



Nº 3244

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

GRIPPE PULMONAR

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

FERMIN G. RAMOS

Ex-practicante menor y mayor interno del Hospital Militar Central
(años 1914, 15, 16 y 17)

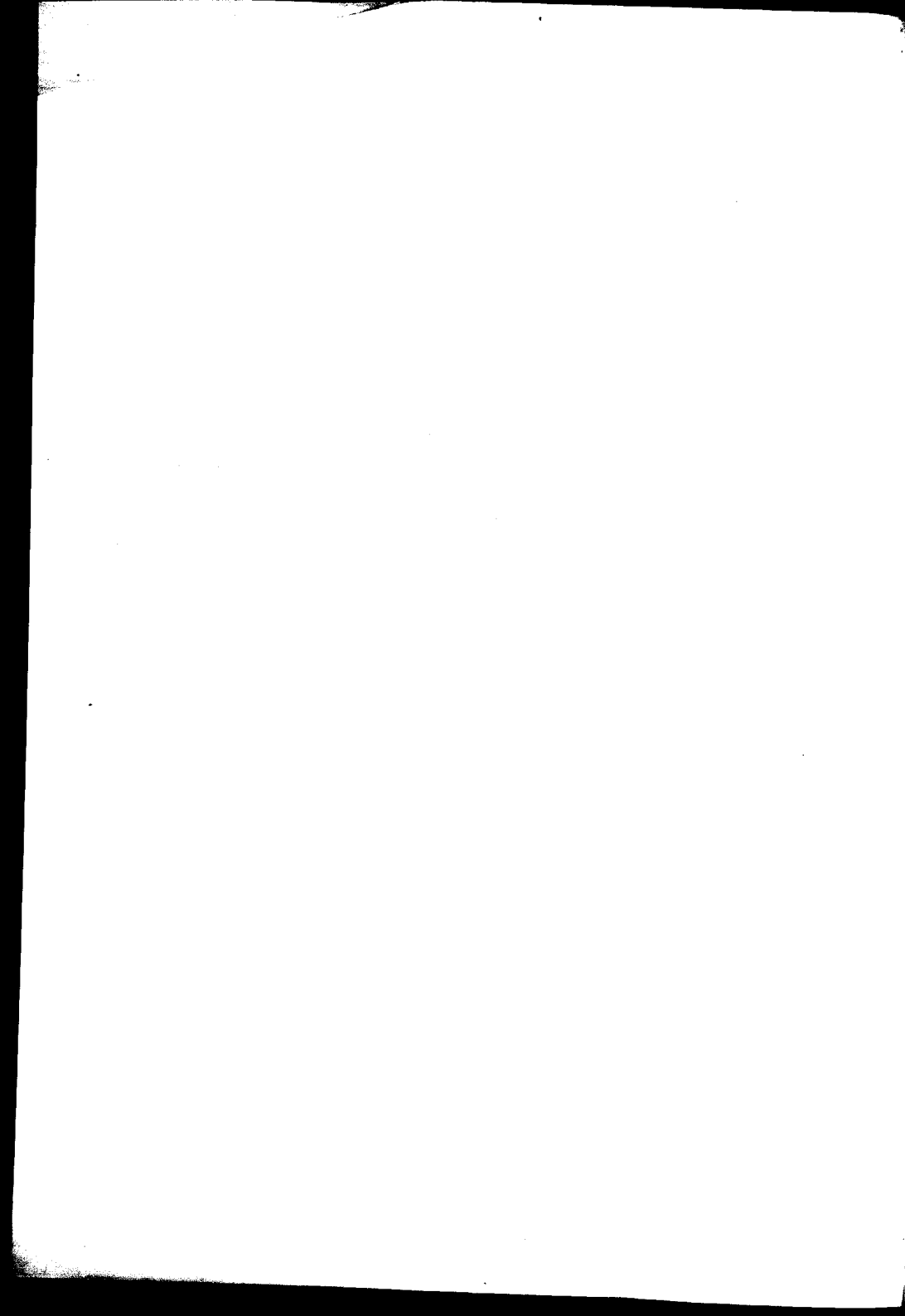
1917. 24. 10



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
2254 - Córdoba - 2254
1917

GRIPPE PULMONAR



Año 1917

N.º 3244

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

GRIPPE PULMONAR

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

FERMIN G. RAMOS

Ex-practicante menor y mayor interno del Hospital Militar Central
(años 1914, 15, 16 y 17)



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
254 - Córdoba - 254

1917

Handwritten notes:
V. H. G.
1917

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

(Artículo 162 del R. de la F.)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

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. » » JOSE 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 MALBRAN
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

Secretario anual

Vacante.

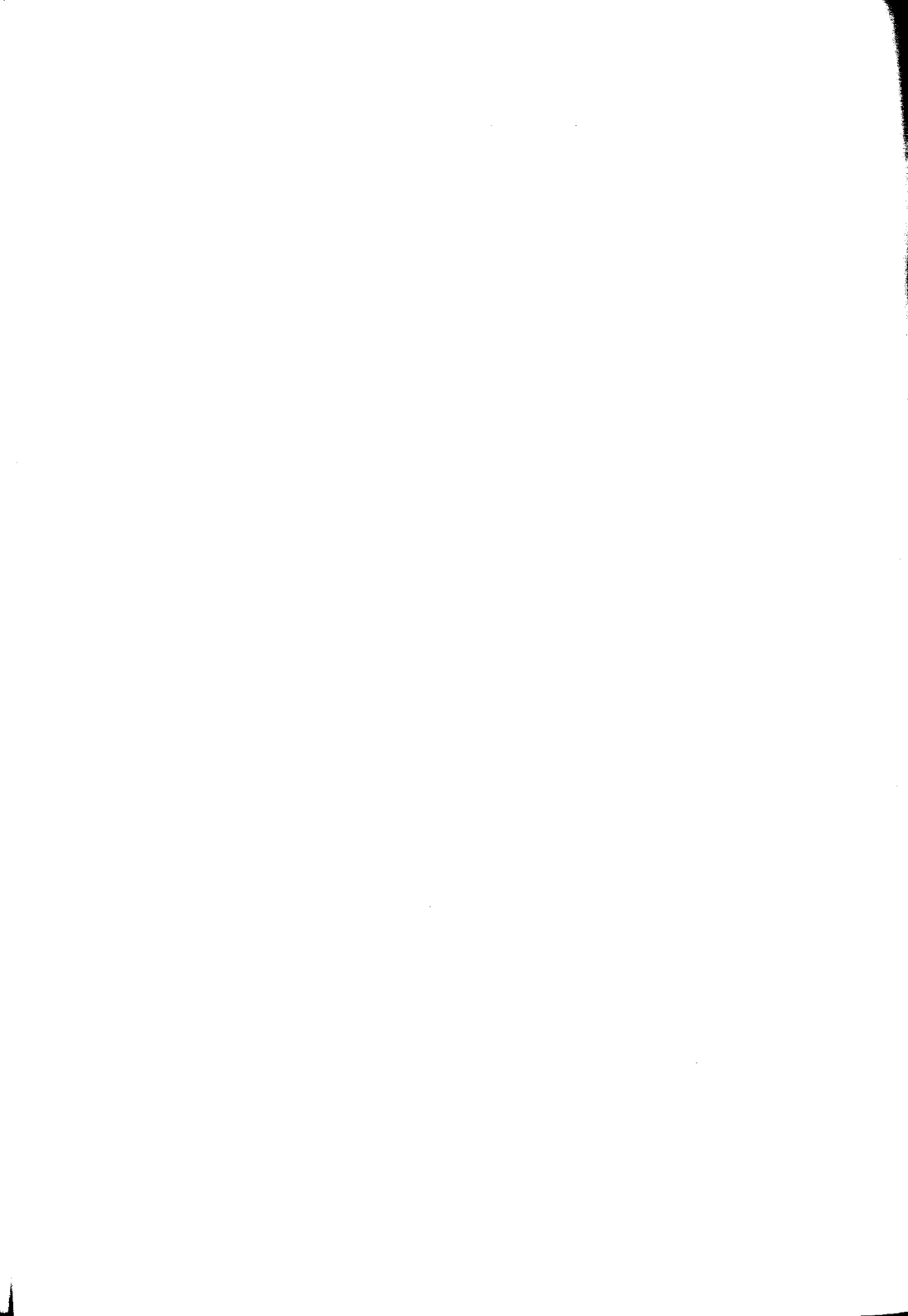


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

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



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRÁN

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
» » MARCELO VIÑAS
» » IGNACIO ALLENDE
» » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA
» » JUAN A. GABASTOU



