

1-4<sup>a</sup> A Pasillo

1918

15<sup>1</sup>

Los periodos de epidemia  
gripal en Igua de Cornago (Lozoya  
no) en el corriente año de 1918



A la Real Academia de  
Medicina

Y ignora si es costumbre en trabajos  
de esta índole llevar algún buen  
instrumento de regalo a San Ducta  
Corporación. Pedirnos si me están  
libre.

Como discípulo hace ya 35 años  
del nombre bueno y sabio Mas  
tro el Excmo Sr. D. José Calvo  
y Martín, permitidme que si es-  
te trabajo tuviera algún valor,  
sea deducido a su memoria en  
porción de gratitud y profundo  
respeto.

El autor

Los periodos de epidemia gripal en Logroño,  
de Cornago (Logroño) en el corriente año  
de 1918.

I

Primer periodo - 14 de Junio a 19 Julio.  
756 invasiones asistidas, con 2 defunciones.  
Antecedentes.

El 13 de Junio del corriente año regresa-  
ron de Zaragoza dos familias residentes en  
esta localidad y el 14 por la mañana fui  
avisado para la asistencia de ambas fami-  
lias. En una de ellas estaban enfermos, un  
matrimonio joven y un hijo de un año  
de edad; en la otra, el cabeza de familia  
y un cuñado de este joven de 24 años.

Este mismo día por la tarde eran 12  
los enfermos existentes entre dichas fami-  
lias; 5 en una y 7 en otra y por si este  
foco no fuera lo suficiente para contagiar  
toda la población el 15 por la tarde se  
volvaban de Logroño de las fiestas de San  
Bernabé donde la gripe se hallaba exten-  
sidad, varias personas, entre ellas, una joven  
de 24 años, soltera que tuvo que abortar.  
cargada que llegó a su domicilio y por  
el cual desfilaron muchos individuos de  
esta localidad los vino en gana a pesar y

en contra de los consejos facultativos y de los acuerdos de la Junta local de Sanidad publicados por medio de pregón.

Los días 15 y 16 se presentaron nuevos casos y en la tarde de este último día, que era domingo, se celebró un baile público en local cerrado de 14 metros de largo por 7 de ancho y 4 1/2 de largo, al que concurrieron muy cerca de los parajes, personal todo joven en su casi totalidad.

El lunes 17 en las primeras horas de la tarde empezaron a regresar del campo por sentirse enfermos muchos individuos jóvenes pasando de 60 a los que hubo que prestar asistencia facultativa desde las 3 de la tarde hasta las 10 de la noche.

El día 18 había ya 150 enfermos; el 19 pasaban de 200 las invasiones y continuando con las oscilaciones naturales de altas y bajas se llega al 19 de Julio siguiente, habiendo reconocido y prestado asistencia facultativa en este lapso de tiempo a 156 atacados de los que oportunamente se dio noticia a las Autoridades sanitarias en conformidad a lo dispuesto por la Instrucción general de Sanidad vigente; constándonos hubo muchos enfermos que no reclamaron asistencia facultativa, tanto por la benignidad del

ataque, cuanto por la tranquilidad adquirida por la población, al ver no se producían defunciones y que del 5º al 6º día por regla general entraban los enfermos en convalecencia; así es, que según cálculo muy aproximado, han sufrido los efectos de la epidemia el 90 por ciento de la población.

Únicamente nos resta dejar consignado con relación a este primer período que todos los invadidos del día 1º y gran parte de los del día 16º esta perfectamente comprobado fueron de los asistentes al referido baile público.

## II

Segundo período - 18 Octubre a 12 Noviembre  
19 Invasiones y 2 defunciones.

Habían sido las fiestas de S. Mateo en Logroño, que se celebran el 21 de Septiembre y apesar de que ya la refenda probación era un verdadero foco infeccioso de gripe ninguno de los vecinos de esta localidad que concurrieron a ellas fue invadido pero en cambio los del inmediato pueblo de Grávalos, que dista de Logroño 3 kilómetros, todos cuantos estuvieron en Logroño resultaron contagiados y aunque

con carácter benigno, la epidemia se en-  
cendió del referido pueblo sufriendo tam-  
bien su acometida el facultativo titular  
del mismo D. Galo Ferreras y toda su  
familia, debiendo consignar en honor de  
este compañero que atendió en estado  
de salud por acudir al auxilio de los en-  
fermos y no ha sucumbido víctima de su  
abnegación por un verdadero y providen-  
cial milagro.

