

Sesión del 31 Octubre 1918

PRESIDENCIA DEL DR. CARULLA

DR. R. BOTEY.—La faceta por la cual he visto a la gripe estos días me ha mostrado, entre otras cosas, que algunos enfermos se quejan del oído, de los 5 a los 8 días de la afección, nunca antes. Se trata de una otitis media propagada desde la faringe inflamada.

Esta otitis se caracteriza por ir acompañada de trasudaciones sonrosadas, debidas a pequeñas vesículas llenas de serosidad sanguinolenta sobre el tímpano y fondo del conducto. En 1890 vi casos de estos y ahora los he observado de nuevo. Pocas veces hay mastoiditis y casi nunca propagación intracraneana.

Otro hecho típico de las consecuencias de la gripe es la *anosmia*, anosmia que va acompañada de *agusia*; esto es, el enfermo, además de haber perdido el olfato, percibe mal el sabor de los alimentos. Y es que las sensaciones gustativas, de una simplicidad extrema, son completadas por las emanaciones, que a través de las coanas van a impresionar la pituitaria.

De todos los corizas, el gripal es el que origina más anosmias. Tanto, que la casi totalidad de mis enfermos sin olfato lo debieron a la gripe. Y es que las células olfatorias, situadas a flor de mucosa, están mal protegidas; si la rinitis muco-purulenta de la gripe asciende a las regiones altas, estas células de Schultze quedan destruidas. Esta anosmia es generalmente incurable.

Hay casos, sin embargo, en los que la anosmia es transitoria; se transforma en hiposmia, en parosmia, o en cacosmia y finalmente se cura.

En ninguno de estos enfermos vistos por mí he notado, al examen rinoscópico más minucioso, la más leve alteración aparente de la mucosa nasal.

Yo no sé si es muy grande el valor profiláctico de la antisepsia de las primeras vías respiratorias y digestivas con respecto a la gripe, pero juzgo que debe recomendarse siempre. Basta que sea racional, como decía muy oportunamente el Dr. Bartrina, en la sesión anterior.

Poco importa que el bacilo llamado de Pfeiffer no sea la causa específica absoluta del dengue, puesto que, a menudo, este microbio oficia de saprofito y se le encuentra en la boca, en las amígdalas y en la faringe de los sujetos sanos, lo propio que en las cavernas de los tísicos, en la bronquitis crónica, en el sarampión y en la difteria; no hallándose, en cambio, a veces, en algunas epidemias de gripe. Poco importa que el verdadero causante de la influenza resulte ser un germen misterioso, invisible al microscopio, un virus filtrable que traspasa la bujía de Chamberland, abre la puerta a varios microbios, exaltando su virulencia, al efectuar su simbiosis con el Pfeiffer, con los neumococos o con los estreptococos diversos, según las epidemias, los casos y las circunstancias. El caso es que el contagio, como sabéis, es aéreo a pequeña distancia, de hombre a hombre, casi de aliento contra aliento. El peligro está en la pituitaria y en la mucosa bucal.

Siendo así, y teniendo en cuenta que la limpieza de la cavidad bucofaríngea no puede traer perjuicio alguno, sino todo lo contrario, tengo la tontería de figurarme útiles los cuidados preventivos.

Se ha hablado de la antisepsia de las primeras vías englobando las fosas nasales con la cavidad bucal. Una y otra son muy diferentes bajo el punto de vista microbiano y bajo el fisiológico.

La boca, lo propio que la faringe, son cavidades inmensamente sépticas en el estado normal, porque albergan constantemente una flora bacteriana variadísima. Las fosas nasales en cambio, a excepción del vestíbulo, no contienen microbios, en el estado hígido, por ser el moco nasal bactericida.

Además, la boca tolera la presencia de líquidos antisépticos ácidos o alcalinos, lo propio que algunos cáusticos e irritantes, sin gran menoscabo de su robusto epitelio pavimentoso estratificado. Las fosas nasales sufren siempre de la presencia de cualquier líquido, que altera las delicadas células cilíndrico-vibrátiles de su epitelio, acostumbradas a contactar solamente con el aire ambiente.

De la boca, lo más séptico son las encías; después viene la lengua, las amígdalas y los carrillos, ocupando el tercer lugar la faringe.

En los tiempos de epidemia gripal la desinfección de la boca es sumamente importante, mucho más que la de la nariz, por más que, a primera vista, parezca lógico lo contrario.