ESCUELA DE MEDICINA

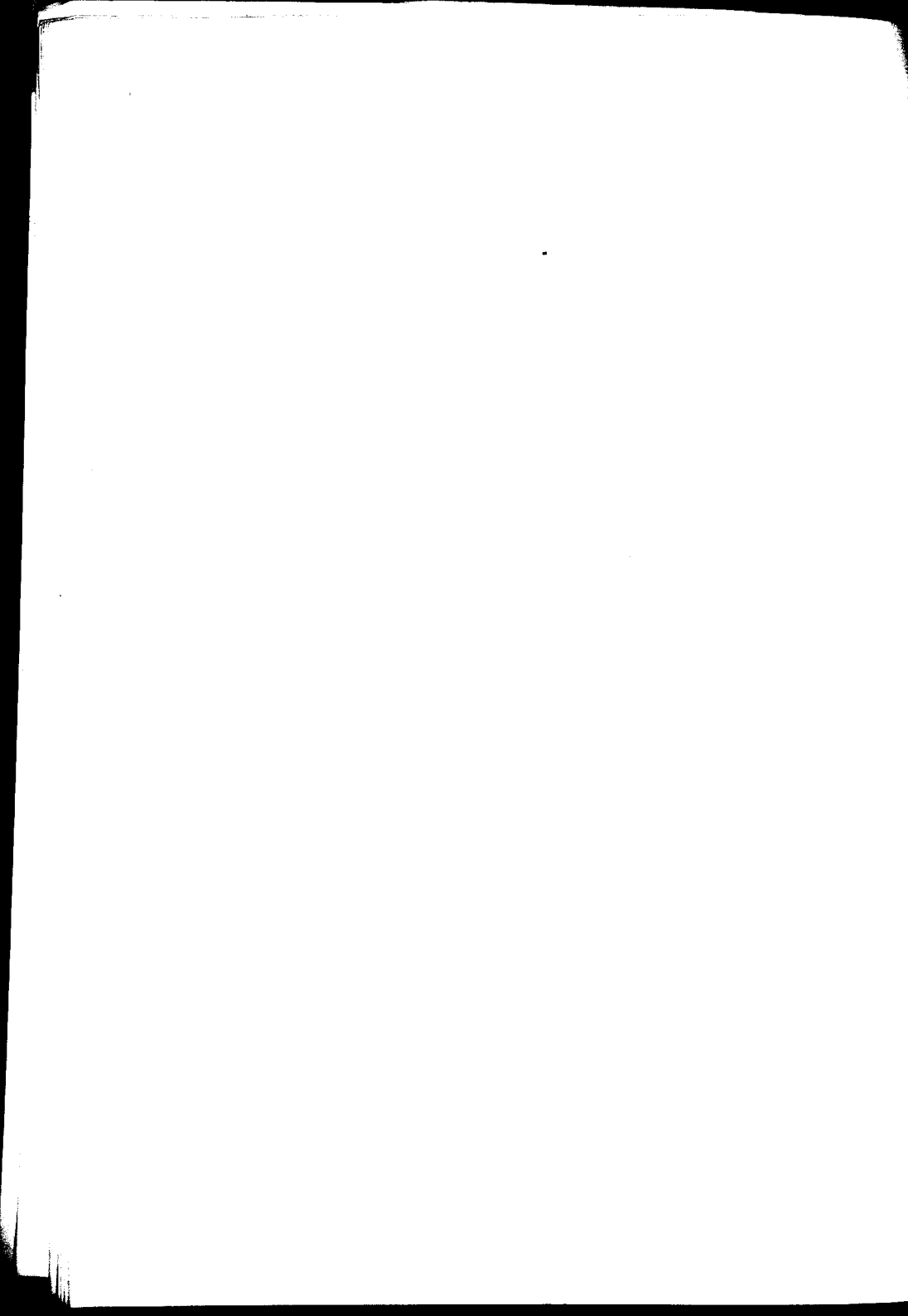
PROFESORES HONORARIOS

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



ESCUELA DE MEDICINA

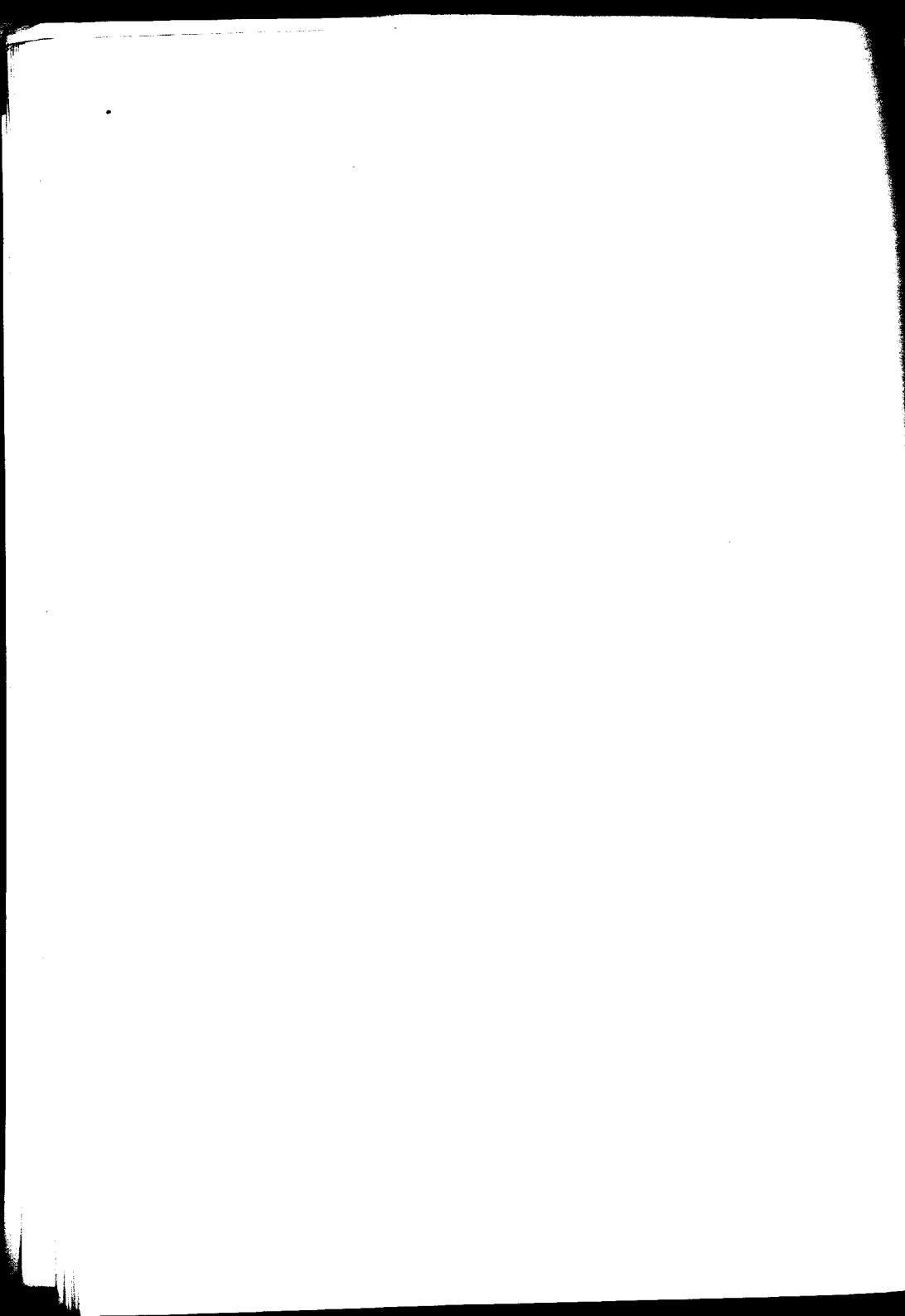
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAZONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología 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
Anatomía Topográfica.....	» DAVID SPERONI
Anatomía Patológica.....	» AVELINO GUTIÉRREZ
Materia Médica y Terapéutica.	» TELÉMACO SUSINI
Patología Externa.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Medicina Operatoria.....	» DANIEL J. CRANWELL
Clínica Dermato-Sifilográfica .	» LEANDRO VALLE
» Génito-urinarias.....	» BALDOMERO SOMMER
Toxicología Experimental....	» PEDRO BENEDIT
Clínica Epidemiológica.....	» JUAN B. SEÑORANS
» Oto-rino-laringológica.	» JOSÉ PENNA
Patología Interna.....	» EDUARDO OBEJERO
Clínica Oftalmológica.....	» MARCIAL V. QUIROGA
	(Vacante)
	» LUIS GÜRMES
» 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
» Pediatría.....	» ANGRI. M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. GAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

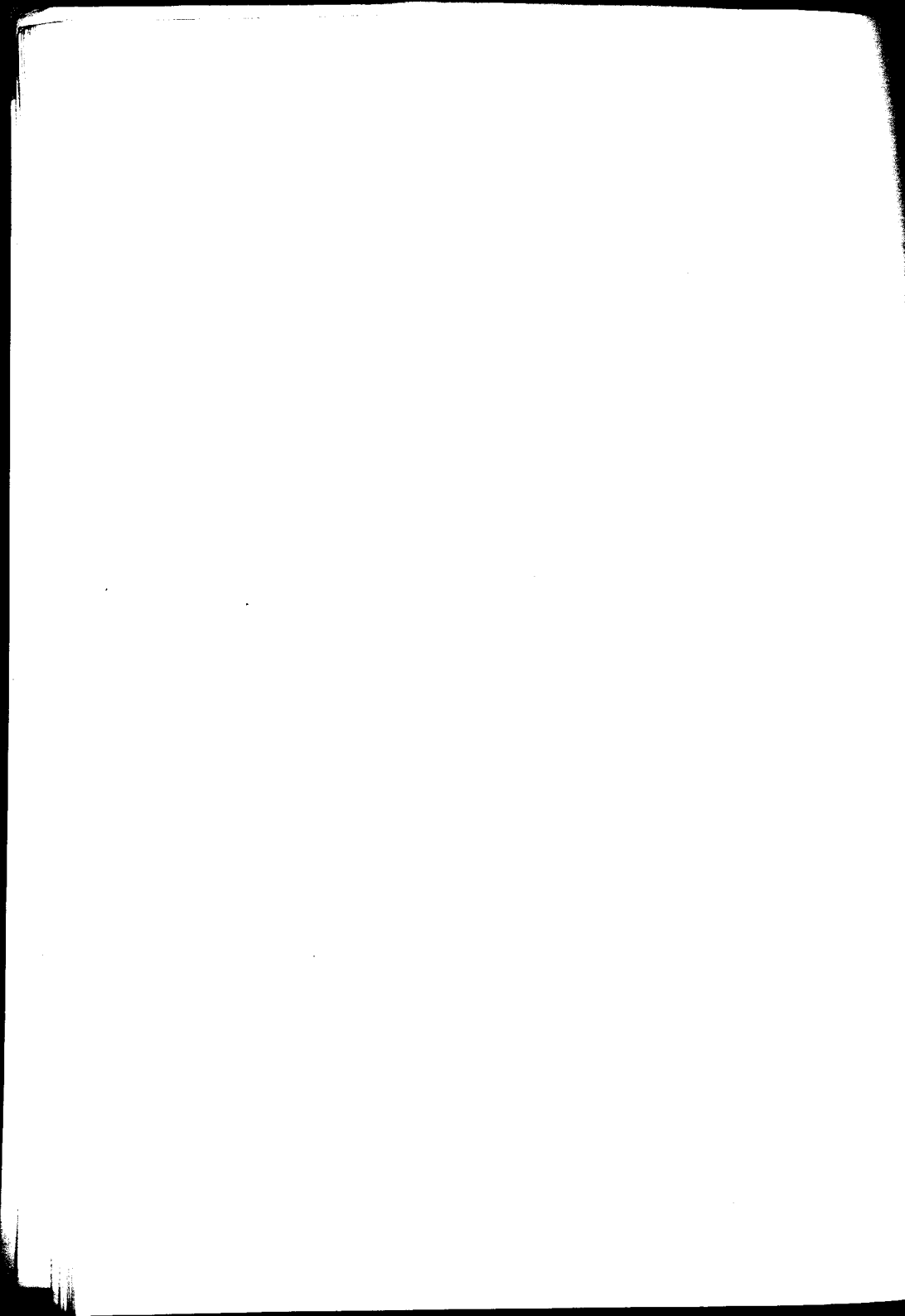
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

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



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica	GUILHERMO SEEBER
Anatomía descriptiva	SILVIO E. PARODI
	EGGENIO A. GALLI
	FRANK L. SOLER
Fisiología general y humana	FERRARDO HOUSSAY
	RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología	SALVADOR MAZZA
Química Biológica	BENJAMIN GALARCE
Higiene médica	PELLER A. JUSTO
	MANUEL V. CARBONELL
Semeiología y ejercicios clínicos	CARLOS DOMÍNGO UDAONDO
	ALFREDO VITON
Anatomía patológica	JOAQUÍN LLAMBIÁS
Materia médica y Terapia	ANGEL H. ROFFO
Medicina operatoria	JOSÉ MORENO
	ENRIQUE FINOCCHIETTO
Patología externa	CARLOS ROBERSON
	FRANCISCO P. CASTRO
	CASTELFORT LEGONES
	NICOLÁS V. GRECO
Clinica dermato-sifilográfica	PEDRO L. BALINA
> génito-urinaria	JOAQUÍN NIN POSADAS
	FERNANDO R. TORRES
> epidemiológica	FRANCISCO DESTEFANO
	ANTONINO MARCÓ DEL PONT
> oftalmológica	ENRIQUE B. DEMARÍA (en ejercicio)
	ADOLFO NOCETTI
> oto-rino-laringológica	JUAN DE LA CRUZ CORREA
	MARCELO CASTRO ESCALADA
	PEDRO LABAQUE
Patología interna	LEONIDAS JORGE FACIO
	PABLO M. BARLAHO
	EDUARDO MARINÓ
	JOSÉ ARCE
	ARMANDO R. MAROTTA
	LEIS A. TAMINI
	MIGUEL SUSENI
Clinica quirúrgica	ROBERTO SOLÉ
	PEDRO CHUTRO
	JOSÉ M. JORGE (HJ)
	OSCAR COPELLO
	ADOLFO P. LANDIVAR
	JUAN JOSÉ VITON
	PABLO J. MORSALINE
	RAFAEL A. BELLEGICH
	ROSADE IMAZ
> médica	PEDRO ESCUDERO
	MARIANO R. CASTEX
	PEDRO J. GARCÍA
	JOSÉ DESTEFANO
	JUAN R. GOTTENA
	JUAN JACOBO SPANGENBERG
	MARCELO ACUÑA
	GENARDO SINTO
> podológica	PEDRO DE ELIZALDE
	FERNANDO SCHWICZER
	JUAN CARLOS NAVARRO
	JAIMÉ SALVADOR
> ginecológica	TORIBIO PICCARDO
	CARLOS R. CIBIO
	OSVALDO L. BOTTARO
	ALBERTO ENRIQUEZ
	ALBERTO PERALTA RAMOS
	PAULINO J. TRONCÉ
> obstétrica	JUAN R. GONZÁLEZ
	JUAN C. RINSO DOMÍNGUEZ
	JUAN A. GARASTOC
	ENRIQUE A. ROERO
> neuroológica	ROMÉLO H. CHIAPPORI
	VICENTE DIMITHI
	JOAQUÍN V. GNECCO
Medicina legal	JAVIER BRANDAM
	ANTONIO PODESTÀ



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc..... DR. J. C. LLAMES MASSINI

