

topsia de ellos. Los análisis de laboratorio de química orgánica y biológica. Nos prometemos, en cuanto nuestras fuerzas nos lo permitan, continuar este estudio. Hemos querido contribuir con un grano de arena al estudio de nuestra medicina nacional, profesión que cuenta con hombres tan ilustrados como benévolos que sabrán disculpar mi insignificante estudio.

UN CONCEPTO

ACERCA DE LA EPIDEMIA DE NEUMONÍA INFECCIOSA O PESTE BUBÓNICA DE 1914 EN LA COSTA ATLÁNTICA

Presentado al tercer Congreso Médico Nacional por el doctor CARLOS M. MANOTAS (de Barranquilla).

Nos proponemos desarrollar un tema de importancia vital, desde un punto de vista sanitario, para los intereses de la Costa Atlántica en particular, y los del país entero en general; desde luego que en los dominios de la medicina, como ciencia que es, no deben existir dudas ni semiverdades, por así decir, sino la evidencia exacta de lo que es, puesto que un error en la apreciación clínica de un diagnóstico puede ser funesto, no solamente a la vida de un individuo, sino lo que es más grave aún, a las de una nación entera. Nos referimos a la creencia infundada, por cierto, de algunos colegas distinguidos de que no han sido casos de peste bubónica las epidemias que en dos años consecutivos se han presentado en este litoral atlántico en la forma de una infección aguda de carácter grave, eminentemente contagiosa, de variada sintomatología, entre las cuales predominaba, subordinando a los demás, el síndrome broncopulmonar, única y exclusivamente porque se supusieron erradas ciertas investigaciones bacteriológicas que fueron verificadas sobre bases de un tecnicismo anticientífico, y porque así lo opinó el criterio infalible de un facultativo cuya autoridad tradicional nos ha creado nuestra inferioridad científica.

Con motivo de la reaparición en ciertas poblaciones del Departamento del Atlántico de una enfermedad broncopulmonar de carácter infeccioso y naturaleza sospechosa, pues habiendo ocurrido el año anterior una epidemia similar, oriunda de la misma región, y que algunos colegas conceptuaron ser pestosa, la Dirección Departamental de Higiene, con el propósito de salvaguardar los intereses sanitarios del país, resolvió tomar cuanta medida enérgica fuere posible con el fin de reprimir oportunamente la propagación de aquel flagelo; y al efecto nombraron miembros de la Junta Departamental de Higiene en comisión en las poblaciones infestadas a varios facultativos, entre los cuales

nos tocó a nosotros el honor de una de aquellas designaciones. En tal virtud pudimos apreciar personalmente en todos sus detalles, libre de prejuicios, el aspecto clínico de la enfermedad, sus reacciones terapéuticas y demás concomitancias que nos han guiado para formular, hasta donde lo han permitido las circunstancias, una opinión aproximadamente exacta de la epidemia en referencia.

Iniciamos nuestra intervención oficial con la asistencia al señor Manuel Urueta, de Usiacurí, a quien se suponía haber sido contagiado de la bronconeumonía infecciosa, reinante a la sazón en aquellas poblaciones.

Efectivamente, al entrar al aposento del enfermo hallámos que se trataba de un individuo bien desarrollado y de constitución física vigorosa. Tenía antecedentes de muy buena salud. Era pues, como se dice en lenguaje vulgar, un hombre sano. Achacaba su mal, y con razón, al hecho de haberse sentado, por más de dos horas consecutivas, cerca del lecho de un hombre moribundo a causa de neumonía infecciosa.

