



*Episodio de la fiebre amarilla,
Juan Manuel Blanes, óleo sobre tela, 1871.*

EL RESCATE Y LA MEMORIA

Epidemia en Buenos Aires

Juan Carlos Stagnaro

El 8 de diciembre de 1871, los habitantes de Buenos Aires asistieron a un acontecimiento que los conmovió profundamente. Ese día, en el viejo Teatro Colón, ubicado frente a la histórica Plaza de Mayo, el pintor uruguayo Juan Manuel Blanes (1830-1901) presentó al público su óleo naturalista “Episodio de la Fiebre Amarilla”, ícono desde entonces de los aciagos días en que se produjo la epidemia que asoló la ciudad. El parte policial del Comisario de la sección 14, Lisandro Suárez, corrobora, con fecha del 17 de marzo de 1871, la veracidad de la escena retratada en la que los doctores Roque Pérez y Manuel Argerich, presidente y vocal, respectivamente, de la Comisión Popular, penetran en la habitación de un conventillo adonde yace una mujer joven, muerta en el suelo, junto a un bebé que pugna por alimentarse de su pecho. La mujer, una italiana llamada Ana Bristiani, estaba sola con su hijo en ese conventillo de la calle Balcarce, adonde la habrían aislado pues su marido se encontraba enfermo en su domicilio del barrio de la Boca (Scenna, 1967).

El autor de la tesis

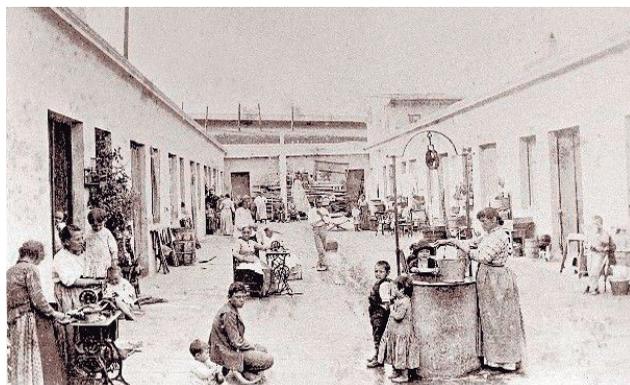
Miguel Segundo de Echegaray y Videla, nació en la provincia de San Juan el 3 de marzo de 1841, realizó sus estudios primarios y secundarios en su ciudad natal y, luego, los continuó en la Universidad de Buenos Aires donde se graduó de doctor en medicina con la tesis *Fiebre amarilla del año 1871*, cuyos tramos principales se reproducen en esta Sección. De regreso a su provincia ocupó cargos como médico de los hospitales y de la policía y fue corresponsal de la revista del “Círculo Médico Argentino”, dirigida por José María Ramos Mejía, en 1876. Simultáneamente, se dedicó activamente a la política fue vicepresidente de la Junta Provincial de Educación en 1873 y, en el mismo año, ministro de gobierno de San Juan. Tesorero de la Comisión organizadora de la repatriación de los restos del General San Martín en 1877. Formó parte de la Comisión Directiva del Partido Nacionalista de San Juan y representante de San Juan a la Convención Reformadora de la Constitución Nacional de 1898, convocada por el presidente Julio A. Roca. Echegaray falleció en 1915 (Cutolo, 1969, Guerrero, 1974).

La epidemia

Los primeros casos de fiebre amarilla se detectaron Aunque las estadísticas no lo recuerdan, el 27 de enero de 1871 con tres casos identificados por el Consejo de Higiene Pública de San Telmo (Scenna, 1971).

Cuando se declaró la epidemia Echegaray, a la sazón estudiante avanzado de la Facultad de Medicina, fue convocado, junto a un grupo de nueve

de sus compañeros, a colaborar en la asistencia a los enfermos en el barrio epicentro de la epidemia, la parroquia de “San Telmo”; una de las zonas más pobres y abandonadas de la ciudad, poblada de conventillos y casas precarias, en las que se hacina una población mayormente compuesta por inmigrantes italianos, desprovista de cloacas y de agua corriente, con un escaso o nulo control sanitario, y un desinterés de las autoridades por el bienestar de la población.



Conventillo porteño. Circa 1865.

Las cifras más confiables, indicaron que la tasa de mortalidad alcanzó al 7% de la población, con casi 14.000 decesos. El diario *La Prensa* del 23 de marzo de 1871 señalaba que la epidemia estaba causando estragos en el barrio de la Boca: ocasionaba 30 víctimas por día. En abril el número de muertes diarias ascendió a 300, y el 10 de ese mes la cifra fue de 500 personas por día (Pérgola, 2014).

La tercera parte de la población de Buenos Aires, que en ese entonces contaba con 200.000 habitantes, huyó hacia el campo y otras zonas de la misma urbe. Las clases dominantes se trasladaron del Sur al Norte de la ciudad y, posteriormente, florecieron más conventillos en las viejas casonas señoriales de la zona Sur. El cementerio de la Chacarita se vio desbordado por la cantidad de exhumaciones y se abrió otro en la zona sur.