Aconsejo desinfectar las encías, cepillándolas suavemente con agua oxigenada pura, para embarnarlas después, al nivel del cuello de los dientes, con tintura de yodo y glicerina, a partes iguales, pues la tintura de yodo sola es demasiado irritante.

En los intervalos se harán enjuagues con agua oxigenada al cuarto, o sea, una cucharada de agua oxigenada en tres de agua hervida. Estas maniobras servirán cuando menos de barrido, de expulsión de los gérmenes morbosos alojados en la boca y faringe.

Para mayor abundamiento, se harán toques en la faringe y cavidad retro-nasal, refugio de tantas bacterias patógenas, una vez al día, con cloruro de zinc al 2 por ciento.

En cuanto a las fosas nasales propiamente dichas, creo que no deben ser desinfectadas. Es un error inundar la pituitaria con líquidos antisépticos; éstos apuntarán a los microbios pero matan las células epiteliales, favoreciendo la rinitis purulenta y creando a veces la anosmia. El agua pura y las soluciones, aun muy diluidas, de ácido bórico, de fenol, etc., hinchán el sensible epitelio, haciendo caer muchas células, porque siendo líquidos hipotónicos imbiben la pituitaria, por el cambio endosmótico, entre ésta, más salina y el líquido que la baña durante la irrigación. Si el líquido es hipertónico, o sea, muy salino, como el agua de mar, los efectos serán también nocivos con motivo de la exósmosis.

De ahí el que, para las irrigaciones nasales, se deban usar líquidos isotónicos, de igual proporción salina que el suero de la sangre: el cloruro de sodio al 9 por mil. Esta solución no lesiona la mucosa nasal, pero barre el moco, y aquí éste no debe barrerse porque es amicrobiano y bactericida, como llevamos manifestado, pues obrando así disminuimos las defensas naturales de la nariz.

Es fácil convencerse de esta verdad examinando el moco nasal bajo el punto de vista bacteriológico. Si con un alambre de platino esterilizado recogemos moco del interior de la nariz y lo depositamos en siembra, resultarán infecundos la mayoría de tubos de gelatina.

En cambio si rozamos, por poco que sea, el vestíbulo nasal o la mucosa bucal, surgirán en los tubos sembrados numerosísimas colonias bacterianas de índole diversa.

No siendo, pues racional el intentar la antisepsia de las fosas nasales y debiendo evitar su contaminación al respirar por ellas, no cabe más que un camino, filtrar el aire antes de su penetración.

Se han aconsejado las caretas, los velos de gasa, destinados a proteger boca y nariz; pero este medio es demasiado visible; llama con exceso la atención; por ello hallarán siempre entre nosotros resistencia en emplearlos.

Lo más práctico y sencillo es, en mi opinión, colocar en el vestíbulo nasal un filtro más tupido y menos hidrófilo que la gasa; refiérome a la introducción, en la entrada de las fosas nasales de una bola de lana en rama, que no se humedece como el algodón hidrófilo y filtra mejor el aire, siendo además, invisible; puede impregnarse de un antiséptico.

Estos medios si no aniquilan los gérmenes infectivos, los arrastran hacia fuera, dificultando su penetración profunda; por lo tanto, no han de ser perjudiciales, como lo han sido ciertos medicamentos, los antitérmicos v. gr., que con la mejor intención se han administrado *larga manu*, añadiendo a la intoxicación gripal la medicamentosa, que resta energías defensivas al organismo, pues dista mucho de estar probado, si estas y otras drogas, empleadas en estos casos, son realmente beneficiosas para el enfermo.

Nada digo de la desinfección del vestíbulo nasal, cosa perfectamente lógica no obstante, ni de las consabidas instilaciones de aceite mentolado y otros líquidos en las fosas nasales, porque lo primero complica estos cuidados profilácticos y lo segundo es de discutible utilidad.

En conclusión: la otitis vesicular hemorrágica es característica de la gripe. La casi totalidad de las anosmias son de origen gripal.

Como medio profiláctico, limpieza de la boca, sin desinfección de las fosas nasales; únicamente filtraremos el aire que ha de pasar por las mismas.

TURRÓ.—En el curso de esta discusión me pareció observar que el clínico se preocupa, más que del síndrome, del agente microbiano de la gripe para afianzar su diagnóstico; en la defensa contra la epidemia da también una importancia, a mi juicio excesiva, al conocimiento del germen.

