

PESTE ERUPTIVA (VIRUELA PESTOSA) Y ANGINA PESTOSA; FORMAS RARAS DE LA PESTE

Por el Dr. JUAN J. MARTÍNEZ VINUEZA

Médico Director de los Lazaretos, Guayaquil

Desde que se inició la peste en Guayaquil (año 1908), año tras año hemos tenido brotes de distinta intensidad, cuyo máximo correspondía siempre al final del verano y comienzos de la estación lluviosa, brotes que paulatinamente han ido disminuyendo en número con tendencias hoy a desaparecer, gracias a las enérgicas medidas sanitarias puestas en práctica, y en todos estos brotes hemos tenido todas las formas clínicas conocidas de la peste, predominando siempre la bubónica.

Hay dos formas de peste observadas en Guayaquil, que por creerlas raras, me propongo ahora volver a describir; me refiero a la septicemia eruptiva o viruela pestosa y a la angina pestosa, formas muy graves cuyo porcentaje de mortalidad es sumamente elevado. Estas dos modalidades clínicas, como las demás de la peste, bien conocidas son en el Ecuador, por haber sido descritas antes por el ilustrado Prof. Wenceslao Pareja y su colaborador Dr. Larrea.

Casuística

P. P. I.—De 38 años, mecánico, estado soltero, padre de familia, raza mestiza, constitución media, es diagnosticado de peste en el 3^{er} día de su enfermedad e ingresa al Lazareto por la tarde del 9 de diciembre de 1929. Fiebre alta 41° a su ingreso. La peste se inició con escalofrío violento, gran postración subsiguiente, la que dominó después, gran mareo que no le permitía estar sentado, bubón inguinal derecho que después al crecer se hizo inguinoocrural e iliaco, formando una pasta sumamente dolorosa del lado derecho. Antecedentes personales nulos para toda enfermedad, sólo las imprescindibles de la infancia: sarampión, varicela. De constitución media y bien conformado. Examen del aparato respiratorio nada de notable; el corazón marcha bien, el pulso 120 por minuto, algo bajo para la temperatura (41°).

Se le ponen 100 cc. de suero Yersin en la vena. Por la boca: Poción con 10 gramos de citrato de soda, 3 gms. de extracto fluido de kola, aparte, un sello con 0.50 gms. de calomel y 40 gms. de sulfato de soda; alimento, leche y baños a 30° cada 3 horas, gorro de hielo. Al siguiente día por la mañana el purgante le ha hecho una derivación copiosa, está suave el vientre, que el día anterior estaba duro. Ha dormido poco y muy agitado, sigue grave, hay apenas una pequeña variación de la temperatura 40.8, pulso frecuente, corazón normal, pulmones bien. Se le ordenan 80 cc. de suero en la piel y la misma bebida con citrato de soda y bromuro de sodio, 2 gms. Orina escasa y ligeramente albuminosa; por la tarde desciende la temperatura a 39.3, alimento, leche.

Quinto día.—Amanece siempre postrado, cefalalgia notable, el mareo no se le quita, lengua sucia saburral. En el corazón no hay indicios anormales, pero el pulso tiene intermitencias (falsos pasos) cada 40 ó 50 pulsaciones. Se ordena una bebida con citrato de soda, bromuro y 20 gotas de solución de digitalina, inyecciones de aceite alcanforado y más suero, 80 cc. en la vena, inyección de colargol, inyección de adrenalina; baños cada 3 horas a 30°.

Sexto día.—Ha bajado la temperatura a 39.6 y el pulso se le sigue y el enfermo continúa grave; en la madrugada se inició un delirio onírico profesional calmado;

los falsos pasos continúan, lo que obliga a poner una inyección de espartefna; orina 800 gms., en 24 horas, con albuminuria. Como a pesar de la baja temperatura el enfermo sigue grave se le ponen 100 cc. de suero en la vena; inyección de adrenalina; inyección de colargol; bebida con 10 gms. de citrato de soda, 2 gms. de bromuro de sodio y 10 gotas de digitalina. Al pasar la visita por la tarde, al examinar la cara—dato desagradable—se le ven algunas manchas rojas, como picadas de pulga por el cuello y lo mismo en los brazos; la terrible erupción pestosa hace su aparición y el pronóstico se hace más sombrío de lo que estaba. Se ordena más aceite alcanforado en inyecciones, otra inyección de 2 cc. de colargol y baños a 40° cada 4 horas y gorro de hielo y hielo al bubón, habiendo éste crecido enormemente en 7 días, convirtiéndose en una masa que ocupa la región crural, inguinal e ilíaca del lado derecho, provocándole una ligera retracción de la pierna, la que hay que sujetar con almohadas por abajo de la rodilla para disminuir el dolor.

