

Chcamolche; esto bien pulverizado y mezclado, cirniéndole si puede ser, se aplica sobre las mordeduras, exprimiéndolas primero lo posible, abriéndolas con una espina, si están cerradas, e introduciendo los dichos polvos amasados con la saliva; calentándolos al aplicarlos y asegurándolos después con un cabezalito y venda, es la más eficaz que pueda darse.

Bezoar o *Bezar*. La crían los venados que pastan en las costas del norte y es según lo que describe Mr. de Laporte en el Título 4º del *Viajero* f. 200, se da en la Península sino que no tiene buen olor, pero sus efectos son: pulverizado en vino para cólicos, partos difíciles y vicios en la menstruación. promueve las secreciones naturales. Se cree ocasione en el vientre del venado que llaman *cabra* esta concreción lapídea la yerba que abunda en la costa y que llaman *Ditamo real*, de que gustan mucho y sin duda les es mal sano y pesado su jugo que se reúne y concreta en su vientre, formando una pasta azul; advirtiéndose mucha flaqueza en las que abundan de *Bezoares*.»

México, 28 de noviembre de 1917

La epidemia de gripa en el Hospital General en el año de 1918.

Por el Dr. RAFAEL CARRILLO.

DESDE fines de septiembre del año próximo pasado, la prensa diaria venía anunciando que la influenza, llamada española, había invadido las poblaciones situadas al N. E. de los Estados Unidos de América, extendiéndose rápidamente hacia el Sur, siguiendo las vías ferrocarrileras, haciendo su aparición en las poblaciones del Norte de nuestra República y continuando su marcha hacia la Capital.

En vista de las noticias alarmantes que diariamente se consignaban en los periódicos, gestionamos de la superioridad los útiles necesarios para abrir tres pabellones en el Hospital General y poder atender a los enfermos, en el caso de que la epidemia hiciera su entrada a la ciudad.

Efectivamente, el 15 de octubre el Consejo Superior de Salu-

bridad nos daba aviso de la remisión de unos enfermos al parecer atacados de gripa y que procedían, en su mayor parte, de la Escuela Correccional para Varones, situada en Tlalpam.

Con este motivo las puertas del pabellón 25 fueron abiertas el 17 de octubre designando para atender a los pacientes a los señores doctores Tomás Rojas y Gastón Melo y como adjuntos internos a los señores doctores Luis Martínez y Cayetano Andrade. A los pocos días, siendo insuficiente este pabellón se abrieron el número 12, el día 22 y el número 13 el día 26, a cargo del señor doctor Viramontes y del doctor Santos Vallejo, como adjunto.

El paso de la pandemia por el Hospital duró desde el 15 de octubre al 15 de diciembre de 1918. Los ingresos que hubo después de esta fecha en los pabellones 12 y 13, en opinión del señor doctor Rojas, que entonces tenía a su cuidado estos pabellones, no pudieron calificarse de gripa sino de diversas afecciones pulmonares que no presentaban los caracteres señalados en la influenza.

El número de enfermos que ingresaron durante este tiempo atacados de gripa fué de 805.

De éstos, fueron:

200 menores de 15 años	(140 H. y 60 M.)
322 de 16 a 25 años	(115 H. y 207 M.)
170 de 26 a 35 años	(67 H. y 103 M.)
49 de 36 a 45 años	(23 H. y 26 M.)
41 de más de 45 años	(27 H. y 14 M.)
En 23 se ignora la edad	(10 H. y 13 M.)

Tots. 805 (381 H. y 424 M.)

Por su procedencia ingresaron de la

1ª Demarcación	198.	(63 H. y 125 M.)	(71 de la Esc de Tiro, 48 de Penitenciaría.)
2ª Idem	45.	(28 H. y 17 M.)	(4 del Hospital Juárez.)
3ª Idem	86.	(47 H. y 39 M.)	(22 de la Esc. Industrial de Huérfanos.)
4ª Idem	23.	(8 H. y 15 M.)	
5ª Idem	40.	(17 H. y 23 M.)	
6ª Idem	65.	(29 H. y 36 M.)	
7ª Idem	40.	(13 H. y 27 M.)	
8ª Idem	41.	(15 H. y 26 M.)	