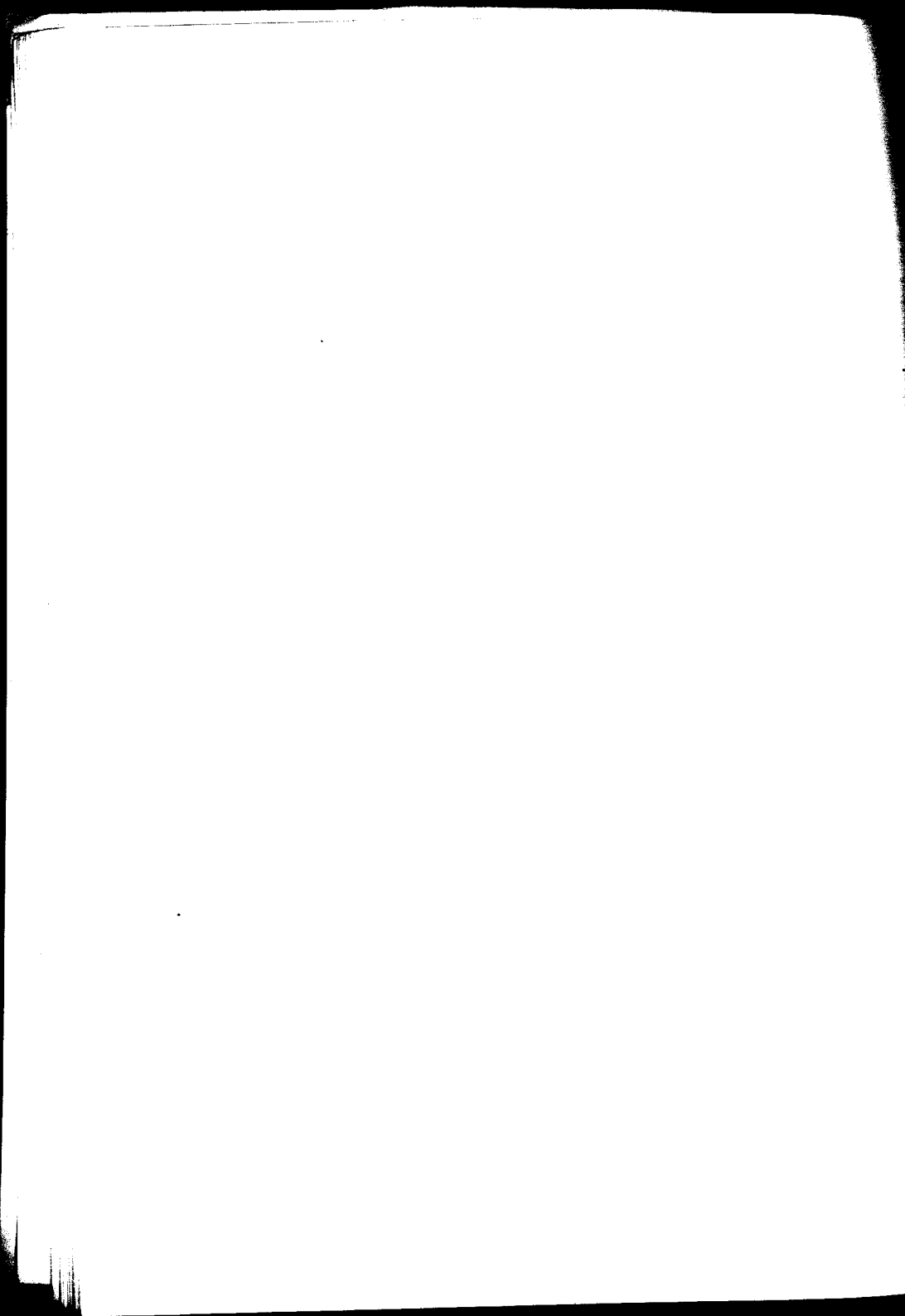
Segundo año:

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

Tercer año:

Clínica obstétrica..... DR. FANOF VELARDE

Puericultura..... * UBALDO FERNANDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

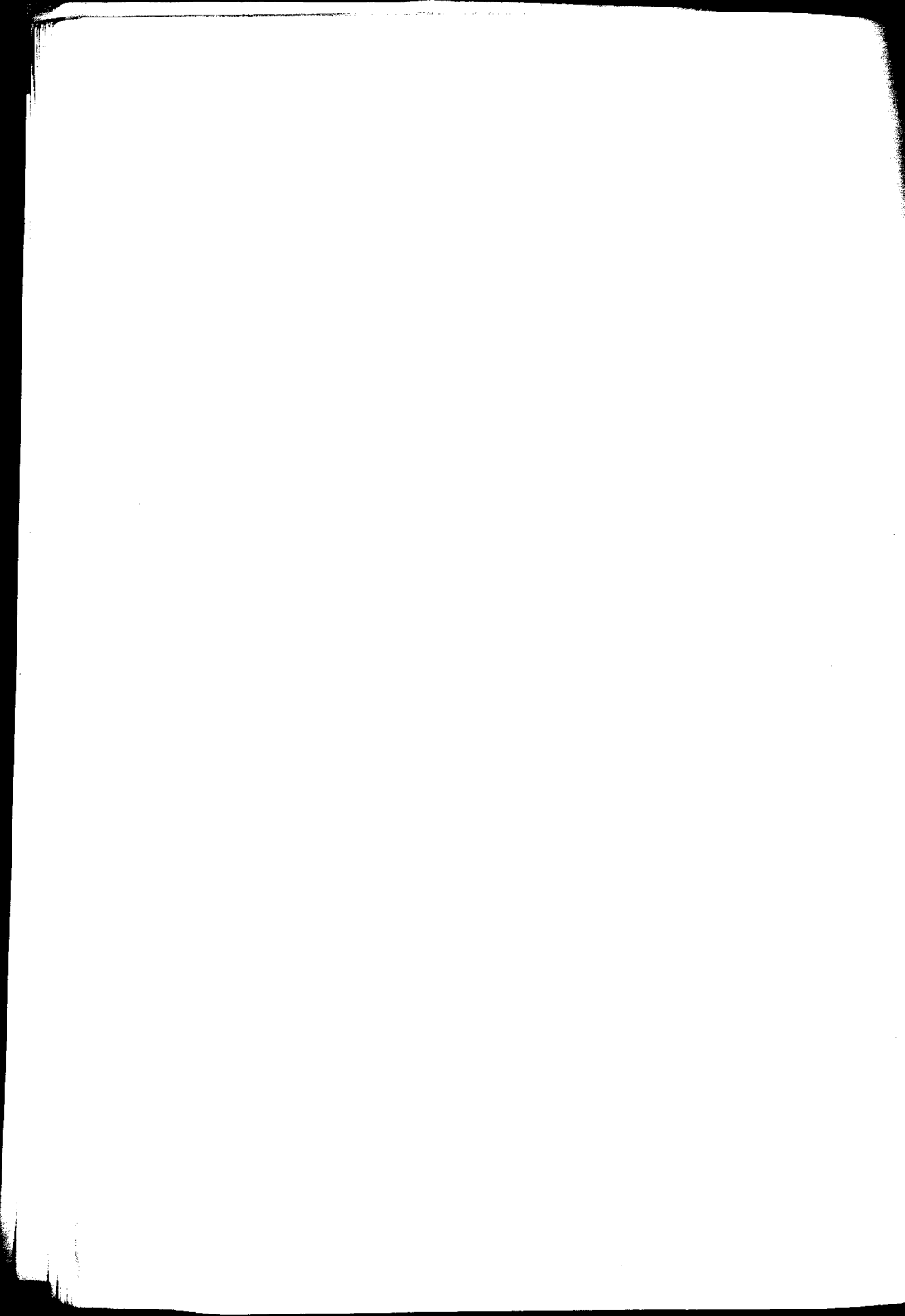
Catedráticos titulares

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. BATTI
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
Farmacognosia y posología razonadas ..	» PASCUAL CORTI
Física farmacéutica.....	» OSCAR MIALOCK
	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	{ SR. PEDRO J. MÉSIGOS
	» LUIS ZUGLIANMELLI
Química analítica.....	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica.....	{ » ANGEL SARATINI
	» EMILIO M. FLORES



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 J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2.^o año)
SR. JUAN M. CARREA (Prótesis)



PADRINO DE TESIS

DOCTOR EUGENIO A. GALLI

Profesor suplente de Anatomía descriptiva
Jefe del servicio de Clínica Médica del Hospital Militar Central