El último caso mortal que registran las crónicas fue “Pedro García, español, casado, de 50 años de edad y carpintero, que falleció el 24 de mayo en la calle México 159, entre Chacabuco y Piedras, en el barrio de Catedral al Sud” (Berruti, 1970). El 21 de junio de 1871 fue declarada oficialmente el fin de la epidemia (Pérgola, 2014). Los avatares de la epidemia fueron objeto de múltiples investigaciones hasta nuestros días (Berruti, 1970; Diario de Mardoqueo Navarro, 1894; Fonso Gandolfo, 2002; Galeano, 2009; Pérgola, 2014; Ruiz Moreno, 1949; Scenna, 1971).

La epidemia obligó a las autoridades a dotar a la ciudad de agua corriente, abandonando la costumbre de servirse de las aguas oscuras del Río de la Plata y de las contaminadas de los aljibes.



Abandono de la ciudad por la fiebre amarilla, 1871. Archivo General de la Nación

La tesis

Precedida por dos tesis sobre el tema presentadas a la Facultad de Medicina por los aspirantes a doctor D. G. Fair (*Síntomas y tratamiento de la fiebre amarilla*, 1858) y Emilio García Wich (*La fiebre amarilla es una enfermedad local*, 1860, en la que relata casos confirmados con el Dr. Salustiano Cuenca, que murió por la enfermedad contraída en ese año), la de Echegaray, fue seguida de otras cuatro tesis presentadas por Jacobo Scherrer (*Estudio sobre la fiebre amarilla* de 1871, 1872), Salvador Doncel (*La fiebre amarilla de 1871 observada en el lazareto municipal de “San Roque”,* 1873), Valentín Delgadillo (*Tratamiento de la fiebre amarilla*, 1877) y Pedro César Payró (*Inoculaciones preservativas de la fiebre amarilla*, 1884) (Universidad Nacional de Buenos Aires, 1918).

La tesis de Echegaray es, quizás, la más lograda. Varios conceptos deben destacarse en ese escrito liminar del joven médico.

En primer lugar, aunque en la explicación de la génesis de la enfermedad alude a la clásica teoría miasmática, formulada por Thomas Sydenham (1624-1689) y Giovanni María Lancisi (1654-1720), que atribuía a las emanaciones fétidas de suelos y aguas impuras la causa de ciertas enfermedades, el estudiante porteño, reflexiona sobre la etiología de la fiebre amarilla (o tifus icterodes) y discute, con notable anticipación para el pensamiento médico de la época, la concepción infecciosa (a través de los mismas) en oposición

a la teoría del contagio y se pregunta: "... ¿cómo es que se trasmite? Los hechos parecen indicar que la transmisión no se hace por infección sino por contacto. Examinemos los hechos: en una población que goza de perfecta salud, llega un individuo enfermo, y lo más frecuente es que las personas que están cerca de él se enfermen. En este caso tenemos transmisión de individuo enfermo a sano, y por consiguiente contagio. Estos hechos me hacen creer que la fiebre amarilla es infecto-contagiosa". Por eso enfatiza el valor de las cuarentenas, pero dice que "Muchos son los opositores de esta teoría, unos por intereses comerciales, otros porque consideran que la fiebre amarilla es puramente infecciosa", es decir miasmática.

Harán falta 10 años para que el médico cubano Carlos Juan Finlay y Barrés (1833-1915) presente, en 1881, su teoría en la *International Sanitary Conference*, en la que proponía al mosquito (que un año después identificaría como el *Aedes aegypti*) como vector de la enfermedad. El mosquito que picaba a una persona enferma, podría subsecuentemente picar a una persona sana y contagiarla (Finlay, 1881); y cerca de 20 años más para que su hipótesis fuera confirmada, por la *Walter Reed Commission* de 1900.

También resultan de destacar, junto a la minuciosa descripción clínica, las reflexiones que avanza sobre la fisiopatología de la anuria y la recomendación del uso de la quinina realizadas por el novel médico.

Otra de las observaciones de Echegaray es del registro de la salud pública, por un lado señala que el terreno predispone a contraer la enfermedad (europeos "no aclimatados a nuestro país", "blancos", "de temperamento pletórico y bilioso", los que llevan "una vida desarreglada no solo en su alimentación sino también en sus hábitos y costumbres", "los glotonnes, los ebrios, los libertinos" o los afectados "... por el sufrimiento moral ocasionado por la desaparición de sus deudos"), en otras palabras, las personas con condiciones de vulnerabilidad por patologías o disfunciones previas o emocionalmente deprimidos. Y, por otro lado, hace consideraciones sociológicas denunciando que la peste se manifestará más entre "... los pobres sumidos en la miseria, aglomerados en casas estrechas y sucias, y que habitan en calles angostas, húmedas y mal ventiladas o cerradas".