De las municipalidades:

Tacubaya	16.	(6 H. y 10 M.)	
Tacuba	10.	(5 H. y 5 M.)	
Atzacapotzalco	10.	(6 H. y 4 M.)	
Mixcoac	9.	(3 H. y 6 M.)	
Coyoacán	10.	(8 H. y 2 M.)	
Tlalpam	60.	(57 H. y 3 M.)	(51 de Esc Correccional de Tlalpam)
Ixtapalapa	3.	(3 H.)	
Guadalupe Hidalgo	42.	(12 H. y 30 M.)	(37 del 4º Batallón)
Se ignoró en	97.	(51 H. y 46 M.)	

Como se ve por estas cifras, la enfermedad fué más frecuente entre las mujeres y por la edad, en primer término de los 16 a los 25 años, en segundo lugar en los menores de 15 años y en tercer término de 26 a 35 años

Entre los menores de 15 años hubo uno de 30 meses, tres de 30 meses a 7 años y 10 de 7 a 17. Por su procedencia en la ciudad, la 1ª demarcación dió el mayor contingente siguiendo en orden la 3ª, la 6ª, la 8ª, la 2ª, la 5ª, la 7ª y en último lugar la 4ª.

El número total de defunciones entre los atacados de esta epidemia fué de 232 o sea el 28 % distribuído conforme a las edades en el orden que sigue: menores de 15 años 32, de 16 a 25 102, de 26 a 35 57, de 36 a 45 13, de más de 45 13, se ignoró su edad en 15.

El mayor número de defunciones tuvo lugar de los 16 a los 25 años, siguiendo en frecuencia de los 26 a los 35, luego en los menores de 15 años, de los 36 a los 45 y por último en los de más de 46.

La proporción de las defunciones con el número de atacados, según sus edades fué el siguiente:

	De menos de 15 años	16 a 25 a.	26 a 35 a.	36 a 45 a.	más de 45 años.
Número enfs.	200.	322.	170.	49.	41.
Id. Defunciones.	32.	102.	57.	13.	13.
Por ciento	16.	31.67	33.53	26.53	31.7.

El número total de enfermos que ingresó en el Hospital durante el tiempo de la epidemia, es decir, del 15 de octubre al 15 de diciembre de 1918, fué de mil seiscientos ochenta y tres.—805 de gripa y 878 de otras enfermedades. De esta cifra se desprende que ingresaron de gripa, en los meses citados, el 47.38 % de la población hospitalaria.

En este mismo tiempo murieron 345 y de gripa solamente, 232 o sean el 67.24 % de las defunciones totales.

Si comparamos el número de defunciones que se registraron en estos dos meses con el correspondiente al mismo período de 1917, tenemos:

Total de defunciones del 15 de Oct. al 15 de Dic. de	1917....	257.
" " " " "	1918....	345.
Mortalidad producida por enfs. del ap. respiratorio	1917....	62.
" " " " "	1918....	132.
Número de ingresos en este período	1917....	1.454.
" " " " "	1918....	1.683.
Defunciones por ciento de la población hospitalaria	1917....	17.6
" " " " "	1918....	20.5

HISTORIA CLINICA.

Siendo imposible hacer la descripción clínica de todos los casos observados, me limitaré a describir los principales síntomas señalados por los señores médicos encargados de los pabellones de la gripa.

Incubación.—Difícil de precisar, dadas las condiciones del medio

donde fueron hechas las incubaciones. Sin embargo, en términos generales puede decirse que fué corta y en tres casos estudiados por el señor doctor Rojas, dos mujeres y un anciano, contrajeron la gripa de 24 a 48 horas después de haberse expuesto al contagio de sus familiares enfermos.

El principio de la enfermedad se caracterizó por indisposición repentina, calosfrío, temperatura elevada, piel caliente y húmeda, pulso rápido, respiración anhelante, astenia, quebranto, dolores, coriza, tos (seca, flemosa), fotofobia, náuseas, vómitos y diarrea.

La enfermedad se presentó bajo tres formas clínicas: septicénica, tórácica y gastro intestinal.

Forma septicémica.—Se presentó especialmente al principio. Período prodrómico brusco, con calosfrío inicial, ordinariamente único, pero en otras ocasiones el calosfrío fué repetido y a menudo sub-intrante. Fiebre hiperpirética, llegando el primer día alrededor de 40 grados, temperatura que pudo observarse dos o cuatro horas después del principio del calosfrío.

