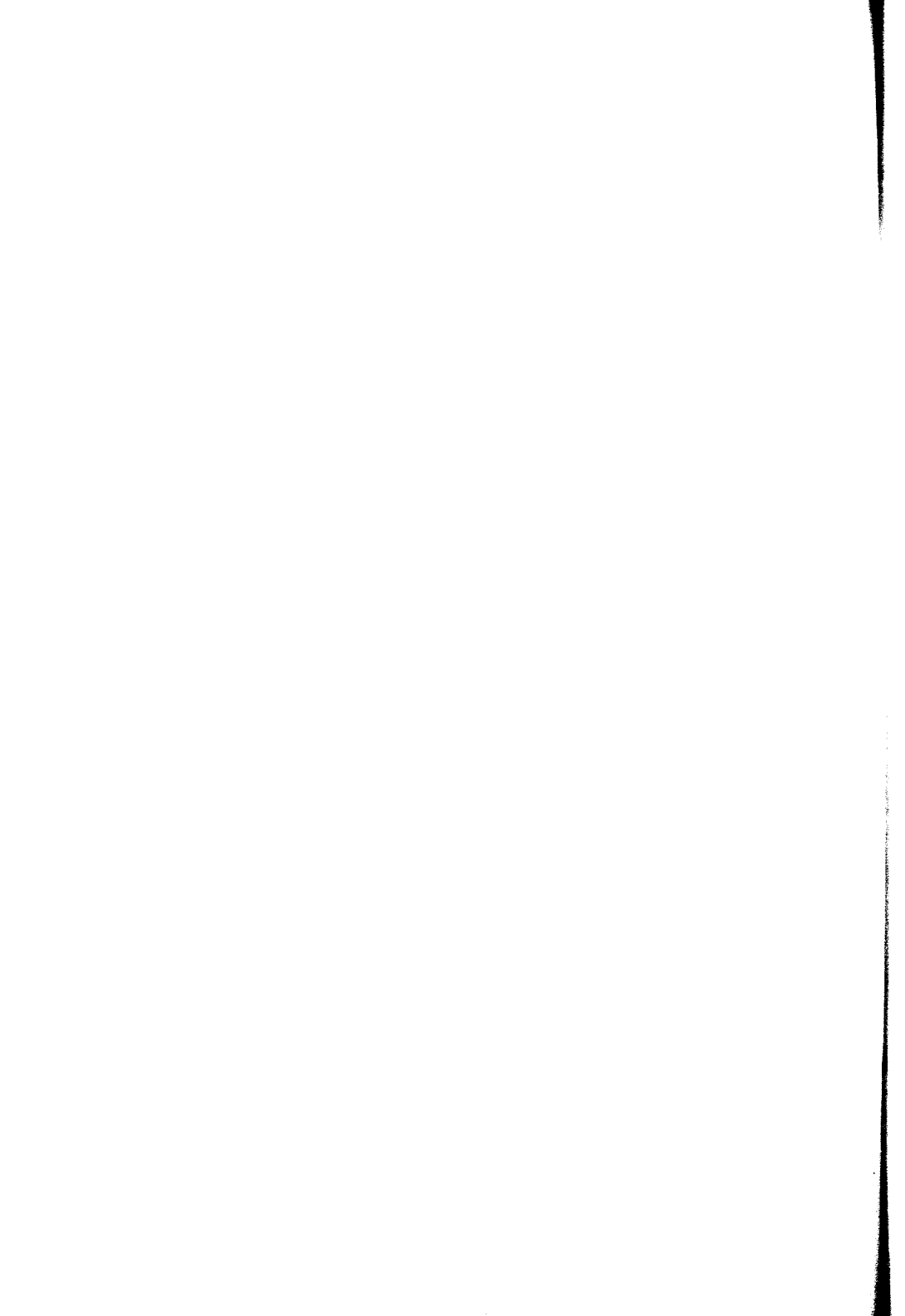
PADRINO DE TESIS

DOCTOR LUIS GÜEMES

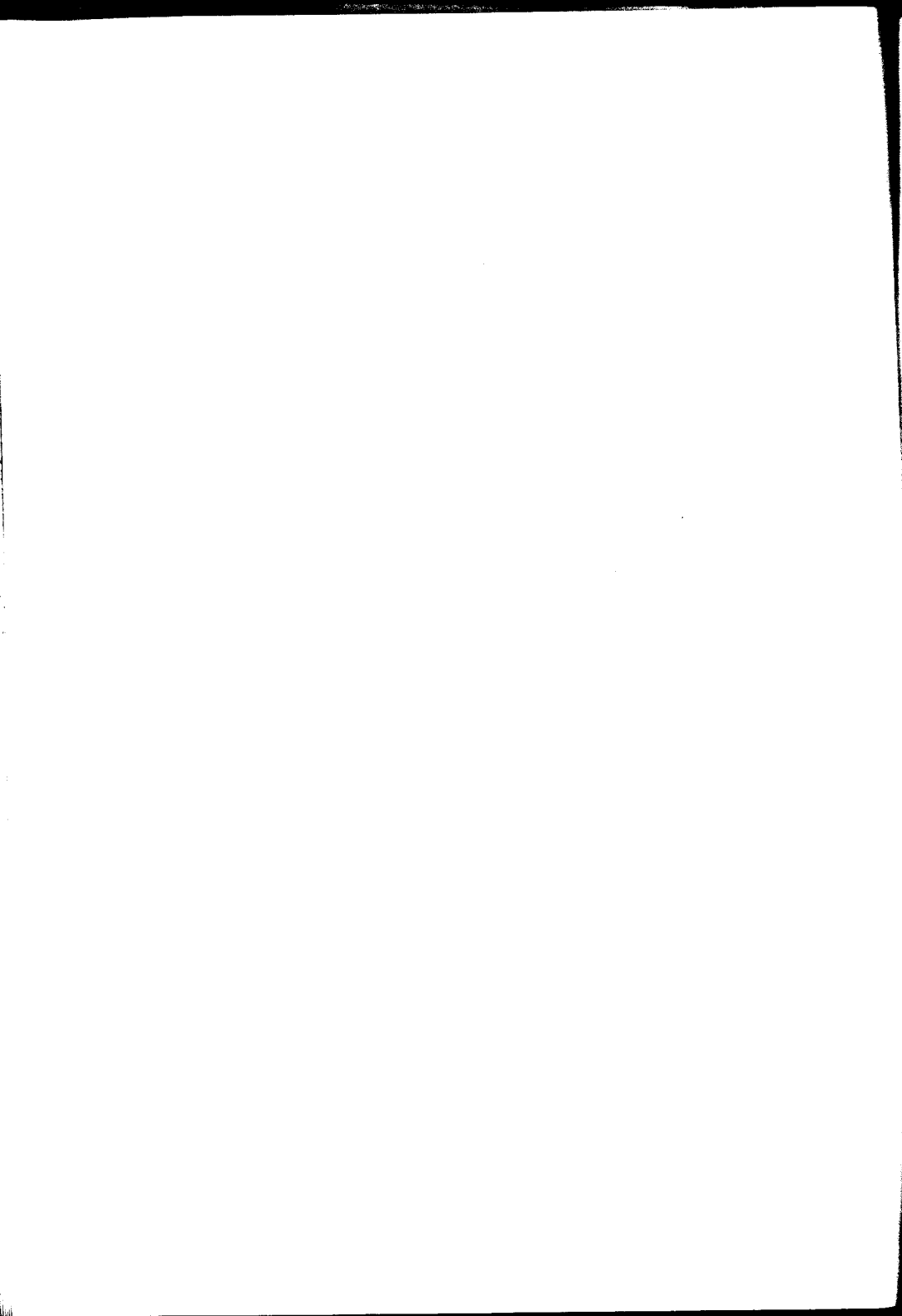
Decano de la Facultad de Ciencias Médicas