Por último, entre las recomendaciones para paliar la situación, luego de detallar minuciosamente el curso y los grados de gravedad de la enfermedad, Echegaray indica la importancia de la comunicación a la que debería aplicarse la autoridad sanitaria proponiendo que: "Cuando la enfermedad ha aparecido con el carácter epidémico, lo primero que debe hacerse es avisar al pueblo la índole de la enfermedad, hacerle comprender el peligro que corre con la permanencia cerca del lugar que se considera infestado y las ventajas que reporta separándose de él, haciéndose un bien a sí mismo, y a los desgraciados que no pueden hacerlo; usar de una alimentación sana, tratar de mejorar el paraje en que se vive, ya sea renovando el aire con frecuencia, o empleando desinfectantes; como el agua clorurada, el ácido fénico, etc.; procurar que la ropa esté limpia, mudándose con frecuencia y evitar toda clase de impresiones desagradables.

Creo que si esto se practicase, si nuestras autoridades tuvieran la suficiente energía para hacer cumplir los mandatos higiénicos, y el pueblo la bastante inteligencia para comprender sus conveniencias, las epidemias morirían poco después de nacer, y tendríamos menos víctimas que lamentar".

Referencias bibliográficas

- Berruti, R. *Médicos que actuaron en la epidemia de fiebre amarilla de 1870*. Segundo Congreso Nacional de Historia de la Medicina Argentina. Córdoba. 21 al 24 de octubre de 1970.
- Cutolo, V. O. (1969). *Nuevo diccionario biográfico argentino (1750-1930)*. Elche, (pp. 637-638).
- Diario de Mardoqueo Navarro. (1894). *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, 4(15). Buenos Aires: Biblioteca Nacional.
- Finlay, C. (1881). The mosquito hypothetically considered as an agent in the transmission of yellow fever poison. *New Orleans Medical and Surgical Journal*, 9: 601-616.
- Fonso Gandolfo, C. *Publicaciones de la Cátedra de Historia de la Medicina*, Bs. As., Facultad de Medicina UBA, 2002.
- Galeano, D. (2009). Médicos y policías durante la epidemia de fiebre amarilla (Buenos Aires, 1871). *Salud Colectiva*, 5(1), 107-120.
- Guerrero, C. H. (1974). Dr. Miguel S. Echegaray, un médico ejemplar. *Arch Hist Medic Arg.* 4(10), 12-14.
- Pérgola, F. (2014). La epidemia de fiebre amarilla en Buenos Aires. *Rev Argent Salud Pública*, 5(18), 48-49.
- Ruiz Moreno, L. (1949). *La peste histórica de 1871*. Nueva Impresora.
- Scenna, M. A. (1967). Diario de la Gran Epidemia, Historia desconocida de un Cuadro Famoso. *Todo es Historia*, 1(8), 9-27.
- Scenna, M. A. (1971). *Cuando Murió Buenos Aires: 1871*. La Bastilla. Universidad Nacional de Buenos Aires. (1918). *Catálogo de la Colección de Tesis*. Talleres gráficos A. Flaiban, p 365.
- Videla Morón, M. E. (1965). *Reflexiones sobre el pasado sanjuanino e incursiones en el de Cuyo y Chile*. Editorial sanjuanina, p. 51.

Fiebre amarilla del año 1871

Miguel A. Echegaray¹

Pasarán los años, y difícilmente los habitantes de esta populosa ciudad podrán olvidar las impresiones y desastres causados por la espantosa epidemia del año mil ochocientos setenta y uno; sin embargo, alimento la esperanza de que esta dura lección que tan caro nos cuesta, despierte en nuestros corazones la necesidad de dictar medidas higiénicas que a la vez que mejoren las condiciones sanitarias de este país impidan que el mal se repita por segunda vez.

Deseoso de cumplir el reglamento de la Facultad de Medicina he elegido la fiebre amarilla del setenta y uno para hacer mi disertación. Creo que el haber permanecido durante toda la epidemia en el barrio más infestado, la «Parroquia de San Telmo», el haber visto y tratado el número de enfermos que mis fuerzas permitían, me autorizan a decir algo sobre esta enfermedad.

Al presentaros este pequeño bosquejo, no abrigo la pretensión de decir algo nuevo, pero sí deseo y espero consignar todo lo notable que he observado.

Para adquirir nuevos conocimientos sobre esta materia he recorrido todo lo que he podido encontrar escrito, para compararlo con lo que he visto en nuestra epidemia, he notado uniformidad en la invasión y en la marcha de la enfermedad; pero he encontrado un gran vacío con respecto a uno de los síntomas más alarmantes, este síntoma es la supresión de la orina (anuria).

Los que se han ocupado de estudiar esta enfermedad, lo único que hacen es indicarlo como raro, mientras que para nosotros ha sido muy común. Esto me hace creer que para ellos ha sido tan secundario, que no les ha llamado la atención y por consiguiente no se han detenido a estudiar sus funestas consecuencias.

Si no he sido feliz en la elección de este punto, al menos me consuela la esperanza, de que seréis indulgentes auxiliándome con vuestras sabias lecciones y trazándome el camino que debo seguir en la práctica.