Su temperatura marcaba en el termómetro 39°5; pulso rápido, pero lleno, latiendo a razón de 120 pulsaciones por minuto; respiración laboriosa, funcionando a la rata de 40 por minuto y de carácter abdominal. La piel del rostro y región torácica presentaban un tinte icterico acentuado; las pupilas dilatadas; depresión de las alas nasales, y una sombra cianótica que circuía en un área como de dos centímetros, ambos labios. La expresión del paciente era de ansiedad y fatiga, y se quejaba constantemente de cefalalgia y dolor profundo en el pecho, el cual se extendía hacia arriba invadiendo la región del cuello y los brazos, lo que le impedía no solamente respirar como de ordinario, sino acomodarse en posición alguna en la cama. Expectora con dificultad, y cuando lograba hacerlo, algunos de los esputos venían teñidos de sangre. La orina era escasa, ostensiblemente espesa y de color rojo oscuro. No pudimos determinar las causas responsables de aquella condición de la orina por carecer de elementos indispensables para examinarla. La lengua estaba cubierta de una capa negruzca, en su totalidad, con papilas pronunciadas en el centro, húmeda y de bordes rojos encendidos. El resto de las mucosas de la boca y faringe no manifestaban sino un estado de congestión general. Percutida la región anterior del tórax hallábase resonancia natural en la fosa supraclavicular, así como en la región infraclavicular adyacente, resonancia que disminuía considerablemente a medida que se descendía al nivel de la parte superior del lóbulo medio del pulmón y hacia el borde derecho del esternón, donde aparecía una absoluta matidez leñosa. Percutida igualmente la parte posterior del pecho

se notaba algo de matidez en la fosa supraespinosa, pero había resonancia clara en la región infraespinosa, cuyo tono bajaba hacia el nivel inferior del lóbulo medio y se acentuaba en matidez conforme se descendía a la base del pulmón. No se percibía transmisión alguna del sonido al tacto de esas áreas pulmonares; pero al auscultar las referidas regiones, los soplos respiratorios, aunque aparecían prolongados, eran apenas perceptibles y con absoluta carencia de estertores. De lado izquierdo, tanto en la parte anterior como en la posterior, existía un estado similar al que acabamos de describir con relación al derecho, además de ocurrir la circunstancia especial de que los sonidos del corazón eran apenas audibles al auscultarlos. Había marcado meteorismo en la región adominal, sobre todo en las fosas ilíacas derecha e izquierda, las que a la vez eran algo más dolorosas al tacto que el resto de la región en referencia.

En vista de ese cuadro clínico que acabamos de exponer, y guiados a la vez por el concepto que teníamos de antemano formado acerca de la epidemia de más común ocurrencia en esa región del Departamento y haciendo caso omiso del resultado de las investigaciones bacteriológicas llevadas a cabo en Barranquilla en un laboratorio *ad hoc*, confesámos ingenuamente que nuestro diagnóstico fue el de una infección mixta de malaria e influenza neumónica. Así lo comunicamos al Presidente del Consejo Superior de Sanidad, no sin dejar de hacer presente nuestra pena por no compartir con él acerca de la opinión que se había formado de la epidemia (como la llamaban) que azotaba aquellas poblaciones. En tal virtud, y consecuentes con nuestro diagnóstico, instauramos activamente el tratamiento específico para la afección palustre y otro sintomático estimulante para combatir los estragos de la crisis gripal. Bajo la acción terapéutica del uno ni del otro tratamiento reaccionó favorablemente el paciente, antes por el contrario, a despecho de toda medicación, la enfermedad asumía mayor intensidad con caracteres alarmantes hasta el décimo día que sucumbió el paciente, víctima de aquella virulenta afección.

Sin embargo de no participar de la opinión de los que creían que la enfermedad reinante aquí en la Costa era una epidemia de peste bubónica, en lo concerniente a los medios profilácticos que había que observar para extirpar el mal, sí practicámos lo preconizado por el Consejo Superior de Sanidad, y al efecto, inmunizámos con vacuna de Haffkin a todos los individuos que rodeaban al enfermo y a todas las demás personas que en alguna forma estuvieron en contacto con las primeras víctimas de la epidemia; sólo al hijo mayor del enfermo, que hemos tratado, dejámos de vacunar por no hallarse ese día en la casa, ni pudimos tam-

poco vacunarlo a su regreso, porque toda la cantidad de virus que se nos había enviado de Barranquilla se nos agotó rápidamente, y transcurrieron muchos días antes de que se nos hubiese suministrado nueva remesa.