A MIS PADRES



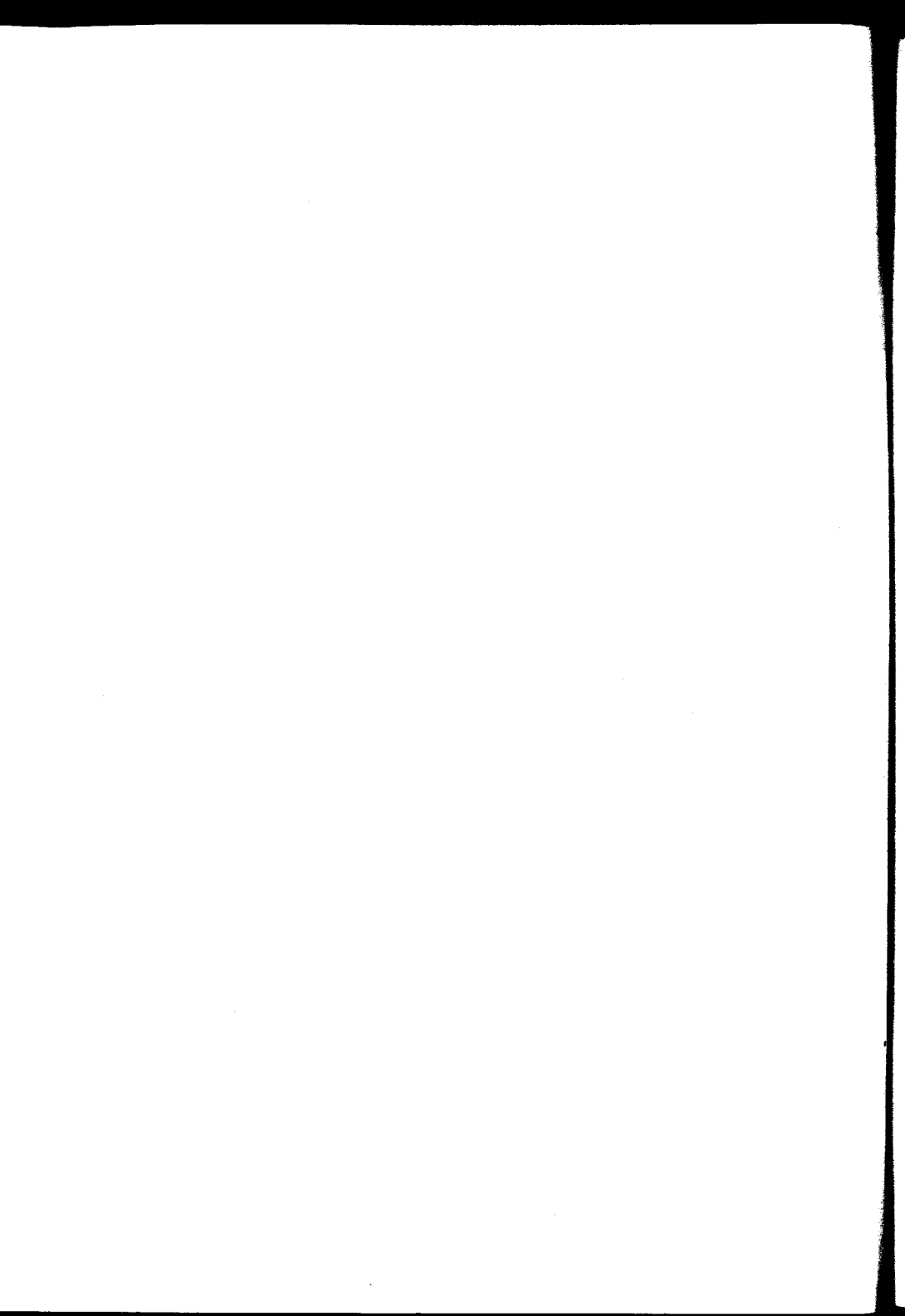
A LOS MIOS



SEÑORES EXAMINADORES:

De acuerdo con la prescripción reglamentaria, que exige como última prueba en nuestros estudios la presentación de un trabajo para la obtención del título de Doctor en Medicina, someto á la consideración de los Señores examinadores esta tésis sobre Pneumonia gripal. El electroargol en su tratamiento.

Debo hacer presente aquí mi reconocimiento hacia el Doctor Luis Güemes por la atención deferida al acompañarme como padrino en este acto.



I

GENERALIDADES SOBRE LA INFECCIÓN GRIPAL

La grippe pasa generalmente por ser una afección benigna. Este concepto es el que ha inducido á G. Lyon á decir de ella «que aunque vulgarmente considerada como una enfermedad benigna, en realidad no merece la buena reputación de que goza.»

Cierto es que estamos habituados á ver muchísimos atacados por esta enfermedad, que sanan rápida y completamente sin que se haya hecho en ellos mayor tratamiento; algunos la sobrellevan casi sin advertirla y á otros les proporciona muy pocas molestias. Pero á la par de estos casos, no son pocos aquellos en que á pesar de un tratamiento bien dirigido y de una observación rigurosa de las reglas higiénicas pertinentes, la enfermedad evoluciona de

una manera distinta á las anteriores y el pronóstico cambia por completo.

Y es que la grippe es una enfermedad de pronóstico esencialmente variable y subordinado á muchas circunstancias; unas que dependen del organismo atacado y otras que dependen de la misma enfermedad.

Entre las primeras, y tratándose de una misma forma de infección gripal, seguramente que el pronóstico no será el mismo si el enfermo es un sujeto jóven, vigoroso, no afectado por una tara anterior, que cuando se trate de un anciano, de un caquéctico, de un cardíaco y en general, de un individuo que por cualquier causa posea un organismo en estado de menor resistencia á las infecciones. En estos casos, es natural que el pronóstico tiene que ser mucho más grave que en los anteriores.

Sabido es que un organismo considerablemente debilitado no puede defenderse, por razón de su estado mismo, con la intensidad con que lo hace uno sano; por cuya causa la enfermedad hará en él mayores estragos que en uno normal; y esto sucede no solo con la grippe, sinó también con cualquier otra enfermedad infecciosa.

Las taras orgánicas preexistentes constituyen también un déficit de defensa, que contribuyen en sumo grado á agravar el pronóstico de la grippe; con la particularidad de que no es necesario, para

que la modificación de pronóstico se produzca, que dicha tara sea muy considerable; pues, esta enfermedad tiene la propiedad, diremos, no solo de revelarlas cuando no fueran visibles anteriormente, sino de agravarlas, y esto de una manera bastante rápida.

En este sentido, las lesiones pulmonares anteriores, de cualquier naturaleza que fueren, y las lesiones cardíacas y renales son las más desfavorablemente influenciadas. La tuberculosis es de las enfermedades que más aceleran su evolución cuando el sujeto portador de ella es atacado en forma intercurrente por la gripe; y no es necesario para que esto suceda, que las lesiones bacilosas sean extensas ó estén en plena actividad, pues en muchas ocasiones es un vulgar ataque de gripe el que despierta el desarrollo de esas lesiones tuberculosas denominadas latentes, pasadas hasta ese momento desapercibidas por completo, por carecer de manifestaciones clínicas y que terminan en pocos días en una granulía ó en una meningitis bacilosa, cuyo pronóstico conocemos.

Los ancianos sufren igualmente gripes más graves que los jóvenes, aunque en muchos casos la enfermedad no presente en ellos el conjunto de síntomas tan ruidosos como en éstos. Y se explica, porque en los organismos de edad avanzada, las taras son más frecuentes y las defensas mucho menores;

pero felizmente la proporción de ancianos atacados por la gripe es mínima en relación á la de los jóvenes.

Esto es lo que se refiere al pronóstico de la gripe en su relación con el organismo atacado y como pronóstico inmediato; pero debe tenerse en cuenta además, para el pronóstico futuro, que un sujeto que acaba de sufrir un ataque de gripe, queda por algún tiempo, que en ocasiones es bastante largo, en un estado de debilidad muy pronunciada, debido á la hemolisis considerable que se produce en esta enfermedad; y se comprende la facilidad con que estos individuos pueden ser atacados por otra infección cualquiera, que seguramente evolucionará de una manera más grave que en un sujeto normal.

De ahí, la necesidad de vigilar la convalecencia y prolongar los cuidados durante ella para evitar las complicaciones que se producen tan fácilmente y que suelen tener tan funestas consecuencias, á tal punto, que «si la gripe mata, ha dicho Graccet, no lo hace por sí misma, pero sí por sus complicaciones.»

La localización de la enfermedad es otro punto de capital importancia en lo referente al pronóstico. Una simple forma catarral de la gripe, no tiene la misma gravedad que cuando la localización se hace en órganos tales como las meninges ó el cerebro por ejemplo.

Así Virchow atribuye á la gripe un caso de hemorragia cortical y encefalitis aguda, producida en un jóven de veinte años de edad; Gintrac, Cazenave y otros, señalan varios casos de apoplejía gripal; Cornill refiere el de una enferma que tuvo somnolencia seguida de coma y hemiplegia y en la que se observaron dos focos hemorrágicos atribuidos por él al bacilo de Pfeiffer. Casos análogos son mencionados por Widal, Weischselbaum, Barthelomy y otros. Casos de meningitis de origen gripal son mencionados también por muchos otros autores.

Como se vé, en estas localizaciones de la enfermedad, si bien es cierto que el pronóstico no es siempre fatal, por lo menos difiere fundamentalmente del de las simples formas catarrales.

Debemos hacer presente, antes de proseguir, que estas localizaciones del bacilo de la influenza fuera del aparato respiratorio, no son aceptadas por todos los autores; así por ejemplo, Koll y Hesch consideran al bacilo de Pfeiffer, como capaz de localizarse única y exclusivamente sobre el aparato respiratorio y le niegan la facultad de poder pasar á la sangre y localizarse en otros órganos.

Dicha facultad, dicen estos autores, «puede admitirse teóricamente», pero no consideran exactas las afirmaciones de otros experimentadores que aseguran lo contrario. Para ellos, los casos de meningitis producidos por el bacilo de Pfeiffer no existen

y los consideran como de meningismo; explicando las formas nerviosas y gastro-intestinales de la gripe, como producidas por la acción de las toxinas sobre los órganos del sistema nervioso ó del aparato gastro intestinal; toxinas segregadas á nivel de los focos respiratorios, pero en manera alguna como producidas por la presencia misma del bacilo sobre ellos.

Sin embargo, otros experimentadores como Widal, Gintrac, Weischeslbaum, Teissier, etc., admiten que el bacilo de Pfeiffer pueda localizarse en otros órganos que no sean del aparato respiratorio, lo que si, que no todos ellos lo consideran capaz de producir por si solos todas las formas de gripes que se conocen, y hacen intervenir en estos casos al bacilo de la influenza asociado á otros gérmenes patógenos. Y en este sentido, las experiencias practicadas parecen ser concluyentes.

Fernand Widal, al referirse á la posibilidad de que el bacilo de Pfeiffer pueda pasar á la sangre, afirma que dicha posibilidad está plenamente comprobada, pero que no siempre su demostración es fácil, pues por su parte, al querer hacerlo, más de una vez no lo ha conseguido, de lo que concluye que no siendo la sangre el medio habitual del bacilo, es necesario para verificar su presencia en ella, que el examen coincida con una descarga bacilar en ese medio.

Volviendo á la variabilidad del pronóstico de esta infección y teniendo en cuenta ahora, no las relaciones de la enfermedad con el medio en que se desarrolla sino las formas con que es capaz de ejercitar su acción patógena sobre el organismo, diremos que la gripe es de esas enfermedades capaces de producir las más variadas complicaciones. Y en efecto, el bacilo de la influenza frecuentemente se asocia á otros gérmenes patógenos, como ser el estafilococo, el pneumococo, el estreptococo, el bacilo coli, etc., á los cuales prepara el terreno para que estos puedan multiplicarse y adquirir mayor virulencia, y ya sean solos ó sino asociados, puedan producir los más variados procesos mórbidos.

En estos casos el pronóstico se modifica de acuerdo con la naturaleza y la variedad ó variedades de gérmenes asociados. De cualquier manera, el pronóstico de estas asociaciones de la gripe es siempre más grave que cuando la infección es debida al bacilo de Pfeiffer solamente.