Naturaleza y causas de la fiebre amarilla

Principiaré mi estudio por definir lo que se entiende por fiebre amarilla. Es una enfermedad miasmática

endémica o epidémica, que se desarrolla con preferencia en las islas o en las costas de América, caracterizada principalmente por la aparición del vómito negro, las hemorragias y el color amarillo de la piel. Hace muchos años que los hombres ilustrados en la ciencia, tratan por medio de sus investigaciones de establecer de una manera cierta cual es la naturaleza de la fiebre amarilla; pero desgraciadamente hasta el presente nada de positivo se sabe, y esto creo que es debido a que la enfermedad no tiene puntos fijos para desarrollarse, si bien es cierto que prefiere aquellas localidades donde la temperatura es ardiente y húmeda. También la vemos desarrollarse en los países templados, y según afirma el célebre Dr. Meyrignac, no respeta ninguna estación, y lo mismo se desarrolla en la estación caliente que en la fría, en el tiempo húmedo como en el seco después de esta gran anomalía, algunos prácticos están de acuerdo en afirmar que el agente que produce la fiebre amarilla, es un miasma o efluvi, producido por la descomposición de las sustancias animales o vegetales en putrefacción; ¿pero este miasma tiene una composición conocida? ¿Podemos analizarla como analizamos el aire atmosférico? No, todas las tentativas han sido inútiles por la imposibilidad de someter a un análisis cierto el aire de los diferentes puntos.

No entraré a exponer las diferentes teorías sobre la composición del miasma, ni tampoco el modo como cada uno lo ha apreciado, porque creo que esto es inconducente al fin que me he propuesto. Se sabe que la fiebre amarilla es hija de los países situados en la zona tórrida abrazados continuamente por los ardorosos rayos del sol, y cuyas costas son bajas, húmedas y pantanosas y en donde la vegetación es muy abundante. Su temperatura es húmeda por efecto del excesivo calor; y la combinación del calor con la humedad favorece la descomposición de las sustancias animales o vegetales, que exhaladas y puestas en tales o cuales condiciones, favorecidas por las variaciones de la atmósfera y los desequilibrios eléctricos, alteran el aire

1. Echegaray, Miguel S. "Fiebre amarilla del año 1871". Tesis doctoral, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires: Imprenta de Pablo E. Coni, 1871, 34 págs. El original se encuentra en la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Ubicación: 842 T.

atmosférico y lo hacen nocivo para la salud. La generalidad de los autores está acorde en admitir a estos miasmas pútridos como causas del tífus icterodes.

La naturaleza de las causas productoras de la enfermedad y su forma remitente, con intermitencias a veces muy marcadas, hacen que se considere la fiebre amarilla un envenenamiento miasmático que obra sobre la sangre y los centros nerviosos.

Causas

Admitiendo que la naturaleza del tífus icterodes es miasmática, tendremos como causa principal el estado y alteración de la atmósfera, y por consiguiente la existencia de un foco que produce esta alteración. Si, pues, hay muchas circunstancias que favorecen la acción del miasma, la proximidad de los individuos al foco de infección, el tiempo que permanecen expuestos a sus emanaciones; la calma de la atmósfera y la temperatura ambiente, favorecen la descomposición más rápida y la intoxicación más violenta; por el contrario, cuanto mayor es la distancia del foco, cuanto menos se expongan los individuos a sus emanaciones, cuanto más agitada esté la atmósfera, y cuanto más baja sea la temperatura, la descomposición será menor y por consiguiente menor la intoxicación.

Ningún habitante está libre de ser atacado por la fiebre amarilla; sin embargo, la observación nos enseña que ataca más a los europeos, que no están aclimatados a nuestro país, que a los indígenas; más a los blancos que a los negros. Los de una constitución fuerte, o los de temperamento pletórico y bilioso están más expuestos que las mujeres y los niños que son endebles y de un temperamento linfático. Los que hacen una vida desarreglada no solo en su alimentación sino también en sus hábitos y costumbres, están más expuestos a padecerla que los que la hacen sobria y arreglada. En fin, la fiebre amarilla ataca con preferencia a los glotones, a los ebrios, a los libertinos, a los pobres sumidos en la miseria, aglomerados en casas estrechas y sucias, y que habitan en calles angostas, húmedas y mal ventiladas o cerradas.

Antes de entrar a estudiar el fondo de esta cuestión, diré dos palabras sobre la infección y el contagio con relación a esta enfermedad. Hasta el presente todavía no se ha deslindado cuáles son las enfermedades infecciosas y cuáles las contagiosas; pero si la fiebre amarilla se desarrolla por la descomposición de las sustancias animales o vegetales en putrefacción; para ser lógicos tenemos que admitir que su origen es infeccioso, pues no hay individuo enfermo que la trasmite a individuos sanos. Pero, ¿cómo es que se trasmite?

Los hechos parecen indicar que la transmisión no se hace por infección sino por contacto. Examinemos los hechos: en una población que goza de perfecta salud, llega un individuo enfermo, y lo más frecuente es que las personas que están cerca de él se enfermen. En este caso tenemos transmisión de individuo enfermo a sano, y por consiguiente contagio. Estos hechos me hacen creer que la fiebre amarilla es infecto-contagiosa.