El joven hijo del enfermo, a pesar de que sí llamaba bubónica lo que su padre sufría, y de no haber sido inmunizado, era de los que más cerca rodeaban al paciente y hasta descalzo penetraba al aposento, no obstante las repetidas amonestaciones acerca del peligro que corría. No transcurrieron quizás cuarenta y ocho horas, después de muerto el padre, cuando el joven en referencia estaba reducido a cama con una novedad idéntica a la de su señor padre. Inmediatamente fuimos llamados en su auxilio, y como ya teníamos en nuestro poder una cantidad apreciable de suero antipestoso de Yersin, procedimos incontinenti a aplicarle una inyección intramuscular de 20 centímetros cúbicos y despejar el aparato gastro intestinal con repetidas dosis purgativas de aceite de ricino. No ocurrimos a ningún otro recurso terapéutico, y a las ocho horas de haber inyectado al paciente la primera dosis de suero, se inició una reacción general favorable; descendió la temperatura a 37°5' de 39°8' que marcaba el termómetro la tarde anterior; la respiración, que subió a 40 por minuto, descendió a 28; el pulso mejoró notablemente en carácter; el dolor en la región pectoral, que era insufrible el día anterior, apenas lo sentía ya a esa hora, y el mismo enfermo confesaba que estaba ya tranquilo y distinto al día anterior. En vista de tan halagüeños resultados resolvimos decididamente aplicarle una segunda inyección de suero de Yersin a las cuarenta y ocho horas de la primera, ya que practicámos en la misma forma y en igual cantidad. También fue esta inyección seguida de reacción favorable, pero no en las proporciones que lo fue la primera, y aunque el paciente no quedó definitiva o radicalmente curado, creímos prudente no someterlo a la influencia de una tercera inyección, sino simplemente aconsejarle el uso de antisépticos pulmonares y reconstituyentes generales. La evolución rastrera del estado patológico de la región torácica, una vez que hubo pasado la crisis aguda de la enfermedad, se debió sin duda al medio ambiente en que hubo que colocar posteriormente al paciente, y a algo de negligencia en los obligados a cuidarle el período de convalecencia.

Como la enfermedad, que apenas se había manifestado en forma esporádica, tenía tendencias a tomar las proporciones de verdadera epidemia, pues aparecían casos nuevos diariamente, tuvimos la oportunidad de atender, entre otros, el de la señora Catalina Sanjuán, hermana de José de los S. Bujato, quien no hacía todavía quince días que había falle-

cido, víctima de la misma novedad y uno de los primeros casos de neumonía que ocurrió en la localidad. No está demás advertir que fue a este señor Bujato o quien postmortem se le extrajo uno de los ganglios inguinales superficiales que tenía infartado y con cuya linfa se obtuvo el cultivo que preparado bacteriológicamente resultó contener en colonias, aisladamente, según opinión de algunos colegas, el bacilo de Yersin. Volviendo al caso de la señora Sanjuán, después de haberla examinado clínicamente y diagnosticar el caso—similar a los otros—de bronconeumonía con caracteres fulminantes, resolvimos, sin pérdida de tiempo, aplicarle el suero antipestoso en inyección intravenosa de 20 centímetros cúbicos, la que repetimos a las cuarenta y ocho horas intramuscularmente. Declaramos que esta última inyección no era necesaria, pues a las quince horas de aplicada la intravenosa se acentuó una reacción favorable, desapareciendo casi totalmente los signos pulmonares, la fiebre y demás síntomas subjetivos que manifestaba la paciente. Una corta convalecencia precedió a la completa salud de la enferma.

Porque lo creímos conveniente y de grande utilidad para contribuir a despejar una situación oscura preñada de zozobras y peligros para este litoral, dispusimos recoger una cantidad suficiente de los esputos espectorados por esta enferma y por Urueta, en frascos diferentes que sellámos herméticamente.

Otros casos más ocurrieron en la zona a cargo de nuestra comisión sanitaria, y todos fueron arrancados de las garras de la muerte por virtud de la acción eficiente del suero antipestoso de Yersin.