En Jitro (Navarra) distante de Loge  
15 kilómetros, Cervera del Rio Alhama ca-  
pital de este partido judicial a 13 kilo-  
metros; Alaro a 21 kilómetros y para ter-  
minar, todos cuantos pueblos rodean a  
Loge estaban intensamente invadidos exis-  
tiendo en todos un verdadero pánico;  
pues salvo Grañales, en las demás localida-  
des las defunciones se sucedían aberra-  
damente.

Los Logeños no se retraían por  
esto de acudir a unos y otros puntos epi-  
demizados ante poniendo a su salud y  
a la de la población sus intereses particu-  
lares y algunos como aquellos cuñados  
que fueron de los primeros atacados en  
el mes de Junio al regresar de Paragoga  
hicieron estancias en Sebastian Loberos  
Castiella, Vimbrenzo y Jitro en los periodos

alijados de la invasión groyal en estas localidades y sin embargo no experimentaron alteración alguna en su salud.

A primeros de Octubre, de conformidad con la Junta local de Sanidad, se dio un Mando por la Alcaldia recomendando a estos vecinos de Igua se abstuvieran de ir a vendimiar a los campos de las poblaciones epidemiadas por temor a que elementos convalecientes concurrieran a dicha operación agrícola y extrinsecados esos y otros fueran estos portadores de gérmenes y sufrieran contagios hasta ahora evitados. Y efectivamente, una drilla numerosa de jóvenes de ambos sexos, sin haber caso alguno de tales recomendaciones, partieron a mediados del referido Octubre, como suelen costumbre hacerlo todos los años a campos de Ifaro Corolla, Cintucicuzo Cortijón y Jitero donde se estaban verificando la recolección de la uva y carnicación de brazos por la epidemia remanente en dichos puntos.

En vista de esto se acordó por la Junta de Sanidad someter a observación facultativa a todos los que regresaban de dicha facna; así como también los que residentes en puntos infectados permanecían en esta población; proce-

vidas en este segundo periodo solamente tres de ellas coinciden en individuos que aunque muy benignamente estuviere con invadidos en el primer periodo, de 14 de junio a 11 de julio.

### III

¿ Pueden incluirse todos estos enfermos dentro de un mismo cuadro sintomatológico?

En el primer periodo, una pequeña parte o sea el 15% solo manifestaron abatimiento general con gran prostracion de fuerzas que no guardaba proporcion con los sintomas generales que se reducian a un ligero coriza y reaccion febril que oscilaba entre  $37^{\circ}5'$  y  $38^{\circ}$ , ligera suburragástrica y cefalea acentuada, todo lo cual cedia rápidamente en tres o cuatro dias tan solo con la estancia en el lecho y observacion de las prescripciones higienicas.

Otra parte de los enfermos representada por el 85% aquejaban escalofrio inicial más o menos intenso, gran cefalalgia, cansancio acentuado hasta el extremo de serles costosísimo el regreso a su domicilio a la gran mayoria de los que se sintieron enfermos en pleno trabajo agrícola, quebrantamiento general,



con dolores contusivos en todos los planos musculares y muy especialmente en la región lumbar y miembros superiores, los que aumentaban por los movimientos.

En la exploración de estos enfermos se pudo observar en unos fiebre de  $39^{\circ}5'$  a  $39^{\circ}5'$ , pulso frecuente en relación a la fiebre, rostro abatido, lengua sucia, fétida en el aliento, orinas turbias y abundantes, gran intranquilidad en el enfermo y finalmente sudores abundantes coincidentes con la remisión de todos los síntomas, encontrando los enfermos en convalecencia del 4<sup>o</sup> al 5<sup>o</sup> día.

En otros aparte de la temperatura alta, de la frecuencia de pulso con ella relacionadas y del estado saburral que anteriormente indicamos, existía ligeros síntomas de catarro ocular, molestias faríngeo-laringeas, sensación de presión en la región esternal y en algunos ligero dolor retro esternal.

La percusión y la auscultación no nos permitieron descubrir nada más que abortos mucosos en los bronquios gruesos, que pudieron confundirse con una bronquitis ligera vulgar.