Los tiempos han variado tanto desde los primeros pasos de la doctrina panspermista que los papeles se han trocado por completo. Yo recuerdo que eran tan absorbentes las pretensiones del laboratorio respecto de la clínica, que se la obligaba a renunciar al caudal de enseñanzas que la observación empírica había acumulado en el transcurso de los años y aun de los siglos. No podía hablarse, por ejemplo, de candidatos a la tuberculosis, porque todo dependía del germen y donde no lo había no había tampoco candidatos, ni podía hablarse de buenas o malas carneduras porque el que prosperase o no en la superficie cruenta el germen infectante dependía exclusivamente de su malignidad o virulencia y no del individuo. El concepto de las defensas orgánicas, de la resistencia vital, parecía a los

*avanzados* de entopíes cosa propia de hombres rezagados o *de ciencia reaccionaria*. Han sido los progresos del laboratorio los que han venido a reivindicar los grandes postulados que había formulado la clínica y a mi ver falta todavía ir más allá y ponerlos en el lugar altísimo que merecen; pero ello vendrá con el tiempo.

No puede existir contradicción entre la verdad clínica, producto de una observación honrada y leal, y la verdad experimental. Si algunas veces se presenta una disparidad entre una y otra, si algún hecho experimental se nos presenta paradójal con una conclusión clínica, la contradicción o la paradoja no está en los hechos, que son impecables, sino en la razón que los interpreta y levanta sobre ellos castillos en el aire haciéndoles decir lo que realmente no dicen. Hay que esperar a que nuevos descubrimientos concilien los términos contrapuestos, y esta es la labor del verdadero progreso; lo demás son anticipaciones del razonador impaciente que pretende explicar con el discurso personal lo que debe serlo con los datos nuevos que le falten.

A la hora actual son los clínicos los que tienden a someterse a las conclusiones del laboratorio, renunciando en cierta medida a su criterio, como si diesen por supuesto que sus observaciones careciesen del valor que tienen las experimentales. Sea uno u otro germen el agente de la gripe, sea un virus filtrable o no lo sea, ello es que el clínico, con microbios conocidos o sin ellos, sabe perfectamente lo que es la gripe como tipo nosológico y como epidemia. Y esos conocimientos, nacidos de la observación, no podrán nunca ser invalidados, alterados, ni modificados por los descubrimientos del laboratorio; se les presupone como los antecedentes que han de orientar la investigación que ha de ponerlos de manifiesto. Lo que se conseguirá con ellos a la postre es dar la razón o explicar los mismos hechos que la observación clínica ya había constatado. Vendrá un día en que el laboratorio nos explicará la fuerza expansiva de la gripe, sus formas latentes, sus simbiosis microbianas, los mecanismos que determinan la exaltación de su virulencia, la localización o la generalización de la infección, y con todas estas teorías no habrá anulado los productos de la observación clínica ni demostrado su falsedad; lo que hará es complementarlos y redondearlos llevando la investigación a otro terreno y estudiando hechos ya conocidos desde otro punto de vista. Por ese camino es posible que suministre el clínico nuevos elementos de diagnóstico, como ha ocurrido con la sífilis, con la peste, con la tuberculosis, y aun recursos terapéuticos para combatir la infección con los que no soñaba. Pero esto presupone lo otro; suprimid la observación clínica y esas esperanzas resultarán fallidas por faltarle al investigador la primera materia en que ha de trabajar para llegar a un más allá.

■ A mí me produce un efecto deplorable oír decir a un clínico que no sabemos nada de la gripe porque su bacteriología es deficiente y vaga. Algo, y aun mucho, sabemos de ella; los productos de la observación no son nunca baldíos. Lo que en realidad nos falta saber acerca de este punto es lo que viene después de esta observación pura, acertar con los procedimientos que han de permitirnos reducir los hechos por ella acumulados a condiciones de experimento. Pongamos las cosas en su lugar. Bien está el clínico en su terreno y no le exijamos más de lo que buenamente pueda dar de sí ni que renuncie a lo que por fuero propio le pertenece. Si con el progreso de los tiempos salen del laboratorio hechos que están en pugna con sus más claras conclusiones, reflexionemos que esta pugna es más aparente que efectiva, porque, como no hay derecho contra el derecho, tampoco hay hechos contra los hechos. De hombres cuerdos es esperar que vendrá la luz que los concuerde y enlace en una suprema armonía.