La curva de la temperatura es sumamente variable. En los casos benignos la fiebre alcanza su fastigio el primero o segundo día, descendiéndole rápidamente y al tercero o cuarto día la temperatura vuelve a la normal. En los casos de intensidad media la fiebre se sostiene entre 39 y 40 grados, terminando su ciclo evolutivo al quinto o sexto día. En los casos serios la fiebre continúa con remisiones matinales o se presenta con grandes oscilaciones, 38 en la mañana y 40 a 41 grados en la tarde. La temperatura más alta observada por el señor doctor Rojas, fué de 43 grados, seguida rápidamente de muerte, en un enfermo con manifestaciones cerebrales. El descenso de la fiebre se observó por crisis muy bruscas o ligeramente prolongadas. Otras veces fué por lisis.

Con la fiebre se presentaron dolores múltiples y móviles (en la cabeza, globos oculares, músculos de todo el cuerpo, dorso, miembros, articulaciones, etc.) Conjuntivas inyectadas, lengua seca con papilas salientes y cubierta en su parte central con barniz café sucio. Insomnio, vértigos, zumbidos de oídos y delirio con adinamia, o sin ella. El pulso generalmente amplio, regular, rítmico y de frecuencia proporcionada a la fiebre, aunque en algunas ocasiones con tendencia a ser más lento que lo requerido por la fiebre durante el primero y segundo día y, precipitándose en seguida paulatinamente, hasta que la proporción con la fiebre se invierte, de tal manera que la temperatura puede descender a la normal y quedar el pulso frecuente por varios días.

Erupciones cutáneas.—El señor doctor Melo las observó en el 18% de los enfermos. Se observó el eritema escarlatiniforme con el puntilleo característico. En otros casos, las erupciones se presentaron bajo la forma de pequeñas manchas congestivas recordando las del sarampión, o las de la rubeola. Se encontraron también, manchas purpúricas, elemento papulosos y petequias.

Las erupciones se presentaron en los primeros casos de influenza y es de advertirse que se encontraron antes de la administración

de la quinina y que también pudieron observarse erupciones quínicas.

Hemorragias.—Fueron extraordinariamente frecuentes, variables en cuanto al momento de su aparición así como en cantidad. En algunas ocasiones marcaban el principio de la enfermedad, en otras se presentaban durante su curso y en algunas al fin constituyendo entonces un signo crítico. Enumerándolas, en orden de frecuencia, quedarían: epistaxis, hemoptisis, metrorragias, enterorragias, otorragias, estomatorragias, gastrorragias y petequias.

Las hemátemesis fueron muy frecuentes, por paso de la sangre nasal al estómago y la gastrorragia, muy rara. El doctor Rojas sólo observó un caso de ella.

Se observaron sudores frecuentes y abundantes sin indicar de ninguna manera el descenso febril, pues se encontraron copiosos con temperaturas altas y sostenidas.

Orina.—En lo general escasa, pronunciada en color, turbia o muy turbia, con sedimento color de ladrillo, pobre en cloruros, a veces con pequeñas cantidades de albúmina y cilindros hialinos, y por último notable aumento en la proporción de urea.

El área esplénica, apreciada por la palpación y percusión, se encontró unas veces crecida y otras no.

Estado general.—Variable. Normal en los casos benignos, excitado al principio en las formas medianas e intensas. Por lo común deprimido, abatido, siendo característica esa astenia, ese cansancio, esa postración del paciente. A veces delirio activo, violento en el acmé de la fiebre y tranquilo al terminar el padecimiento. En ocasiones se presentó insomnio. Hubo, pues, fenómenos ataxo-adinámicos.

Forma respiratoria.—Coriza con estornudos frecuentes y penosos esfuerzos de tos, seca al principio y flemosa después, dolor de tórax y en los músculos del abdomen. Las inflamaciones laringo-traqueo-bronquiales sufrieron transformaciones con la evolución de la epidemia, insignificantes al principio, poco a poco fueron haciéndose intensas. Las localizaciones netamente pulmonares en el comienzo, fueron escasísimas, ninguna observó el doctor Rojas en los primeros ocho días. Después comenzaron a observarse focos congestivos: se presentaban en las bases o en otros puntos del pulmón, estertores finos, respiración soplante sin llegar a soplo tubario y alguna matitez, coincidiendo con esputos sanguinolentos, pero no herumbrosos, todo evolucionando en dos o tres días. Después se observaron bronconeumonías, solamente en los últimos días de la epidemia se encontraron focos de neumonía lobar.

