

(52) Los dispensarios reciben actualmente, por término medio, de la quinta a la octava parte de los fondos totales dedicados a la campaña antituberculosa.

(Dado lo completo de este estudio, que abarca en sus 170 páginas todas las fases de la prevención y tratamiento, recomiéndase a las autoridades sanitarias interesadas en la lucha antituberculosa, consultar el texto íntegro en el BOLETÍN de diciembre, 1932, de la Organización de Higiene.)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA PESTE BUBÓNICA

Por el Dr. CÉSAR A. NAVARRO

Médico Titular de Piura, Perú

No es de la índole de este corto artículo revistar las enfermedades con las que puede confundirse la peste bubónica; sólo quiero anotar aquéllas con las que se hace una frecuente confusión en el Departamento de Piura. Naturalmente, me refiero a la forma ganglionar, que por lo demás, es la más común entre nosotros, y aquélla cuyos caracteres básicos tienen bien grabados nuestros habitantes, a tal punto que cualquiera enfermedad cuyos síntomas estén en analogía con los de la peste por la presencia de infarto ganglionar y fiebre, la etiquetan con el nombre de peste bubónica.

Se registra entre nosotros con relativa frecuencia, tanto en la costa como en la sierra, la enfermedad llamada bubón climático, cuarta enfermedad venérea, o enfermedad de Nicolas-Favre, enfermedad cuya individualidad clínica está completamente establecida, aun cuando la naturaleza del germen que la produce no esté perfectamente determinada, siendo probable que se trate de un virus filtrable. En el cuadro clínico de esta enfermedad hay dos hechos principales que la asemejan a la peste; un infarto ganglionar más o menos considerable situado regularmente en la ingle—infarto doloroso, con o sin peria-
denitis, y trastornos de índole general que atestiguan la invasión del organismo por un estado infeccioso; esto es fiebre, quebrantamiento del cuerpo, cefalea, etc. El estado general es bueno, hay completo estado de lucidez y no hay delirio, ni repercusión en el bazo o el hígado. Interrogado el enfermo, nos manifiesta que la enfermedad apareció sin que pueda referirla a una causa exacta. Si bien es hoy aceptado por todos los autores que esta enfermedad principia por una pequeña erosión en la esfera de los genitales externos (chancro linfogranulomatoso), en muchos casos esta constatación escapa a nuestro examen, sea porque el médico es llamado cuando ella ha cicatrizado o porque su insignificancia la ha hecho pasar desapercibida aun para el paciente. A esta primera faz de la enfermedad que pudiéramos llamar aguda, sucede otra de evolución lenta en la que el ganglio, o mejor dicho, el paquete ganglionar, crece, la piel adquiere una rubicundez caracterís-

tica y viene una faz de supuración por sobreagregación de los gérmenes de la supuración. Esta faz es lenta en su evolución y en la mayoría de los casos, después de un fracaso en el tratamiento médico, nos vemos obligados a intervenir. Yo he tenido ocasión de operar varios casos, en los que he practicado un vaciamiento completo de los grupos ganglionares tomados.

Otro cuadro clínico que se nos presenta comúnmente es el siguiente: Somos llamados para atender a un enfermo que se dice sospechoso de peste, lo examinamos y constatamos lo siguiente: fiebre alta, infarto ganglionar que puede estar situado esta vez en la ingle, axila o cuello, doloroso, y en el que la presión despierta un vivo dolor. Además tiene todas las características de un ganglio en período de infección aguda. El aspecto del sujeto nos hace ver que está atacado de una enfermedad de carácter agudo, aun cuando su estado general es bueno. Hay plena lucidez en sus facultades mentales, contesta correctamente a las preguntas que le hacemos, no hay delirio. El bazo y el hígado están indemnes. Continuando nuestro examen descubrimos que en días anteriores, el enfermo, que era un trabajador, ha tenido una pequeña herida o erosión que puede estar situada en cualquiera de los segmentos del miembro superior o inferior, y que con posterioridad a esta lesión le ha resultado esa hinchazón o seca, como la llaman vulgarmente. Cuando el infarto ganglionar está situado en el cuello, descubrimos generalmente una infección focal en las amígdalas o algunas piezas dentarias infectadas, muchas veces atacadas de piorrea. Se trata, pues, de una infección a estreptococo, al que se asocia constantemente el estafilococo (grupo de los piococos). La evolución de estos procesos no siempre es benigna, ya que el estreptococo adquiere muchas veces una virulencia excepcional, terminando no pocas veces estas infecciones con la muerte, lo que ahonda más nuestra duda en el diagnóstico con la peste.