Sintomatología

El principiar el estudio de la sintomatología creo necesario, para mayor claridad, hacer una división en las formas e intensidad de la enfermedad, dividiéndola en benigna y grave. Con respecto a su iniciación, ésta, como todas las enfermedades febriles, invade poco a poco o bruscamente, según sea la edad, sexos, temperamento y sobre todo el carácter de la epidemia reinante.

La forma benigna a menudo ataca a las mujeres y a los niños; o a aquellas personas endebles de temperamento linfático, estas experimentan inmediatamente de estar enfermos, o días u horas antes, un malestar acompañado de laxitud general, ligeros fríos en distintas partes del cuerpo, sobre todo a lo largo de la columna vertebral, que alternan con ligeras sensaciones de calor; hasta que se experimenta un escalofrío, seguido de dolor de cabeza, más pronunciado a los lados de la frente, aceleración del pulso, aumento de calor en la piel, náuseas y algunas veces vómitos mucosos o biliosos.

Los carrillos están ligeramente rosados, como también las conjuntivas, los ojos lagrimosos y la mirada vaga. La lengua generalmente se conserva húmeda, algunos se quejan de una ligera aspereza en el istmo de las fauces, que los enfermos denominan carraspera. Con frecuencia se siente dolor y ardor al epigastrio, acompañado de estreñimiento intestinal.

En este estado permanecen los enfermos dos o tres días, disminuyendo poco a poco los síntomas de excitación y recuperando la salud las más de las veces con la quietud, el abrigo, bebidas diaforéticas, embrocaciones estimulantes y ligeros laxantes, experimentando cierta tranquilidad que les hace recuperar el sueño y produciendo en ellos un sudor saludable; al cabo de tres o cuatro días se les encuentra en perfecto estado de salud.

La forma grave se insinúa también durante algunos días con malestar, dolores articulares y musculares, inapetencia, los individuos están biliosos, irascibles, sienten sobre todo de noche insomnio y una sensación de frío que se propaga por la columna vertebral y desaparece a manera de las corrientes eléctricas. Otras veces no se experimenta nada de esto, y de un momento a otro son sorprendidos por un escalofrío intenso,

acompañado de un fuerte dolor de cabeza, sobre todo hacia los lados de la frente, agitación y opresión de pecho, haciéndose dificultosa la respiración y no permitiendo conciliar el sueño. Al cabo de un tiempo más o menos largo pasa el escalofrío, persistiendo el dolor de cabeza. El calor del cuerpo se hace más intenso, no solo exteriormente sino también al interior, despertando vivamente la necesidad de tomar agua o bebidas refrescantes. La fisonomía de los enfermos presenta algo notable, la cara rosada, vultuosa, las conjuntivas inyectadas, los ojos lagrimosos y brillantes, la mirada vaga manifestando terror, no pueden mirar la luz porque les incomoda, produciéndoles una sensación de dolor. La piel está seca y árida, ligeramente sonrosada sobre todo en el cuello y parte anterior del pecho. La lengua cubierta de una ligera capa blanquecina y húmeda, la sed es intensa. Bien pronto se siente dolor y ardor al epigastrio seguido de náuseas, muchas veces vómitos biliosos o de sustancias que se encontraban en el estómago; los dolores lumbares no se hacen esperar siendo tan intensos en algunos enfermos que les impiden moverse con facilidad. El pulso radial es frecuente, lleno y duro. El sudor como la secreción urinaria son escasos. A menudo se observa que a este cuadro de síntomas le acompaña un estreñimiento intestinal, pertinaz y muy rara vez diarrea. Otras veces suelen notarse epistaxis abundantes que se repiten con intervalos, notándose que disminuye la intensidad de la fiebre.

El tercero o cuarto día de la enfermedad, y algunas veces al segundo, experimentan un desasosiego, ansiedad en el epigastrio, una sensación de ardor o de dolor, vómitos primitivamente mucosos, después biliosos que se repiten con frecuencia; y en cada intervalo experimenta el enfermo algún consuelo, adquiriendo reposo y muchas veces conciliando el sueño, pero muy pronto este reposo es perturbado por nuevos vómitos que cada vez se hacen más fatigosos. La lengua húmeda persiste cargada, un poco roja en sus bordes y punta. El calor de la piel disminuye paulatinamente, como también la coloración rosácea; apareciendo en diferentes puntos del cuerpo manchas de un tinte amarillento, con especialidad en las conjuntivas, en el cuello, debajo de las axilas y en el trayecto de los vasos; muchas veces en este periodo la orina es oscura, sedimentosa y escasa, y muy pocas veces es clara y abundante.

Si se le examina por medio del calor o del ácido nítrico, muchas veces se encuentra albúmina. Este síntoma que aparece del cuarto al quinto día es para algunos médicos un síntoma precioso y que no debe perderse de vista, porque según ellos, nos servirá de guía para saber si se va o no a desarrollar con intensidad la

enfermedad, de tal modo que, si del cuarto al quinto día, o a más tardar al sexto no se presenta albúmina en la orina el pronóstico del enfermo debe ser favorable, en el caso contrario debe ser reservado.