Estos son en tesis general algunos de los casos cuya semiología particular bien definida caracterizan mejor la enfermedad grave que en forma esporádica azotó en los meses de abril y mayo de 1914 a la mayor parte de las poblaciones del Atlántico. El Consejo Superior de Sanidad nos excitó formalmente a que redobláramos nuestros esfuerzos en el sentido de una rigurosa profilaxis y de no omitir medio alguno sanitario para contener y extirpar la epidemia, pues el último reporte que la Junta había recibido del Laboratorio Bacteriológico de Bogotá les hacía presente que en placas preparadas de la resiembra de un cultivo enviado de Barranquilla había sido hallado en colonias aislado el bacilo de Yersin. Ya dijimos que los cultivos de Barranquilla habían sido preparados en caldos de la linfa de un ganglio inguinal superficial que se extrajo postmortem a José de los S. Bujato, de Isabel López, quien falleció víctima de la bronconeumonía que reinaba en aquellas poblaciones. El examen bacteriológico verificado en Ba-

Barranquilla suscitó una polémica entre algunos colegas de aquella ciudad, pues unos opinaban que sí era el bacilo de Yersin el que aparecía fijo y coloreado en la placa que estaba bajo el microscopio, y otros que no. Estos últimos alegaban en defensa de sus tesis que la manera como había sido preparado el cultivo, los métodos de aislamiento, fijación, coloración, etc., no eran en verdad los que recomendaban los bacteriólogos de reconocida autoridad.

También hubo divergencias de opinión en los resultados obtenidos de la inoculación llevada a cabo en Barranquilla y Bogotá en ratas, conejos, etc., pues eran negativos según unos, y según otros, eran concluyentes los efectos contaminadores del cultivo inyectado.

Esta situación indefinida creada alrededor de una epidemia que sí amenazaba ya con alguna seriedad la vida de los habitantes de este litoral y dañaba los intereses económicos del país, resolvió despejarla el Gobierno, solicitando del Gobierno americano permitiera, a costas de aquél, la venida a este país de un bacteriólogo experto. Así tuvo lugar la venida a Barranquilla del profesor Samuel Darling, Jefe del Laboratorio Bacteriológico del Hospital de Ancón. En Usiacurí conferenciámos con el citado profesor, y allí mismo le suministrámos verbalmente los datos clínicos de los casos que habíamos asistido en esa población hasta esa fecha, y recogió de otros individuos, legos en la materia, algunos datos más, respecto de otros casos que fallecieron sin asistencia médica alguna de mérito. Excitámos repetidas veces al profesor para que se trasladase con nosotros a Isabel López, que distaba solamente cinco kilómetros de Usiacurí, para que se informara personalmente del tipo de la enfermedad examinando a un paciente que estaba en período de convalecencia, y se negó a ello, pretextando argumentos fútiles y reconociendo harto convincentes los datos recogidos allí para el fin que los necesitaba.

También rechazó como innecesarios los esputos que habíamos recogido de dos enfermos, y nos manifestó clara y categóricamente que la epidemia que había existido allí, y de la cual aún habían algunos casos en ciertas poblaciones del Departamento, no era otra cosa que una franca neumonía lobular, causada por el neumococo, y no la bubónica, como algunos de nosotros habíamos conceptualizado.

No sabemos si esto fue una opinión preconstituída la que emitía el profesor Darling acerca de la epidemia en que nos ocupamos, y que adquirió en Ancón de datos acopiados de la prensa que de distintas partes del país llegaban allí, y que luégo ratificó a su llegada a Colombia con la relación clínica que le suministrámos personalmente y otras más que él pudiera obtener de algún otro colega; pero lo

cierto fue que a aquel concepto del doctor Darling, que bien podría tacharse de empírico, antes que de científico, se le dio todo el valor de un fallo inapelable, a sabiendas de que ese juicio fue la deducción lógica del examen microscópico practicado por el profesor Darling, el cual tuvo que hacerse con las placas preparadas en Barranquilla, y ya era público que ese material de investigación estaba de antemano viciado de error, y así lo comprobaron más tarde los irrefutables dictámenes emitidos por celebridades como el Laboratorio Inglés, en Trinidad, y el de Pasteur, en París.