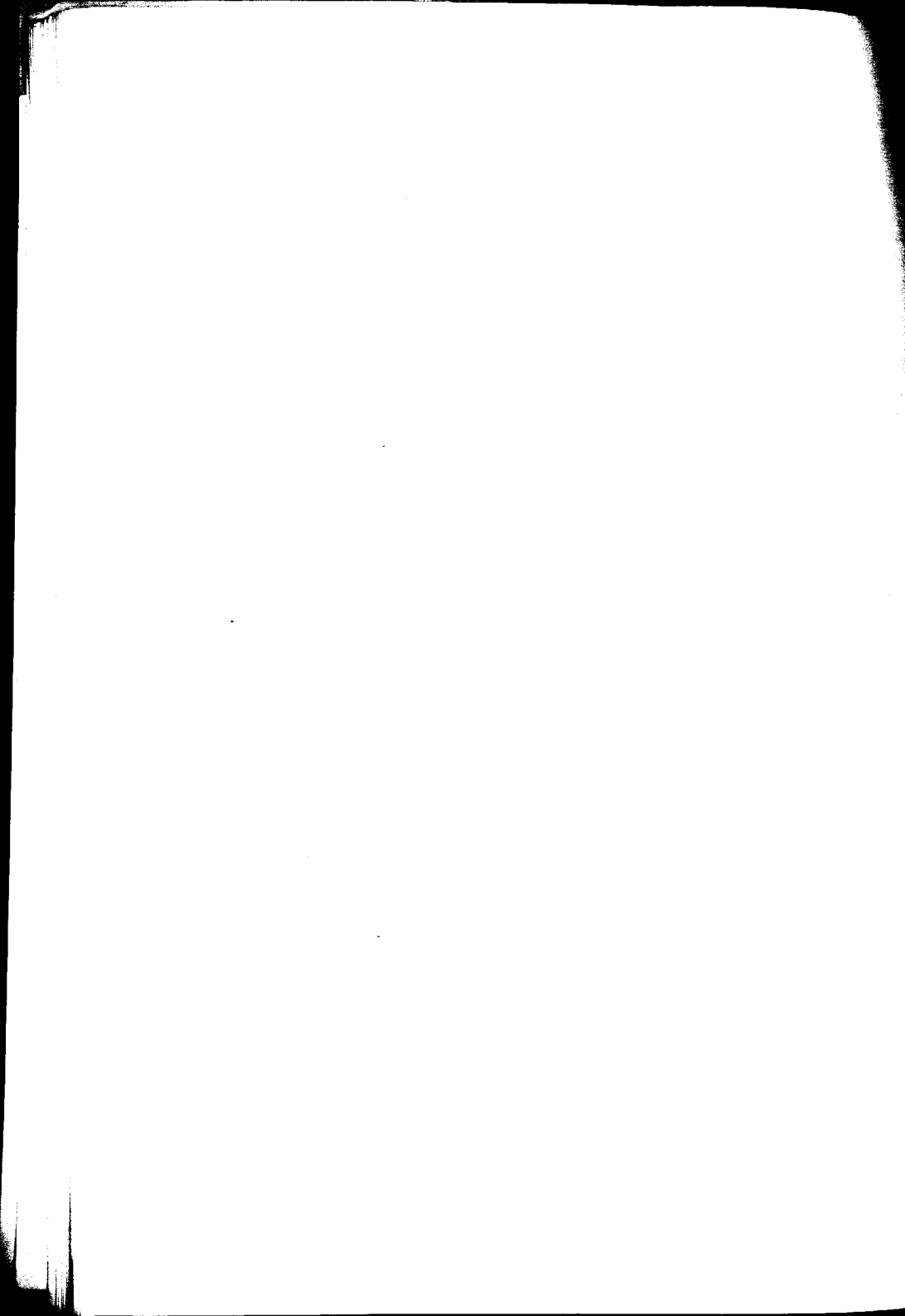


A MIS PADRES

A QUIENES TODO DEBO

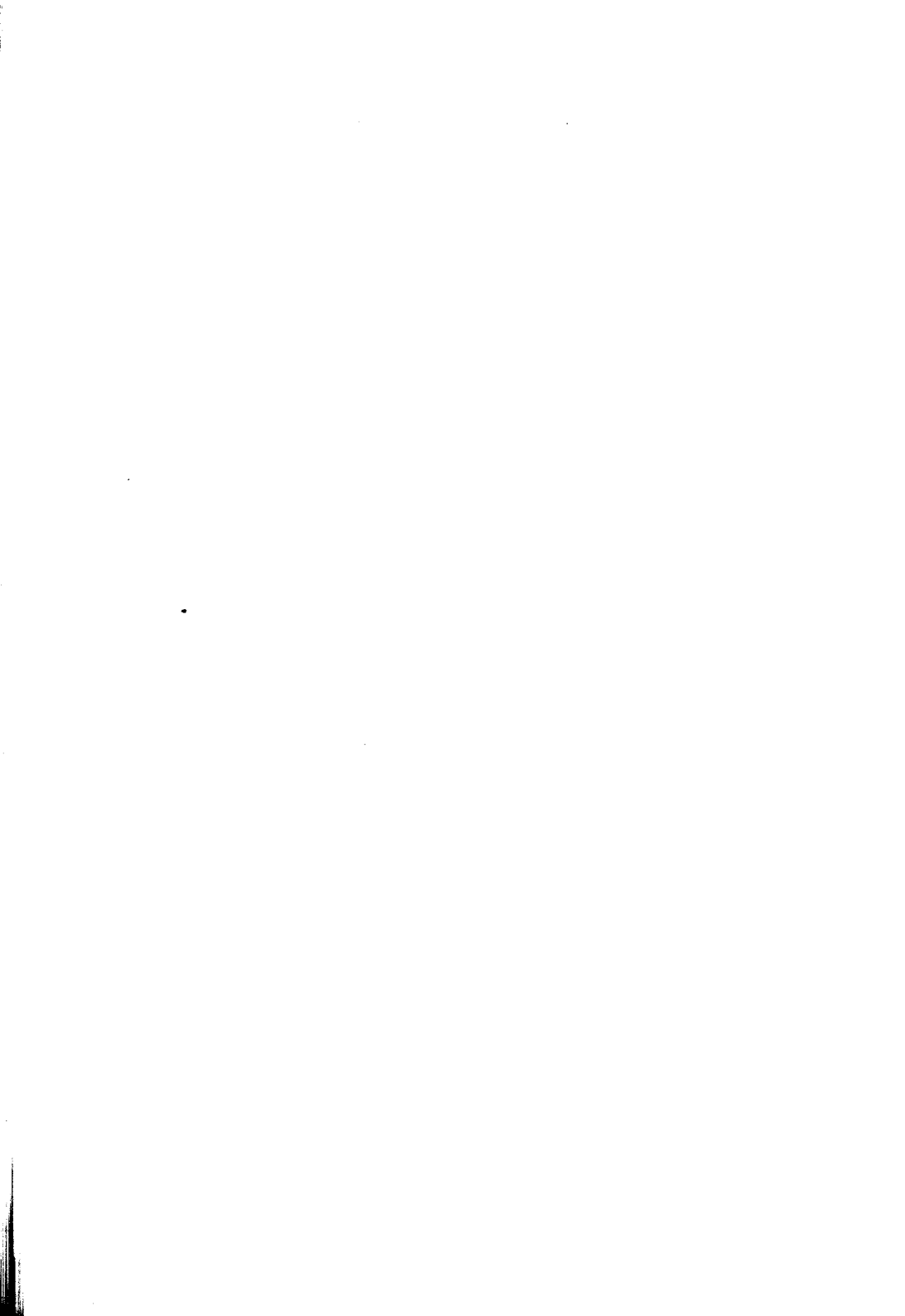


A MI HERMANO ILDEFONSO



A MI HERMANITA MARÍA MARTA

Y A MIS HERMANOS SABAS, ATILIO Y ANIBAL



A LA MEMORIA DE MIS MALGRADOS AMIGOS

J. MIGUEL INDART (HIJO) Y ESTEBAN LACOUR



SEÑORES ACADÉMICOS :

SEÑORES CONSEJEROS :

SEÑORES PROFESORES :

Este modesto trabajo, que someto a vuestro elevado criterio, lleva una doble finalidad: dar cumplimiento a la última prescripción reglamentaria para optar al título de Doctor en Medicina y agradecer con toda el alma los desvelos de todos mis sabios profesores que afanosamente luchan por sacar médicos útiles y hombres buenos.

Al Dr. Eugenio A. Galli excelente maestro y caballero amigo, que auspicia con su nombre este trabajo mi más grande reconocimiento.

A los doctores Houssay, Schnaibel, Buasso, P. Diaz y Roccatagliatta mi gratitud por sus enseñanzas inapreciables.

Al Dr. Julio P. Garino, exdirector del Hospital Militar Central, mi agradecimiento por sus finas atenciones.

A mi querido amigo Dr. Antonio Márquez.

A mis compañeros de internado el fraternal abrazo del amigo.

ETIOPATOGENIA

«Sea como quiera, dice (Noé J. 1909) las investigaciones de Bezancón F. han contribuido a establecer que la gripe representa un estado morbozo debido a gérmenes variables según las diversas epidemias y aún talvez, según las diversas épocas de una misma epidemia: coco-bacilo de Pfeiffer en 1892, 1893 y 1899, micrococcus catarrhalis en 1902, micrococcus catarrhalis y para-zogleico en 1905.

»Por efecto de causas bio-cósmicas que ignoramos, tal o cual variedad de microbios, sufriría en el curso de cada epidemia, una hipervirulencia que le haría el microbio predominante. La marcha de casi especificidad se explicaría invocando ciertas leyes de patología general especialmente la de exaltación de los virus por transmisiones sucesivas y las de hábito de los microbios.

»De este modo se crearían, para bacterias ordinarias, propiedades especiales que les conferirían los caracteres

de agentes específicos, fuente de lo que llamaban los antiguos el genio epidémico.

»Y siguiendo al mismo autor, que tendré oportunidad de citar muchas veces, que recoge un fragmento de la tesis de agregado de Menetrier 1905 que dice: «la grippe es un complejo infeccioso causado por los microbios comensales del organismo, de virulencia aumentada probablemente, bajo la influencia de condiciones cósmicas y vientos infectantes y contagiosos a causa de este aumento de su virulencia».

Vemos pues que la especificidad bacteriana absoluta, Pfeiffer por ejemplo, está lejos de ser un hecho y así nos explicamos la enorme variedad de gérmenes a que se atribuyó la grippe.

Las dificultades insalvables que resultaron para los bacteriólogos que recién empezaban a dar los primeros pasos en la determinación del germen causante de las epidemias en distintas épocas, unido a las verdaderas dificultades inherentes a toda afección, cuyo estudio se inicia, hizo que se atribuyeran una enfermedad de microbios al llamado trancazo en el empirismo.

Así en 1893 Seiffert describe un micrococo, dispuesto en cadena encontrado en esputos y moco nasal y coloreable por el violeta de metilo; en 1899 Jolles describe un micrococo encapsulado; en 1890 Klebs señala la existencia de un hematozoario; en 1890 Ribber Funkler y otros hablan de un estreptococo; en el mismo año Weichselbaum Levy y otros describen un diplococo encapsulado pero con

cápsula más espesa y desarrollo mayor que el neumococo; en 1891 Fishel describe un microbio polimorfo afectando tan pronto la forma diplobacilar como estreptobacilar. En 1892 aparece Pfeiffer describiendo un microbio como específico de la influenza. Se trataba de bastoncitos muy finos y muy cortos que se coloreaban en el Ziehl diluído, con caracteres culturales especiales, que inoculados a monos producían síntomas semejantes a los de la influenza y que solo se encontraban en los enfermos atacados de esta enfermedad.

No he de citar por largo e inútil la pléyade de sabios que se ocuparon de este micro-organismo, de las divergencias y objeciones que suscitó su especificidad, más como las epidemias de 1892, 1893 y 1899, según Bezançon, se hicieron a base de Pfeiffer parecía que su cualidad de microbio exclusivo de la gripe era inatacable. La serie de epidemias a microbios distintos empezando por la de 1902 a base de *micrococcus catarralis*, hasta la nuestra de 1916, que según el Dr. Méndez se hizo a base exclusiva de neumococos, ha obligado al cocobacilo de Pfeiffer a compartir la especificidad gripal con otros microbios resultando de actualidad lo que Raymond Bernard dijera en 1905: «que la gripe no es más que un síndrome clínico y epidemiológico resultante de una patogenia microbiana compleja y variable».

Hoy día el policribismo gripal es generalmente admitido, citándose además del Pfeiffer agente causal de las epidemias de 1892-93-99, del micrococo catarralis de

la de 1902, del paratetrageno zoogléico de 1905, del neumococo Méndez de 1916, numerosos gérmenes tales como el estafilococo, el estreptococo, un bacilo pseudo diftérico, un diplococo no encapsulado de grandes semejanzas con el gonococo, etc.

Transcribo por parecerme ilustrativas las conclusiones a que llegó Louis Castay (problema bacteriológico de la gripe, tesis París 1909). «El problema bacteriológico de la gripe que parecía resuelto después del descubrimiento de Pfeiffer *se pose nuevamente*».

«Todos los trabajos recientes tienden a probar que en el curso de estados epidémicos calificados clínicamente de gripe, el cocobacilo de Pfeiffer era raro o faltaba en las secreciones de los enfermos.

»Durante los últimos años se ha probado que otros saprofitos como el Fraenckel o micrococus catarralis podrían producir estados infecciosos parecidos a la gripe clásica.

»Se duda pues de la especificidad de Pfeiffer.

»Después que multitud de bacteriólogos han emitido sus dudas sobre la especificidad de Pfeiffer ciertos autores han querido distinguir una *grippe influenza* a Pfeiffer y una gripe estacionaria (*saisonnaire*) a saprofitos banales sobre todo a neumococos.

La primera o gripe influenza sería la verdadera gripe epidémica.

Nada permite clínicamente en la hora actual esta separación. Nada permite bacteriológicamente afirmar que el

cocobacilo de Pfeiffer fué el agente de las grandes pandemias.

El problema es extremadamente delicado y está lejos de estar resuelto».

Como había sostenido Rosenthal en 1905 dice Noé J. el cocobacilo de Pfeiffer, debería pues considerarse no como el agente específico de la gripe sino como un simple saprofito de las vías respiratorias, susceptible en ciertas condiciones, de adquirir una función patógena que explicaría un gran número de infecciones pulmonares, grippales o vulgares.

Si se admite pues, que la infección grippal es ocasionada por transformación de saprofitos en agentes patógenos y específicos de la gripe: como negar entonces, para explicar la etiología, que deben tener una importancia capital *fenómenos exteriores*; que a la par que aumentan o mejor hacen nacer la virulencia de gérmenes inofensivos, disminuyen las resistencias orgánicas tan necesarias para la enfermedad, como indispensables para justificar una explosión de millares de enfermos en pocos días? De donde va a sacar el neumococo, por ejemplo, la hipervirulencia para traer la hipercontagiosidad que hace que de la gripe se diga «que es una de las más contagiosas o la más contagiosa de todas las enfermedades» si no hay alguna influencia extraña que favorezca en tal grado el contagio?

No es lógico áchacar a un microbio dado el rol absoluto de una epidemia o pandemia, sobre todo siendo un

saprofito, debemos volver al concepto ecléptico antiguo que admitía una etiología compuesta de causas externas cósmicas o telúricas en unión del microbio X. hecho específico por preferencias de la naturaleza que no están a mi alcance explicar.

A este respecto escribe Noé J. «Que pensar (dice Kelch 1908 en «El frío y la enfermedad») de nuestras creencias en medicina? Hace 25 años que enseñaba yo en el Val de Grace y 18 que escribía un tomo de mi «Tratado de las enfermedades epidémicas» que las enfermedades a frigore: coriza, angina, traqueo bronquitis, etc. eran todas específicas que eran funciones del microbismo, tanto como de los meteoros. La idea de hacer intervenir en ellas la acción patogénica de los gérmenes era nueva entonces y me valió críticas diversas que todavía recuerdo. Más, he aquí que, por uno de esos cambios tan corrientes en los tiempos actuales, estos gérmenes tan despreciados entonces en la etiología de las enfermedades estacionales se ven hoy elevadas a la categoría de sus factores patógenos y exclusivos hasta el punto de verse uno obligado a rehabilitar los meteoros, por lo menos como agentes secundarios ante las pretensiones invasoras de la microbiología».