De las 24 a las 36 horas de iniciado el ataque, los enfermos empezaban a toser de una forma cansada y pertinaz, sin expectoración de ningún género durante el primer día y sin permitirles descanso alguno. Los signos de una traqueo-bronquitis más o menos acentuada se manifestaban con toda claridad y con comitante con este periodo hemos observado particularmente en los niños angina pultacea y epistaxis muy abundantes en algunos casos.

La fiebre con remisiones de 5 a 6 días por las mañanas cedia totalmente y de una manera paulatina del 6º al 7º día, iniciándose la convalecencia por crisis generalmente poliúrica o sudoral.

Todos los enfermos, aun los más benignos, presentaban dos fenómenos que no guardan relación con la poca intensidad de los síntomas y la corta duración de la enfermedad: 1º una gran desnutrición y 2º un estado de asenia característico que aunque no tuvo prolongados no había recordos inmediatamente las convalecencias de la epidemia gripal de 1889-90.

Finalmente en los individuos que ocupan los dos extremos de la vida

hubo también algunas particularidades tanto en la iniciación de la invasión, como en sus localizaciones; pues en uno de los niños se manifestaron ataques convulsivos de forma eclámpica y, en otros verdaderas gastro-enteritis.

En cambio varios viejos presentaron síntomas de insuficiencia cardiaca sin lesión aparente: pero con manifiesta ~~laxa~~ irregularidad en el pulso que se prolongó muchos días después de la convalecencia.

Solamente dos defunciones se han registrado en este período, la primera la joven que el día 15 de junio regresó de Sogroño y la que encontró a su hijo mejor el día 22, en contra de nuestro consejo se levantó al medio día, bebió agua fría en abundancia y para defenderse del calor que fue sofocante en dicho día pasó las primeras horas de la tarde en la portabata de la casa.

El anochecer fui llamado con toda urgencia, había una hora aproximadamente que se había decretado. Existía fiebre de  $40^{\circ} 3'$ ; pulso fuertísimo que hacía difícil el contarlos, los latidos arteriales (130 pulsaciones) expectoración sanguinolenta, disnea formidabile, lengua resaca,

y saburrosa y un abatimiento grande  
simo.

La percusión pone de manifiesto  
una gran macidez en el pulmón iz-  
quierdo.

La auscultación, una disminu-  
ción casi completa del murmullo vesi-  
cular y exageración de la resonancia bu-  
cal; y en el lado derecho estertores finos  
diseminados en la base acompañados  
de algún pequeño soplo tubario, sobre  
todo en la parte posterior.

El 23 apesar del tratamiento em-  
pleado, no solamente no hubo mejoría  
sino que los síntomas congestivos se acentuaron en el lado derecho haciendo temer  
prever una terminación rápida y  
fatal.

El 24 se presentó una verdadera he-  
moptisis falleciendo la enferma a las  
pocas horas.

La otra enferma también falle-  
cida tenía 48 años de edad y era tuber-  
culosa en periodo cavernario. En la ma-  
ñanada del día 28 de Junio, sintió un  
gran escalofrío iniciándose inmediata-  
mente una cefalalgia intensa acompa-  
ñada de violentos abcesos de tos y espe-  
toración ligeramente hemumbrosa, á

las 6/2 de la mañana había fiebre de  $39^{\circ} 5'$ , pulso frecuente e irregular, disnea intensa, síntomas congestivos bipulmonares y un estado de profunda adinamia, estado que conservó todo el día falleciendo el día 29 después de una hemoptisis.

Los enfermos del segundo período epidémico presentaron síntomas muy acentuados de localización del aparato respiratorio y apesar del corto número de invasiones hechas pudió observarse desde el simple catarro de las primeras vías respiratorias hasta las broncopneumonías más graves.

Diez y nueve es el total de los invadidos en este período, 14 varones y 5 hembras de los que clasificados por edades tenemos, 2 menores de 5 años, 11 de 11 a 31, uno de 48 y otro de 66. De estos seis fueron portadores de la enfermedad y los trece restantes contagiados por ellos.