Ahora venimos a explicar cómo, a pesar de la baja de temperatura que se inició al comienzo del 6° día de enfermedad, el enfermo seguía sumamente grave y es que se estaba cumpliendo una regla observada por nosotros y es que *cuando se inicia el brote pestoso y mientras éste está naciendo, la temperatura desciende espontáneamente para después que termina, ascender bruscamente y en uno o dos días más terminar con la vida del enfermo.* Otra ley hay que, aquí como en los demás, se ha cumplido: es que la erupción pestosa se hace siempre entre el 6° y 7° día de iniciada la enfermedad, lo que la diferencia clínicamente de la viruela verdadera en que el brote se hace al tercer día.

La erupción que se inició por la cara y los brazos poco a poco en 48 horas se ha extendido y aumentado en cantidad y calidad. El brote se ha generalizado al pecho, la espalda, vientre y piernas, y digo en calidad porque al comienzo fueron máculas que después se han convertido en pápulas llenándose algunas (no todas porque el enfermo se murió antes de que todas desarrollaran) de una serosidad purulenta en las que se encontró abundante el cocobacilo. La temperatura, que había descendido en el 6° y 7° día en que se hizo el brote, ascendió bruscamente en el 8° y 9° hasta marcar 41.4 en la mañana, y el pulso se trastornó por completo en su ritmo, convirtiéndose en una verdadera aloritmia, la tensión bajó, aumentó en número hasta volverse incontable. La concicencia, que estuvo primero en estado de delirio, se perdió por completo, entrando en coma desde el final del 8° día para morir el enfermo en la mañana del 9°.

L. M. C.—De 18 años, natural de Riobamba, de raza mestiza, constitución media, ingresa al lazareto el 15 de diciembre de 1914, por la tarde, con peste, el bubón es cervical derecho; a su ingreso la temperatura rectal es 39.8, con 108 pulsaciones al minuto, el examen bacteriológico, punción del ganglio, es positivo con abundantes cocobacilos. Hace dos días que se le inició la enfermedad con escalofrío intenso y fiebre muy alta; como no tenía bubón, pensaron que sería paludismo y le pusieron en su casa una inyección de quinina; fué al amanecer del 2° día que se le presentó el bubón. Ingresó muy postrada, con gran dolor de cabeza, mareos; el examen general de su organismo no da nada, todo bien, antecedentes personales nulos examen de las orinas, nada de albúmina.

Tratamiento, suero, 60 cc. en la vena y 40 cc. en la piel. Calomel fraccionado 0.30 gme. en 5 papeles, cada media hora uno, y después 40 gms. de sulfato de soda—una bebida con citrato de soda y kola y baños a 30° cada 3 horas.

Al tercer día de enfermedad, la temperatura baja un poco, lo mismo el pulso, pero su estado general sigue grave, postración con cefalalgia intensa, el mareo continúa. Tratamiento, más suero, 60 cc. en la vena y 40 cc. en la piel, una poción con citrato de soda y kola y baño a 30° cada 3 horas. Al cuarto día, sigue grave, estado general es el mismo del día anterior, se ordena más suero, 80 cc. en la piel; como amanece con náuseas, se ordena una poción de Rivière con bromuro y 30 gotas de adrenalina, baño a 30° cada 3 horas. El bubón ha aumentado,

ocupando casi todo el lado derecho del cuello, del ángulo del maxilar para abajo. Al preguntarle por su estado, se le nota un cambio de la tonalidad de la voz, voz nasal y ronca, se le examina la garganta valiéndonos de un bajalengua cualquiera (para la defensa personal, el médico, los internos, enfermeros deben usar mascarillas para estos casos como para la neumonía pestosa y aislar a estos en enfermos de los demás) y se le encuentra una placa de angina de color blanco grisácea que ha invadido la garganta del mismo lado del bubón y la amígdala. Como se trata de una angina pestosa (secundaria), se procede a hacerle un barrido de todas las membranas valiéndonos de un hisopo de algodón empapado de agua oxigenada, y después de limpio, cauterizamos con tintura de yodo oficial; esto se hace tres veces al día.

Quinto día.—La complicación anginosa sigue lo mismo; lo principal es que no ha avanzado, tampoco el bubón ha crecido más, lo que tanto temimos, puesto que estas formas son dolorosamente dramáticas, porque provocan la asfixia del enfermo, su estado general siempre grave. Tratamiento local el mismo—y general, salol 2 gms. en 8 sellos e inyecciones de colargol en la vena; baño cada 3 horas.