DR. A. ESQUERDO —Ha escuchado con deleite las afirmaciones hechas por el doctor Turró. Insiste en que se hable de este asunto, porque todavía hay quien duda de la naturaleza de la enfermedad.

■ Recuerda que él tuvo que visitar muchos enfermos en la epidemia de 1890 y lamenta que no puedan asistir a la Academia los médicos que entonces visitaron más. No obstante pudo observar bien la evolución y consecuencias de aquella epidemia, notando cierta paridad entre una y otra, con la diferencia de que en aquella hubo más número de ataques, predominaban los fenómenos catarrales, había más complicaciones nasales y auriculares, los enfermos graves duraban más tiempo, seguían una evolución más tórpida y casi mataban por agotamiento o dejaban secuelas de que con trabajo podían desprenderse los enfermos. En aquella epidemia los que más padecieron fueron los enclenques, los viejos, los bronquíticos y los tuberculosos. Algunos casos, por su duración e irregularidad de curso podían confundirse con la tifoidea. Cree que desde entonces siempre ha habido casos de gripe en España, pues él ha tenido ocasión de ver, varias veces, en épocas y en sitios distintos, casos parecidos a los que se observan ahora por la gravedad y difusión de las lesiones pulmonares.

Está conforme en que no debe abusarse de las medicaciones enérgicas y que no debe darse mucho crédito a las medicaciones especiales y específicas, porque él visita a un enfermo que, a pesar de haber tomado dos gramos de bromhidrato de quinina y dos centigramos de arseniato sódico, *motu proprio*, al sentirse enfermo, no ha evitado la bronconeumonía, con congestión

difusa y las hemoptisis. Hay enfermos que se curan sin medicación a pesar de la brutalidad y gravedad de la infección y otros que se mueren a pesar de las inyecciones masivas y prematuras de sueros y vacunas. Cree que lo más prudente es no abusar de la medicación, observar atentamente la evolución de la enfermedad y obrar con oportunidad empleando las medicaciones que requieren los trastornos que se presentan.

LÓPEZ-BREA.—Encarecía la importancia de datos estadísticos de la enfermedad reinante, para saber si los invadidos por la epidemia en la primavera lo habían sido en la de este otoño, dijo que tenía el gusto de exhibir la estadística desde el comienzo de la epidemia, 18 de septiembre, hasta la fecha en los invadidos de las fuerzas militares en todas las guarniciones de la Región, fuerzas que con los excedentes de cupo, Guardia civil, Carabineros y otros Cuerpos que aunque no imputables a Guerra ingresan en los Hospitales Militares ascienden a 22.000 hombres. En ellos se observa que la cifra máxima de asistidos entre hospitales y cuarteles se acercaba a quinientos (472) y la mínima pasaba de doscientos (211) que era la del día de la fecha; que hallada la media diaria de los 44 días de epidemia transcurridos resultaba ser 354. Que calculando la duración media de la enfermedad en una semana los asistidos en cuarteles y hospitales, procedía multiplicar esta cifra media por 6 y medio que son las semanas transcurridas y se obtenía la cifra de asistidos entre Cuarteles y Hospitales 2301, que es algo más que el 10 por ciento de las fuerzas de la Región; los fallecidos en la epidemia hasta hoy en hospitales y fuera de ellos son 63 o sea un 27 por mil de los asistidos, y 270 por mil de las fuerzas que suministraron estos enfermos.

Que los invadidos fueron preferentemente los del cupo de instrucción, los de cuota y los que habían estado disfrutando de licencia cuando la primavera pasada fué invadida la región por la epidemia; que de los que fueron atacados en aquella sólo han vuelto a ser invadidos en ésta 21; que los Cuerpos de guarnición en Barcelona que fueron más atacados en la primavera, como Cazadores de Alba de Tormes, Caballería de Montesa, 8.º de Artillería, Comandancia de Artillería y 4.º de Cazadores Minadores, son los menos invadidos en esta epidemia de otoño.

Que los puntos en que la epidemia actual ha hecho más estragos han sido: Figueras, que con un regimiento de guarnición estuvo teniendo de 100 a 150 enfermos entre Cuartel y Hospital, más invadidos que Barcelona los 17 primeros días de epidemia y llegando a tener 10 fallecidos. Desde el 4 de octubre que bajó la cifra de asistidos, ésta permanece estacionaria. Lérida presentó también cifras elevadas de asistidos desde el comienzo de la epidemia, 18 de septiembre hasta el 3 de octubre, y desde entonces está estacionaria la cifra.