Atribuyo la etiología de la grippe al contagio por huéspedes habituales de las cavidades abiertas hechos patógenos e infectantes por causas desconocidas coadyuvando a esto el terreno propicio preparado por causas cósmico-telúricas complejas. Admito pues una etiología mixta.

En cuanto a la patogenia no hay microbio específico

absoluto único: hay varios microbios que en circunstancias dadas se transforman en específicos de una epidemia de gripe; solos, como en nuestra epidemia de Agosto, el neumococo, o asociado a otro como en la epidemia de 1905 a base de para zoopleico unido al micrococus catarralis. El coco-bacilo de Pfeiffer es específico de algunas epidemias de gripe (1892, 93, 99,) pero no de todas.

La epidemia de Agosto del año pasado fué motivo de largas discusiones entre dos tendencias de peso científico innegables: la una a cuyo frente estaba el eminente bacteriólogo y sabio argentino Dr. Méndez y la otra a cuya cabeza se encontraba el distinguido Profesor y Director del Instituto Modelo Dr. Agote.

Hasta hace poco tiempo se aceptaba con más o menos resistencias: 1.º que el Pfeiffer era el agente específico de la gripe; y sino el causante directo de todos los trastornos, por lo menos el causante indirecto bajo cuya influencia se favorecían las neumococcias u otras complicaciones por el despertamiento de la virulencia de comensales habituales de nuestras cavidades aéreas; 2.º que la infección se hacía por vía sanguínea y 3.º que el tratamiento era, o bien sintomático o bien usando más o menos sistemáticamente un medio terapéutico dado. Pero he aquí, que súbitamente el Dr. Méndez trata de cambiar completamente el criterio bacteriológico, terapéutico y fisio-patogénico, asignando al neumococo de Fraenckel, y solo a él, el rol patógeno, usando como específico un remedio biológico propio, el Haptinógono Neumo Méndez y diciendo que la

vía seguida por la afección era ascendiendo desde el aparato digestivo a través del diafragma, directamente a la pleura y el pulmón.

Escribe el Dr. J. Solari (Semana Médica N.º 45. 1916). «Conversando con el Dr. Augusto Gourdy, segundo Jefe del Laboratorio Central del Hospital de Clínicas, nos manifiesta igualmente que en una gran cantidad de análisis de esputos realizados en ese Hospital, así como en el Alvear, del cual dirige el Laboratorio, encontró en abundancia el bacilo de Pfeiffer así como el neumococo de Fraenckel, insistiendo especialmente en un predominio a favor del primero».

En el Hospital Militar Central se constató en un número reducido de casos el coco-bacilo de Pfeiffer preponderando en cambio y en orden decreciente el micrococus catarralis, bacilos de Vincent, tetrágenos, neumococos, etc.

Ateniéndonos a la diferenciación que hace el maestro Méndez, la que fué tratada por Castay en 1909, entre Gripe e Influenza, asignándole a esta la especificidad por el Pfeiffer y a aquella «reconoce por causas gérmenes distintos, principalmente el neumococo que es el que más se ha evidenciado en la actual epidemia» (Méndez), resultaría entonces que, no obstante la diferencia microbiana encontrada por los distintos Laboratorios la epidemia de Agosto habría sido de Gripe y no de Influenza. Pero si en lo anterior se llega a un acuerdo no pasaría lo mismo en cuanto al tratamiento que por referirse a un re-

medio biológico específico, perdería su bondad frente al caso de una epidemia a Pfeiffer, puesto que desarrollaría haptinas específicas para el neumococo que nada tendrían que hacer con el cocobacilo de la influenza. Probablemente la diferencia de éxitos terapéuticos, con el Haptigono Neumo Méndez, dependa de las distintas floras microbianas.

La contagiosidad de la gripe, que había sido puesta en duda, es admitida universalmente. Puede ser transmitida por contagio directo o indirecto (objetos, ropas, etc).

Admitido el polimorfismo microbiano, sobre todo a base de saprofitos hechos patógenos se acepta también, que además de patógenos se hagan infectantes: Dieulafoy dice refiriéndose a la gripe: «La neumonía es especialmente una de las manifestaciones de la gripe, verdadera neumonía lobar a neumococo, *neumonía infecciosa e infectante*» y adaptando esto a nuestra epidemia de Agosto, hecha a neumococos según Méndez, quedaría sentada su contagiosidad.

Independientemente de esto, lo confirman los hechos siguientes:

- 1.º Atacar al que está más en contacto con el exterior.
- 2.º Al que lo está con enfermos.
- 3.º El 80 % o más de una familia será atacada por el hecho de estarlo uno en la casa.
- 4.º Poco después de producido un caso en una localidad estalla una verdadera epidemia.

5.º La invasión se hace a lo largo de las vías de comunicación y en razón directa de su celeridad.

6.º Se hacen irradiaciones a todos lados desde su origen.

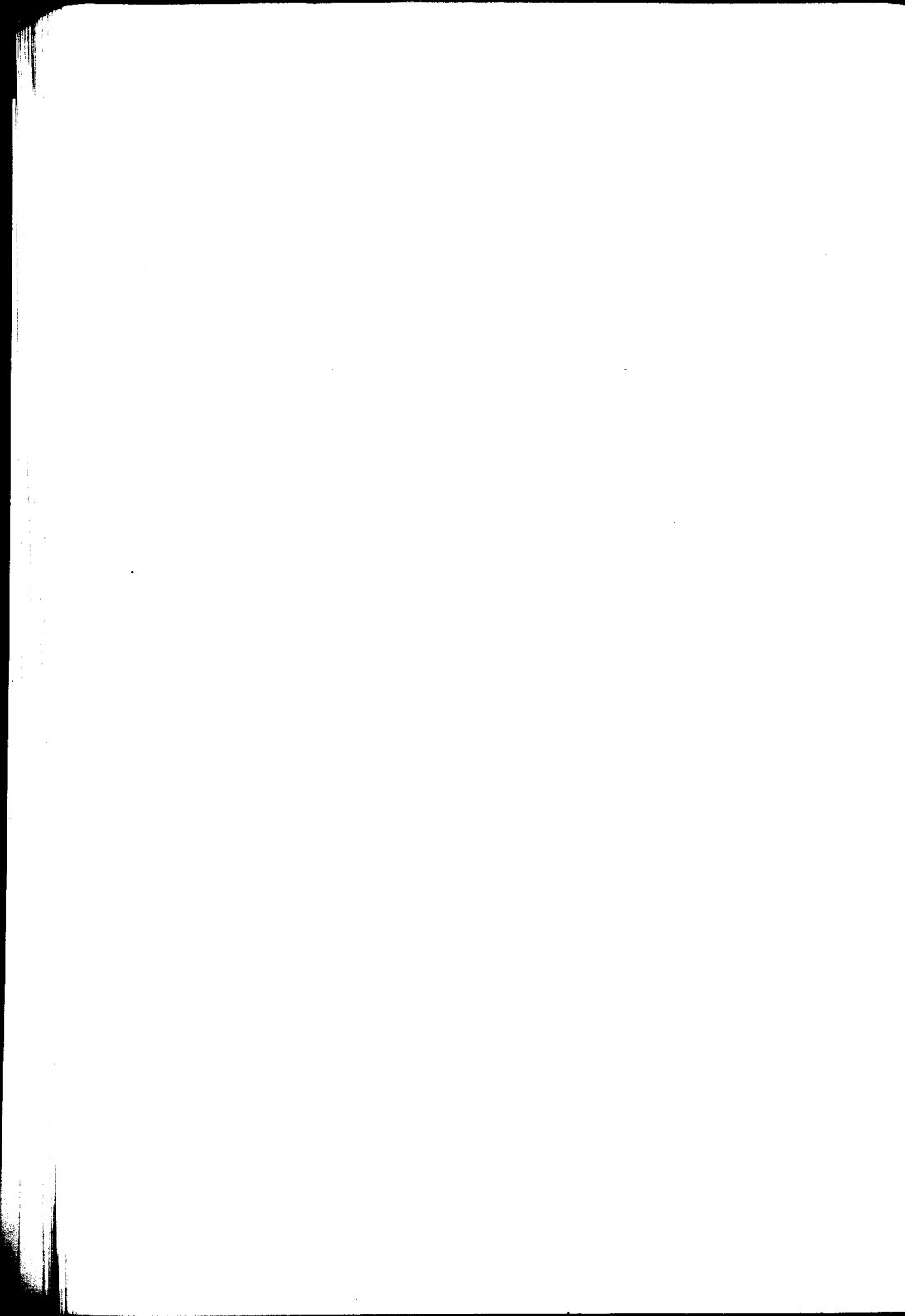
7.º Los sitios aislados permanecen indemnes, (casos de los faros ingleses).

En cuanto a los casos inexplicables de epidemias aparecidas en escuadras aisladas, me explico por el hecho de que si las influencias exteriores (clima, estación, temperatura, etc.), son capaces de transformar un saprofito en patógeno y colocar el organismo en condiciones favorables de receptividad, lógico es pensar entonces que en esas grandes aglomeraciones humanas se haya producido un caso. El germen productor de ese caso hecho patógeno se haría a la vez infectante y como las condiciones bio-cosmicas que provocaron la aparición del primer caso de gripe, colocaron al resto de la tripulación en condiciones desfavorables de defensa, en habiendo un enfermo, fácilmente se produjo la epidemia.

Otro asunto no bien dilucidado es el referente a la aparición súbita, explosiva (40.000 casos en un día en Rusia) de una epidemia. Leyendo a Dieulafoy creemos se aclara el problema. Dice el sabio maestro del Hôtel Dieu: «Las complicaciones bronco pulmonares, bronquitis capilar, fluxión de pecho, bronco-neumonías, neumonías, etc., son habitualmente raras al principio de las epidemias de gripe; es más tarde, cuando la epidemia está en pleno desarrollo, que las complicaciones bronco pulmonares ha-

cen su aparición. No voy a discutir si deben considerarse estas como complicaciones (las que serían tales si el Pfeiffer fuera específico) o si son localizaciones grippales del neumococo (en caso de ser este específico de la epidemia) solo he citado este párrafo para hacer fluir de él que es muy posible y hasta lógico que no se hayan notado los primeros casos, por benignos y haberlos atribuido a simples constipados y recién darles su verdadero, valor cuando a la cantidad de enfermos atacados se unió la gravedad de muchos de ellos.

Una ligera lectura de este resumen y la interminable discusión sobre la epidemia de Agosto, por tendencias de base científica casi incommovible, prueban hasta la evidencia que sobre etiopatogenia grippal aún no se ha dicho la última palabra.



FORMAS CLINICAS

El nombre de gripe se debe a Saurages de Montpellier que en 1743 la denomina así debido a la cara de sus enfermos.

La gripe, dentro de su cuadro clínico general, presenta en casi todos los casos, un predominio de síntomas sobre un sistema dado; de allí pues y para facilitar su estudio, que se haya hecho clásico dividirla en tres formas clínicas de acuerdo a esas preferencias sintomatológicas.

La forma *intestinal*, a la cual Méndez da tanta importancia en la epidemia de Agosto, hasta llegar a decir que fué la forma preponderante es casi negada por Agote y Bullrich (en dicha epidemia).

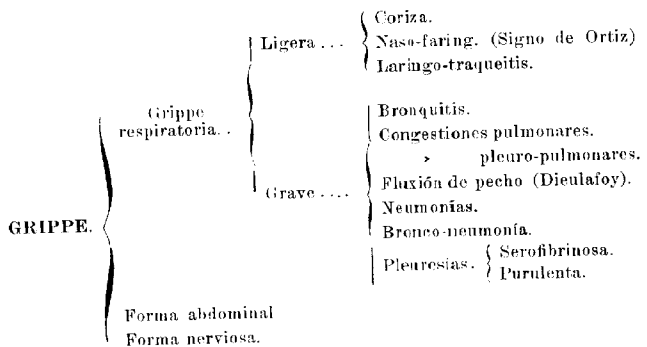
La forma *tórdica* o *pulmonar*, con mucho la más frecuente, y que será objeto de este trabajo.

