

LA GRIPE (INFLUENZA)

Informe de una Comisión especial de la American Public Health Association.

NATURALEZA DE LA EPIDEMIA

La presente epidemia es producida por una enfermedad de contagiosidad extrema. Según los datos reunidos por esta Comisión hasta el presente, la enfermedad parece limitarse a los seres humanos.

El microorganismo o virus primario, causante de esta enfermedad, no ha podido todavía ser identificado, aunque no hay, sin embargo, ningún motivo que induzca a dudas sobre la existencia de tal agente. Ciertos estados mentales pueden hacer creer a una persona que padece la gripe, sin ser verdad, y esos mismos estados de ánimo aumentarán los sufrimientos del que en realidad la padezca. Pero un mero estado de ánimo es incapaz de producir la enfermedad en una persona que no esté infectada por el organismo o virus productor de ella.

Aunque la enfermedad causante de la epidemia es conocida generalmente por gripe o influenza, y aunque en la presente comunicación nos referiremos a ella bajo esa denominación, no se ha demostrado de un modo satisfactorio todavía su identidad con la enfermedad conocida hasta el presente con dicho nombre, ni que todos los brotes de enfermedad denominados *gripe* o *influenza* hayan pertenecido a una misma y única entidad patológica.

No existe ningún método de laboratorio conocido por medio del cual nos sea posible distinguir la gripe de un catarro ordinario o de una bronquitis u otra cualquiera inflamación de las mucosas de la nariz, faringe y garganta.

No existe tampoco ningún método de laboratorio conocido que nos permita determinar cuándo una persona que ha sufrido la gripe deja de ser un foco de contagio para otras.

El laboratorio es un auxiliar necesario para la vigilancia y dominio ulterior de la enfermedad. El laboratorio de investigación es necesario para descubrir el microorganismo o virus causal y para obtener un método práctico para la preparación de una vacuna específica o de un suero curativo. El laboratorio clínico es necesario para la inspección y comprobación de las vacunas y los sueros que se usen de tiempo en tiempo, con el objeto de prevenir la enfermedad o con fines terapéuticos, y por la información que tales laboratorios puedan dar, tanto a las autoridades sanitarias como a los médicos, sobre las variaciones en los tipos de microorganismos infecciosos que suelen ocurrir durante el transecurso de una epidemia.

Las defunciones por gripe son debidas generalmente a neumonías que tienen por causa la invasión de los pulmones por una o más formas de estreptococos o de neumococos, o por el llamado *bacillus influenza* o bacilo de Pfeiffer. Esta invasión es, al parecer, secundaria al ataque inicial de la enfermedad.

Parece evidente que el microorganismo infeccioso o virus de la gripe proviene de la nariz o

de la boca de las personas infectadas, verificándose el contagio pasando dicho microorganismo a la boca o a la nariz de la nueva víctima, y no de otro modo, salvo en el caso posible, pero improbable, en que la infección se verifique por los ojos, por alojarse el bacilo en la conjuntiva o en los sacos lagrimales.

PROFILAXIS

Si se admite que la gripe es solamente transmitida por la secreción nasal y faríngea de las personas afectadas, pasando a la nariz y garganta de las personas susceptibles a la infección, lógicamente la acción preventiva ha de seguir los preceptos expuestos en seguida, sea cual fuere la naturaleza del organismo o virus causal, y, por lo tanto, no es necesario esperar a que dicho microorganismo o virus sea descubierto para tomar medidas preventivas:

I. Rómper las vías de comunicación a través de las cuales pasa el agente infeccioso de una persona a otra.

II. Inmunizar o aumentar por medio de vacunas, la resistencia de las personas expuestas a la infección.

III. Fortalecer la resistencia natural de las personas expuestas a la enfermedad, mejorando su estado de salud.

I. *Rotura o interrupción de las vías de comunicación:*

a) Prevención del contagio por gotitas de mucosidad. Es evidente la importancia primordial de este precepto.

b) La vigilancia del esputo. Es evidente que el peligro por éste se debe a la contaminación de las manos y utensilios para comer.

c) Vigilando los comestibles y las bebidas. La evidencia no parece indicar gran peligro de infección por este conducto.