Barcelona se ha mantenido con cifras altas, rebajando muy poco hasta hace cinco días que el descenso es muy notado.

Se exhibe una gráfica del curso de la epidemia en estas tres guarniciones que pone de manifiesto lo expresado.

La enfermedad fué llevada a Lérida por la fuerza de la guarnición de la Seo de Urgel que se relevó días antes del comienzo de la epidemia, siendo de llamar la atención que Seo de Urgel y Lérida y sus respectivas guarniciones estaban libres de la gripe; ésta debió tomarla la fuerza relevada en las etapas de su viaje a Lérida.

Ello da a conocer que los pueblos que esta fuerza recorrió, vecinos a la frontera, fueron invadidos por inmigrantes que procedían de la vecina República; por eso las poblaciones primero invadidas fueron Lérida, Barcelona, Gerona y Figueras.

Figueras fué la más acometida y con mayor proporcionalidad de casos graves y de defunciones por su proximidad a La Junquera y a Port Bou, puntos en que establecieron estaciones de reconocimiento de inmigrantes, cuando el Mediodía de Francia estaba atacado de casos graves y se hablaba de infecciones exóticas. Concuerd a esto con los numerosos casos graves que ha observado el doctor Pi y Suñer en el distrito por que es diputado, el Ampurdán.

Después el señor López Brea dió cuenta de las observaciones clínicas hechas en el Hospital de esta ciudad y en otros de la Región, sobre la evolución en sus rasgos característicos y modalidades de la enfermedad, sobre resultados de autopsias e investigaciones del Laboratorio bacteriológico; de los que se deduce que se trata de la gripe y sólo de la gripe; por lo repentino y casi brutal de la invasión, por la intoxicación del sistema nervioso inmediato de diverso grado y observación, después de la que se fija sobre tal o cual órgano *locus minoris resistentiae*, en esto muy ayudada por los microbios, la gripe así domina desde aquel sistema todo el organismo y abandona a sus satélites el cuidado de atacar a tal o cual región; este es el secreto de las diversas modalidades clínicas, y así la enfermedad permanece una en su esencia y guarda intacta su especificidad cualquiera que sea el ropaje con que se

vista. Cada epidemia se caracteriza por una forma: la de 1837 atacó al aparato respiratorio, en la de 1889 predominaron las formas nerviosas y en la actual ambas formas.

Sobre el agente causal, que desde Pfeiffer en Berlín en 1890 venía considerándose como tal *bacillus influenzae* hallado por él en el moco bronquial y jugo del pulmón de los griposos, fué confirmado por Chantemesse y Cornil, por Meunier, Guedini y Livierato, 1907. Dijo el señor López-Brea que había sacado la impresión, en la sesión anterior de este debate, de que la Real Academia se pronunciaba