Las pleuresías tuvieron también su evolución: secas primeramente, de líquido sero fibronoso, después y posteriormente, muy pocas purulentas.

Durante el período más intenso de la epidemia existieron algunos enfermos que violentamente, en horas, se mostraban excesivamente disneicos, con cianosos de las extremidades y de los labios, con agitación extrema, percibiéndose a la auscultación estertores crepitantes que empezando por las bases abarcaban rápidamente una

gran extensión pulmonar, con expectoración sangrienta rosada o descolorida por completo y los pacientes morían con los signos de la asfixia.

Forma gastro intestinal.—La lengua ordinariamente húmeda, llegó a presentarse seca y saburral, sin igualar a la lengua tifosa. Hubo anorexia y náuseas. Los vómitos fueron frecuentes, de alimentos o biliosos y algunas veces fueron de tal manera tenaces, que imposibilitaron toda medicación por la vía gástrica. Se pudo notar tanto diarrea como constipación. El adolorimiento del vientre fué común.

La intensidad de la enfermedad se presentó desde la forma rudimentaria hasta la grave y respecto a su duración, desde la breve de un día, a la prolongada de tres semanas.

Complicaciones —Fueron inmediatas o tardías y se presentaron por orden de frecuencia: congestiones, infartos, bronconeumonías, pleuritis, nefritis parenquimatosas, otitis, abscesos, meningitis, encefalitis difusas, neuritis, paresias, parotiditis, mastitis, ovaritis y gangrena pulmonar.

En algunos enfermos con asfixia rápida, consecutiva al edema pulmonar, el doctor Rojas pudo encontrar en los pacientes antecedentes renales. El doctor Melo observó a un enfermo con edema pulmonar consecutivo al uso de una loción cantaridiana. En opinión del doctor Rojas alguno de los casos de edema pulmonar que no pudieron referirse a complicaciones renales, se puede explicar por las tendencias congestivas de la gripa.

Diagnóstico.—Como pasa en todas las epidemias, ingresaron en los pabellones de gripa enfermos atacados de coriza, de bronquitis, de neumonía lobar aguda, de tuberculosis febril, etc. Hubo cierto número de enfermos que ingresaron en otros servicios con el cuadro clínico correspondiente a las inflamaciones del aparato respiratorio y que, más tarde, la autopsia pudo comprobar que las lesiones anatómo-patológicas que determinaron la muerte, correspondían, en su conjunto, a las mismas lesiones anatómo-patológicas encontradas en la influenza.

En general, no se presentaron dificultades serias para el diagnóstico diferencial y sólo hay que tener presentes algunos casos de enfermos con flegmasia conjuntival, temperatura alta, cierto estado de postración o indiferencia y acompañado este cuadro de petiquias que hicieron pensar en el tabardillo. Pero teniendo en cuenta la noción epidémica, el principio brusco de la enfermedad, la marcha de la temperatura, los fenómenos irritativos de las mucosas respiratorias, los caracteres del exantema y la época de su aparición, se puede establecer el diagnóstico diferencial entre las dos enfermedades.

Estudios de Laboratorio —Dados los pocos elementos de que se puede disponer en el Hospital, bien poco puedo decir en este trabajo de los exámenes de órganos, sangre, humores, secreciones, etcétera. En cuanto a los exámenes bacterioscópicos de los esputos, secreciones nasales y de ejemplares anatómicos, se hicieron algunos ya por el bacteriólogo del Hospital, ya por el encargado del anfiteatro

de Anatomía, ya por el doctor Martínez Solís, quien bondadosamente se prestó a hacer algunos análisis, a solicitud del doctor Melo.

En términos generales los resultados que obtuvieron fueron los siguientes:

En los esputos se encontraron neumococos de diversas razas, neumobacilo de Friedlaender, catarrhalis, estreptococos diversas razas, bacilo fusiforme, espirilla de Vincent y en algunas muestras, coco bacilo de Pfeiffer.