Es en estas asociaciones que la gripe presenta sus manifestaciones más temibles, á tal punto, que Gracet dice que «si la gripe mata es por sus complicaciones» y Teissier dice en el mismo sentido que, para que el bacilo de Pfeiffer mate, es necesario que llame en su apoyo á otros gérmenes infecciosos.

Al consignar estas ligeras consideraciones, y al

hablar tan anticipadamente del pronóstico de esta enfermedad, no es nuestra intención dar á las infecciones gripales mayor gravedad que la que en realidad les corresponde; pero si deducimos de lo anteriormente expuesto, que el médico, en presencia de un enfermo de gripe, ante quien hace prima facie, un pronóstico relativamente benigno, debe tener muy en cuenta las consideraciones anotadas para evitar sorpresas desagradables y que pueden llegar á ser de fatales consecuencias. Y especialmente si el enfermo es un gripal pulmonar; pues, en estas formas pulmonares es que la gripe hace sus más temibles manifestaciones y muy principalmente cuando se trata de una pneumonía gripal.

PNEUMONIA GRIPAL

Historia.—Las primeras alusiones de infecciones pulmonares de origen gripal, son hechas por Pasquier y luego por Valleriolla en el año 1557. Algún tiempo después, durante la epidemia que se desarrolló en París, del año 1570 al 71, Baillou nota en algunos enfermos, el predominio de ciertos síntomas torácicos que se acompañan de un estado general grave, y habla, al referirse á ellos, de «fluxiones pulmonares de mal carácter».

En 1657, Willis llama la atención sobre los espantos sanguíneos «por congestión al pecho», y más tarde, mejor definida, pero de una manera bastante incompleta aún dicha entidad mórbida, Peu y Ettmuller observando el predominio de mayor número de

síntomas del lado del aparato respiratorio, llaman la atención sobre la gravedad de los trastornos pleuro pulmonares en el transcurso de dicha afección.

En 1730 Schenkzer observa casos que denomina de «afecciones catarrales y reumatismales, que si no se atienden oportuna y debidamente se transforman en pneumonias»; y en 1743, durante una epidemia que se desarrolla en Italia, Pallavicino, al observar casos análogos á los anteriores, los relaciona con la grippe y los considera como producidos por una metástasis de dicha enfermedad.

Más tarde, á principios del siglo XVIII y ya bien definida la grippe, Gilibert y Richelot se ocupan de la dificultad de diagnóstico entre la pneumonia franca y la que se produce en los sujetos afectados de grippe.

En 1837, tratándose de definir la situación de estas dos enfermedades en los sujetos en que evolucionaban simultáneamente, se suscitan grandes discusiones al respecto, sosteniendo unos, entre ellos Landau, Vigla y Monot, que esas infecciones, que hoy constituyen las pneumonias gripales, eran manifestaciones de una misma causa; mientras que otros pensaban que la grippe y la pneumonia eran completamente independientes en su etiología y que el tipo gripal de la pneumonia era el resultado de la evolución simultánea de estas dos enfermedades.

En 1850, Granara describe á la pneumonia gripal

como una forma especial y propia de la influenza y la atribuye á las variaciones del ozono atmosférico en su relación con el organismo atacado por la gripe, lo que haría que la acción del agente patógeno de esta enfermedad se localizara con predilección en los pulmones.

En el transcurso de los años 1851 al 1861 estallan en París pequeñas epidemias gripales, y es durante ese tiempo que Lancereau observa la existencia de dos epidemias que se desarrollan simultáneamente: una de pneumonia franca y otra de pneumonia gripal y deduce de esa observación, que la primera de estas afecta caracteres particulares cuando evoluciona en sujetos atacados al mismo tiempo de gripe.

En 1892, el descubrimiento de Pfeiffer sobre el agente específico productor de la gripe, concluye con las presunciones y dudas anteriores respecto á la etiología de la pneumonia gripal y hace que sea posible atribuir á cada una de estas dos afecciones la parte que les corresponde en el proceso mórbido que nos ocupa.

Dieulafoy se expresa al respecto en los siguientes términos: «gripe y pneumonia son dos afecciones independientes, aunque presentan grandes afinidades. La una predispone á la otra y las dos son influenciadas por las mismas causas.»

Por estas razones, se explica que haya habido discusiones é interpretaciones erróneas respecto á

la etiología de la pneumonia gripal; pues siendo la gripe y la pneumonia franca favorecidas en su desarrollo por las mismas causas y la circunstancia de predisponer la existencia de una, el desarrollo de la otra, á lo que podemos agregar la localización preponderante de las lesiones y del mayor número de síntomas de ambas sobre el aparato respiratorio, fácilmente se explica que hasta el descubrimiento de Pfeiffer no se haya podido atribuir con exactitud al bacilo de la influenza, la parte que haya podido corresponderle en la etiología de esta afección.

Sintomatología.—Es difícil trazar un cuadro sintomático que sea capaz de caracterizar á esta enfermedad. Pero, en términos generales, puede decirse que el conjunto de síntomas que se observan en ella, está formado por los diferentes signos que corresponden á cada una de las dos entidades mórbidas, de cuya asociación resulta el proceso que nos ocupa.

Los síntomas pulmonares se presentan más ó menos de una manera semejante á los de la pneumonia franca, aunque en la mayor parte de los casos nos es posible observarlos con los caracteres típicos con que se les vé en aquella, pues el bacilo de la gripe le imprime caracteres tales que los modifica profundamente, haciéndolos aparecer completamente desfigurados, cuando no hace desaparecer del todo á alguno ó á varios de ellos. Los demás sínto-

mas, extra respiratorios, son semejantes á los que acompañan á las formas llamadas regulares de la gripe (torácica, nerviosa y gastro intestinal) aunque por lo general son mucho más intensos; lo que se explica dada la naturaleza de la infección.

Es en medio de la sintomatología gripal, que aparecen, como primeras manifestaciones de esta complicación pulmonar, un recrudecimiento de la fiebre y una agravación del estado general del enfermo.

Y decimos que es en medio de la sintomatología gripal que aparecen estas primeras manifestaciones pulmonares, porque ellas y los demás síntomas que caracterizan á esta enfermedad, raras veces se presentan como síntomas iniciales, pues lo común, es que esta complicación aparezca ya sea en el transcurso de la forma gripal simple de que ya era víctima el sujeto atacado, ó sino, lo que es más frecuente aún, cuando el ataque gripal declina. A veces es con motivo de una recaída de esta enfermedad que se produce el estallido de la pneumonía (Ménétrier).

La iniciación de la pneumonía gripal con los síntomas netamente pneumónicos es rara, pero existe.

La elevación de la temperatura se acompaña casi siempre de un escalofrío que puede ser intenso y único como el de la pneumonía franca, pero que no es raro observarlo modificado; dicha modificación se refiere á su intensidad, que puede ser variable, y

á la circunstancia de que puede no ser único, sinó varios, pequeños y de corta duración. En ocasiones su intensidad es tan pequeña que puede pasar desapercibido, aunque no es nada frecuente que esto suceda.

La temperatura se eleva y alcanza fácilmente á 39°, 40° y hasta 41°, acompañándose de sudores y de una gran sensación de calor.

La sed es muy pronunciada; la boca se seca, se hace pastosa; la cefalalgia se presenta intensa; la sensación de decaimiento y de astenia es muy acentuada; los dolores generalizados reaparecen ó se intensifican si no habían desaparecido ya; la anorexia es completa; algunas veces se producen vómitos y epístaxis.

Conjuntamente ó al día siguiente de aparecidos estos síntomas, se instala la puntada de costado, que raras veces falta. Su asiento es á nivel del mamelón; á veces se irradia hacia los lados, pero lo común es que sea fija; su intensidad es variable aunque menor que en la pneumonía tipo; como en ésta, se intensifica por las sacudidas de la tos y por la percusión.

La excitación, la inquietud, el insomnio, los sobresaltos tendinosos y el delirio, pueden manifestarse también, pero la intensidad de algunos de estos síntomas y su existencia misma, depende más del temperamento del enfermo que de la propia enfor-

medad; salvo aquellos casos en que la infección gripal ataca de una manera especial al sistema nervioso; pues, en tales casos, los síntomas de esta naturaleza que se observan, son indudablemente la consecuencia de la infección general, pero sin que tengan relación con la localización de la enfermedad en el pulmón.

La temperatura, alta desde el principio, se mantiene continua ó con oscilaciones durante el período agudo de la enfermedad. Con frecuencia se observan remisiones muy pronunciadas, presentando el conjunto del trazado térmico, las más variadas irregularidades, lo que se explica por la variedad de gérmenes que intervienen en su producción y especialmente cuando al pneumococo y al bacilo de Pfeiffer, se agrega el estreptococo.

Esta irregularidad de la temperatura es considerada por varios autores como característica de esta enfermedad, pero son muchos los casos en que el trazado térmico ofrece la misma regularidad que en la pneumonia franca.

En algunos de nuestros casos observados la temperatura se mantuvo elevada y sin remisiones durante todo el período agudo, hasta su descenso definitivo.

La defervescencia se produce generalmente por lisis, es decir, por oscilaciones progresivas; raras veces se observa el descenso brusco, por crisis, con-

trariamente á lo que pasa en la pneumonía franca, en la que por lo común, el descenso se verifica por crisis y la temperatura cae un poco por debajo de la normal. Esta ligera hipotermia se observa también, algunas veces, en la defervescencia de la pneumonía gripal y se la considera como signo de buen augurio, por cuanto, generalmente, cuando ella se produce, denota que el descenso de la temperatura es definitivo. No obstante ser cierta esta observación, en muchos casos hay que tener en cuenta que con bastante frecuencia, en la pneumonía gripal, terminada la evolución de uno ó varios focos pneumónicos y desaparecidos todos los síntomas, incluida la aparición de dicha ligera hipotermia, un nuevo foco se inicia y el conjunto de síntomas vuelve á la escena.

La desaparición de la fiebre en casi todos los casos, es precedida por una reagravación pasajera de todos los síntomas, á la cual sigue una serie de fenómenos llamados críticos, que son: la aparición de los rales de retorno, sudores abundantes, eliminación de gran cantidad de orina cargada, sueño profundo, algunas veces diarrea abundante; fenómenos todos que anuncian la proximidad de la resolución del proceso mórbido. El herpes labial se observa á veces, pero no con la frecuencia con que se le ve en la pneumonía franca.