Los detalles y métodos prácticos que puedan emplearse para la prevención de contagio por gotitas de mucosidad, por el esputo, los comestibles y bebidas se discuten más adelante bajo la denominación de métodos preventivos especiales.

II. *Inmunización y vacunas.* (Discútese este punto, más adelante, en una comunicación del comité de laboratorio). En la presente epidemia se han usado las vacunas con el objeto de:

1. Prevenir o mitigar la gripe *per se*.

2. Prevenir o mitigar las complicaciones que sabemos son provocadas por el bacilo gripal o por diferentes tipos de estafilococos y neumococos.

En relación con el uso de vacunas para la prevención de la gripe, los detalles observados por la Comisión sobre el éxito bueno o malo, de tal práctica, son contradictorios e irreconciliables. En vista de que se desconoce el organismo causal, no existe ningún fundamento científico para el uso de vacuna alguna contra la enfermedad primaria. Si se usa una vacuna, debe hacerse esto solamente por si tiene alguna relación con el organismo desconocido, causa de la enfermedad.

El uso de vacunas contra las infecciones secundarias tiene un fundamento más lógico, pero

la Comisión carece de dato suficiente que dé seguridad al usarlas. Al usar estas vacunas, el paciente debe darse cuenta de que este tratamiento se encuentra todavía en vía de desarrollo.

Es opinión de la Comisión que al usar las vacunas experimentalmente para determinar su valor profiláctico o curativo, han de cumplirse las siguientes condiciones:

1. Los grupos de personas vacunadas y no vacunadas han de ser iguales en número.

2. La susceptibilidad relativa de ambos grupos ha de ser idéntica, midiéndose por la edad y el sexo de los individuos que los integran, exposición previa a la infección sin desarrollo de gripe y anamnesia referente a ataques recientes de la enfermedad.

3. El grado de exposición de cada grupo ha de ser prácticamente el mismo en duración e intensidad.

4. Ambos grupos han de ser expuestos al mismo tiempo, durante el mismo estadio de la curva epidémica.

III. *Fortalecimiento de la resistencia natural en personas expuestas a la infección*—Ha de evitarse el agotamiento físico y nervioso, concediendo la atención debida al descanso, ejercicio, trabajo físico y mental, y horas de sueño. Tenemos datos concluyentes de que la juventud y vigor corporal no garantizan la inmunidad para la enfermedad.

La naturaleza de las medidas preventivas en una comunidad determinada, depende en gran

parte de la naturaleza de la comunidad misma, en lo que se refiera a los rasgos característicos de la población, industrias, etc., y la elevación y tipo de la curva epidémica. Por ejemplo, las medidas que deberían adoptarse en una comunidad puramente rural no serían aplicables a una gran área metropolitana, ni las medidas indicadas al principio o al fin de una epidemia pueden ser adaptables a un período intermedio. A causa de esto la Comisión se ha visto en la imposibilidad de dictar reglas preventivas que sirvan de guía a todas las autoridades sanitarias en general. Lo más que ha podido hacer ha sido determinar ciertos principios generales que en su opinión han de constituir la base de toda medida administrativa para la prevención de la gripe. La aplicación de estos principios a las necesidades peculiares a cada comunidad, ha de ser decidida por las autoridades de dicha comunidad, que son las responsables de la protección de la salud pública.

Las medidas preventivas recomendadas por la Comisión son las siguientes:

A) Una organización eficaz de urgencia que se encargue de la coordinación central y administración de todos los recursos.

B) Un mecanismo para obtener datos referentes a la epidemia:

1. Declaración obligatoria.

2. Investigación, profesional o nó, de los casos, etc.

C) Publicidad extensa y educación sobre higiene respiratoria, comprendiendo datos refe-

rentes a los peligros que encierra el toser, el estornudar, el escupir y el poco cuidado en la recogida de la secreción nasal; la conveniencia de no introducir en la nariz ni en la boca los dedos ni ningún otro cuerpo extraño; la necesidad de lavarse las manos antes de cada comida; el peligro de cambiar el pañuelo por el de otra persona, y las ventajas del aire libre y de la higiene general. Debe llamarse la atención sobre los peligros del coriza ordinario, y todos los casos de resfriado deberán ser declarados al Jefe de Sanidad para que puedan enviarse cartillas con instrucciones a los enfermos. Debe darse a conocer al público el peligro de la existencia posible de individuos portadores de la infección, tanto entre los enfermos como entre los sanos, y la necesidad de que cada cual ponga el mayor cuidado para evitar el contacto de secreciones nasales y bucales.