El doctor Rode, bacteriólogo del Hospital, dice haber encontrado en cien casos el coco-bacilo de Pfeiffer, asociado en muchos esputos, con el neumococo y con el micrococo catarral.

El encargado del anfiteatro de Anatomía, en varios casos en que la muerte fué originada por la bronconeumonía, encontró en frotes hechos con el pulmón, el Pfeiffer y el diplococo de Fraenkel.

ANATOMIA PATOLOGICA

No habiendo rendido a esta Dirección el encargado del anfiteatro de Anatomía el informe correspondiente, bien poco puedo decir de los resultados obtenidos en las necropsias que corresponden a esta epidemia.

En partes recibidos en la segunda quincena de octubre y primera de diciembre se encuentran señaladas las siguientes lesiones:

En primer término, las bronconeumonías de forma aguda ya dobles ya unilaterales, especialmente derechas, con infartos hemorrágicos. Se mencionan, con cierta frecuencia, las congestiones hepáticas, renales y del bazo... Las nefritis agudas con infartos hemorrágicos, fueron frecuentes. Y por último se encuentran consignados casos de pleuresías purulentas, encefalitis, miocarditis, bronquitis purulenta, abscesos múltiples del hígado, etc.

La mayor parte de los cadáveres a que se refieren estas lesiones, fueron de los pacientes que murieron dentro de las 24 horas que siguieron a su ingreso.

Extensión de la epidemia en el personal del establecimiento.—El número de personas atacadas en el personal del Hospital fué de 52, distribuido en la siguiente forma:

Médicos, 5. (En dos, la duración de la enfermedad fué de más de un mes). Enfermeras, 13. Empleados, 1. Servidumbre, 33.

De los médicos, ninguno de ellos tuvo servicio de gripa. De las enfermeras, 4 estaban en servicio de gripa. De la servidumbre, 7 estaban en los servicios de gripa.

El resto de los empleados contrajeron la enfermedad en otros pabellones. Enfermeras, 2. Afanadoras, 13. De la cocina, 9. Camilleros, 4. Empleados, 1. Sólo una afanadora murió.

Pronóstico.—Por los datos estadísticos, recogidos en la Oficina de Admisión e Información, se ve que ingresaron de gripa 805 enfermos, de éstos murieron 141 de gripa, 52 de bronconeumonía, 30 de neumonía y 9 por otras enfermedades.

Apropósito de la primera cifra se deben hacer las siguientes consideraciones: no habiendo suministrado la Proveduría las ordenatas suficientes, varios enfermos carecieron de ella y los médicos internos de guardia al extender el certificado de defunción se basaban en el diagnóstico de entrada que aparecía en la boleta de ingreso de tal manera que la gripa no corresponde en realidad a la causa determinante de la muerte. Por otra parte, los señores médicos asistentes de esta epidemia están de acuerdo en considerar como las principales causas de la muerte, las complicaciones bronco-pleuro-pulmonares, en primer término.

El doctor Ulrich, en las autopsias verificadas en los muertos por gripa, anotó también como causa determinante de la defunción, principalmente, las lesiones bronco-pulmonares y, en segundo lugar, las otras ya referidas.

Por consiguiente quedan comprendidos en esta cifra de 141, gran número de bronconeumonías, neumonías, infartos pulmonares, etcétera, que originaron directamente la muerte de los pacientes.

Por los datos estadísticos recogidos, se desprende que el pronóstico de esta epidemia fué serio, pues el 28.81% de los atacados murió. Varios hechos explican esta mortalidad: gran número de los enfermos, sobre todo de los que ingresaron al principio (80), murieron dentro de las 24 horas que siguieron a su ingreso, sin haber sido vistos por los médicos encargados de pabellón y la necropsia pudo demostrar las lesiones pulmonares ya referidas. Cierta número de los pacientes ingresaron en el Hospital después de algunos días del principio de su padecimiento, sin asistencia médica y lo que es más grave, tanto en este grupo como en el primero, sin ser cuidados con los preceptos más elementales de higiene.

Además de estos factores, hay que tomar en consideración la aglomeración de los enfermos en los pabellones, pues hubo día que tuviéramos de existencia 252 griposos en las salas señaladas al efecto, siendo imposible separar por grupos a los enfermos, para evitar las complicaciones. Por último, el número de enfermeras consagradas a estos servicios, fué insuficiente, pues llegaron a tener a su cargo el doble o triple de los que comunmente tienen asignados.