La disnea es otro síntoma que casi nunca falta.

En general es intensa, y se presenta como síntoma dominante; el número de movimientos respiratorios aumenta á treinta, cuarenta y hasta sesenta por minuto.

Hay que hacer notar que esta disnea intensa, no está siempre en relación con la extensión de las lesiones pulmonares; pues se observan muchos casos en que es sumamente pronunciada y en los cuales los signos físicos no revelan una mayor extensión de tejido pulmonar afectado; por otra parte, tampoco existen lesiones pleurales, renales ó cardíacas que pudieran originarla. En estos casos, es forzoso admitir la existencia de perturbaciones nerviosas de origen bulbar, producidas por la acción de las toxinas microbianas. Y por esta misma razón se explican esas crisis disnéicas, intermitentes, que se observan á veces, y otras, que sin existir lesiones renales concomitantes, adquieren el tipo de Cheyne-Stockes. Huchard ha hecho á este respecto consideraciones muy notables.

La tos es otro síntoma que tampoco falta, sino en muy raras ocasiones; es seca al principio y se acompaña luego de expectoración. Los esputos presentan los caracteres siguientes: son viscosos, adherentes, de coloración variable según la mayor ó menor cantidad de sangre que contengan y según el grado de transformación de la substancia colorante de la misma. A veces presentan un tinte ligeramen-

te sanguinolento, otras veces están surcados por finas estriás sanguíneas y otras presentan una coloración rojo-ladrillo, herrumbrosos, característicos.

Por otra parte, esta coloración depende del período de evolución de la enfermedad; incoloros al principio, se hacen sanguinolentos después y luego concluyen por ser nuevamente incoloros si el proceso mórbido pasa á la resolución, ó bien toman una coloración grisácea y se hacen prematuramente purulentos, si el proceso pasa al estado de hepatización gris, cosa bastante frecuente en esta enfermedad.

Como síntomas físicos pulmonares, se notan los siguientes: la matitez, que generalmente se percibe muy bien; á veces se perciben varios focos de matitez separados por espacios en los que la sonoridad es más ó menos normal, y que traducen la existencia de varios focos mórbidos aislados. Las vibraciones vocales en dichos sitios se hallan aumentadas; existe también broncofonía. A la auscultación, durante la primera faz de la enfermedad, faz congestiva, se perciben rales crepitantes, que son reemplazados luego por un soplo tubario, áspero y rudo, durante el período de hepatización del tejido pulmonar. A medida que el proceso evoluciona, el soplo va modificando sus caracteres, haciéndose menos rudo y dejando percibir los rales de retorno. Estas modificaciones se producen progresivamente, pero de

una manera mucho más lenta que en la pneumonía franca y requiriendo, para la total desaparición del soplo, el transcurso de varios días.

La transformación de algunos síntomas físicos pulmonares, como ser la substitución de los rales crepitantes por el soplo de la hepatización, se produce en poco tiempo, bastando solamente algunas horas para que dichas modificaciones se verifiquen.

Los rales crepitantes se perciben con mayor intensidad á nivel de la línea de separación entre la matitez y la sonoridad normal.

Estos síntomas, que son infaltables y signos seguros en la pneumonía franca, no se presentan siempre en esa forma en la pneumonía gripal, en muchos casos, algunos de ellos no existen, ó bien existen modificados; así los rales crepitantes pueden presentarse como rales subcrepitantes finos y húmedos, el soplo puede, por su tonalidad, simular un soplo expiratorio pleural; la coloración de los esputos no siempre es herrumbrosa, pudiendo presentarse completamente desprovistos de sangre, durante todo el transcurso de la enfermedad.

El pulso, en los atacados de pneumonía gripal, sufre las modificaciones que le imprimen todas las grandes piroxias; generalmente está acelerado. Pero esta aceleración, según la observación de muchos autores, no es tan grande como lo haría suponer la elevación considerable de la temperatura. Muchos

son los casos en que se observa una temperatura de 40° y más grados y sin embargo, el número de pulsaciones oscila alrededor de 80 á 90 por minuto. Como se ve, existe una discordancia entre ambos fenómenos. A este desacuerdo entre la temperatura y el pulso, algunos autores le asignan mucha importancia para el diagnóstico de pneumonía gripal, pero, es el caso de hacer presente también, las observaciones de varios autores que no consideran como excepcionales, ni mucho menos, los casos en que entre ambos fenómenos existe una perfecta armonía.

Es frecuente en el transcurso de la pneumonía gripal, como en el de la franca, que se produzca al tercer ó cuarto día de iniciada la enfermedad, un debilitamiento de las pulsaciones, en lo referente á su intensidad, que traducen la intoxicación del miocardio, y es durante ese periodo que la vigilancia del corazón debe redoblar-se para evitar complicaciones que pueden llegar á ser fatales. Es el caso en que hay que tener presente la expresión de Huchard, que dice: que en la pneumonía la enfermedad está en el pulmón, pero el peligro en el corazón.

Las modificaciones en la frecuencia del pulso no siempre están ligadas á lesiones de las fibras cardíacas; á veces se produce una aceleración o bien una disminución considerable en el número de pulsaciones y sin embargo el corazón, anatómicamen-

te, está intacto. En estos casos el origen de dichas alteraciones está en el bulbo, el cual funciona anormalmente á consecuencia de la acción que sobre él ejercen las toxinas microbianas. El mecanismo de este fenómeno es análogo al que produce las alteraciones respiratorias antes mencionadas.

El estado general de estos fenómenos es grave. Y en efecto, el aspecto que presentan, denota bien á las claras, que el sujeto es víctima de una infección intensa. La pérdida de fuerzas y la astenia son muy pronunciadas, y cierto estado de sopor á veces considerable, es también un fenómeno frecuente en estos enfermos.

Los demás síntomas que presentan los atacados por la pneumonía gripal, no tienen ninguna característica: son los de todas las grandes infecciones agudas.

La localización de la enfermedad tiene algunas relaciones con el conjunto de síntomas que se observan, especialmente en lo que se refiere á la intensidad de los síntomas generales, pues, cuando ella se localiza en el vértice, se acompaña de mayor adinamia, de un estado tifoideo más pronunciado y de tendencias al colapso, fenómenos que son mucho menos marcados cuando el proceso pneumónico se localiza en las bases.

En general, todos los síntomas son más intensos en las pneumonías de vértice; lo que se explicaría,

según lo hacen notar varios autores, por la circunstancia de que la enfermedad, al localizarse en el vértice, denota que el sujeto es un debilitado, un intoxicado, un afectado por alguna tara anterior, y en estos individuos las infecciones revisten mayor gravedad que en los que no están en esas condiciones (Apert).

Por nuestra parte debemos hacer constar, que hemos observado casos de pneumonía de vértice que se han acompañado de síntomas más graves que en las de base, pero en los cuales no existían las condiciones predisponentes anotadas. No pretendemos rectificar las observaciones anteriores, pero creemos que debemos hacer presente esa observación.

La evolución de la pneumonía gripal es esencialmente variable, como lo son todas las manifestaciones de la grippe.

Algunos autores dicen que la evolución de esta enfermedad es cíclica, análoga por consiguiente á la de la pneumonía franca, con su iniciación brusca, con su período febril y con su defervescencia igualmente brusca. Pero en realidad, y así lo asegura la mayoría de los autores, la semejanza en cuanto á la evolución, es bastante relativa. En primer lugar la iniciación no es brusca como en la pneumonía franca—nos referimos á la iniciación del proceso pneumónico gripal, no á la iniciación de la enfer-

medad en general—el período febril no siempre es único, pues sabido es que en la pneumonía gripal es muy frecuente observar lo siguiente: que terminada la evolución de un foco situado en un pulmón, ó antes de terminarse, aparece otro nuevo, ya sea en el pulmón opuesto ó en el mismo, el que á su vez evoluciona con la misma sintomatología del anterior, y el número de estos focos que se pueden producir es variable, de lo que resulta, que el período cíclico, semejante al de la pneumonía franca, es más ilusorio que real.

La duración de esta enfermedad es, como se vé, variable; se admite como término medio, que es de diez á quince días sin contar el período de convalecencia que por lo general es largo. Dicha duración depende de varias circunstancias; la localización en el vértice implica una duración mayor que las de base; el número de focos que se formen también influye; y en breves términos, basta tener presente en ese sentido lo anteriormente expuesto y el carácter de «saltona» que le asignan Teissier y G. Sée al referirse á la frecuencia de la formación de focos movibles y sucesivos, para deducir que la duración de esta enfermedad depende principalmente del número de focos y del sitio en que ellos se localicen.

Complicaciones.—Las complicaciones que puede producir la pneumonía gripal son las mismas que

produce la pneumonia franca: congestión pulmonar generalizada, pleuresía, endocarditis infecciosa, pericarditis, miocarditis aguda, peritonitis, artritis, otitis supurada, nefritis aguda, etc., con el agregado de que la pneumonia gripal las produce con mucha mayor frecuencia y las reviste de mayor gravedad que la franca.

Como se ha dicho, todos los estados patológicos, anteriores al estallido de la pneumonia gripal, sufren por influencia de ésta, una reagravación muy grande, especialmente las lesiones cardíacas, renales y bacilosas.

Respecto á estas últimas hay que tener presente que no solamente son influenciados de una manera desfavorable por la pneumonia, sino que ésta deja una predisposición á aquellas, muy grande, especialmente cuando el proceso ha sido de vértice. Es debido á esta circunstancia que la pneumonia gripal, debe su mayor gravedad, en lo que se refiere al pronóstico futuro.

La gangrena pulmonar y la dilatación brónquica son también complicaciones frecuentes de esta enfermedad.

Diagnóstico.—La sintomatología de la pneumonia gripal es uno de esos cuadros clínicos que á veces presenta algunas dificultades para interpretarlo y definirlo. Diagnosticar en tales casos la existencia

de una pneumonia, no ofrece—salvo casos excepcionales—mayores dificultades, pero á veces la determinación de si se trata de una pneumonia franca ó de una gripal, presenta algunos inconvenientes; pues, si en la primera existe una serie de síntomas característicos, en la segunda, dichos síntomas pueden presentarse de tal modo desfigurados ó substituidos, que á veces solo la Bacteriología es capaz de establecer con exactitud la verdadera naturaleza del mal.