El comienzo brusco de la enfermedad anunciada por malstar general, más o menos acentuado, sensación de debilidad, escalofrío inicial, cefalalgia concomitante, fiebre alta ( $39^{\circ}$  a  $40^{\circ}$ ) pulso frecuente, tos seca ruidosa en forma de accesos fatigosa

Así para el enfermo etc. etc. no difieren en nada de la que ya observamos en los meses de junio y julio en la generalidad de los enfermos y no haríamos más que repetir el cuadro sintomatológico que antes escribimos y que si alguna diferencia puede señalarse es ínfima y exclusivamente con relación a la mayor o menor gravedad del ataque; pero lo que a fin de simplificar este trabajo y hacerlo lo más breve posible vamos a consignar únicamente los casos clínicos y de mayor gravedad que hemos observado.

N. N. de 15 años de edad, desarrollo en relación con esta, buena constitución sin antecedentes hereditarios, estaba sirviendo en Berbera de Rio Elhama donde se sintió enferma el 18 de Octubre, tras la clausura inmediata a Igua donde residen sus padres.

En la mañana del referido día en que regresó a esta localidad, en las primeras horas de la misma, recién levantada de la cama, sintió un fuerte escalofrío, dolor de cabeza intenso, quebrantamiento general de fuerzas y manifestaciones dolorosas en los miembros y ligero conato al vómito.

Cuando se la reconoció por la tarde había prostración completa, la lengua era

ancha cubierta de una capa saburosa que  
su la anorexia era absoluta, el aliento algo  
fétido, la garganta se presentaba roja y con  
signos de angina catarral.

La fiebre era de  $39^{\circ} 7'$  con pulso frecuen-  
te - 120 pulsaciones por minuto - amplio  
y regular.

Hay tos seca irritante y dolorosa y  
el examen de las vías respiratorias permiti-  
te encontrar signos de bronquitis, permi-  
tiéndose en ambos pulmones esterto-  
res sibilantes y ronquidos más o menos  
diseminados.

La noche aquella hubo delirio  
con gran intranquilidad de la enferma  
que cedió en la madrugada del 19, bajan-  
do la temperatura a  $39^{\circ} 1'$  para volver a  
subir por la tarde a  $39^{\circ} 5'$ .

Los días 20 y 21 no hay alteración su-  
sible en los síntomas, salvo mayor hu-  
medad bronquial; pues la enferma  
echa algunos esputos claros y viscosos.  
La piel se halla ligeramente sudorosa,  
y las orinas tienen tendencia a ser más  
abundantes.

El 22 el termómetro marca  
 $38^{\circ} 5'$  por la mañana, sosteniéndose sin  
alteración sensible por la tarde para  
descender a  $38^{\circ} 1'$  en la mañana del 23

no contándose nada más que los pulsa-  
ciones por minutos, los estertores sibilantes  
disminuidos en número y en extensión,  
la orina es más abundante pero muy  
densa; la tos es menos frecuente, más  
húmeda y con tendencia hacia ser pro-  
co purulenta y desde este momento, to-  
dos los fenómenos van disminuyendo  
hasta el 24 por la tarde en que fir-  
memente veíamos entrar en ~~esta~~  
famoso período de convalecencia, quan-  
do el corazón que se había mantenido  
fuerte hasta entonces empezó a fla-  
quear manifestándonos su cansan-  
cio por la pequeñez del pulso que  
se hizo irregular y rápido, desarrolán-  
dose en la enferma un estado pro-  
fundo de astenia que tuvimos no  
poder vencer. Fortunadamente  
el corazón respondió al tratamiento  
lo empleado del que más tarde ha-  
remos mención pero la convalecencia  
muy penosa aún continúa.

N. N. de 14 años de edad, poco  
desarrollada, temperamento linfo-  
tico y mala constitución. Dos días  
antes o sea el 23 de Octubre, se había  
sentido enferma en campos de Al-  
faro donde estaba perdiéndose



y hacia breves momentos que había regresado a esta localidad cuando se la visitó.

Las primeras manifestaciones de su enfermedad coinciden con las generales observadas en todos estos enfermos.

La temperatura era de  $40^{\circ}5'$  el pulso de una frecuencia inusitada; se quejaba de presión en toda la pared superior anterior de la cavidad torácica hasta el extremo de no poder resistir en las sillas de la cama sobre dicha región.

La depresión de fuerzas era grandísima. Había congestión pulmonar bilateral con síntomas de bronquitis capilar muy acentuados. La expectoración era poco abundante aunque al algunos esputos se presentaban más oscuros, casi negruzcos tal y como Huchard describe su forma líquida hemoptoica.