D. Procedimientos administrativos:

1. Deben hacerse leyes contra el uso de utensilios comunes para beber, y los vasos mal lavados de los puestos de refrescos y otros establecimientos públicos de bebidas, y tales leyes han de cumplirse.

2. Leyes sobre la ventilación, que han de hacerse cumplir.

Siendo la enfermedad un problema en que juegan un papel principal las muchedumbres, las tres secciones siguientes son de gran importancia:

3. *Cierre de locales públicos*—Habiéndose reconocido que la gripe se extiende por la transmisión de las secreciones nasales y bucales de

las personas afectadas, algunas de las cuales, pero no todas, se darán cuenta de su estado, la boca y la nariz de otras personas, las aglomeraciones de cualquier clase que sean, deben ser consideradas como focos potentes de contagio. Por lo tanto, será una medida administrativa esencial la limitación de reuniones públicas en lo referente a número y frecuencia, y la regulación de las condiciones bajo las cuales dichas reuniones podrán celebrarse.

Las reuniones innecesarias deben ser prohibidas. Las necesarias deberán celebrarse en condiciones que aseguren el mayor espacio posible para cada concurrente y una cantidad máxima de aire libre; y han de tomarse precauciones para evitar toser, estornudar, etc.

Donde las actividades necesarias de la población, tales como la realización del trabajo diario y la ganancia del sustento, produzcan el amontonamiento considerable y el contacto de individuos, poco se adelantará con el cierre de cierta clase de lugares de reunión. Pero, si por otro lado, la comunidad puede funcionar sin excesivo contacto entre los individuos que la forman, constituye una ventaja relativamente considerable evitar las reuniones.

Escuelas—Referente al cierre de escuelas, varios problemas deben considerarse:

a) Teóricamente las escuelas aumentan el grado y número de contactos entre los niños. Si las escuelas se cierran, muchos de los contactos a que los niños están expuestos se verificarán en la calle. La cuestión de si el cierre disminuye o aumenta los contactos debe decidirse según los

méritos del caso. Es evidente que las condiciones urbanas y rurales difieren de un modo radical a este respecto.

b) ¿Están expuestos los niños, al ir a la escuela o al volver de ellas a las inclemencias del tiempo o a largos viajes en vehículos atestados?

c) ¿Existe un sistema de inspección y cuidado adecuado en las escuelas?

d) ¿Hay probabilidad de que los maestros, médicos y enfermeras puedan identificar con seguridad y separar al escolar infectado antes de que tenga oportunidad de entrar en contacto con los demás en los pasillos, patios, habitaciones, etc.? Aconsejamos que los niños sospechosos de gripe y puestos bajo inspección en los edificios escolares, sean provistos de caretas y se les obligue a hacer uso de ellas.

e) ¿El cierre de las escuelas dejará en libertad de ayudar a varias personas o procurará otras ventajas que auxilien a combatir la epidemia?

f) Si las escuelas permanecen abiertas, ¿menoscabará la ausencia de muchos maestros el grado de instrucción?

g) Si cierto número de discípulos permanece en casa a causa de enfermedad o por miedo a ella, ¿no constituirán a la vuelta una demora para su clase?

h) Si se cierran las escuelas, ¿será probable que al ser reabiertas se reproduzca la epidemia?

Iglesias—Si las iglesias han de permanecer abiertas, los servicios religiosos deben disminuirse lo más posible, y consistirán solamente en los oficios estrictamente necesarios, y tales oficios han de celebrarse de modo que se reduzca a un

mínimum la intimidad y frecuencia de contactos personales.

Teatros—Con respecto a teatros, cinematógrafos y demás lugares de esparcimiento en general, parece imprudente el contentarse con la expulsión de los que tosen descuidadamente. En primer lugar es muy difícil decidir quién es el que tose con descuido, y en segundo lugar, después de que ha tocido el peligro ya está encima. Pero el cierre de teatros puede también considerarse poco sabio si se considera su valor educativo, etc. Puede ejercerse un juicio ecléctico en lo referente al cierre de teatros, cinematógrafos, etc., tomando por base las condiciones de ventilación y de sanidad general del local.