El diagnóstico entre estas dos enfermedades se fundará en los datos siguientes: En primer lugar, las manifestaciones pulmonares en la pneumonia gripal no aparecen con la brusquedad con que lo hacen en la franca. En las dos, el sujeto se siente atacado de improviso por una enfermedad—pues la gripe tiene de característico esa manera brusca de empezar—pero en la pneumonia franca, conjuntamente con la temperatura elevada y demás síntomas que de ella dependen, aparecen también la puntada de costado, que es generalmente muy intensa, y los demás síntomas físicos pulmonares; mientras que en la pneumonia gripal, las manifestaciones pulmonares raras veces se presentan como primeros síntomas, sino que se instalan en un sujeto que ya es víctima de otras manifestaciones gripales, las cuales, si han aparecido bruscamente, adoptando alguna de las formas llamadas regulares de la gripe, especial-

mente la forma respiratoria simple. Son raros los casos en que la pneumonia gripal se inicia con síntomas pulmonares completos y definidos.

La puntada de costado es generalmente mucho menos intensa que en la franca, á veces no existe; el herpes labial es también menos frecuente, los esputos no presentan, por lo común, los caracteres típicos de los de la pneumonia franca, son menos viscosos, menos adherentes y contienen menor cantidad de sangre; su abundancia misma, es mucho menor.

La cara en los pneumónicos gripales es más bien pálida, á veces ligeramente cianótica; con mucho menos frecuencia se vé en ella la congestión de los pneumónicos típicos; la mirada no tiene expresión.

Como se vé, la expresión animada, anhelante, la rubicundez de las mejillas, el brillo de los ojos, y en general, ese estado de excitación tan particular que presentan los atacados por una pneumonia franca, son fenómenos mucho más raros en los pneumónicos gripales.

El estado general del enfermo contribuye también á hacer el diagnóstico; casi siempre el que predomina es el estado tifoideo, presentando el enfermo un aspecto de decaimiento sumamente pronunciado; la pérdida de fuerzas es muy considerable, cierto estado de estupor con tendencias á veces

al colapso, son de más frecuente observación en la pneumonía gripal que en la pneumonía tipo.

La irregularidad del trazado térmico es otro dato de gran importancia, y en efecto, las remisiones pronunciadas no son frecuentes en la pneumonía franca mientras que en la gripal es muy común observar remisiones de uno ó más grados, que duran desde algunas horas hasta uno ó dos días, al cabo de cuyo tiempo la temperatura sube otra vez.

La defervescencia es mucho más lenta en la pneumonía gripal. La posibilidad de formarse varios focos, simultáneamente ó de una manera sucesiva, es más propia de la gripal, casi, diríamos que exclusiva de ella.

El desacuerdo entre la temperatura y el pulso es también de importancia para el diagnóstico. Algunos autores consideran á este fenómeno como característico.

Es necesario tener presente, al hacer el diagnóstico de esta enfermedad, que existen casos raros, en que evoluciona con muy poca temperatura, y algunos autores admiten hasta la posibilidad de que evolucione de una manera completamente apirética. Respecto á este último dato, debemos hacer presente que además de ser estos casos excepcionales, solo se presentan en sujetos profundamente debilitados, caquécticos, ó en personas de edad avanzada en las que las reacciones no son tan intensas,

pero no cuando se trata de sujetos normales, en los que el organismo reacciona siempre frente á las infecciones de esta naturaleza, de una manera intensa, y de cuya reacción la temperatura elevada no es sino su reflejo. Estas mismas consideraciones son aplicables á los casos de pneumonía franca.

Por lo anteriormente expuesto, se ve que la semejanza entre los cuadros sintomáticos de estas dos enfermedades es grande. Pero considerando á cada uno de la mayoría de los síntomas por separado, se nota que á pesar del parecido, tienen sin embargo, caracteres distintos; de lo que resulta un conjunto más ó menos fácil de caracterizar en el mayor número de las veces.

Para los casos en que á pesar de todo subsista alguna duda, queda el recurso del examen bacteriológico que unido á las manifestaciones clínicas alejarán el error.

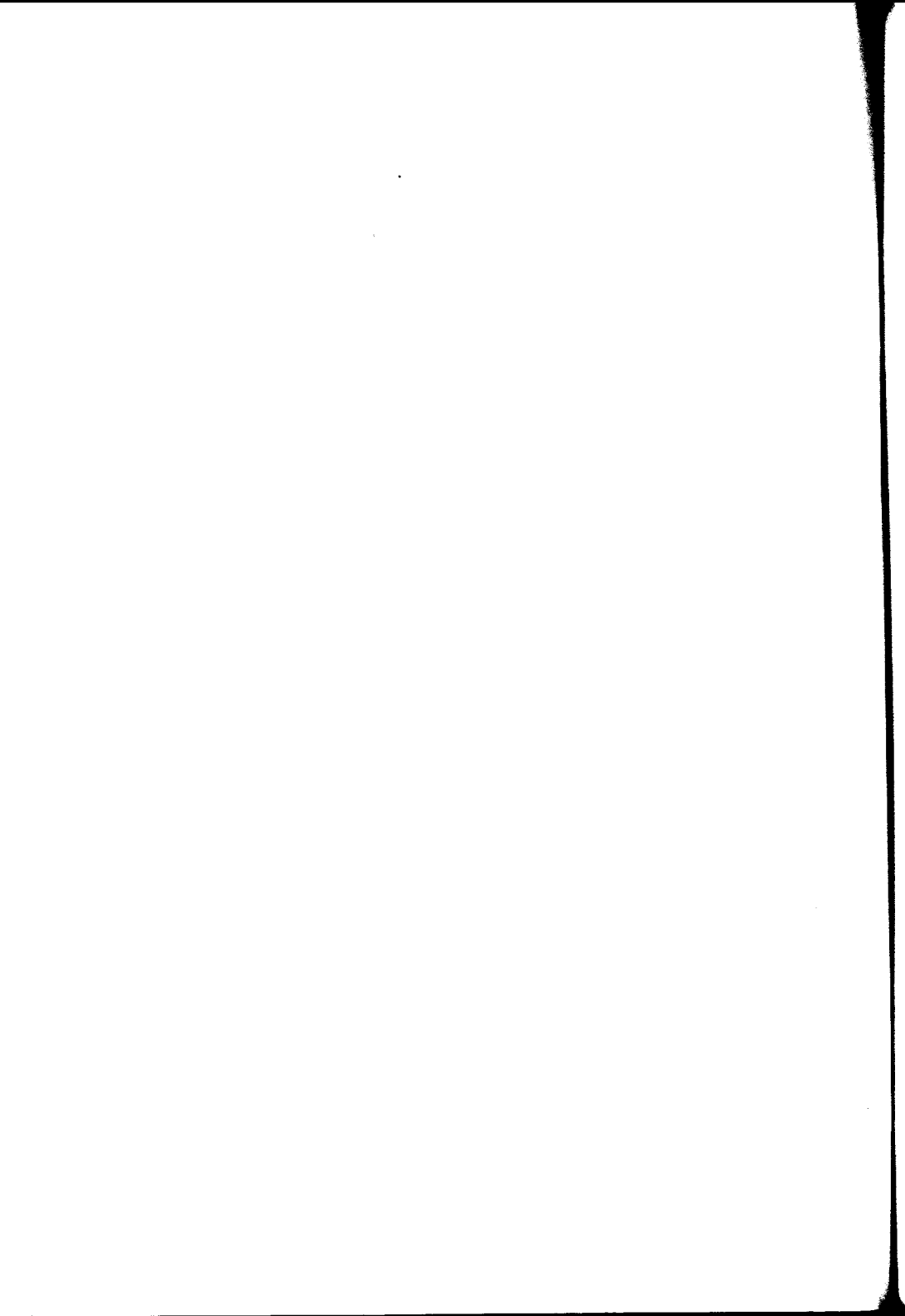
Por otra parte y si bien el diagnóstico tiene importancia del punto de vista del pronóstico, en lo que se refiere al tratamiento, dicha importancia se aminora, pues tanto la pneumonía franca como la gripal requieren el mismo tratamiento, por cuanto no existe tratamiento específico para ninguna de las dos.

Otras enfermedades que podrían semejarse algunas veces á la que nos ocupa, son las siguientes: la congestión pulmonar aguda, que se puede caracterizar, entre otros síntomas, por ser menos localiza-

da y porque casi nunca presenta el soplo tubario de la neumonía; la congestión pulmonar pasiva, que se distingue por localizarse en las partes postero-inferiores del pulmón y porque generalmente se observa en individuos que presentan también lesiones cardíacas anteriores; la bronco-neumonía también podría prestarse á confusión por su principio relativamente insidioso en lo referente á los síntomas pulmonares y por el hecho de ser secundaria á un estado patológico anterior del aparato respiratorio, pero se diferencia de la neumonía gripal, por la temperatura menos elevada, por la mayor diseminación de los signos de auscultación, porque no existe la matitez de la neumonía y porque el soplo tubario, en caso de existir, sufre desplazamientos de un día á otro.

Pronóstico.—Las consideraciones anotadas en el Capítulo I de este trabajo, nos eximen de consignar mayores detalles acerca del pronóstico de esta enfermedad.

Sin embargo diremos que es siempre grave; y de las distintas formas de la grippo es la más grave de todas; en primer término, por la frecuencia de la mortandad, que según las estadísticas de la mayoría de los autores que hemos consultado es de un 17 % de los casos; y en segundo, por la gran predisposición á la tuberculosis que dejan todas las manifestaciones pulmonares de la grippe.



III

TRATAMIENTO EN GENERAL

Reservando para el capítulo siguiente las consideraciones que nos ha sugerido el uso del electrar-gol en esta temible complicación de la grippe, estudiaremos aquí el tratamiento clásico, que se hace en esta enfermedad.

Ante todo haremos presente que no existe para ella ningún tratamiento específico.