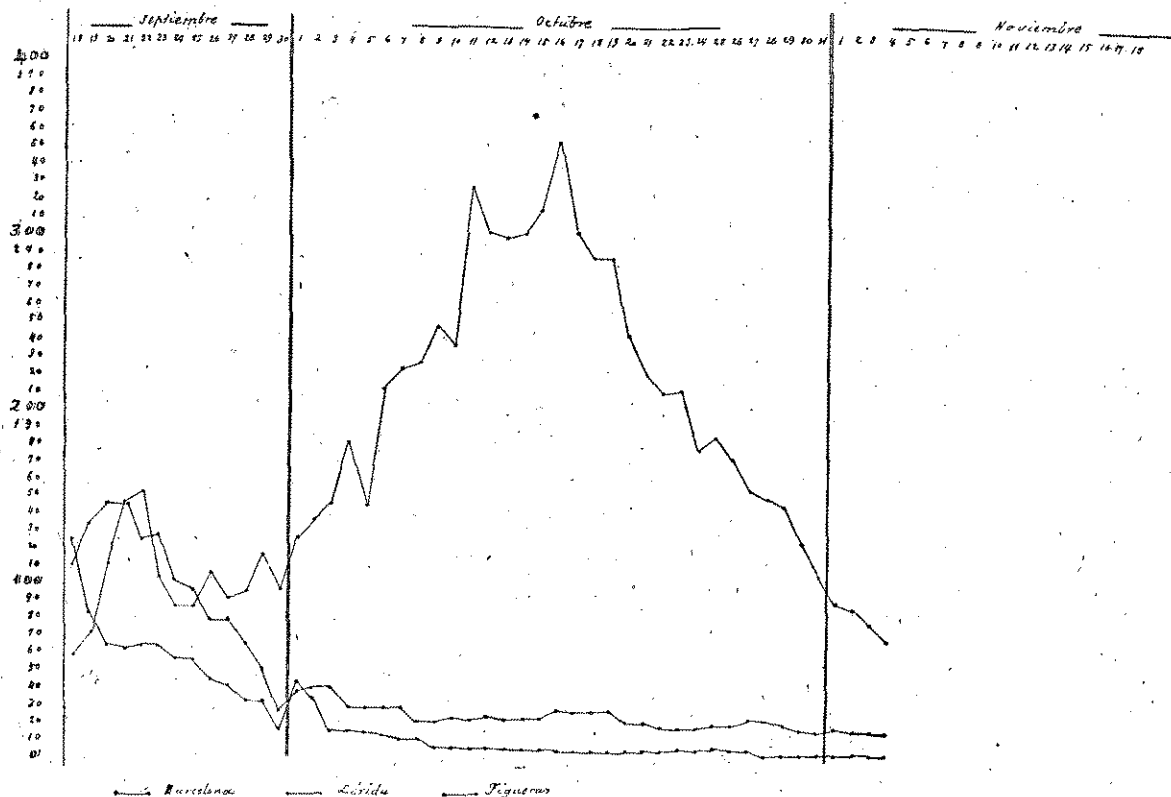


Gráfico que expresa el número de invadidos de gripe de primeros de Septiembre a primeros de Noviembre en las plazas de Barcelona, Lérida y Figueras siendo las más atacadas las guarniciones de Barcelona y después la de Figueras y en tercer lugar la de Lérida.

abiertamente contra el *Cocobacilo Pfeiffer*, fundándose en que no se hallaba en numerosas investigaciones hechas por bacteriólogos en Barcelona y otros puntos de España y por el docto militar inglés, doctor Garofolo, y a este propósito tenía que hacer observar que en los Laboratorios de Sanidad Militar se ha encontrado numerosísimas veces el Pfeiffer en esta epidemia, y contra lo que dice el doctor Garofolo, el doctor John Matthews asegura que se debe al método empleado; que él en los casos de la misma población halló en la misma época frecuentemente el Pfeiffer y abundantemente con el procedimiento de Douglas, de sangre digerida a la que se incorpora el agar, pero haciendo que no dure la incubación una semana como hacía Douglas.

Entiende el Señor López-Brea que derrocar el concepto que viene mereciendo el Pfeiffer por su acción causante o despertadora de la infección gripal al menos, sólo por los trabajos de Nicolle que admite la existencia de un germen ultramicroscópico filtrable por la bujía de Chamberland, le parece prematuro y expuesto a que al salir de la ortodoxia surja una anarquía científica, por no haber nada aun concreto con que substituir a la concepción que se derroca.

Aplaude que el doctor don Alvaro Esquerdo haya suscitado este debate para que la Real Academia defina cuanto se refiere a la inclinación, curso, evolución y características de esta epidemia, sobre la que se han hecho tan bizarras declaraciones en la prensa política y en la profesional, pues para estos casos están destinados estos centros sabios, que son los llamados a definir serena y acertadamente

cuanto pueda asegurarse, sin ir más allá de lo que la ciencia tenga establecido y a lo sumo declarando como dudoso o en estudio, lo que no pueda establecerse como seguro.

Para esta definición pueden servir de orientación las siete proposiciones que con feliz acierto señaló el doctor Bartrina en la sesión anterior del debate, y la amplia información que en ella dieron los doctores Turró, Pi y Suñer, Nubiola, Esquerdo y Cardenal (don Salvador), completada con lo que hoy han expuesto además los doctores Botey, Ribas, Perdigo y Cardenal (don Felipe).