Al día disminuyó la fiebre en los dos días sucesivos  $39^{\circ}8'$  por la tarde y  $39^{\circ}5'$  por la mañana, así como la disnea remitió algún tanto pero al tercer día la enferma presentó por la tarde disnea violenta ensordecimiento del rostro que casi se hizo violáceo, pulso pequeño e irregular, temperatura de  $40^{\circ}8'$  y suspensión

absoluta de expectoracion falliendo al dia siguiente.

El 26 regresa tambien de campos de Afaro otra muchacha de 13 años de edad, debil, raquitica y linfatica como la anterior, aquejada dolor de garganta, que se presentaba roja, habia afonia y picor en la pared esternal, tos seca, acudosa, pertinaz y esputos muculares como si se tratara de una tuberculosis. Temperatura  $39^{\circ}$  pulso frecuente y amplio, la percusion y auscultacion nada nos dicen en aquel momento pues solamente se observan estertores mucosos correspondientes a una bronquitis que abarca unicamente los bronquios gruesos.

Los dias 28 y 29 y 30 se suceden con remisiones de temperatura por la mañana que llegan a 5 y 6 decimas para alcanzar por la tarde los  $39^{\circ}$  y mejora del estado general.

El anochecer de este ultimo dia envuelta en mantas la saian de la cama por exigencias de la enferma y a protesta de que se la hicieran estuvo en esta forma una media hora aproximadamente. Dos horas más tarde fui avisado con toda urgencia

encontrando a la enferma con  $40^{\circ}6'$ ,  
disnea horrible, excitación angustiosa  
expectoración completamente abolida  
pulso pequeño, irregular y blando y  
semblante cianótico, muriendo  
la enferma el día 1<sup>o</sup> de Noviembre por  
asfisia progresiva; pues las mucosida-  
des acumuladas en el pecho por fal-  
ta de elasticidad pulmonar y con-  
tractibilidad de los músculos lisos de  
los bronquios no pudieron ser espul-  
sados por la expectoración.

Finalmente la americana de  
66 años que fue invadida durante  
su viaje a Pintrucé (Navarra) es uno  
de los casos típicos de debilidad del mio-  
cardio traducido por accesos de fatiga  
al menor esfuerzo, descenso de la presión  
arterial (con irregularidad de pulso  
(taquicardia) sin lesión aparente del  
órgano pero de una manera tan per-  
sistente apesar de todos nuestros esfuer-  
zos que esta enferma que seguimos visi-  
tando y que no podemos responder so-  
davía de su curación.

Estudiando la sintomatología de  
todos estos casos se observa sin grande

esfuerzo. 1º que la fase inicial de la enfermedad es común a todos ellos y 2º que también coinciden en general en las localizaciones, pudiendo quedar incluidas dentro de las afecciones del aparato respiratorio.

#### IV

¿Qué diagnóstico debe formularse ante este cuadro clínico?

Los que hace más de 30 años que ejercemos la profesión e intervinimos en la Pandemia gripal de 1889-90- y no hemos olvidado las lecciones clínicas que nos ofreció, así como tampoco han desaparecido de nuestra memoria las hermosas lecciones doctrinales y los trabajos de difusión científica que en periódicos profesionales y Academias médicas nos ofrecieron con sus escritos y discusiones eminencias culturales españolas como Letamendi, Calvo y Martín-Costero, Pulido Nebra, Jaboaola, Olmedilla-Santero, S. Martín, tío y sobrino Cordejarena-Caro y Andradós etc. etc. pertenecientes a la Real Academia. Canalejas - Huertas - Espina - Berqueta - Menéndez Arca - Campesinos - Mendosa - Salinas etc. de la Beneficencia provincial. El grupo

Mariani - Miguel y Figueri - Cospedal - Jor  
nandez Gomez y algunos otros de la Me  
recedencia General y finalmente Muñoz  
y Paez - Grinda - Sarabia - Valdivielso  
Gallardo Bravo - Fuente Guerra y tantos  
y tantos como entonces tomaron parte  
en estos trabajos no nos era posible du  
dar ni por un momento bajo el aspecto  
clínico y más teniendo en cuenta la exis  
tencia de una epidemia extendida por  
nuestra Nación y denunciada por el  
telegrafo y periódicos tanto profersona  
les como políticos que nos encontrába  
mos en presencia de una enfermedad  
que evidentemente no era otra que aque  
lla gripe pues tiene algo de singular,  
tanto en su marcha epidémica como  
en su modo de aparición que equivale  
a un signo distintivo aceptado en ge  
neral por todos los clínicos y que no  
puede confundirse con ninguna otra  
epidemia.