Uno de los primeros síntomas que es necesario combatir, es la fiebre. Para este objeto, como sabemos, se hace uso de la antipirina y de la quinina, ya sean solas ó asociadas.

La administración de estos medicamentos no presenta mayores inconvenientes; pero es bueno tener presente, sobre todo en lo que se refiere á la anti-

pirina y cuando el caso á tratar es el de esos pneumónicos gripales graves, que presentan ese estado tifoideo considerable, con adinamia y tendencias al colapso, que su acción se acompaña de sudores profusos y de una postración muy pronunciada, que aumenta más aún el estado asténico en que se encuentra el enfermo y esta acción produce un gran debilitamiento lo que es bastante peligroso en estos casos.

Además en esta enfermedad, como en todas las grandes infecciones agudas, la secreción urinaria disminuye considerablemente, y si á esto se agrega la propiedad que tiene la antipirina de «cerrar el riñón», según la frase de Gaston Lyon, y la necesidad que existe de mantenerlo permeable, deducimos que su uso no es el más conveniente por cuanto como hemos visto se debe perjudicar lo menos posible á los órganos de eliminación.

En algunos sujetos el uso de la antipirina puede también determinar desarreglos gástricos, dolores intensos y vómitos, que pueden ser perjudiciales y que siempre son muy molestos.

Por estas razones es que para tales casos debe usarse con preferencia la quinina, que no presenta esos inconvenientes, sino que por el contrario, en pequeñas dosis, es un tónico general; se administrará en sellos de 0.25 á 0.50 centigramos cada uno y á razón de 1 á 2 gramos diarios.

En caso de considerarse necesario el uso de la antipirina, por ejemplo, si existieran dolores generalizados molestos y se quisiera aprovechar las propiedades analgésicas de este medicamento, se prescribirá á la dosis de 1 gramo diario, sola ó mejor, asociada al clorhidrato ó al sulfato de quinina, pero teniendo en cuenta siempre las consideraciones ya mencionadas.

La puntada de costado es otro síntoma que á veces, por su intensidad, requiere un tratamiento especial; no es común que esto suceda, pues en la pneumonía gripal lo frecuente es que sea moderada; sin embargo hay casos en que es muy molesta. En estas condiciones deberá combatirse de preferencia, por medicamentos externos; revulsión, cataplasmas sinapisadas, ventosas secas ó escarificadas ó pomadas con salicilato de metilo, etc. Generalmente cede con este tratamiento, pero si así no ocurriera y siempre que fuera realmente intensa y justificase un tratamiento más enérgico, se usará la morfina en inyección subcutánea.

El uso de este remedio no deja de tener algunos inconvenientes serios en estos casos; pues la acción depresiva que ejerce sobre el organismo, lo hacen poco apropiado; además, al amortiguar ó suprimir la tos, se dificulta la eliminación de los exudados pulmonares.

Para facilitar el reblandecimiento y la eliminación

de los exudados que ocupan las vías respiratorias, se hará uso de la revulsion por medio de ventosas secas, cataplasmas simples ó sinapisadas, envolturas húmedas del tórax, fricciones trementinadas, sinapismos, etc., y se prescribirá para uso interno el jarabe de tolú, la poligala, la terpina, el acónito, etc., el benzoato de soda también puede ser muy útil en algunos casos.

Es muy común que los enfermos de pneumonía gripal presenten desarreglos gastro intestinales, por lo que es necesario vigilar la libertad del vientre, y regularizar su funcionamiento. En caso de que exista diarrea y siempre que su aparición no se presente con los caracteres de fenómeno crítico, casos en que es conveniente respetarla, se la combatirá con los astringentes, con las pociones gomosas, el láudano, el benzonaftol ó cualquier otro de los antisépticos intestinales.

También es necesario vigilar la diuresis porque generalmente suele disminuir y conviene mantenerla activa. Se prescribirá con este fin la leche en abundancia, las bebidas alcalinas, agua de Evian, Vals, Vichy, etc., reservándose el uso de otros medicamentos más enérgicos, para los casos en que fueran realmente necesarios y esto teniendo en cuenta la conveniencia de fatigar lo menos posible á los riñones, pues la base de la curación de esta enfermedad está en el perfecto funcionamiento renal.

El empleo de la cafeína es muy conveniente como diurético, y no solo por su acción sobre la diuresis, sino también por el estímulo que produce en el funcionamiento cardíaco y en el sistema nervioso en general.

La depresión será combatida por medio de las bebidas estimulantes: el café, el alcohol en pequeñas dosis, la kola, el acetato de amoníaco, el éter, el aceite alcanforado, etcétera.

Pero el órgano que más requiere del médico una atención especial y una observación continua, para instituir en seguida que se presente la menor indicación, un tratamiento enérgico apropiado, es el corazón. Y en efecto, en las pneumonías en general, la enfermedad está en los pulmones pero el gran peligro en el corazón.

Es conveniente practicar, á poco de iniciarse la enfermedad, un tratamiento preventivo dirigido hacia dicho órgano, con el fin de evitar su debilitamiento.

Se prescribirá la digital en polvo y en dosis de 0.60 á 0.80 centigramos por día, pudiendo repetirse esta dosis tres ó cuatro días consecutivos; el aceite alcanforado en inyecciones subcutáneas de 1 c. c. cada una y cada 4 ó 6 horas; las inyecciones de cafeína; el sulfato de ostrienina y otros tónicos del corazón.

Si á pesar de este tratamiento, aparecieran mani-

festaciones que denotaran que el músculo cardíaco se halla afectado, la terapéutica que se debe hacer es la misma, pero más intensa, y con las preparaciones más enérgicas.

Huchard aconseja el empleo de la digitalina en inyección subcutánea, sistemáticamente y en todos los casos en que el estado de los riñones lo permita, y dice que su empleo es conveniente en esa forma, porque en los pneumónicos, las alteraciones más graves del corazón pueden presentarse de un momento á otro, á veces de una manera repentina é imprevista y al proceder así se está prevenido contra la posibilidad de su aparición.

Contra la depresión vascular se administrará la ergotina por vía bucal ó por vía hipodérmica.

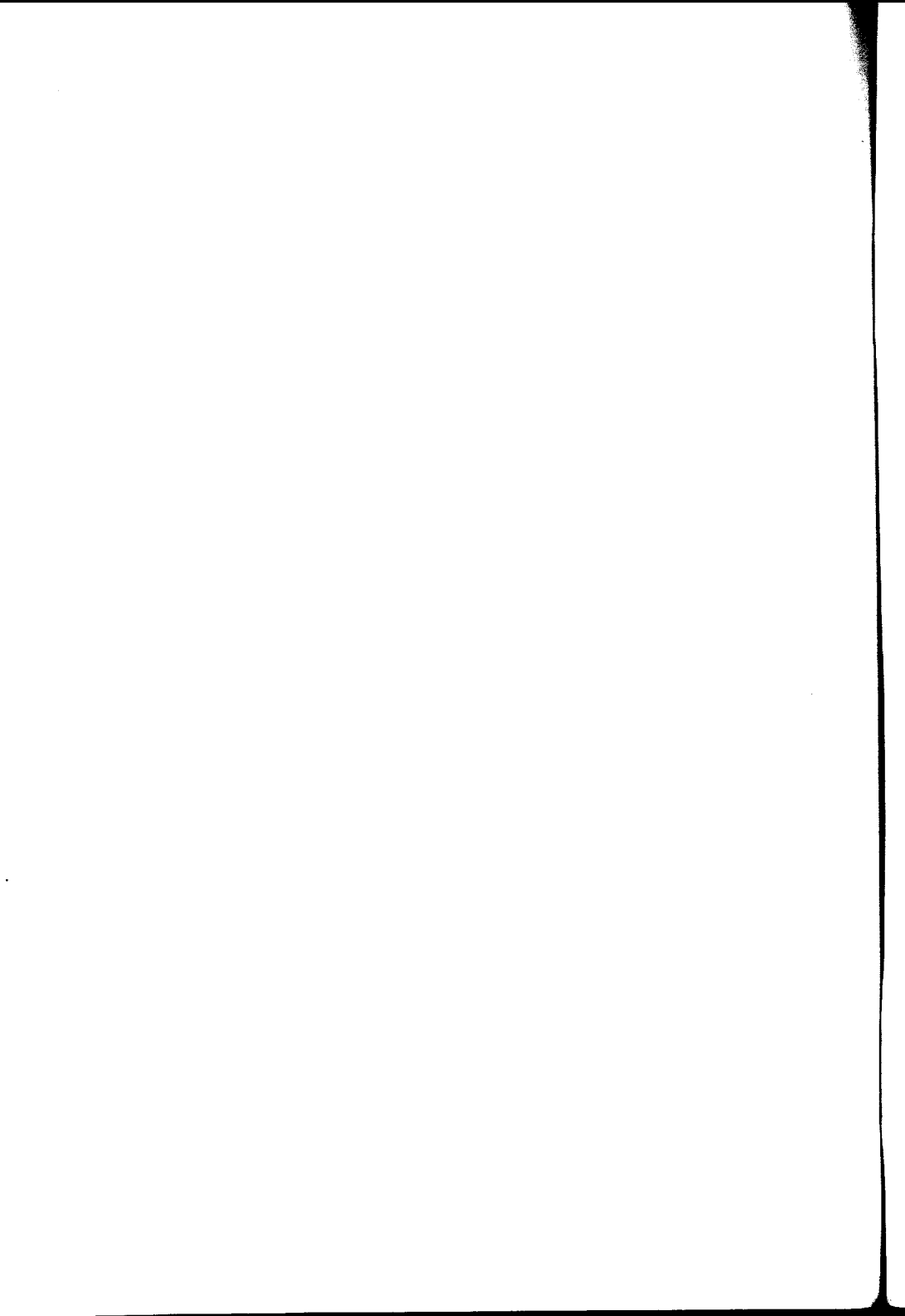
Estos enfermos se alimentarán, durante el período febril, únicamente con leche y bebidas alcalinas; se les hará cambiar con frecuencia de posición, para evitar las congestiones pasivas; serán sometidos á una higiene rigurosa; se les hará practicar la antisepsia bucal por medio del agua oxigenada, la desinfección de las vías respiratorias, por medio de pomadas con mentol, resorcina, inhalaciones con esencia de trementina, eucaliptus, tintura de benjuí, etc.