Cafés, etc.—El cierre de cafés y puestos similares de bebidas ha de fundarse en la posibilidad de transmisión de la enfermedad por los utensilios de beber y las condiciones de amontonamiento.

Salones de baile, etc.—El cierre de salones de baile, salas de billar, recreos mecánicos, etc., ha de efectuarse en todos los casos en que su actividad lleve consigo gran aglomeración y riesgo de contacto personal.

Tranvías, etc.—Debe insistirse en la ventilación y limpieza de todo vehículo dedicado al transporte de pasajeros. La aglomeración debe ser impedida. Puede hacerse un escalonamiento experimental de horas de apertura y cierre de tiendas y fábricas, para evitar la aglomeración en los medios de transporte. En las poblaciones pequeñas, donde todo el mundo puede ir a su trabajo a pie, lo mejor es suprimir el servicio de transportes.

Las exequias y demás actos funerales accesorios deben prohibirse, por constituir las reuniones en lugares limitados, un aumento de contacto individual y fuentes probables de infección.

4. *Caretas*—Debe hacerse obligatorio el uso apropiado de caretas en los hospitales y para todo el que esté en contacto directo con la infección. Debe asimismo ser obligatorio para los barberos, dentistas, etc. Los datos que la Comisión posee referentes a los resultados beneficiosos obtenidos por el empleo de caretas, por toda la población en los diferentes períodos de la epidemia, son contradictorios, lo cual no ha inclinado a la Comisión a aconsejar la adopción general de tal práctica. Sin embargo, debe instruirse a las personas que deseen usar caretas en su propio interés, en el modo de hacerlas y usarlas.

5. *Aislamiento*—Debe llevarse a cabo el aislamiento de los pacientes que sufran la gripe. En caso de negligencia irracional, debe hacerse cumplir este precepto con la mayor rigidez acudiéndose a los tribunales.

6. *Fijación de carteles*—En caso de negligencia y menosprecio del interés público, se obligará a fijar carteles en la puerta de las casas que alojen un paciente de la enfermedad.

7. *Hospitalización*—La teoría de la completa hospitalización es que si se pudieran hospitalizar todos los pacientes, la epidemia sería dominada. En ciertas comunidades pequeñas en que la hospitalización de todos los casos se llevó a cabo con prontitud, la enfermedad fue dominada rápidamente. Debemos reconocer, sin embargo, que de no ser descubierta e identifica-

da como tal toda persona infectada y conducida al hospital antes de que infecte a otros, la hospitalización no ofrece muchas garantías de poder eliminar la enfermedad.

En general, debe aconsejarse el tratamiento en casa, siempre que haya facilidades adecuadas de médico, enfermera y demás, y cuando este tratamiento no esté contraindicado por el peligro de contagiar a otros. La hospitalización, tanto en los casos graves como en los leves, se llevará a cabo solamente cuando las facilidades para el tratamiento en casa sean inadecuadas en lo que respecta al médico, enfermera, etc. Las objeciones a la hospitalización rutinaria de los casos benignos se basa en la posibilidad de que pacientes que no padecen todavía infección secundaria de ninguna clase, pueden adquirirla al ser expuestos a la vecindad de casos de hospital que la padecen. La objeción en cuanto a la hospitalización rutinaria de los casos graves consiste en el peligro para el paciente del transporte de su casa al hospital.

8. *Toses y estornudos*—Leyes que regulen la tos y el estornudo parecen necesarias para obtener resultados prácticos y educativos.

9. *Desinfección final*—La desinfección al final de la enfermedad no tiene ninguna ventaja sobre la limpieza, soleación y aeración.

10. *Alcohol*—El uso del alcohol no tiene valor profiláctico alguno.

11. *Vaporizaciones y gargarismos*—Los gargarismos y vaporizaciones no protegen la nariz y la garganta contra la infección, por las siguientes razones:

a) No ha llegado a conocimiento de la Comisión la existencia de germicida alguno suficientemente potente para destruir los organismos infecciosos, que pueda ser aplicado a la nariz y la garganta sin destruir al mismo tiempo las mucosas.

b) La irrigación de la nariz y la garganta para la expulsión mecánica del organismo infeccioso es impracticable.

c) El uso de tales procedimientos tiende a destruir el moco protector, a extender la infección y a facilitar la entrada de los agentes infecciosos.

d) Su uso doméstico puede acostumbrar a la familia al uso en común de los mismos utensilios.

e) La futilidad de gargarismos y vaporizaciones ha sido suficientemente probada con respecto a ciertos organismos conocidos, como el bacilo diftérico y el meningococo.