Y la forma *nerviosa*, que si bien raramente se presenta en una forma pura, da el *cachet* característico a la enfer-

medad, tanto que ha hecho decir a Boucharde «La gripe ama al sistema nervioso». Más, si la forma nerviosa es rara, toma en la torácica y abdominal una tan importante parte que Peter hizo la clasificación, que podríamos llamar nemotécnica, siguiente Gripe nerviosa, neuro-torácica y neuro-abdominal.

Cuando se estudia la gripe en general, se la divide en ligera o benigna y grave; como considero que la gran mayoría de los grippales son a forma torácica y como este será el punto a tratar; con el objeto de hacer lo más claro posible su estudio, dividiré la gripe respiratoria, a semejanza de la general, en *ligera y grave*, sin que por ello queden excluidas el gran número de subdivisiones encuadrables dentro de esta clasificación.

He aquí una clasificación tomada de otras y corregida en más o en menos.



El polimorfismo de las afecciones pulmonares grippales

es tan grande que difícilmente quedará, desde la tráquea hasta la pleura, un síndrome clínico pulmonar agudo, cuya sintomatología no encuadre dentro de las subformas clínicas de la gripe pulmonar. Más dentro de ese polimorfismo hay algo propio, algo que las califica y ese algo es el sistema nervioso enfermo, que lo mismo se trate de una forma ligera o grave, presenta a los enfermos con sus neuralgias generalizadas que los muestran como apealeados, doloridos, quebrantados y con una *astenia* tal que parece se estuviera en presencia de sujetos con su tonus neuro-muscular definitivamente agotado.

La forma *ligera* puede iniciarse brusca o lentamente. Lo común es que un sujeto, con un pequeño constipado anterior, o sin él (soldados o clases en nuestros casos observados) en medio de sus ocupaciones siente un pequeño mareo, chuchos, debilidad, debilidad en las piernas, cefaleas, estornudos, sensación de sequedad en la garganta, tos ligera, seca y astenia que pronto se convierte en necesidad irresistible de buscar reposo en cama. Tomada la temperatura se constata 38 a 39°; pulso en relación a ella; disnea ligera pero muy fácil de provocar, dolores vagos en las articulaciones, miembros y tórax, siguen los pequeños escalofríos que se inician a cualquier movimiento del enfermo; un sueño terrible se apodera del paciente, suele haber náuseas, rara vez vómitos y anorexia completa.

La mucosa naso-faringo-laríngea y traqueal ha sido tomada.

El coriza puede ser violento, con obstrucción total de las ventanas nasales y senos congestionados y dolorosos o bien una simple rinitis que apenas si trae obstrucción nasal.

La faringe es tomada intensamente; y tan es así, que un médico argentino el Dr. Ortiz después de un prolijo estudio de sus características lo describió como signo patognómico de la grippe; ampliamente estudiado y comentado más tarde por el Dr. L. C. Arana en su tesis doctoral y cuyas conclusiones expondré más adelante.

Consiste el signo en un enrojecimiento de los pilares anteriores del velo, que se inician por su parte inferior, euantema que va ascendiendo en relación directa del tiempo y de la intensidad del proceso hasta tomar la úvula, las regiones vecinas, acompañadas o no de una o varias pápulas que afirman el diagnóstico.

Dice en sus conclusiones (signo de Ortiz. L. C. Arana. Tesis):

- 1.º En todas las formas de grippe existe el signo.
- 2.º La intensidad de coloración está en relación a la intensidad del proceso.
- 3.º A mayor extensión mayor intensidad.
- 4.º La coloración del signo alcanza su mayor grado en su periodo de estado.
- 5.º La presencia de una o varias pápulas confirman aun más el diagnóstico e indica que el proceso es casi siempre febril.

La laringe suele ser respetada algunas veces, pero

generalmente se traduce su lesión por una ronquera, que aunque comunmente dura pocos días puede alargarse hasta uno o más meses.

La traquea traduce su sufrimiento por cosquilleo, ardor quemante retro-esternal y sensación de plenitud o de ahogo por insuficiencia de entrada de aire.

En cuanto a los bronquios sigamos al Dr. E. A. Galli en el trabajo «grippe en las tropas» presentados al primer Congreso de Medicina 1916.

Dice: «Los bronquios parecen no participar del proceso agudo que se instala en la faringe-laringo-traqueitis, hecho que contrasta con la violencia del ataque en esa sección de las vías respiratorias. La intensidad de la inflamación de las vías respiratorias superiores, no es indicio seguro de bronquitis y por el contrario es casi posible asegurar que los bronquios permanecen indemnes mientras la inflamación permenezca 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 el periodo de invasión. Ellos en cambio se hacen aparentes cuando el ataque a la mucosa pituitaria ha cedido, lo que sucede después de alguno 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.

La amplia y abundante expectoración muco purulenta que se encuentra a los varios días de existencias de la enfermedad, como si hubiera necesitado ese plazo para

su cocción, tiene su origen en las fosas nasales faringe y traqueo-laringe y de ahí la sorpresa al examen al no encontrar ni un solo rál ni en bronquios, ni en pulmones y por ende el fracaso terapéutico, cuando él, no es llevado en la forma directa y se pierde el tiempo en medicaciones generales».

Hay temperatura durante tres á cinco días, siendo de notar que la fiebre que llegó bruscamente a 39° desde ese día, (independientemente de una complicación o de convertirse en gripe grave) empieza un descenso gradual que termina de tres a cinco días después.

No ha terminado la enfermedad con la sesación del periodo febril; empieza ahora una convalecencia larga y expuesta a nuevas *poussées* gripales. La anorexia unida a lo que pudieramos llamar *astenia* nutritiva, que ha seguido a la astenia física e intelectual hace que el sujeto siga enflaqueciendo basta tal punto que puede decirse que no hay enfermedad benigna capaz de producir una tal desnutrición como la gripe ligera.

El origen de la frecuencia de las iniciaciones tuberculosas post-grippales, debe buscarse en la desproporción evidente entre la desnutrición y la gravedad del proceso infeccioso que, como sabemos, constituye una de las características de esta enfermedad.

La forma grave de la gripe torácica puede y suele afectar tipos completamente distintos, pero a mi modo de ver, presenta algo propio, algo que la caracteriza y es lo complejo de su sintomatología. Así, es muy frecuente,

casi la regla, encontrar en proporciones más o menos diversas, signos parietales, bronquiales y sobre todo pulmonares y pleurales juntos.

La bronquitis que comienza con una grippe ligera, es solo diferenciable de una laringo traqueítis por sus signos auscultatorios roncus y sibilancias. He tenido oportunidad de ver varios casos y todos evolucionaron favorablemente en pocos días, sin descender hasta los bronquios finos y hacerse bronquitis capilar ó convertirse en bronco neumonía.

El parenquima tocado en forma de congestión pulmonar, es fuera de duda la forma más frecuente de grippe torácica. Puede afectar cualquiera de las formas, tomar distintas partes del paréquima (lo general parte posterior) «Como si ahí, dice el Dr. E. A. Galli, la posición dorsal en que se halla habitualmente el enfermo llevará a sedimentar el proceso. Siguiendo en orden de frecuencia le siguen la región axilar y el vértice. Pueden tomar distintos focos pero que duran tres ó cuatro días. La extensión del proceso es completamente variable, desde algunos lobulillos hasta todo un pulmón, haciendo que el Dr. E. A. Galli las denominara congestiones pleuro-pulmonares.

Veamos lo que a este respecto escribe «Grippe en las tropas 1916.

«La forma en que la grippe ataca el pulmón es completamente variable y la lesión que 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, su situación es generalmente periférica siendo excepcional la forma central. En la forma periférica la pleura participa siempre de el proceso inflamatorio, y por ello cuando su participación es grande denominamos al proceso pleuro pulmonar.

«La congestión pleuro pulmonar y así la denominamos no haciendo propiamente diagnóstico de lesión anatómopatológica, ni propiamente semiológico, sino a objeto de rubricar una afección clínica cuyo proceso pulmonar participa en general de todos los estados habituales de los grandes procesos clásicos que tienen allí su asiento, aunque mala, llena su objeto desde que las separa por todas sus modalidades, del cuadro corriente de aquellas afecciones.

SINTOMATOLOGIA

Nos dicen los enfermos que estando resfriados o mejorados de una influenza ligera, han sentido al levantarse o durante sus ocupaciones subitamente: varios pequeños chuchos, fiebre, cefaleas, puntada de costado no muy intensa, tos con esputos que al principio suelen ser mucosos, para pasar luego a muco-purulentos, con algunas estriaciones sanguíneas, pocas veces con el carácter de herrumbrosos, generalmente abundantes y en dos o tres casos con los caracteres del edema pulmonar, pero sin su coloración.

La tos, que aunque no es lo general, puede ser seca al principio, tiene de característico que produce un sacudimiento doloroso en todo el cuerpo, aunque más intenso en el sitio de la puntada: como si quisiera provocar se observara la participación tan importante que en el proceso toma el sistema nervioso enfermo.

Otra forma de iniciarse (en verdad muy rara en nues-

tras observaciones) es la que, un sujeto con laringo-traqueítis grippal es atacado bruscamente de un escalofrío solemne, con gran puntada de costado y alta temperatura, en una palabra con los caracteres típicos de una neumonía fibrinosa: pero, repetimos, en nuestras observaciones fué la excepción.

La inspección muestra sujetos en decúbito indiferente (la mayoría de las veces dorsal) con facie grippée, disnea muy poco aparente, cara pálida, su rostro no demuestra ansiedad, dijérase que son enfermos resignados, somnolientos y al parecer con sus sentidos embotados, con una *astenia* física é intelectual que les hace amar la cama, la soledad y el silencio sobre todas las cosas.

Presentan en la mayoría de los casos catarros óculo-naso-faringo-laríngeo, senos frontales dolorosos y con sensación de plenitud.

El signo de Ortíz ha sido evidenciado casi sin excepción, con distintos grados de intensidad en cuanto a su extensión y coloración, de modo pués, que no me parece exajerar si siguiendo a su autor, pienso que puede ser un signo patognomónico de la gripe respiratoria.

La palpación provoca dolores parietales, así como el más pequeño movimiento; las vibraciones, ora aumentadas, ora disminuidas, ya normales, y esto por zonas, siguen la participación que haya tomado el parénquima pulmonar y la pleura o que en el punto en que se toman haya una parte pulmonar que tenga que reemplazar la función de otra porción enferma. (Respiración supletoria).

La resistencia torácica que pareciera aumentada, no lo está en realidad, sino que debido a la participación que toma el sistema neuro-muscular parietal es más bien de defensa que real.

La percusión presenta desde la más ligera sub-matitez hasta la matitez absoluta con las bases generalmente inmóviles.

La auscultación muestra respiración con soplo tubario intenso inspiratorio y expiratorio con rales crepitantes y sub-crepitantes, broncofonía, muy evidente y pectoriloquia áfona muy clara. A este respecto dice el Dr. E. A. Galli, Loc. cit. «La pectoriloquia áfona, siendo función de la condensación pulmonar, como ya lo hemos sostenido en oportunidad, sufre iguales variantes, es decir desde la nitidez más absoluta en los casos de soplo brónquico intenso, hasta la forma confusa de transmisión indeterminada de la voz». Todo esto en caso de hepatización pulmonar pura, que no nos cansaremos de repetir fué, como la forma pleural pura, la excepción.

En otros casos el soplo inspiratorio y expiratorio era menos intenso, menos rudo, con pectoriloloquia áfona y broncofonía en relación, con una lluvia de frotos pleurales generalmente finos y rales crepitantes o sub-crepitantes 90 $\frac{0}{10}$ de los casos. Se comprende que de la mayor o menor participación de la pleura o pulmón dependiera el predominio de síntomas pleurales o pulmonares y de aquí la anarquía sintomatológica de estas congestiones pleuro-pulmonares y por ende la dificultad de hallar dos casos,

casi iguales, puesto que aquí, y aquí más que en ninguna clase de afección, cada uno hacía su congestión pleuro-pulmonar a su modo.

Cuando solo había derrame además de su matitez percutoria típica, se constataba egofonía, frotos chasquido al toser y respiración alejadísima.