La invasión brusca, súbita con  
depresión física y moral; su difusibilidad  
extrema; el polimorfismo en sus mani  
festaciones; su extensión y la rapidez con  
que desaparece y la gran desproporción  
que existe entre la masa y gravedad que  
presenta en la generalidad de los invadidos.

dos y la adinamia que acomete al enfermo así como la agravación que sufren todas las enfermedades preexistentes y especialmente la tuberculosis, constituyen un síndrome completamente inconfundible. Así vemos como el 13 de junio después de llegar de lugar infectado tres individuos de una familia y dos de otra, en la misma tarde existían ya 12 invasiones en esta localidad y antes de las 24 horas de haberse celebrado el baile había 72; sumándose 200 el 19; y entre altas y bajas llegamos al 15 de julio, primer día en que no se presentó ninguna nueva invasión, con un total de 456 afecciones. Igualmente se comprueba que la repetida infección no respeta sexos, edades ni posición social; pues niños, adultos y viejos, varones y hembras, pobres y ricos todos son atacados indistintamente comprobándose también el polimorfismo de sus manifestaciones; pues mientras un 15% de los invadidos se presentaban a nuestra observación completamente apiréticos y sin otras manifestaciones que ligeras corizas gran quebrantamiento de fuerzas cefalalgia intensa raquialgia muy acentuada, otros, casi la totalidad si sea el 85% de los invadidos la fiebre

con 38°5' hasta más de 40° acompañada de laringitis laringo bronquitis y bronquitis de los gruesos bronquios con estas dos saburrales más o menos acentuadas, cefalea intensa y prostración de fuerzas, eran los síntomas predominantes; también se ha observado dentro de la forma torácica casos típicos de neumonías y bronco-neumonía; en los niños algunos ataques convulsivos iniciales y casos de gastro enteritis; así como en los viejos se han visto complicaciones cardíacas sobre todo dependientes del miocardio.

Dentro de este polimorfismo y dentro de cada una de las diferentes formas clásicas gripales nunca son tan categóricas como dice el Dr. Rogo Milano va: "que no haya en todas ellas fenómenos catarrales de pecho", lo cual nos hace recordar que G. Andri' en su obra "La gripa o influenza" (Paris 1908 pag. 144) dice así: "nos remontamos a la cabecera del enfermo a comparar esta afección con una obra en tres actos. En el primero rino-laringo-bronquitis; en el segundo bronquitis difusa y congestión, y finalmente en el tercero, bronco-pneumonía o complicaciones diversas." Desgraciados los actores de este último cuadro!

En clínicamente, no tenemos duda de que la epidemia que hemos sufrido, lo mismo en el período de Junio a Julio, como en el de Octubre a Noviembre ha sido la verdadera gripe y que esta es una enfermedad infecciosa, epidémica y contagiosa, puede cabernos igual seguridad respecto al agente microbiano que la produce?

Confieso con toda sinceridad que no tengo de microbiología otras nociones que las adquiridas por una aplicada curiosidad en nuestra actual literatura médica, después de terminada la carrera y dentro de los apremios de tiempo robados al descanso; así pues al contestar la anterior pregunta he de referirme a cuantos documentos oficiales he podido adquirir y al contraste de opiniones de los hombres de ciencia dedicados exclusivamente a estos estudios.

Numerosos son los trabajos microbiológicos tanto nacionales como extranjeros que desde el año 1889 se han verificado a fin de descubrir el verdadero microbio específico de la gripe habiéndose encontrado muchos micrococos, dos clases de diplo-cocos, varios bacilos y hasta un microbio polimorfo



mereciendo especial interés entre todos ellos el diplo-coco pneumónico Friedlander y los micrococcos encapsulados muy semejantes a éste descubiertos por Todd y Tulz en 1889.

Todos estos elementos microscopicos llegaron a disputarse el derecho de especificidad hasta que en 1892 descubrió Pfeifer su coco bacilo hemofílico en los ex-puntos de enfermos de gripe, conectándose desde entonces a este microbio el carácter de agente patógeno de esta enfermedad.