Si bien es cierto que he visto algunos enfermos con albúmina en la orina, y en los que se han desarrollado síntomas graves, han sido tan pocos los que he observado que no me creo autorizado para afirmar lo anteriormente dicho.

Siguiendo atentamente la marcha de la enfermedad, los días siguientes son angustiosos no solo para el médico, sino también para el paciente, porque en ellos se desarrollan los síntomas que deciden la suerte del enfermo. Los vómitos persisten y la menor cantidad de sustancia ingerida los provoca, unas veces son acuosos, o mezclado con lo que han tomado, otros son biliosos o ligeramente teñidos y contienen en suspensión una sustancia filamentosa o coposa; cuando se repiten con frecuencia van tomando un color más oscuro, hasta hacerse muy semejantes al pozo de café o al hollín desleído; cuando aparecen deyecciones estas toman el mismo color de los vómitos. La capa de la lengua es más espesa y toma un color amarillento oscuro o sucio. La ictericia se hace más manifiesta. La orina es escasa, oscura y cuando se mueve en el vaso parece que se adhiere a sus paredes.

Cuando han aparecido estos síntomas, el pulso es pequeño y frecuente, la respiración es dificultosa, se verifican hemorragias, por la boca, la lengua, las encías, las fosas nasales, las conjuntivas, notándose también en diferentes partes del cuerpo, sobre todo en el trayecto de los vasos, placas negruzcas o lívidas muy semejantes a las equimosis que producen las contusiones; otras veces son verdaderas petequias y muy rara vez suelen ser flictenas; los enfermos exhalan un olor nauseabundo. Cuando llega a este caso el paciente es víctima de un hipo pertinaz que acelera las horas de su existencia.

Cuando llega el paciente a esta terrible situación, la lengua se pone negra, costrosa, como también los dientes y encías, el pulso es miserable, el calor de la piel disminuye notablemente y el enfermo sucumbe.

Pero no siempre la enfermedad sigue la marcha que he trazado; ha sucedido con frecuencia en esta epidemia que habiendo pasado el enfermo del período de excitación al de hipostenia sin presentarse el vómito negro y con la apariencia de mejoría; ha principiado a disminuir la orina y continuando esta disminución hasta suspenderse del todo, y pasado algún tiempo, manifestarse los síntomas de intoxicación urémica.

A medida que la orina disminuye los enfermos sufren sumo abatimiento, dolores vagos en el cuerpo; so-

bre todo una sensación desagradable en la región renal. Cuando se ha suspendido por completo, la postración aumenta, la mirada es vaga, se quejan de cefalalgias sobre todo al occipucio, notándose que estos dolores toman un carácter intermitente; otras veces los enfermos son incomodados por vómitos o epistaxis.

La inteligencia es atacada con preferencia, cuando se les habla contestan con trabajo, y a menudo no pueden expresar lo que quieren persistiendo en la última palabra que han dicho. Con frecuencia les viene delirio acompañado de contracciones clónicas, experimentado dificultad en la respiración y disnea. El pulso es pequeño y frecuente y un intenso coma viene a poner fin a sus días.

La falta de atención y de estudio ha inducido a algunos prácticos a graves errores procurando extraer la orina por medio del cateterismo cuando había completa anuria, mortificando al paciente y exponiéndolo a una lesión del aparato urinario. Creo de algún interés hacer una ligera diferencia entre la retención de la orina y la anuria, diferencia que impedirá caer en error. Cuando hay retención, los riñones funcionan, la orina se encuentra en la vejiga, el tumor que ella forma en la región hipogástrica es incómodo y doloroso, la precisión nos revelará la existencia del líquido y cuando se evacua por medio del cateterismo, los enfermos sienten un bienestar. En la anuria, los riñones no funcionan, no hay orina en la vejiga, por consiguiente no hay tampoco tumor y pronto se dejan sentir los síntomas de la intoxicación urémica.

No todos los enfermos son atacados de estos síntomas, hay unos que solo tienen vómito negro, otros que con este síntoma tienen supresión de orina (anuria) y por fin ni uno ni otro o los dos a la vez. He observado en esta epidemia que los que eran atacados de vómito negro y cuando éste se producía, manifestaban un bienestar aparente que hacía que los parientes abrigasen la esperanza de su mejoría; pero nuevos vómitos interrumpían esta calma, aparecían nuevas equimosis, disminuían el pulso, como también el calor y el enfermo sucumbía.

También he observado algunos casos que sin tener ningún síntoma alarmante, al cabo del tercer día han caído en un estado de hipostenia tal que nada ha bastado para levantar las fuerzas, pereciendo en este estado. Haré notar que han sido personas de constitución pobre y que estaban debilitadas por las malas noches y por el sufrimiento moral ocasionado por la desaparición de sus deudos.