La pleura, según hemos visto, tomó una participación capital en la epidemia de Agosto; pero, si fué casi la regla su asociación al proceso pulmonar; no lo fué aisladamente, sobre todo como serofibrinosa. Un caso de nuestra observación que se inició en el curso de una gripe vulgar tuvo una evolución larga y terminó en bacilosis. La gripe sacó del estado de latencia a los bacilos de Koch). En cambio no menos de siete casos de pleuresias purulentas post-congestiones pulmonares grippales, se iniciaron luego de evolucionar favorablemente el proceso de parénquima pulmonar. Todas ellas tratadas por pleurotomía con resección costal y drenaje aspiratorio continuo evolucionaron favorable y rápidamente. (Servicio de Cirujía del Dr. Roccatagliata H. M. C.)

De parte del corazón tonos algo apagados y uno que otro roulement inconstante en los focos arteriales. Dos casos de pericarditis purulenta con gran derrame espeso y cremoso, con abundantísima pseudo-membranas fueron fatales.

Del lado de su riñón presentan: orina algo disminuída en cantidad, de coloración poco subida, pobre en cloruros, rica en fosfatos, con ligera albuminuria, con cilindros

hialinos y granuloso y algunas células de tipo renal.

La duración de estos estados, que al principio se prolongaban por mucho tiempo, logró reducirse enormemente gracias al tratamiento profiláctico, de que hablaremos más adelante.

La temperatura variable, como los procesos que la producían, evolucionaba hasta desaparecer, dentro de los siete días y siguiendo la curva clásica de la grippe; más hubo casos en que se prolongó por más de quince días y otros en que las recaídas y complicaciones alargaron enormemente la enfermedad.

La convalecencia, fué larga y arrastrada por su anorexia y astenia nutritiva, dejando en precario estado de nutrición y de defensas al sujeto, por lo que es muy frecuente ver se despierte un proceso tuberculoso latente consecutivamente a una grippe.

El pronóstico debe ser reservado, aunque en la gran mayoría de los casos la afección evolucione favorablemente. Lo que lo ensombre son la edad avanzada del enfermo. «La neumonía, decía Peter, es el fin natural de los viejos» y las complicaciones como la pericarditis purulenta (2 casos fatales) y la parálisis intestinal aguda de la que solo un caso favorable he visto. Las otras complicaciones, pleuresía purulenta (7 casos curados) otitis media supurada, etc., han alargado la enfermedad pero han salido bien del paso.

De la nefritis me ocuparé en tratamiento al hablar de la profilaxia.

Aunque, en fin, lo común es que estos casos evolucionen favorablemente, la prudencia aconseja reservar el pronóstico, para ponerse a cubierto de las mil sorpresas que se le reservan al médico a cada paso.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la gripe pulmonar lo dividiré, como a sus formas clínicas, en el de gripe ligera y grave.

Hago constar que este tratamiento ya ha sido expuesto, con ligeras variantes, en «Gripe en las tropas» por el jefe de mi servicio Dr. Eugenio A. Galli, de modo que no apporto nada nuevo; pero, si la novedad se resiente, la bondad del mismo, justifica mi entusiasmo abonado por el más franco de los éxitos obtenidos en los centenares de grippales que pasaron por la sala V del Hospital Militar Central.

Como nuestra experiencia personal, sobre haptinógeno neumógeno Méndez, es muy limitada y en obsequio a lo mucho que se ha discutido y escrito, sin llegarse a un acuerdo, sumado al peso científico de quienes la auspician o rechazan, creemos prudente no abrir juicio alguno; explicándonos las divergencias como un hecho atribuible a la distinta patogenia de los casos tratados; que nos justificarían los éxitos

de Méndez con su formador de haptinas específicas para el neumococo, único germen por él encontrado. (Epidemia de Agosto de 1916), frente a los fracasos de sus destructores en sus casos de diferentes patogenia (Pfeiffer, neumococos, micrococcus, catarrales, etc.)

GRUPE LIGERA

1.º Se hace antisepsia, descongestionado y desobstruyendo al mismo tiempo las fosas nasales por medio del aceite mentolado con adición de Terpinol y Eucaliptol.

2.º La faringitis (sequedad, dolor, disfagia, etc.), la tratamos con gargarismos emolientes que consisten en cocimientos de partes iguales de coca y lino a los que se agrega glicerina, miel rosada y borato de soda al 40 o 50 $\frac{9}{100}$.

3.º Combatimos la tos por fomentaciones calientes *in situ*, reforzando su acción con el Extracto de belladona en agua de laurel cerezo al 1 $\frac{9}{10}$ (fórmula preconizada por el Dr. Penna en la coqueluche) la que ampliamos con Dionina en la misma proporción que la Belladona administrada en la dosis y forma habitual.

Algunos casos rebeldes sub-agudos o crónicos beneficiaron rápidamente de las aplicaciones eléctricas de corriente Farádica con 40 interrupciones al minuto aplicadas sobre laringe. El Dr. E. A. Galli, ideó este tratamiento interpretando esta tos como una neurosis de las cuerdas vocales.

4.º La infección se trata por el Salofeno y la Criogenina que actúan, especialmente, esta última sobre la fiebre y la primera analgésica y bactericida; por el Sulfato de estricnina que combate la astenia y por el Clorhidrato de quinina que además de antiséptico y antitérmico es según Huchard «sobre todo antitluxionar, tónico, vaso constrictor e hipertensor». Con estos medios se preparan sellos de los que se administran tres por día.

5.º Se cuidan las vías digestivas por un purgante inicial seguido o no de laxantes como la Solución salina de Huchard.

GRIPPE GRAVE

1.º Inyecciones de Aceite alcanforado al 10 $\frac{9}{10}$ de 10 c. c. cada una, mañana y tarde. (Se dice que el «Aceite alcanforado es al pulmón lo que la digital al corazón»).

2.º Tres sellos de los preconizados contra la infección general en Grippe ligera (Salofeno, Bromhidrato de quinina, Criogenina y Sulfato neutro de estricnina).

3.º En habiendo disnea, por ligera que sea, instituímos inhalaciones de oxígeno de 5 minutos «a piacere» cada media hora. (Consejo del maestro Penna para las bronco-neumonías).

4.º Purgante que deberá continuarse con enterocclisis de suero glucosado con adrenalina según el método de Murphy (gota a gota) previo lavaje evacuador.

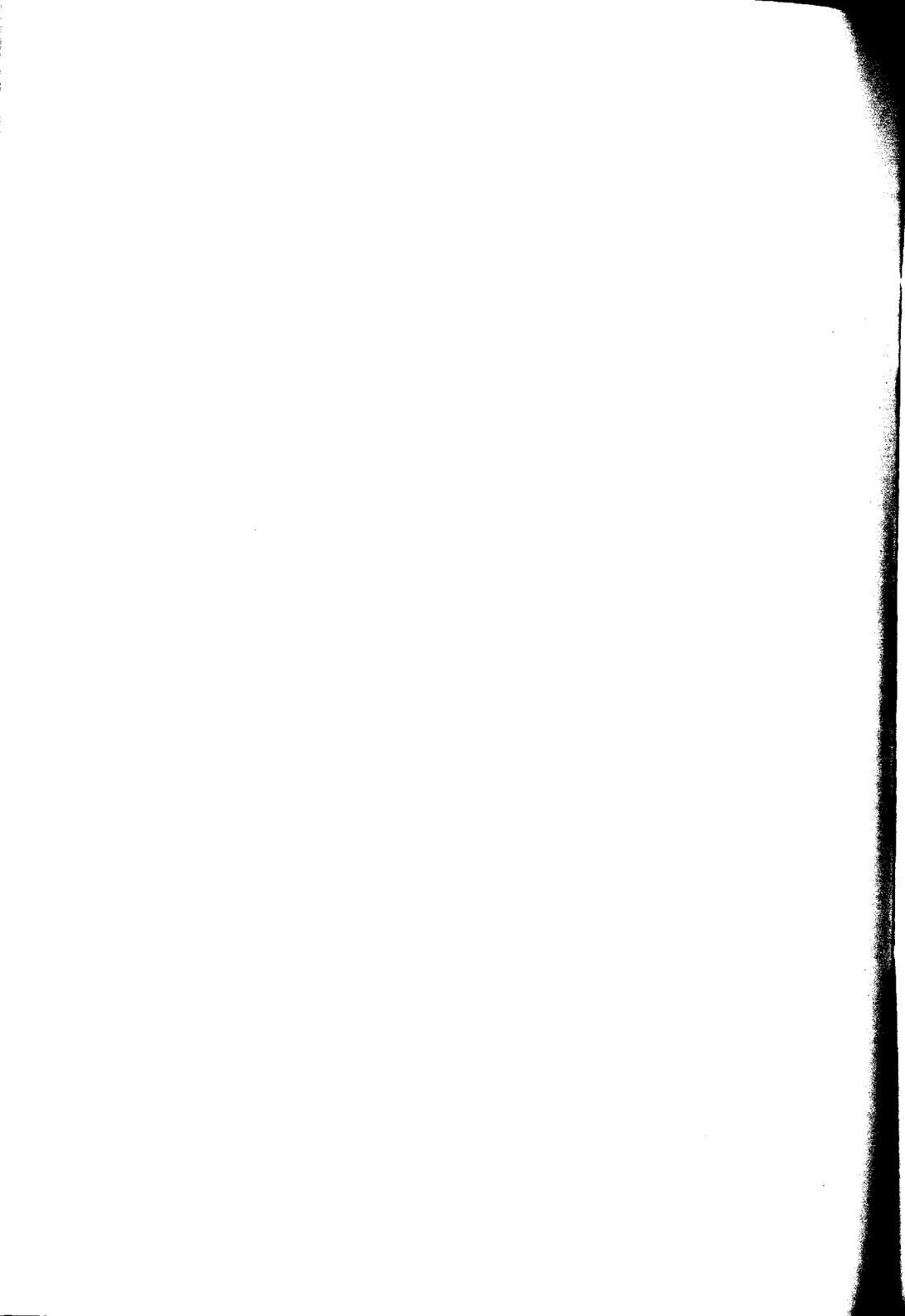
5.º Envolturas de sábana fría de acuerdo con la temperatura (en los niños deben ser tibias).

6.º Finalmente tan pronto como llega un enfermo y constatada albúmina o cilindros, instituímos el carbón animal o vegetal a altas dosis (método del Dr. E. A. Galli) con el objeto «de anular la acción tóxica del intestino sobre el riñón, impidiendo por este medio que se agregue su acción a la de la infección». Los brillantes éxitos obtenidos son abonados por el hecho de que, la inflamación renal (que suele durar mucho tiempo) evoluciona casi paralelamente a la temperatura.

Dos indicaciones se llenan con este tratamiento:

1.º Proteger en la infección al riñón de las toxinas intestinales que filtran fácilmente por el hígado debido a la pérdida del poder defensor antitóxico hepático; y 2.º que haciendo profilaxis renal a base de carbón, se evita que aumente la desnutrición, ya grande del enfermo por tener que someterse a un tratamiento dietético, mal tolerado por un convaleciente difícil de alimentar a causa de su anorexia y astenia nutritiva post-grippal, con todos los inconvenientes que subsitan el paralelismo fatal entre la desnutrición y el debilitamiento de las defensas orgánicas, que justifica la frecuencia con que entra en escena, por despertar o infección, ese azote de la humanidad cuyo germen específico descubrió Koch el año 1882.

OBSERVACIONES CLINICAS



Observación I

Gripe ligera

HOSPITAL MILITAR CENTRAL.—SALA V

JEFE DR. EUGENIO A. GALIÀ

F. B, soldado conscripto, procedencia 8 de caballería, natural de Santa Fe edad 20 años, estado soltero.

Ingresa al servicio en la sala 4 de Agosto de 1916.

Antecedentes hereditarios.—Padre muerto por una afección cardíaca, madre sana, hermanos 5, todos sanos.

Antecedentes personales.—Coqueluche a los 8 años, sarampión á los 16 años, fuma regularmente, no bebe.

Enfermedad actual.—Hace 5 días se inició su enfermedad por decaimiento general muy acentuado; cefaleas, fiebre alta, ligeros chuchos, nariz tapada y anorexia.