Todos los hombres de ciencia dedicados en especial a la microbiología se lanzaron a la investigación del nuevo coco bacilo entablándose discusiones muy enconadas, donde no faltaron intemperancias y hasta algún exabrupto como el de Brouanis. La especificidad del microbio de Pfeifer es negada por autoridades científicas de una manera categórica y puesta en duda por otras y hasta el mismo Pfeifer inclinaba a la duda al afirmar que en varios niños enfermos de bronquitis había encontrado muchos bacilos indiferenciales de los de la gripe y que los designó con el nombre de *proteus*.

bacilos gástricos. Se analizan muchos espu-  
tos y sangre de gástricos sin encontrar  
el referido coco-bacilo y sin embargo,  
se buscan hipótesis para defender esta  
ausencia como la de Wassermann que su-  
pone que los bacilos de los esputos deca-  
parecen muy rápidamente unguila-  
dos por otras bacterias que les acompa-  
ñan.

Se había supuesto que el no poder  
hallar el coco-bacilo en muchas investiga-  
ciones podía atribuirse a falta de técni-  
ca; pero parece comprobado que lo mis-  
mo en España que en Ginebra es caso  
repetido en esta pandemia.

Sin embargo en el Instituto  
de Alfonso XIII - el de Higiene militar y en  
los laboratorios provinciales de Logroño,  
Saragoza-Valladolid y algunos otros, así  
como por los <sup>do</sup> Sr. Marañón, Pittaluga Ruiz  
Galio - Maestre Gil Casares y tantos otros,  
se ha comprobado que el bacilo de Pfei-  
fer no deja de encontrarse en muchísi-  
mas investigaciones y sobre todo el D.<sup>r</sup> Gil  
Casares con relación a investigaciones pro-  
pias y en las verificadas en los labora-  
torios militares afirman categóricamente  
que son muy pocas en las que el coco-ba-  
cilo no ha podido ser encontrado.

cuando la paciencia y la constancia han presidido las investigaciones.

Finalmente, de las practicadas en Francia por bacteriólogos eminentes también parece poder deducirse que el referido bacilo de Pfeifer es el agente causal de la gripe puesto que entre los enfermos muertos rápidamente se encuentra casi en todas las investigaciones.

Ahora bien, como no dejan de encontrarse otros microorganismos muy repetidamente y además hace tiempo vienen haciéndose ciertos trabajos de los laboratorios para el descubrimiento de un virus filtrante cuya existencia se sospecha, hay que suspender toda afirmación categórica cual sea el verdadero agente patógeno de la gripe.

## V

### Tratamiento

De una manera sistemática he purgado a todos los enfermos desde el primer momento usando preferentemente según los casos las aguas de Carabana o Loches o los Galomelanos.

En las formas leves administraba algunos ponches preparados con infusión de canela haciendo verter a cada

taza una copa de buen aguardiente triple  
avis, tomándolo caliente, con lo cual rom-  
pian a sudar copiosamente los enfermos  
lo que unido a la permanencia en la  
cama, el uso de café con leche como ali-  
mentación y alguna limonada como  
bebida a los 4 o 5 días podía darles de  
alta.

En los casos más intensos donde la  
fiebre rebasaba los  $38^{\circ}$  la quinina en dosis  
de 80 centigramos a un gramo, durante las  
24 horas y la antipirina asociada a los  
pólvos de Dover han sido los únicos an-  
titérmicos empleados.

Cuando la fiebre rebasaba los  $39^{\circ}$   
haya existido o no complicaciones pulmo-  
nales la sábana húmeda repetida tantas  
cuantas veces la temperatura pasaba de  
la cifra indicada, he conseguido con ello  
buenísimos resultados.

En las bronquitis y bronconeu-  
monias la posión expectorante de Jhis-  
col y formiato de sosa, según fórmula  
del Dr. Noya Vilanova, muy generalizada  
entre los médicos de Navarra trazon y  
Sogroño, me ha prestado admirables ser-  
vicios, así como el aceite alcanforado  
aplicado diariamente y con valeriana,  
Jambuin el sulfato de esparteina ha

respondele en las ocasiones en que se ha  
hecho uso de él.