DR. CARDENAL NAVARRO.—Resume sus experiencias en la siguiente forma: 1.º Que era fatal que comenzando a aparecer en abril y mayo casos diagnosticados de gripe, que llegaron a adquirir gran extensión, y que repitieron con insólita frecuencia durante todo el verano, reapareciera la enfermedad durante el otoño. En los alrededores de Barcelona se registraron durante todo el verano casos que adquirieron la misma gravedad que los que se observan actualmente en la capital. Debió prevenirse pues, lo que debía ocurrir y ocurrió en efecto. 2.º Los atacados durante la primavera no lo han sido ahora y en todo caso han padecido formas muy benignas. Debe, pues, estudiarse estadísticamente la inmunidad consecutiva al mal, cosa fácil en algunas colectividades como el ejército, nosocomios etc. 3.º La epidemia actual es de gripe y no corresponde su sintomatología a ningún otro proceso. La sección de epidemiología debía reunirse de un modo permanente con el fin de adquirir datos, resolver dudas y tranquilizar en todo caso a la opinión, completamente desorientada a causa del pánico. 4.º Como en los casos observados hay una escala extensa de gravedad diferente, importa recoger todos los datos posibles para resolver tan interesante problema. 5.º Esta epidemia se caracteriza preferentemente por infecciones de *salida* y simbiosis microbianas que determinan cuadros clínicos variados, pero en los que predominan las formas congestivas (epistaxis, enterorragias, congestión pulmonar, adelanto menstrual, etc.). 6.º La profilaxia es muy difícil pero de todos modos urge poner en práctica medios sanitarios de defensa. 7.º El tratamiento debe ser sintomático, pues el patológico es hasta el momento desconocido. Deben vigilarse ciertas complicaciones como la albuminuria, (muy frecuente aun cuando ésta sea muchas veces episódica.)

DR. XALABARDÉ.—La mayoría de clínicos afirman el carácter gripal de la actual epidemia. No me atreveré yo a negarlo, porque para ello sería necesario que poseyera datos incontrovertibles que demostraran la verdadera naturaleza de la epidemia, supuesto que no fuera gripal. Y estos datos no los tengo, encontrándome en una situación análoga a los que afirman rotundamente la naturaleza gripal de la infección. Estos basan sus afirmaciones en un criterio de pura inducción, y dicen gripe porque no pueden decir otra cosa. En efecto: la bacteriología nada nos dice en concreto que pueda esclarecer la cuestión. Son muy contados los bacteriólogos que aseguran haber encontrado el Pfeiffer y aun en muy pocos casos. Esto ha hecho resucitar antiguas discusiones sobre el verdadero valor del Pfeiffer como causa específica de la gripe, resultando de ellas muy restringida la significación patognomónica del coco-bacilo. Se ha hablado de un germen ultramicroscópico que nadie ha visto, existiendo sólo en hipótesis. En resumen, que los datos bacteriológicos son, hasta la fecha, negativos.

Quédanos sólo la observación directa del enfermo, no la clínica como dicen algunos, pues no existe esta pretendida diferencia que se quiere establecer entre clínica y laboratorio. Es clínica todo el conjunto de medios que se emplean para la resolución de un problema diagnóstico, o terapéutico, así sea una inspección directa, como a través de un microscopio.

¿Qué nos dice la observación directa del enfermo? Si la gripe tuviera un cuadro clínico característico, sin posible confusión con otros procesos, el caso estaría resuelto. Pero, precisamente, por la gran variedad de formas clínicas y por la no más pequeña variabilidad de síntomas, se ha llamado a la gripe el histerismo de la infección, hasta el punto de que, a semejanza del histerismo y de la neurastenia, nos ha venido la gripe como de molde para encajonar en ella, todas aquellas infecciones cuya naturaleza desconocemos. Esto indica la semejanza de las formas clínicas de la gripe con otras infecciones de naturaleza distinta y su posible confusión. Por esto decía antes, que se ha calificado de gripe la presente epidemia, porque no se podía decir otra cosa.

Aceptando, por mi parte, este calificativo, pero sólo en este sentido, deseo llamar la atención de los señores Académicos sobre determinados aspectos de esta epidemia, interesantes por más de un concepto.