El mayor número de defunciones tuvo lugar de los 16 a los 25 años, siguiendo en frecuencia de los 26 a los 35 años; luego en los menores de 15 años, de los 36 a los 45, y por último, en los de más de 46 años.

El pronóstico entre las embarazadas y puerperas atacadas de gripa, fué muy grave, tanto para la madre como para el producto. Ingresaron 11 embarazadas y tres puerperas, sanaron tres, muriendo dentro de las 24 horas siguientes a su ingreso 8. De las 8 restantes fallecieron seis de bronconeumonía, 1 de neumonía y 1 de bronquitis gripal.

Por lo que toca al producto, de las 11 embarazadas, sólo se lograron 4 niños; uno nació muerto y tres fallecieron dentro de las 24 horas siguientes al nacimiento.

Estos datos fueron recogidos por el señor doctor Nadal, (don Rafael), quien tuvo a su cargo el Pabellón de fiebre puerperal.

Profilaxis.—Inmediatamente que los atacados de gripa fueron ingresando en el Establecimiento, se puso en práctica el aislamiento dándoles asilo al principio en el pabellón de infecciosos diversos y posteriormente en los pabellones 25, 12 y 13, consagrados exclusivamente para la epidemia.

Al personal designado para atender estos pabellones, médicos, enfermeras y servidumbre, se les suministró y se les exigió el uso de mascarillas protectoras de Covers y que, desgraciadamente, por ser pesadas no fueron de uso constante.

Durante el tiempo que la gripa estuvo presente en el Hospital se suspendieron las visitas del público, así como también se interrumpieron los trabajos anatómicos en el anfiteatro respectivo.

Terminada la epidemia se procedió al aseo y desinfección de los pabellones que asilaron a los griposos.

Terapéutica.—El tratamiento empleado varió ampliamente con las teorías propuestas para explicar la patogenia de la enfermedad; así pues, se instituyeron medicamentos de pretendida acción específica y sustancias de efecto puramente sintomático.

Entre los primeros, los médicos tratantes, usaron en gran escala las sales de quinina, especialmente el biclorhidrato, en dosis altas de uno dos y más gramos en 24 horas, ya por la vía bucal ya por inyecciones intravenosas o intramusculares en la dosis de 0.50. Los pacientes sometidos a este tratamiento, evolucionaron de un modo sensiblemente igual a los que no se les ministró y, con frecuencia, les producía vómitos, zumbidos y vértigos.

Como medicamento precedido de fama de específico se aplicaron los coloides de base de oro preparados por la fábrica «Isis» y aun cuando al principio del tratamiento se observaron algunos buenos efectos sobre la temperatura, las observaciones recogidas posteriormente enseñaron que el número de casos estudiados no era suficiente para establecer conclusiones.

En las complicaciones pleuropulmonares, cuando el examen bacteriológico demostró la presencia de gérmenes aislables y cultivables, se inyectaron autovacunas preparadas por medio de cultivos muertos. En los casos de evolución aguda de la enfermedad, cuando no era posible esperar el tiempo preciso para la preparación de vacuna, se inyectaron las que expendió el doctor Perrín conteniendo cultivos muertos de neumococo, neumobacilo, *catarrhalis*, y cocobacilo de Pfeiffer. El doctor Valverde preparó, por el procedimiento de Krauss, vacunas autógenas, nunca con gérmenes esporulados, que se inyectaron a 20 enfermos, sin que se observara reacción local o general grave.

Teniendo en cuenta que el mayor número de defunciones se registraban a consecuencia de complicaciones debidas al neumococo se tuvo la intención de inyectar suero antineumocócico, como preventivo de estas complicaciones, cosa que no pudo tener efecto porque en esos días careció de él el Instituto Bacteriológico.

Cuando el examen reveló la presencia de espirilas, se usó con buen éxito la Hectina, en dosis de 0.10 diariamente.

Terapéutica sintomática.—Según fueron los síntomas y las complicaciones que se presentaron en los pacientes, así también se intuyó la terapéutica:

Antisépticos pulmonares. La creosota, el guayacol, el eucalip-tol, el fenol, el yodoformo, etc.