Durante el período de reabsorción del proceso, y especialmente en los casos que se hubiera desarrollado en el vértice pulmonar, es necesario vigi-

larlo con mucha atención para estimularlo y favorecerlo en caso de necesidad; con este objeto se prescribirá el ioduro de potasio y se hará la revulsión por medio del termo-cauterio, que da excelentes resultados.

Durante la convalecencia se les recomendará á estos enfermos que eviten el frío y los cambios bruscos de temperatura, porque con mucha frecuencia estos fenómenos son los que determinan las recaídas; pues sabido es que la grippe, en cualquiera forma que haya hecho su manifestación, en lugar de inmunizar al organismo atacado, lo deja en un estado de mayor predisposición, no solo para las nuevas infecciones gripales, sino también para otras de cualquier naturaleza que sean, y en caso de producirse una nueva pneumonía gripal, difícilmente podría ser combatida con éxito.

Pasado el ataque, estos sujetos quedan en un estado de debilidad muy grande y por esa razón es necesario someterlos á un régimen tónico y reconstituyente, para lo cual se les dará una alimentación sana y abundante; pero teniendo la precaución, de reglarla de tal manera que impida los trastornos gastro-intestinales; en lo posible se evitará el uso de los medicamentos tónicos por vía bucal á fin de no molestar mucho al estómago, órgano de cuya integridad funcional depende que el sujeto pueda alimentarse en buenas condiciones.



IV

EL ELECTROARGOL EN EL TRATAMIENTO DE LA PNEUMONÍA GRIPAL

Al no haber incluido este medicamento en el capítulo anterior, nos ha guiado el propósito de hacer de él un estudio algo más detallado. Y lo hacemos así porque su acción difiere fundamentalmente de la de los otros medicamentos que se emplean en esta enfermedad.

Y en efecto, antes del descubrimiento de las sales coloidales y del estudio de sus aplicaciones terapéuticas, el tratamiento de esta infección, lo mismo que el de muchas otras, se reducía á combatir los síntomas á medida que aparecían, con prescindencia de la causa que los originaba, mientras que ahora, con el empleo de ellas, es hacia la infección misma que va dirigido principalmente el tratamiento.

El electroargol no ejerce una acción específica

sobre tal ó cual germen patógeno, es un medicamento para las infecciones en general, y lo que se conoce de su acción terapéutica explica su eficacia en todos los estados infecciosos para los cuales no exista alguna medicación específica; es así que se observan sus buenos resultados en las infecciones puerperales, en las epididimitis blenorragicas agudas, en las pneumonías y en general, en todas las infecciones agudas.

Su acción es distinta á la de los sueros específicos porque actúa de una manera más general, produciendo en el organismo modificaciones tales que lo ponen en las mejores condiciones para defenderse de la invasión microbiana. Es esta propiedad la que ha inducido á algunos á preferir el uso del electroargol al de los sueros específicos, en el tratamiento de las infecciones puerperales.

El mecanismo de su acción terapéutica es interpretado de una manera distinta por los experimentadores que se han ocupado de él, aunque en lo fundamental casi todos concuerdan.

Crédé dice que la plata coloidal en contacto con los humores del organismo produce un ácido lacto-argéntico, dotado de un gran poder antiséptico y atribuye á la formación de dicho ácido la principal acción medicamentosa.

Otros observadores, teniendo principalmente en cuenta las modificaciones que se producen en la san-

gre, llegan á la conclusión de que es á ellas y especialmente á la hiperleucocitosis, que el electro-argol debe sus propiedades curativas. Hay otros que ven en esta hiperleucocitosis la acción fundamental, pero que admiten la formación de cuerpos nuevos, derivados de la solución coloidal, que gozan de propiedades antisépticas y á los que atribuyen un rol accesorio pero, sin embargo, de importancia.

En realidad su acción es muy compleja, y lo cierto es que, habiendo ó no formación de cuerpos nuevos, derivados ó no de la solución coloidal y dotados ó no de propiedades antisépticas, las funciones de defensa del organismo se intensifican, como lo han comprobado Weil, Achard y otros, y ellas por sí solas explican bien la acción terapéutica de este medicamento.

Las modificaciones fisiológicas que se producen en el organismo sometido á esta medicación son las siguientes:

Administrada la primera dosis y transcurrido un tiempo que generalmente es de dos horas, se produce una elevación de temperatura que puede alcanzar á un grado ó uno y medio, y que tiene una duración variable entre dos y seis horas.

Producido este primer fenómeno, la temperatura empieza á declinar. La manera como desciende no es igual en todos los casos; en algunos, se produce pocas horas después de administrada la primera do-

sis del medicamento y de un modo brusco, sin oscilaciones, hasta que llega á la normal sin que sea necesario repetir la dosis. Pero en otros casos, que son los que constituyen la mayoría, dicho descenso no se verifica en la forma anterior, sino que se hace de una manera más paulatina, ya sea progresiva y directamente, ó bien, prévia una serie de oscilaciones.

Este último es el resultado que más frecuentemente se observa y se llega á él después de administrar el remedio durante dos, tres ó cuatro días consecutivos y en cantidad variable, según las circunstancias, es decir, según la intensidad de la infección.

La elevación inicial de temperatura que se observa en este tratamiento, se produce con mayor frecuencia é intensidad en los sujetos jóvenes, vigorosos, que no se hallen afectados por un debilitamiento muy grande. En los casos contrarios esta reacción no se produce ni con la frecuencia, ni con la intensidad de los anteriores.

Antes de conocerse bien este medicamento, y cuando la técnica que se empleaba en su preparación era sin duda deficiente en relación á la que hoy se emplea, dicho fenómeno era atribuído á las impurezas que contenía, pero ahora que ha sido mejor estudiado, que los procedimientos que se emplean en su preparación han adelantado considera-

blemente, y sobre todo, mejor conocidas las modificaciones fisiológicas que su presencia determina en el organismo, se le atribuye un origen distinto y una importancia mayor, que antes no se le daba.

Ahora, á dicha elevación térmica, no se le hace depender del medicamento en cuanto á su pureza, se refiere, sino que se vé en ella á una reacción de defensa del organismo, determinada por su presencia en él.

A esta reacción, algunos observadores le atribuyen una gran importancia para el pronóstico de la enfermedad; por cuanto toda vez que se produce, denota que el organismo se encuentra en buenas condiciones para luchar contra los gérmenes infecciosos y por consiguiente, hay motivos para sospechar el éxito en el tratamiento.

Ocurre, en lo referente á la importancia de este fenómeno, lo que con la del absceso de fijación de Fochier, producido por la inyección de esencia de trementina, en el tratamiento de las infecciones puerperales.

Sin embargo, en nuestra opinión, esa importancia ha sido exagerada, pues, hemos observado casos en los cuales el fenómeno no se ha producido y á pesar de ello la evolución de la enfermedad ha sido favorable y tenemos noticias de otros, en los que, no obstante haberse producido la reacción, el efecto curativo no se produjo en la forma deseada.

En nuestro concepto, la reacción denota evidentemente la capacidad del organismo de defenderse, pero ello no asegura—ni mucho menos—que la defensa sea suficiente para contrarrestar á la infección.

Las modificaciones fisiológicas más importantes que produce este medicamento, se verifican en la sangre.

Los glóbulos blancos aumentan en cantidad, produciéndose una hiperleucocitosis considerable, con predominio de los polinucleares macrófagos y eosinófilos.

Los glóbulos rojos no se modifican ni en su forma ni en su cantidad. El poder bactericida del suero aumenta, lo que contribuye en sumo grado á que la sangre se convierta en un medio completamente inadecuado para la vitalidad de los germenos infecciosos.

La constitución de la orina sufre también modificaciones, notándose en ella el aumento de la úrea y del ácido úrico que indica que los cambios nutritivos se aceleran y se hacen mayores. La toxicidad se hace menor á medida que se administran nuevas dosis de medicamento. La eliminación del ácido fosfórico sufre también una notable disminución.

El sistema nervioso experimenta bajo la influencia del electroargol una acción bien manifiesta, que se traduce por la desaparición de los fenómenos de excitación.

La presencia de las sales coloidales dentro del organismo no da origen á ningún cuerpo nocivo; propiedad excelente que permite hacer uso de él en cantidades relativamente considerables. Tapeinier, experimentando sobre este particular en animales, no ha podido constatar fenómenos de argirismo; ni parálisis, ni nefritis, ni lesión alguna de eliminación, que se observan con relativa frecuencia en los organismos sometidos á la medicación argéntica que no sea al estado coloidal.

La administración de este medicamento se hace por inyección, que puede ser subcutánea, intramuscular ó endovenosa.

Esta última forma es conveniente reservarla para los casos graves, en que es necesario que el medicamento actúe rápida y enérgicamente, aunque no hay ningún inconveniente en utilizarlo como procedimiento de elección; solo que su técnica es siempre más molesta.

Las inyecciones por vía subcutánea ó muscular son indoloras y no dejan nódulos indurados consecutivos.

Las dosis que se emplearán variarán según el estado de gravedad del enfermo. En los casos ordinarios es suficiente emplear dos inyecciones por día de cinco centímetros cúbicos cada una, ó bien, una sola de diez centímetros cúbicos, pero no hay ningún inconveniente en aumentar dichas cantidades

si el caso así lo requiriese, sino que por el contrario, se deberá inyectar veinte centímetros cúbicos y aún más, por día, si el enfermo presentase un estado infeccioso grave. Estas dosis deberán repetirse todos los días hasta que se obtenga el descenso de la temperatura.

El tratamiento por el electroargol no excluye el uso de otros medicamentos, en razón de no existir incompatibilidad. Por el contrario, se debe hacer un tratamiento mixto, porque algunas de las alteraciones que se observan en el transcurso de la neumonía gripal no son mayormente influenciadas por este medicamento, tales son las alteraciones cardíacas que requieren un tratamiento especial y enérgico.