El pneumococo, que en un principio sólo tenía como jurisdicción el pulmón, y como proceso propio la clásica pulmonía, ha ido ensanchando su esfera de acción de tal manera, que hoy podemos afirmar que no hay aparato, órgano ni tejido que sea por él respetado. Véase, pues, cuánta variedad de cuadros clínicos puede presentar la pneumococia, y cuantas semejanzas puede tener con la gripe en determinadas formas. Yo recuerdo el caso de una muchacha que empezó con una pneumonia congestiva del vértice, seguida, después de una falsa crisis, de una reproducción en la base del pulmón afecto,

seguida también de una falsa crisis, tras la cual apareció una típica peritonitis pneumocócica con formación de gran absceso suprapúbico que exigió la operación. Estando la herida en vías de cicatrización, apareció una meningitis pneumocócica que ocasionó la muerte de la enferma. La naturaleza de la enfermedad se comprobó a cada recaída con la observación directa de los productos patológicos (esputo, pus, líquido céfalo-raquídeo), con las siembras y con la inoculación al conejo. Es muy seguro que de no haber podido practicar esta comprobación, se hubiera pensado en la gripe quizá antes que en la pneumococia.

A parte de esto, hay que notar la grandísima frecuencia con que se ha señalado la presencia del pneumococo, al que se atribuye, con razón en mi concepto, el principal papel en las complicaciones observadas en la actual epidemia.

Estos hechos me han hecho recordar un notabilísimo trabajo del doctor Jouin, médico militar francés, publicado a principios de este año, sobre la extrema gravedad y frecuencia de las pneumococias entre los negros traídos del Africa a las trincheras francesas, especialmente en los malgaches, hasta el punto de que, según el autor, el 50 por ciento de las enfermedades de estos negros son pneumococias, cuya mortalidad alcanza un 80 por ciento. El autor da al hecho una importancia tal que puede, según él, constituir un peligro para la metrópoli. ¿No es esto un anuncio de una próxima epidemia? Si recordamos la influencia que en la propagación de la actual epidemia han tenido los obreros procedentes de Francia (donde se originó el mal), y que se internaron en España y Portugal, se nos irán presentando más claras las analogías entre la supuesta gripe y las pneumococias de los negros atrincherados. Pero aun hay más: el ya citado doctor Jouin nos dice que Marchoux, cuyos estudios en la patología de las colonias francesas son bien conocidas, ha conseguido hacer recobrar la virulencia a pneumococos atenuados, añadiendo a los medios de cultivo, sangre de aquellos negros.

Esta serie de importantes observaciones nos hace pensar que si la naturaleza de la actual epidemia es realmente gripal, la simbiosis pneumocócica asume la mayor importancia clínica, y que esta inusitada virulencia del pneumococo, que acostumbra a ser pasajera, puede reconocer su origen en el paso por el organismo de los negros reclutados para luchar en las trincheras francesas.

Algo debe haber de esto en la conciencia de los clínicos en general, pues todos están acordes en afirmar que la gripe es una infección muy ligera, que en la actual epidemia no tiene otro papel que el de abrir la puerta y preparar el terreno a otras especies microbianas, que son las en realidad verdaderamente importantes, y entre ellas la más importante sin duda es la pneumocócica.

No ignoramos la intervención de otras especies, una de ellas el estreptococo. Por nuestra parte, las investigaciones que hemos practicado (incompletas por falta de tiempo) nos han dado a conocer las siguientes especies, en diferentes enfermos. El bacilo de Pfeiffer no lo hemos encontrado nunca. El pneumococo en todos los casos examinados. El estreptococo y el stafilococo en algunos. Un bacilo que no hemos podido aún clasificar, y que en las siembras en patatas con suero humano da a las 48 horas una película rugosa como las siembras de tuberculos, y de consistencia mucilaginosa; no es ácidorresistente y se colora con todas las tinturas. Ha sido inyectado intraperitonealmente en dos cobayas. Veremos el resultado, pues no hay tiempo todavía. Además, el examen directo de los esputos nos reveló la presencia, siempre, de un espirilo, ya mencionado por el señor Turró en otra sesión de esta Academia, pero no ha dado siembras; ignoro la significación que pueda tener este espirilo.

La virulencia de todas estas especies debe ser muy pasajera, pues mezcladas todas ellas, procedentes de las siembras, en una emulsión e inyectadas en el peritoneo de cobayas, no han producido la menor alteración.

De todo lo que he podido observar en la presente epidemia, cualquiera que sea su naturaleza, resulta que hay un problema de suma importancia, no exclusivamente aplicado al trastorno actual, sino como problema de la patología infecciosa en general y al cual no se ha concedido toda la atención que merece; me refiero a las simbiosis microbianas. Conviene examinar esta cuestión con todo el interés que merece, pues yo creo que como el problema de las bacterias, como el problema de las toxinas, el de las simbiosis microbianas no tardará en formar por sí solo todo un capítulo de la patología infecciosa.