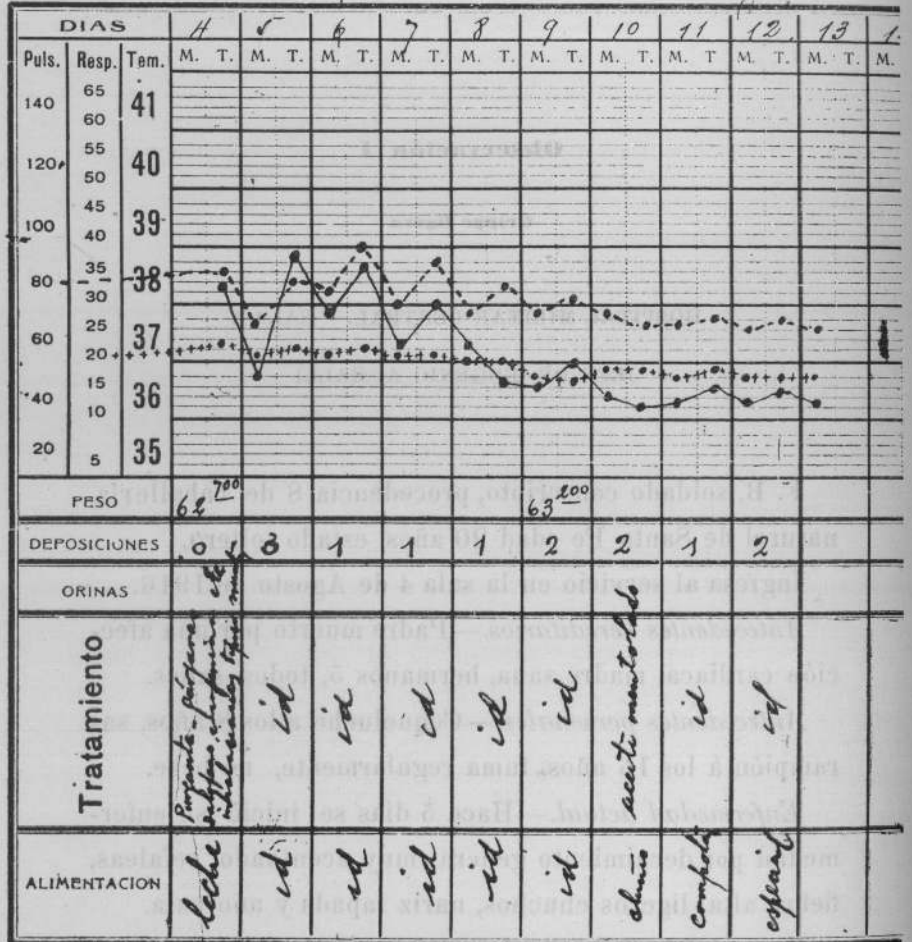
La tos la tiene desde el principio, con carácter quintoso y con expectoración mucosa.

Estado actual.—Sujeto bien conformado, buen estado

de nutrición, regular panículo adiposo: sistema muscular bien desarrollado.

Cabeza: bien conformada, cara, pómulos rosados, ojos, oídos y nariz, normales.

Boca: lengua húmeda con gruesa capa de saburra



RESUMEN.—Ligeros chuchos, cefaleas, malestar, decaimiento grande, tos, dolor de garganta, anorexia, fiebre y malestar gástrico, con catarro naso-faríngeo-laríngeo. Signo de Ortiz evidente. Pulmones, corazón, reflejos y génito-urinario, etc., normal.

blanca. Signo de Ortiz muy manifiesto, dientes bien conservados.

Cuello: corto, grueso, algunos latidos arteriales.

Torax: simétrico, bien conformado, tipo respiratorio, costo abdominal.

Pulmones por detrás: sonoridad moral, bases movibles, respiración vesicular, resonancia normal de la voz. Por delante, idem.

Corazón: límites normales, tonos ligeramente apagados.

Pulso: regular, igual, poco amplio y poco tenso.

Traube libre.

Abdomen: ligeramente abovedado, elástico, ligeramente doloroso a la presión.

Hígado: borde superior 4^a costilla, borde inferior, reborde costal.

Genitales: normales.

Reflejos conservados.

Agosto 9: hay ligero edema de pilares y úvula.

Se encuentra mejorado, pero enteramente decaído.

Análisis de orina.—Solo ligera albuminaria y disminución de cloruros.

ANÁLISIS DE SANGRE

Fórmula leucocitaria

Polinucleares neutrófilos	76	%
Polinucleares eosinófilos	0.50	
Linfocitos	22.	
Mononucleares grandes	1.30	

Análisis de esputo.—Flora microbiana.

Se observan cocos, bacilos fusiformes de Vincent y
dúpicocos.

No se observan bacilos de Koch.

Observación II

Grippe grave

HOSPITAL MILITAR CENTRAL.—SALA V

JEFE DR. EUGENIO A. GALLI

L. H., soldado conscripto, procedente del Arsenal Principal de Guerra; natural del Río Negro, 20 años de edad, estado soltero, ingresa al servicio en la sala 5^a el 4 de Agosto de 1916.

Antecedentes hereditarios.—Padres sanos, cinco hermanos sanos.

Antecedentes personales.—No recuerda más afección que el sarampión que le atacó en el mes de Febrero último y que evolucionó sin complicación alguna.

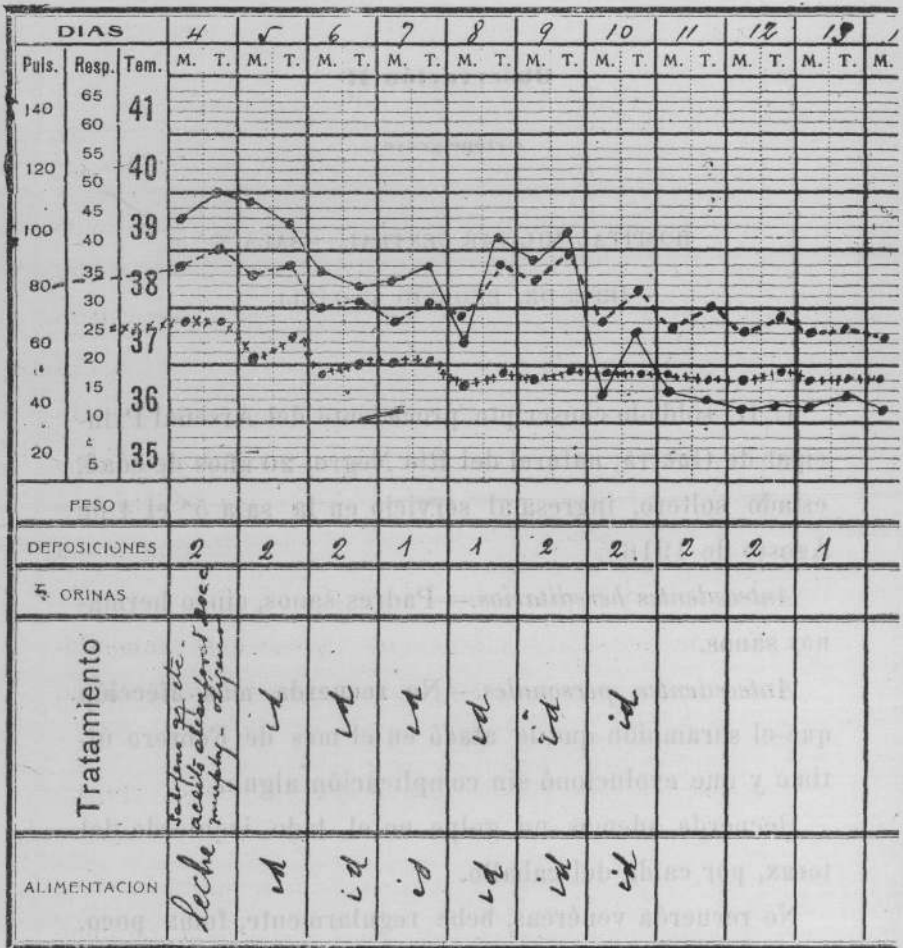
Recuerda además un golpe en el lado izquierdo del torax, por caída del caballo.

No recuerda venéreas, bebe regularmente, fuma poco.

Enfermedad actual.—Hace dos días que se inició su afección, con malestar general, cefaleas y una intensa puntada en el lado izquierdo que le dificultaba seriamente

la respiración. Por la tarde tuvo chuchos intensos que le obligaron a guardar cama; sintiéndose después con un quebrantamiento general y mucha fatiga.

Estado actual.—Sujeto bien constituido y con buen



RESUMEN.—Iniciación brusca con alta temperatura, chuchos, disnea y puntada al costado izquierdo. Signo de Ortiz. Gran decaimiento, dolores generalizados. Signos de congestión pleuro-pulmonar del lado izquierdo.

desarrollo muscular y abundante panículo adiposo, Piel pigmentada, mucosas bien coloreadas.

Cabeza: normal. Órganos de los sentidos: oído, vista y olfato: normales.

Boca: lengua húmeda, saburral, dientes bien conservados.

Cuello: normal.

Torax: bien conformado. Respiración costo abdominal.

Aparato circulatorio: Corazón con área y límites normales; punta en el quinto espacio por dentro de la tetilla. Foco: aortico, soplo sistólico suave; pulmonar acentuado 2.º tono. Resto normal.

Pulmones por detrás: Pulmón izquierdo: Matítez absoluta a partir de la 7.ª dorsal; vibraciones disminuidas, respiración brónquica intensa, con soplo in y expiratorio no muy íntenso; bronco egofonía y pectoriloquia áfona nítida en toda la extensión del soplo.

Pulmón derecho: Vibraciones ligeramente aumentadas en la base, respiración vesicular, resonancia normal de la voz.

Abdomen: Abovedado, principalmente en el epigastrio y flancos.

Timpanismo abdominal, especialmente marcado en el colon transverso: elástico con cierta resistencia, no doloroso.

Traube libre.

Hígado: Borde superior 5.ª costilla, borde inferior en

la línea mamilar dos traveses de dedo por sobre el reborde costal.

Genito-urinario externo: normal.

Reflejos ligeramente exagerados.

Agosto 6: Estado general bueno, los esputos ligeramente herrumbrosos.

Pulmon de matitez más extendida soplo tubario a la altura de la espina, demás fenómenos iguales.

Pulso regular, muy tenso amplio.

Agosto 7: El soplo está más velado y en el mismo sitio se oyen algunas crepitaciones.

Estado general: Bueno.

Agosto 8: Soplo ocupando casi todo el pulmón; matitez en la base opuesta con ligera expiración soplante por arriba.

Agosto 9: Estado general bueno. El meteorismo ha desaparecido, el hígado ha recobrado sus límites normales. Hay ligera disnea.

Agosto 10: Soplo disminuido, algunos rales de retorno.

Agosto 11: Soplo muy alejado, algunos rales mucosos.

Agosto 12: No hay soplo, pocos rales.

Diagnóstico.—Grippe grave forma pleuro congestión pulmonar.

Día 4: Orina: Cloruros disminuidos, 0.19 de Albúmina $\frac{0}{100}$ no se observan formas cristalizadas. Pequeño número de granulaciones de fosfatos amorfos. Escasas células epiteliales poliédricas. Escasos leucocitos aislados. Escasos cilindros hialinos. Abundantes microorganismos.

SANGRE

Fórmula leucocitaria

Polinucleares neutrófilos	74.80	%
» eosinófilos	0.80	»
Linfocitos	24.—	»
Mononucleares grandes	0.40	»

Análisis de esputo.—Abundante flora microbiana constituida por cocos, diplococos, bacilos y micrococcus catarrhalis.

No hay bacilos de Koch.



Buenos Aires, Abril 14 de 1917

Nómbrese al señor Académico Dr. José Penna, al profesor titular Dr. Luis Agote y al profesor suplente Dr. Leonidas Jorge Facio, 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».

E. BAZTERRICA
J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Abril 25 de 1917.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 3244 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA
J. A. Gabastou
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Profilaxis de la gripe.

José Pemo.

II

Diagnóstico diferencial de la gripe prolongada y de la tuberculosis miliar aguda.

Luis Agote.

III

¿Cómo reacciona el organismo durante la evolución de la gripe a forma pulmonar? Sus deducciones para el pronóstico.

L. J. Facio.