Sexto día.—La angina tiene una pequeña mejoría, pero en cambio en la cara, por sobre el bubón y en los alrededores, se ven algunas máculas de septicemia eruptiva y esto hace que de plano el pronóstico se agrava. Tratamiento, colargol en la vena, baño a 40°, 3 veces en el día; bebida con citrato de soda, urotropina y 10 gotas de digitalina.

Séptimo día.—La enferma sigue grave, de su angina mejora, pero su erupción se ha generalizado, bien sea que los granos no son tantos, pero de todos modos esta erupción hace el pronóstico gravísimo. Se ordena suero en la vena, baños a 40°, tres al día.

Octavo día.—La angina ha mejorado bastante tanto que la enferma puede deglutir bien. La erupción no ha aumentado en número, pero las máculas que habían han crecido haciéndose pustulosas y llenándose de pus, en el que se encuentran por el examen bacteriológico abundantes cocobacilos. Se ordena más suero en la vena 60 cc. y colargol, baño a 40° y poción con citrato de soda, urotropina y kola.

Noveno día.—La enferma sigue grave, lo único que ha mejorado es de su angina, pero su estado general está malo, la fiebre ha ascendido, las pústulas del porte de una lenteja están completamente pronunciadas y algunas han desaparecido desde el estado de máculas sin llegar a ser pápulas. Las que han logrado crecer son unas pocas y se ordena sea rota la cutícula para sacar el pus y tocar con tintura de yodo para destruir in situ los gérmenes. Suero, 60 cc. en la vena; poción con citrato de soda, urotropina y kola.

Del 10° al 20° día de enfermedad se establece un estado tífico en el que día a día se ve que la enferma se agrava hasta que al vigésimo día sucumbe a la septicemia eruptiva.

D. P., de 35 años, natural de Cuenca, soltera, de raza blanca, de constitución robusta, ingresó por la mañana del 29 de agosto de 1921, con 39.1° de temperatura y 128 pulsaciones al minuto, con una angina que le había invadido totalmente toda la garganta y un pequeño ganglio cervical del lado izquierdo. Ingresa en coma al cuarto día de su enfermedad; apenas puede hablar, su voz es ronca, nasal. Dicen sus familiares que primero se le presentó la angina con dolor de garganta y escalofrío y que después se le ha presentado el bubón que al principio no estaba tan grave; que de anoche para acá es que está así y que por eso la hicieron ver de un médico y éste ordenó el aislamiento por ser peste. El examen bacteriológico del exudado de la garganta da abundantes cocobacilo. Se ordena primero una inyección de espartefina y ½ hora después 60 cc. de suero Yersin en la vena, lim-

piado de la garganta con agua oxigenada y después tocar con yodo. Poción de Rivière con urotropina y extracto fluido de kola y baño a 30° cada 3 horas.

Al quinto día de enfermedad amanece muy grave, asfixiándose; la angina ha invadido toda la garganta, que está hinchada, tumefacta, y casi no permite la respiración; sigue en coma, domina el estado tóxico, el pulso está pequeño y con falsos pasos; se ordena otra inyección de esparteína previa a ponerle 60 cc. más de suero en la vena; por la boca nada, no puede tragar; el caso está perdido y fallece por la tarde, por toxemia.

Conclusiones

De los pocos casos clínicos presentados, no voy a sacar conclusiones; los he puesto como mera ilustración. Voy a dar mi apreciación personal de los algunos cientos de casos de peste que he visto en 17 años continuados en que los vengo atendiendo en el Lazareto de Guayaquil. Cuando recién se ve a un enfermo, apenas se inicia la enfermedad, nada nos dice que va a tener una septicemia eruptiva, pues lo mismo se presenta en los casos que al comienzo parecían benignos como en aquellos que inician su enfermedad de una manera violenta.

En términos generales, una peste es más grave mientras más alta se inicia la temperatura y mientras más se demora el tratamiento específico. El mayor porcentaje de curaciones se encuentra en aquellos que han sido tratados precozmente en el primer día, si es posible en las primeras horas de la enfermedad. La peste, hay que tratarla como es; enfermedad violenta y grave, su tratamiento debe ser rápido y enérgico; ya he dicho en otro artículo publicado en el BOLETÍN de la Oficina Sanitaria Panamericana (mayo, 1926), que el suero puesto después del quinto día es casi siempre inútil, pues en nada modifica, ni la temperatura ni el estado general del enfermo. De ser posible (algunos no dan lugar por la excesiva gravedad en que ingresan al lazareto), deben ponerse desde el primer momento grandes dosis (100 cc.) de suero en la vena, como medio eficaz para evitar las complicaciones pulmonares o eruptivas que pudieran venir después, sin que estas palabras se deban tomar de una manera absoluta, porque en algunos casos a pesar de esto se presentan.