Expectorantes. Benzoato de sodio, ipeca, extracto fluido de grindelia, etc.

Tonicardíacos. Digital, esparteína, cafeína, etc.

Estimulantes generales. Aceite alcanforado, etc.

Diuréticos. Agua en abundancia, lactosa, digital, teobromi-na, etc.

Hemostáticos. Ergotina, cloruro de emetina, cloruro de calcio, etcétera. En las epitaxis el taponamiento nasal con adición de una solución concentrada de antipirina, o sin ella.

En los fenómenos edematosos congestivos del pulmón, se aplicó en dos enfermos una sangría de 150 a 200 gramos con mejoría transitoria, pues los pacientes sucumbieron, al fin.

Como antitérmicos se emplearon la aspirina, la antipirina, etc.

Tónicos generales. La quina, la kola, la estricnina, los arseni-cales, etc.

En el concepto del doctor Rojas y en vista de que la gripa no tiene tratamiento específico, la conducta del médico debe ser espectan-te y llenar solamente las indicaciones, cuando estén bien precisas.

En opinión del mismo facultativo no deben ministrarse los va-so-dilatadores, dadas las tendencias congestivas de la gripa. No se usarán los sudoríficos en vista de la frecuencia con que se presentan los sudores en los enfermos.

Conclusiones.—De las observaciones llevadas acabo en el Hospi-tal General, con motivo de la enfermedad que se desarrolló del 15 de octubre al 15 de diciembre del año pasado, se pueden hacer las siguien-tes consideraciones:

La enfermedad se presentó con los caracteres de una epidemia excesivamente contagiosa. Dicha enfermedad fué caracterizada con el nombre de gripa.

Desde el punto de vista clínico se distinguió por la frecuencia con que se presentaban las hemorragias en los atacados y las compli-caciones bronco-pleuro-pulmonares a que dió lugar.

Por la severidad en el pronóstico. Dadas las condiciones higié-nicas y sociales de los atacados, la mortalidad fué de 28.81%.

Las conclusiones que pueden inferirse de nuestras observaciones y el estudio que de ellas se hizo, dados los pocos elementos de que puede disponerse en el Hospital, parecen confirmar algunas de las conclusiones que formuló el Comité especial de Salubridad Pública Americana en los días del 9 al 12 de diciembre del año pasado, en la ciudad de Chicago, y que en resumen dicen:

Se cree que la enfermedad epidémica conocida con el nombre

de gripa es debida a un organismo indeterminado que produce una infección que disminuye la resistencia del cuerpo y de los órganos respiratorios, en particular. Este fenómeno permite la invasión de otros microorganismos patógenos, siendo los más importantes el bacilo de la influenza, o de Pfeiffer, diferentes especies de neumococos y diversas variedades de estreptococos.

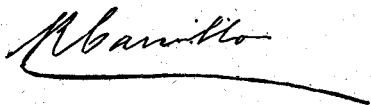
En cada caso, uno o varios de estos microorganismos pueden estar presentes. Sentada como base que la causa de la epidemia es un virus desconocido, no parece posible, en el presente, evitar la enfermedad primaria por medio de la vacuna preparada con organismos conocidos.

Contra las infecciones secundarias teóricamente parece estar fundado el uso de la vacuna y especialmente las preparadas con organismos responsables de las complicaciones, advirtiendo que éstos pueden variar mucho según las localidades y los tiempos.

Las defunciones producidas por la influenza se deben, comúnmente, a neumonías originadas por la invasión de los pulmones por una o más formas de estreptococos, de neumococos y del llamado bacilo de la influenza, o de Pfeiffer. Esta invasión es, aparentemente, secundaria al ataque inicial.

Las investigaciones del laboratorio son necesarias para descubrir el microorganismo o virus causal y para establecer un método práctico para la propagación de una vacuna específica y un suero curativo. Los laboratorios clínicos son indispensables, cuando son oficiales, para vigilar la preparación de las vacunas y de los sueros, así como también para informar al público médico de las variaciones que van sufriendo los diversos tipos de microorganismos infectantes, que pueden presentarse durante el curso de una epidemia, y que pueda servir a aquel de base para fines terapéuticos.

México, 18 de febrero de 1919.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "M. Banillo", with a long horizontal flourish extending to the right.