Felizmente no todos los enfermos atacados del tífus icterodes mueren: si la transición del período de

excitación al de hipostenia ha sido lenta, si el paciente no siente algún síntoma alarmante, si el pulso se mantiene, si el calor desaparece poco a poco como también el dolor, si los vómitos son menos frecuentes, si las deyecciones se hacen menos biliosas, el enfermo entra en el período de la convalecencia.

En este periodo el enfermo está muy delicado por la gran alteración de los órganos y el menor descuido no solo en las dietas, sino también en el tratamiento que debe seguirse, puede producir una recaída que haga aparecer nuevos síntomas, los que pueden ser pasajeros o adquirir un carácter grave. He observado en esta epidemia que dos individuos que estaban en el período de convalecencia eran acometidos de una intermitencia tendiente a reproducir los síntomas de excitación; y fue combatida con un tratamiento adecuado.

Muchos han sido los enfermos que han sido atacados y que han seguido la marcha que he descrito, pero también son numerosos los que han sido víctimas del vómito negro y supresión de orina (anuria). En cuanto al vómito negro síntoma muy grave, pero que no debe hacer perder la esperanza, aunque la postración y la pequeñez del pulso sean desconsoladoras, he observado que tiene con frecuencia una reacción saludable, suspendiéndose los vómitos, elevándose el pulso y la temperatura del cuerpo, y entrando, poco a poco, en el periodo de convalecencia. Desgraciadamente no podemos decir lo mismo con respecto a la supresión de la orina (anuria), cuando ésta se ha suspendido y han pasado veinte y cuatro o treinta y seis horas, siempre es un presagio funesto, no habiendo encontrado nada que la restableciera.

Me han referido que en tres individuos anúricos, la orina ha sido restablecida por el empleo de un tratamiento enérgico, que consignaré al hablar del tratamiento.

Esta enfermedad que ha llamado tanto la atención del mundo científico, que ha aterrado a las poblaciones que ha visitado, que no se presenta en todos con los mismos síntomas, ni con la misma intensidad, me hace creer que deba al clima la influencia que hace que unos síntomas se desarrollen con preferencia a otros.

El principio de la epidemia los síntomas tomaban un carácter insidioso sin guardar regularidad en su sucesión, pasando bruscamente del período de excitación al de hipostenia. Cuando la epidemia tocaba a su apogeo la mayor parte eran atacados de vómito negro, y algunos de supresión de orina (anuria). Por último cuando tocaba a su fin se presentaba con cierta benignidad, y aunque fueran atacados de vómito negro se curaba mayor número que al principio.

Todos los autores que se han ocupado de estudiar la enfermedad que me ocupa, están de acuerdo en afirmar que el vómito negro es el síntoma más alarmante y mortal; para nosotros no ha sido así, es un síntoma grave pero no podemos compararlo con la supresión de orina que siempre ha sido fatal.

Sabemos que el vómito negro es producido por una alteración de la sangre, esta se hace cada vez más líquida y las paredes de los vasos son incapaces para contenerla, viniendo entonces el vómito, las deyecciones negruzcas y haciéndose hemorragias por los distintos órganos del cuerpo.

¿Qué explicación daremos del síntoma fatal? ¿Qué es lo que pasa en el riñón? He buscado en los autores esta solución no solo para consignarlo en este trabajo, sino también cuando he tenido algún enfermo atacado de supresión de orina y desgraciadamente nada he encontrado que explique el porqué sucede éste y mucho menos el modo de combatirlo.

A pesar de esto, creo que podríamos hacer algunas deducciones, pero que no pasarán de ser meras hipótesis.

¿No podría suceder que los conductos uriníferos se inflamasen por el contacto de la sangre alterada y que a medida que la inflamación aumenta se disminuyan el calibre de estos conductos hasta el extremo de obliterarse? Creo que es posible que esto suceda, pero no me atrevo a afirmarlo, pues necesitaría para ello haber hecho un estudio microscópico del riñón.

También se me ocurre otra idea que no es menos admisible. Si estudiamos atentamente al enfermo que va a ser atacado de supresión de orina creo que podríamos sacar alguna conclusión. Cuando las fuerzas principian a decaer, cuando la tensión de la sangre ha disminuido, principia también a disminuir la cantidad de orina, y examinando ésta por medio del calor o del ácido nítrico, vemos que contiene albúmina, y si a esto agregamos lo que hemos observado, que los individuos anúricos tenían antes de ser atacados albúmina en la orina, podremos sacar por consecuencia que la supresión es producida por un estancamiento de la albúmina impidiendo que estos desempeñen sus funciones.

Estas manifestaciones me hacen creer que hay un exceso de albúmina en la sangre, como también una alteración en los conductos uriníferos; la albúmina puesta en contacto con la membrana interna de los conductos, los obstruye y no permite que se eliminen los elementos de la orina, estos vuelven a internarse en la circulación sanguínea y como consecuencia producen el envenenamiento.

Durante la convalecencia, he tenido ocasión de observar algunas enfermedades que no solo hacían largo y penoso el pronto restablecimiento del enfermo, sino que debilitando su organismo lo disponían a adquirir nuevas enfermedades, sucumbiendo de resultados de ellas. Unas de las más frecuentes son los infartos o tumores glandulares, prefiriendo la glándula parótida y terminando las más de las veces por supuración. Otra enfermedad es el reumatismo articular agudo, que afecta la forma intermitente. He tenido ocasión de tratar algunos y siempre con un resultado satisfactorio.