Debemos hacer presente que este remedio no es infalible,—lo que por otra parte, ocurre con todos los medicamentos y en todas las enfermedades—pero que las mayores ventajas se obtienen de él usándolo en dosis suficientes, es decir, masivas, y sin esperar que la enfermedad avance demasiado. Si esto último ocurriera, los órganos encargados de la defensa del organismo, que son hacia los que el electroargol dirige especialmente su acción estimulante, se hallarían talvez demasiado comprometidos y no estarían, por consiguiente, en condiciones de poder responder con eficacia.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Observación I

E. F. G., 23 años, argentino.

Antecedentes hereditarios y personales.—Sin importancia.

Diagnóstico.—Pneumonía gripal del vértice derecho.

Este enfermo fué atacado por una gripe que declinó al cuarto día de empezar.

Al sexto día se inicia la pueumonía, con 40°5 de temperatura y estado infeccioso muy pronunciado. Se le administra un purgante, se le prescriben sellos de antipirina y quinina y una bobida estimulante y expectorante. Revulsión al tórax.

Se repite este tratamiento dos días, durante los cuales, la fiebre no se modifica en nada; el estado infeccioso se pronuncia más y el miocardio empieza á manifestar síntomas de intoxicación. Se prescribe

aceite alcanforado, una bebida con hojas de digital y se hace una inyección de 10 c. c. de electroargol. Se toma la temperatura á la hora de practicada la inyección y no se observa modificación alguna. A las tres horas se vuelve á tomar la temperatura que ha descendido á 40°. Se sigue haciendo nuevas anotaciones termométricas cada tres horas y se observa un descenso paulatino hasta obtener, al día siguiente 39°. Nueva inyección de 10 c. c. de electroargol. El estado general mejora algo, pero la temperatura no se modifica durante las siete primeras horas que siguen á esta nueva inyección, después de las cuales, se nota un descenso de un grado. El estado general sigue mejorando. Al día siguiente de practicada la segunda inyección, la temperatura sube á 39°5. No aparece ningún otro síntoma nuevo. Se repite otra inyección de 10 c. c. A partir de esta tercera dosis del medicamento, la temperatura inicia su descenso definitivo, por pequeñas oscilaciones. Durante este tratamiento, hubo necesidad de hacer algunas inyecciones de cafeína y de prescribir digital, la que se administró en polvo y en un total de 2 gramos en cuatro días.

Observación II

J. L., 28 años, argentino.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sarampión en la infancia.

Diagnóstico.—Pneumonia gripal del vértice derecho.

Este enfermo tiene un ataque de bronquitis gripal, al que le sucede, al quinto día de iniciado, la neumonía.

Como el caso anterior, presenta un estado infeccioso muy pronunciado. Temperatura 40°8. Pulso 110 por minuto, respiraciones 30; sobresaltos tendinosos, delirio tranquilo.

Se hace una inyección intramuscular de 10 c. c. de electroargol, por la mañana. Se toma la temperatura á las dos horas y no se observa ninguna modificación; por la tarde la temperatura desciende á 40°2, el estado general continúa lo mismo. Se hace una nueva inyección de 5 c. c. Por la noche la temperatura es de 40°.

Al día siguiente continúa en el mismo estado. Se hace otra inyección de 10 c. c. intramuscular. El resto del día lo pasa sin novedad, notándose en la noche un ligero descenso de dos décimos de temperatura y la desaparición del delirio y de los sobresaltos tendinosos. Al cuarto día de iniciada la neumonía se hace una nueva inyección de 10 c. c. y el estado general mejora visiblemente; la temperatura baja á 38°8.

Al quinto día el estado general sigue mejorando y la temperatura tiende á descender, en la noche 38°4. Al día siguiente, sexto de la enfermedad, se perciben los rales de retorno y el enfermo entra en una franca mejoría. Se hace una nueva inyección de 5 c. c. por precaución, desapareciendo por completo la fiebre al día siguiente.

A este enfermo se le hizo además, el tratamiento general del caso anterior.



Observación III

M. E., 35 años, española.

Sin antecedentes hereditarios.

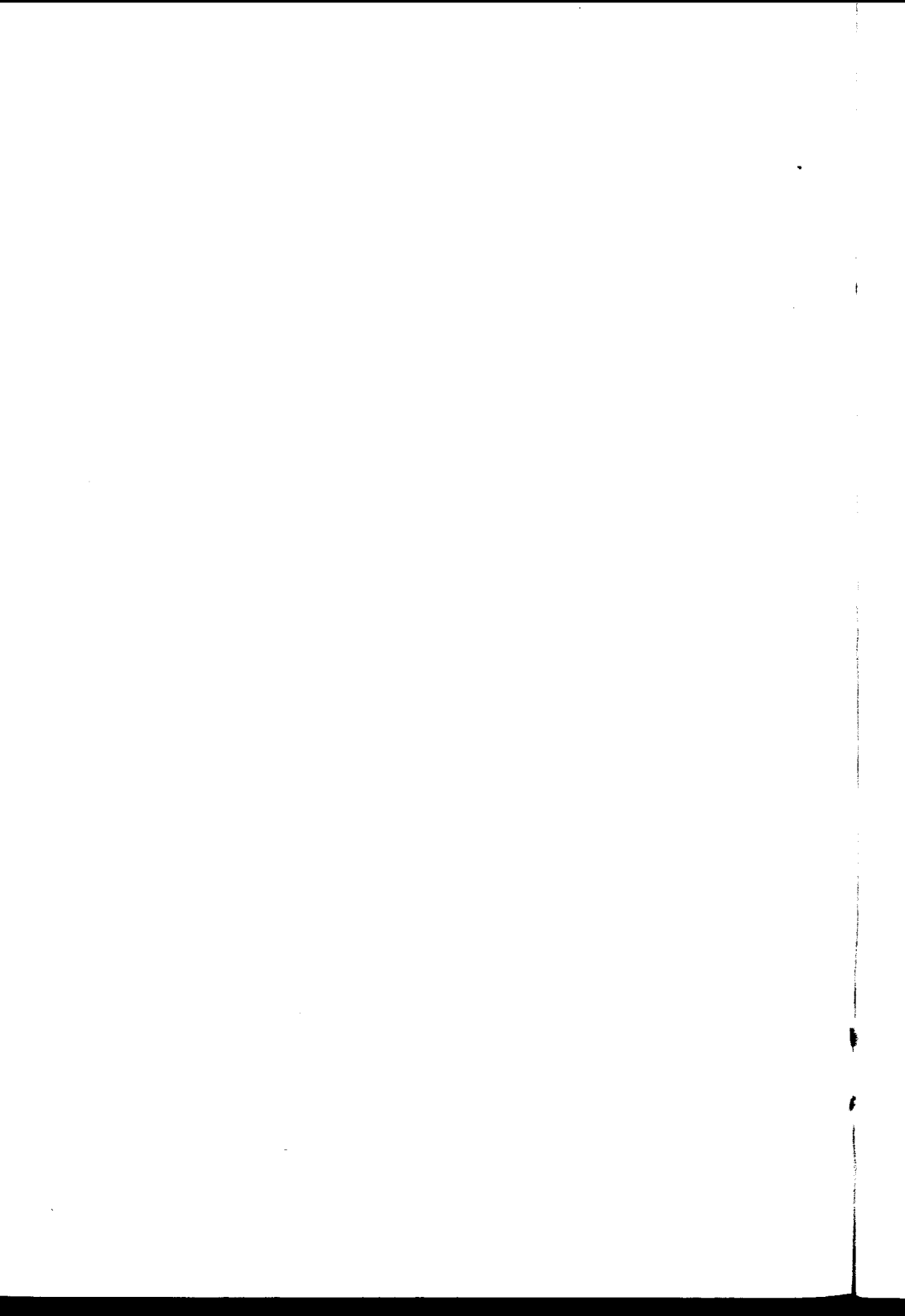
Antecedentes personales.—Viruela á los 16 años.

Diagnóstico.—Pneumonía gripal.

Este caso, análogo á los anteriores por la gravedad de los síntomas generales, fué tratado por el electroargol, el que fué administrado en una cantidad total de 35 c. c. repartida en cuatro dosis, en inyección subcutánea, notándose después de practicada la segunda inyección, el descenso de la temperatura, que fué definitivo, después de la cuarta dosis de medicamento.

Se hizo, como en los casos anteriores, además del tratamiento general, el preventivo contra la astenia cardíaca.

Evolucionó el período agudo en seis días. La convalecencia se prolongó durante quince días, pero sin aparecer ninguna otra novedad.



Buenos Aires, Mayo 11 de 1915.

Nómbrese al señor Académico Dr. Gregorio Aráoz Alfaro, al profesor titular Dr. Justiniano Ledesma y al profesor suplente Dr. Pedro Labaqui, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes.»

L. GÜEMES
J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Junio 3 de 1915.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2963 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES
J. A. Gabastou
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

El estudio hematológico en el diagnóstico y pronóstico de los procesos pulmonares agudos.

Arósz Alfaro.

II

¿De que modo actúa el electrargol en las infecciones?

J. Ledesma.

III

Consideraciones sobre la razón de la importancia de los signos hematológicos y urológicos en el pronóstico de las infecciones agudas.

Pedro Labaqui.

BIBLIOGRAFÍA

- Brouardel.*—Traité de Medicina, tomo II.
Bustamante S. S.—Determinaciones pulmonares de la grippe.
Collet F. J.—Précis de Pathologie Interne.
Courmont.—Précis de Bacteriologie.
Charcot, Bouchard et Brissand.—Traité de Medicine, tomo II.
Debove et Gallard.—Pathologie interne.
» » —Traité elementaire de clinique medicale.
Dieulafoy.—Manuel de Pathologie interne, tomo II.
Galliard.—La grippe.
Grisolle A.—Traité de pneumonie.
Huchard.—Consultations médicales, thérapeutique clinique.
Kolle et Hoescht.—La Bacteriologie experimentale, t. I, 1910.
Lancereaux et Besançon.—Complications des pneumonies.
Archive generale de Medicine, 1886.
Lyon Gaston.—Clinique thérapeutique.
Teissier J.—La grippe.
-

30490