He descrito someramente dos cuadros clínicos de enfermedades distintas, muy frecuentes entre nosotros, y con las que comúnmente es posible confundir la peste bubónica. Ahora bien, en presencia de enfermedades cuyas características principales sean el infarto ganglionar y la fiebre, hay necesidad de ser muy parcos antes de emitir un diagnóstico a fijo de peste bubónica. Ya clínicamente se puede adelantar mucho. Quien haya visto algunos casos de peste bubónica seguramente que conservará impreso el cuadro clínico tan característico de esta gravísima enfermedad. Llegamos ante un enfermo preso de una alta fiebre, delirante, en completo estado de adinamia, con una mirada vaga; contesta tartamudeando a las preguntas que le dirigimos; tiene todo el aspecto de un hombre ebrio; si tratamos de hacerle andar, tambalea como si en efecto lo estuviera. Naturalmente, dentro de este cuadro hay grados que van desde la forma grave hasta la benigna y ambulatoria. Continuando nuestro examen constatamos

la presencia de un bubón que puede estar situado en la ingle, axila o cuello; más raramente es epitrocLEAR. Entre nosotros, el bubón inguinal es el más frecuente, seguramente en relación con la región en donde con más frecuencia se lleva la picadura de la pulga. El bubón es muy doloroso y si lo comprimimos, podemos ver en el rostro del enfermo el dolor que esta maniobra le ha causado. Existe bien marcada una zona de periadenitis. El bazo y el hígado están siempre infartados.

Como se ve, el cuadro es semejante a los descritos en las enfermedades anteriores, pero debemos tener en cuenta los hechos siguientes: La repercusión sobre el estado general nunca es tan manifiesta ni tan grave como sucede en la peste bubónica; el delirio y la expresión de hombre ebrio, tan característicos en la peste bubónica, faltan en las otras enfermedades; y hecho importante, mientras en la peste el hígado y el bazo están siempre afectados, no lo están en las otras enfermedades con las que hago la diferenciación.

La evolución es distinta. El bubón climático tiene una evolución esencialmente crónica y la mortalidad está reducida a cero. La peste tiene una evolución rápida que en casi todos los casos conduce a la muerte. Las mismas infecciones a estreptococo no tienen una evolución tan rápida y violenta, siendo el porcentaje de su mortalidad muy bajo en relación con la peste; salvo raras excepciones en que el germen adquiere una extraordinaria virulencia, no se registran casos fatales, y este hecho se anuncia generalmente por síntomas que hacen presumir la generalización de un proceso que hasta entonces había permanecido localizado y que por las circunstancias del terreno se ha agravado, con algunos resultados fatales.

En todo caso debe recurrirse siempre a los exámenes de laboratorio, que es lo único que decidirá con toda exactitud la naturaleza de la enfermedad y el diagnóstico de peste. Los frotos de la linfa ganglionar y su examen microscópico, la inoculación al cuy, deberán decidir, repito, en todo caso, el diagnóstico diferencial con la peste bubónica, y en los lugares en que sea posible, se practicará la dermoreacción de W. Frei, importante en el diagnóstico del bubón climático. No hay que olvidar que la declaración de un caso¹ de peste en una localidad irroga gravísimos perjuicios para ésta en la esfera de sus actividades vitales.

Primeros médicos de Puerto Rico.—El primer médico que practicó su profesión en Puerto Rico fué el Dr. Gaspar de Villalobos en 1510. En 1528, se presentó allí el doctor Coronado, y en 1536 el Dr. Juan Carreras, que también era clérigo, y a quien el Obispo Manso mandó preso a Santo Domingo de camino para Sevilla. En 1569, se encontraba en la isla el doctor Cataño, cuyo nombre está conmemorado por una población.—M. GUZMÁN, jr., *Bol. Asoc. Méd. P. R.*, 663, nbre., 1932.

¹ El autor, por supuesto, se refiere a casos de diagnóstico erróneo.—RED.