El tubo digestivo queda muy susceptible, produciéndose a menudo diarreas serosas; entre varios enfermos me llamó la atención uno que después de haber pasado todas las consecuencias de la epidemia, fue atacado de una diarrea serosa que pasó luego a disentería, sucumbiendo el enfermo de una ulceración intestinal.

No consignaré enfermedades pasajeras porque las considero de un valor secundario.

* * *

Tratamiento profiláctico o preventivo

Cuando tengamos conocimiento de que una epidemia reina en los países circunvecinos, o si están lejos que tienen una comunicación franca no solo individual, sino comercial, lo primero que debe hacerse es prohibir por todos los medios que estén a nuestro alcance la introducción de la enfermedad ya sea por medio de los individuos o por las mercancías que procedan del país infestado. El mejor medio para precaverse son las cuarentenas, pero hablo en el caso que el buque no traiga enfermos, en el caso contrario, debe salir inmediatamente del puerto. Muchos son los opositores de esta teoría, unos por intereses comerciales, otros porque consideran que la fiebre amarilla es puramente infecciosa; sea de ello lo que fuera, mi opinión es que mientras no se adquieran nuevos conocimientos sobre el origen y propagación de la fiebre amarilla, las cuarentenas serán útiles a las poblaciones. Cuando la enfermedad ha aparecido con el carácter epidémico, lo primero que debe hacerse es avisar al pueblo la índole de la enfermedad, hacerle comprender el peligro que corre con la permanencia cerca del lugar que se considera infestado y las ventajas que reporta separándose de él, haciéndose un bien a sí mismo, y a los desgraciados que no pueden hacerlo; usar de una alimentación sana, tratar de mejorar el paraje en que se vive, ya sea renovando el aire con frecuencia,

o empleando desinfectantes; como el agua clorurada, el ácido fénico, etc.; procurar que la ropa esté limpia, mudándosela con frecuencia y evitar toda clase de impresiones desagradables.

Creo que si esto se practicase, si nuestras *autoridades* tuvieran la suficiente energía para hacer cumplir los mandatos higiénicos, y el pueblo la bastante inteligencia para comprender sus conveniencias, las epidemias morirían poco después de nacer, y tendríamos menos víctimas que lamentar.

Pero desgraciadamente no todos los individuos de una población pueden abandonarla, los unos por falta de recursos, los otros porque se consideran garantidos con las comodidades en que viven o porque uno de sus deudos ha caído enfermo y no pueden abandonarlo.

Para estos propongo un medicamento que si no llena por completo las necesidades, por lo menos contribuye en gran parte a modificar el organismo, oponiendo una resistencia a la acción del miasma.

Como se cree que el tifus icterodes es producido por la descomposición de las sustancias animales o vegetales en putrefacción; y siendo esto mismo lo que produce las fiebres palúdicas, es muy lógico creer que estas enfermedades tienen muchos puntos de contacto. En las fiebres palúdicas el medicamento heroico es la quinina o sus preparados, este remedio no solo las cura, sino que también ejerce una acción especial en el organismo oponiéndose a la acción del miasma.

En apoyo de esto, tengo varios ejemplos de personas que han permanecido, unos, durante nueve meses y otros, durante un año en los lugares mas infestados

de nuestras Provincias del Norte, en donde la fiebre intermitente es mortífera; y estos se han salvado con el solo uso del sulfato de quinina a dosis de dos o tres granos tomados en ayunas y cada día.

Creo que hay suficiente razón para admitir que la quinina goza de una acción especial, haciendo el organismo apto para resistir la influencia venenosa del miasma y por consiguiente contra la fiebre amarilla. En apoyo de esto, el Dr. Williams, médico inglés, dice que estando de estación en Nueva Orleáns, cuando reinaba una fuerte epidemia, él ordenó a todos los tripulantes de su buque, cuyo número era de trescientos, el uso diario de tres granos de sulfato de quinina tomados en ayunas, y agrega que a pesar que diariamente los tripulantes comunicaban con la ciudad infectada.

Este hecho precioso, tiende a corroborar lo que nosotros hemos palpado, durante la epidemia; muchas personas tomaban ya la infusión de quina, ya sus preparados, y han tenido la felicidad de no ser atacadas. Sin embargo, como me propongo exponer la verdad de los hechos, diré que nueve de los estudiantes que permanecíamos en la Parroquia de San Telmo y que estábamos diariamente en contacto con los enfermos, tomábamos tres granos de quinina todos los días y fuimos atacados levemente, y dos de nuestros compañeros que no tomaron, el uno se murió y el otro estuvo al borde de la tumba.

He sentido no poder recoger mayor número de datos para apoyar esta teoría, pero estos que tenemos pueden servir para hacer nuevos estudios en lo sucesivo .../.

Buenos Aires, 2 de Octubre de 1871.