La erupción pestosa es siempre una sorpresa para el especialista, puesto que en el curso del tratamiento, en apariencia todo le hacía creer en una mejoría: la fiebre comienza a bajar, el pulso igualmente baja en número siguiendo a la temperatura, y algunas veces, cuando, la erupción va a ser poco numerosa, hasta el estado general mejora. Pasado al sexto día, se ve con sorpresa que el enfermo presenta por distintos sitios, principiando por la cara y los brazos, siguiendo después el resto del cuerpo, unas manchas, primero diseminadas y escasas y después más numerosas según los casos, pequeñas primero como petequias o picadas de pulga, después se agrandan hasta el porte de una lenteja, una vez más grandes, después de algunas (24 a 30) horas se vuelven papulosas, llenándose de un líquido cetrino

purulento el que después de algunos días seca, no quedando sino una pequeña mancha en la superficie, mancha que después desaparecerá. Este fenómeno de la desecación de las pápulas sólo es posible verlo en los casos relativamente benignos, en aquellos de muy pocos granos en el cuerpo, porque en los otros casos, en aquellos en que hay gran número de granos, no hay campo para ver una evolución total, porque antes el enfermo se ha muerto.

Ya dije en uno de los casos presentados que la erupción comienza al 6° y termina al 7° día y mientras la erupción se está haciendo, la temperatura desciende, para volver a subir y muchas veces de una manera brusca cuando ésta se terminó de hacer y aquí puedo agregar que es de esperar mayor brusquedad en la subida de la fiebre mientras mayor sea el número de granos.

Ya el Doctor Larrea, en un artículo publicado en el *Boletín de la Escuela de Medicina de Guayaquil*, dijo: "La erupción pestosa es el resultado de los émbolos que forman los cocobacilos que se quedan en los capilares sanguíneos sin poderlos atravesar." Hasta ahora, no encuentro nada que pueda contradecir esta opinión. Y los exámenes bacteriológicos, repetidos tantas veces en las máculas como en las pápulas, se encuentran siempre abundantes cocobacilos y basado en este principio es que sistemáticamente a todo enfermo en el que se ve que se inician las máculas, se ordenan baños calientes a 42° grados tres veces al día, durante tres días (6°, 7° y 8°), para dilatar los capilares y mandar al torrente circulatorio los bacilos que han quedado prisioneros en los capilares, y creemos que con este tratamiento y el suero en la vena, beneficiamos al enfermo, puesto que algunos se salvan, a pesar de esta forma, que con la neumónica constituyen dos entidades evidentemente mortales. Tomando uno de los años más numerosos (1913), entre 727 enfermos de peste hubo 26 de septicemia eruptiva, de los que murieron 24 es decir: el 92 por ciento.

La erupción pestosa no debe ser confundida nunca con el carbón pestoso, por muchas razones: 1. Por su origen: La erupción pestosa viene de dentro a fuera, brota, lo que no sucede, con el carbón, que es una mortificación de la piel hecha en el sitio en que la pulga inoculó el virus pestoso. Le llamamos carbón pestoso por la semejanza con el carbón (carbunco) verdadero; la piel se pone negra primero, después se levanta una flictena que al romperse deja una excavación sanguinosa negra, llena de cultivos puros de cocobacilos; el carbón está rodeado de una zona roja, dura y dolorosa. 2. Por el número: La viruela pestosa es siempre numerosa, no así el carbón, que es uno o dos; he visto hasta ocho carbonos en una pierna. 3. Por su situación: La viruela pestosa brota siempre por la cara y los brazos, sea cualquiera el sitio del bubón, no así el carbón, que siempre tiene correspondencia anatómica con el bubón. Si el carbón está en la pierna o en el pie, el bubón es crural o inguinal; si el carbón es del brazo, el bubón será axilar. 4. Por su porte: Ya he dicho el porte de la viruela

pestosa; el menor carbón tiene un porte de una moneda de 5 centavos, algunos, gigantes, el porte de una moneda de dos sucres. Por su gravedad: No huy punto de comparación, la septicemia eruptiva tiene el 92 por ciento de mortalidad, no así el carbón que parece ser una de las complicaciones más benignas de la peste.

Angina Pestosa

La localización del germen de la peste en la garganta, inflamándola y con formación de falsas membranas blanco-grisáceas es la angina pestosa; puede ser primitiva o secundaria, para la primera podemos invocar la misma causa que para la neumonía primitiva; para la secundaria diremos que es la inflamación provocada por un bubón submaxilar que por su crecimiento ha llegado a comprometer la garganta.