Nos parece superfluo transcribir aquí el reporte conciso de aquellos institutos, además de que no nos ha sido posible tenerlos a la mano; pero ambos coligen en esencia, al conceptuar que del examen practicado no están en posibilidad de afirmar ni de negar que la epidemia que hubo en la Costa Atlántica, en Colombia, fuese o nó bubónica, pues las placas examinadas bajo el microscopio presentaban esporos y células de morfología indefinida, fragmentos de microorganismos, microbios y bacterias de naturaleza proteica y cuya simbiosis no podría ser la del bacilo de Yersin, atribuyendo esta contaminación del cultivo a la manera inconsulta como había sido preparado, que no les permitió aislar el bacilo que se deseaba identificar. Por lo demás, la última de estas autoridades, el Instituto Pasteur, expresó claramente que placas iguales o semejantes a éstas fueron montadas en aquel laboratorio de cultivos preparados en Madagascar con material extraído de pacientes infestados de peste bubónica, y que fue debido a la presencia de esos cuerpos extraños—similares a aquellos,—que ocupaban todo el campo visible de la placa coloreada, y a los cuales se les atribuyen funciones fagocíticas, por lo que no fue posible aislar entonces al bacilo de Yersin; pero luégo que se prepararon nuevos cultivos con el mismo material, auxiliados por el eminente profesor Dujardin-Beaumetz, el bacilo de Yersin apareció franco e inequívoco en la placa examinada.

Ya el eminente profesor Osler, en un extenso artículo sobre la peste bubónica, se expresó en estos términos acerca de una forma aparentemente benigna de la citada enfermedad: «Entre las varias formas en que puede presentarse la peste o plaga, hay una que bien pudiera calificarse peste menor o forma ambulante en la cual el paciente sufre una fiebre de pocos días, hinchazón en las glándulas inguinales, de preferencia, y posiblemente supuración. Quizás el individuo no se sienta así tan mal que se vea obligado a buscar auxilio médico. Estos casos, por lo regular, ocurren al principio o al fin de alguna epidemia y son una gran amenaza para los pueblos adonde se presentan. Sin embargo, pue-

den desaparecer de pronto y por sí solos esos casos por un año o aún más, y luego reaparecer en forma mucho más virulenta. > Ahora, al Cuerpo médico colombiano corresponde definir claramente si pudo ser o nó una forma similar a la aquí descrita de la bubónica, la que en dos ocasiones consecutivas—1912 y 1914, habiendosido menos grave la primera—hizo su aparición en estos pueblos del Atlántico, habiendo sido Santa Marta su puerta de acceso.

Verdad es que se ha sostenido enfáticamente, con acopio de razones, por algunos colegas, que la forma en que ha hecho su irrupción la peste ha sido en la neumonía infecciosa, y ésta, lejos de ser clasificada entre las del grupo benigno que el profesor Osler denomina peste menor, es acaso una de las más malignas y mortales, si no la más, de las que pueden infestar la humanidad. ¿Porqué no creer que una enfermedad infecciosa con sintomatología pseudo-neumónica, no fue más bien una mediastinitis pestosa, cuyo síndrome particular, por lo mismo que se limitaba a los ganglios linfáticos del mediastino, simulaba en todos sus aspectos el epifenómeno de una franca neumonía? Todavía no nos explicamos, sin embargo, por qué razón el distinguido colega, al hacer la ablación del ganglio que había de servirle más tarde de base para las investigaciones bacteriológicas, que han sido materia de serias controversias, seleccionó una de las del racimo inguinal, y no se le ocurrió elegir la de los ganglios del mediastino en cuya región estaban localizados todos los procesos patológicos que caracterizaban la semiología distintiva de la epidemia que estudiamos. ¿Porqué no se hizo el examen de la orina, materias fecales o esputos de los enfermos? Nosotros no estábamos en capacidad de hacerlos por la vida nómada que nos imponía la misión que desempeñábamos, ni tampoco practicamos la autopsia de cadáver alguno, porque carecíamos de elementos indispensables para ello, por una parte; por otra, no teníamos autoridad para vencer la oposición sistemática que en estos pueblos y en todas partes presentan, por un sentimiento natural de dolor, los deudos cercanos del muerto.

En cuanto a los medios de que disponíamos para la desinfección y profilaxis de los pueblos infestados, no eran en verdad los que pudieran llamarse ideales; sin embargo, en uno de los pueblos flagelados la acción persistente y tenaz de nuestros recursos sanitarios obró con eficacia en el rápido exterminio de la epidemia; en otros fue nula, y si no hubiera ocurrido accidentalmente un incendio que el destino localizó en la región infestada, arrasándola totalmente, no podemos precisar el alcance y las proporciones que hubiera asumido más tarde aquella calamidad pública.