En el desfallecimiento cardíaco  
de los viejos, la tintura madre de Stro-  
fantus ha sido lo que mejor resultado nos  
ha dado.

Las ventosas ya secas ya escarifi-  
cadas con aplicación de tintura de iodo  
sobre las mismas y la toalla sinapina  
de han sido las revulsiones utilizadas  
en los casos de bronquitis y broncone-  
umonias, repitíenlo se cuantas veces era  
preciso, lo mismo de día que de noche.

También hemos utilizado la sum-  
gria en los estados congestivos del pul-  
món tenemos que confesar con verda-  
dero dolor el poco resultado conseguido  
ante la congestión broncal desarrollada  
en las bronconeumonias gripales que  
hemos descrito.

Lo que no hemos utilizado ha  
sido el nuro antidiferico por no haber  
le podido conseguir; pero tengo la firme  
convicción de que no sirve absolutamente  
para nada en estos casos.

Tengo noticias de su aplicación  
incluso en un hijo mío de 25 años de  
edad, bien desarrollado, verdaderamente  
húmedo, casado, viajante de comercio que

responchito en las ocasiones en que se ha hecho uso de él.

En el desfallecimiento cardiaco de los viejos, la tintura madre de Strofantus ha sido lo que mejor resultado de nos ha dado.

Las ventosas ya seas ya escarificadas con aplicación de tintura de iodo sobre las mismas y la toalla sinapina da han sido las revulsiones utilizadas en los casos de bronquitis y bronconeumonias, repitendose cuantas veces era preciso, lo mismo de dia que de noche.

Tambien hemos utilizado la senegria en los estados congestivos del pulmón hemorroidal que confiere con verdadero dolor el pecho resultado conseguido ante la congestión brutal desarrollada en los bronconeumonias gripales que hemos descrito.

Lo que no hemos utilizado ha sido el suero antidifterico por no haberle podido conseguir; pero tengo la firme convicción de que no sirve absolutamente para nada en estos casos.

Tengo noticias de su aplicación incluso en un hijo mio de 25 años de edad, bien desarrollado, verdaderamente humilde, casado, viajante de comercio que

residia en Nájera y cayó enfermo el día 7 de Octubre, el 11 reclamaban telegráficamente mi presencia los compañeros D. Feliciano Lopez y D. Francisco Sanguiniano, viéndome precisado a sacrificar el amor de padre, no pudiendo volar al lado de mi querido hijo por no tener quien me sustituyera pues todos los pueblos colindantes estaban in-salvados y algunos de los compañeros yacían en el lecho. Me consta por mi esposa y madre de mi hijo que sufrió una bronconeumonía epigal, puse en práctica cuanto fue posible por salvarle, se utilizó, sangría, sábanas húmedas, suero antidiftérico, inyecciones de aceite alianforado, todo absolutamente le fue aplicado o administrado y sin embargo lo mismo que los casos análogos por mí y los que dejó consignados por referencia, todo fue inútil completamente y entregaba su alma al Señor a las 9 de la mañana del día 13 ! Qué triste es en algunas ocasiones el deber cumplido !

En los ataques eclámpicos de los niños, el baño templado Mena prescribas indicaciones siendo sorprendentes sus resultados.

Finalmente, en los estados tóxicos del periodo de convalecencia,

el formiato de sosa al interior y el sulfato de estricnina en inyecciones hipodérmicas es sin disputa el tratamiento que mejores resultados produce.

### Conclusiones.

- 1º La Gripe es enfermedad epidémica contagiosa e infecciosa.
- 2º Se transmite del hombre enfermo al hombre sano y se adquiere por medio de la respiración.
- 3º Toda persona que la haya sufrido aun después de muchos días puede ser portador de gérmenes.
- 4º No ofrece la solidez científica que el bacilo de Koch en la tuberculosis, o el de Locffer en la disenteria, o el de Pfeiffer en relación a la gripe.
- 5º Queda perfectamente comprobado que en estos dos periodos de gripe ocurridos en la villa de Igua, que los que la sufrieron en el primer periodo, adquirieron una cierta inmunidad anímica pasajera.
- 6º También queda comprobado que hoy por hoy no existe ningún tratamiento específico para esta enfermedad.
- 7º Que la única profilaxis de alguna utilidad es la individual siendo la que



mjores resultados produce la desinfección  
de las fosas nasales, boca y oídos