Lógicamente, la gravedad de ambas formas debería ser la misma, pero no es así, puesto que en la angina secundaria, cuando ésta se presenta, ya el enfermo tiene puestas una o algunas dosis de suero, que está contrarrestando la enfermedad, lo que no pasa con la primitiva en que el diagnóstico regularmente se hace tarde: ante una angina de carácter grave con síntomas de intoxicación profunda se apela al laboratorio y éste viene a decir que se trata de algo muy grave: de una angina pestosa, y en todo esto se demora lo suficiente para que el enfermo se agrave y que el suero no sirva de nada. En esta forma como en cualquiera de la peste, no me cansaré de decir el diagnóstico precoz es lo que salva al enfermo.

La angina pestosa primitiva, como su nombre lo indica, se inicia primero por la garganta como una angina vulgar, con dolor localizado, escalofrío inicial, fiebre alta, y acompañada además de todos los atributos propios de la peste: cefalalgia, gran mareo, postración seguida de agravación rápida e insólita que no vamos a encontrar en las demás anginas. La garganta se cubre rápidamente de un exudado blanco-grisáceo, se tumefacta y aparecen secundariamente el bubón o bubones de uno o de ambos lados del cuello. Es aquí cuando cunde la alarma, se hacen los exámenes bacteriológicos y se descubre que es una angina pestosa, pero cuando el enfermo está agónico y el suero no sirve de nada. Conozco de un caso diagnosticado post-mortem debido a la acuciosidad de la Oficina de Sanidad de Guayaquil, la que, por exámenes hechos por el Jefe del Laboratorio Dr. Sayago, comprobó la presencia del bacilo de Yersin.

La angina pestosa secundaria tiene un cuadro menos dantesco que la anterior sin que deje de ser muy grave. Ya dije la causa porqué la forma secundaria es menos grave, y es que cuando se presenta, regularmente el enfermo tiene una dosis fuerte de suero que está luchando con la enfermedad. Como tratamiento coadyuvante, empleamos el limpiado de la garganta con un hisopo empapado con

agua oxigenada, seguido de la cauterización con tintura de yodo oficial.

Como en la neumonía pestosa, es de urgencia aislar a los anginosos de los demás enfermos de peste; hay que tener presente que se trata de peste a foco abierto, que está esparciendo los gérmenes con la tos y que estas formas sí son directamente contagiosas. El personal de los lazaretos también debe tomar precauciones para la atención de estos pacientes: sólo debe acercarse con mandil y con máscara.

EL INTERROGATORIO EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR *

Por el Dr. G. H. FAGET

Del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos

Cabe poca duda de que una anamnesia bien obtenida es útil para el diagnóstico correcto de cualquiera enfermedad, lo cual quizás sea más cierto de la tuberculosis pulmonar que de la mayor parte de las otras dolencias.

En un sanatorio tuberculoso una historia bien anotada no reviste la importancia que en un hospital general, donde tratan toda clase de casos, pues como en el primero sólo reciben tuberculosos, el diagnóstico ya ha sido hecho antes del ingreso. Sin embargo, antes de admitir al sujeto, es importante conseguir una narración clara de sus síntomas, pues ayudará no tan sólo a clasificar la patología y el pronóstico, sino también en el tratamiento apropiado. Una historia subjetiva y concisa también es útil, y así lo exige la clasificación de la Asociación Nacional de la Tuberculosis. Basada la clasificación principal en el grado de invasión de los pulmones, determinado por el examen físico y roentgenológico, la subdivisión en clases A, B y C, que denotan la forma de actividad, exige conocimiento de los síntomas orgánicos. A la entrada, el diagnóstico tiene que fundarse principalmente en la exactitud de los antecedentes obtenidos del enfermo.

La historia, tal como la apuntaron en los otros hospitales, reviste significación primordial en el diagnóstico, pues de obtenerse los datos descuidadamente pueden pasarse por alto algunos casos de tuberculosis pulmonar incipiente, y el diagnóstico no se hará hasta el ingreso subsecuente en otro hospital, y entretanto la enfermedad ha seguido avanzando. Esas equivocaciones son más frecuentes en los consultorios y dispensarios. Según algunas autoridades reconocidas, una anamnesia bien obtenida en los casos incipientes conducirá más a menudo que el examen físico corriente, al diagnóstico correcto. Sin duda, un buen interrogatorio vale más que un mal examen físico, y si meramente hace sospechar la existencia de tuberculosis, ya ha logrado mucho. Entonces, aunque la exploración física sea negativa o impre-

* Pub. Health Rep. 45 : 323 (fbro. 14) 1930.