CONSIDERACIONES DIVERSAS

1. En los colegios, asilos y establecimientos similares puede, con gran ventaja, llevarse a cabo una cuarentena institucional rígida contra el mundo exterior, si comienzan en el estado precoz de la epidemia, siempre que estén situados y dirigidos de modo que el procedimiento dé un resultado eficaz, aunque sólo sea temporalmente, pues un éxito temporal dilatará la aparición de la enfermedad, si es que ésta aparece el tiempo suficiente para que los enfermos estén en mejores condiciones de recibir atención médica adecuada.

2. Las medidas recomendadas para el dominio de la epidemia, aunque no alcancen el fin propuesto, pueden repartir la epidemia en un período de tiempo más largo, lo que es altamente ventajoso.

3. La estadística de la enfermedad y la conservación de registros es muy importante. La falta de conocimientos referentes a innumerables factores de la enfermedad, hace que sea de gran utilidad la conservación de las historias completas de todos los casos, etc.

4. La Comisión desea llamar la atención sobre la necesidad del estudio estadístico completo de los datos recogidos referentes a la mortalidad, virulencia, defunciones, duración y diferentes aspectos económicos y terapéuticos de la enfermedad. Por la recogida uniforme de datos y el análisis de los mismos, graduación matemática especial, y prueba y estudio de las cifras, pueden obtenerse contribuciones importantes a la historia natural y caracteres típicos de la enfermedad. Pueden deducirse principios generales referentes a la etiología, mortalidad y manejo práctico de la gripe de un extenso estudio crítico de la epidemia en el laboratorio estadístico, así como de la observación clínica intensiva de casos sueltos de la enfermedad.

5. Las medidas recomendadas tienen por objeto promulgar la higiene del aparato respiratorio, en general y en particular, dominar la neumonía y otras infecciones de dicho aparato.

MEDIDAS ADMINISTRATIVAS DE SOCORRO

La Comisión de medidas administrativas de socorro presenta las siguientes consideraciones

como sumario de las medidas más importantes para combatir la epidemia :

I. *Reglas generales*—1. La declaración de casos deberá hacerse obligatoria.

2. El aislamiento, por medio de la cooperación e instrucción, se llevará a cabo con prudencia, para evitar que el médico se inhiba de declarar los casos.

3. La fijación de carteles, debe ser limitada en el mismo sentido que hemos expuesto sobre el aislamiento.

4. El cierre de escuelas, prohibición de funerales, etc., por ser medidas preventivas no serán tratadas en esta comunicación, excepto para recordar que el cierre de muchos establecimientos públicos dejaría en libertad de acción a gran cantidad de voluntarios médicos, enfermeras, etc., para la campaña antigripal.

5. Puede presentarse la necesidad de conferir autoridad y poder a las autoridades sanitarias para la administración de socorros.

II. *Medidas preliminares*—1. Debe emprenderse el alistamiento y distribución de recursos, comprendiéndose como tales los médicos, enfermeras, enfermeras auxiliares, empleados, sirvientes, lavanderas, automóviles, mecánicos, fabricantes de caretas y voluntarios de todas clases.

Todos los medios de publicidad posibles deberán usarse para obtener ayudantes voluntarios.

Deberá hacerse un llamamiento de donantes voluntarios de suero sanguíneo humano de convalecientes de gripe, para usarse en el tratamiento.

2. Los recursos serán centralizados bajo una

dirección, con una oficina general central y sucursales, dividiéndose la ciudad en distritos para la mejor distribución del trabajo de los médicos, enfermeras y demás auxiliares.

La oficina general central deberá estar de ordinario bajo la inspección de una junta representativa de las autoridades más interesadas, y el trabajo de dicha junta será dirigido por un gerente (el jefe de sanidad probablemente) elegido por su competencia.

3. El servicio de socorros debe funcionar de día y de noche, y es de todo punto esencial el establecimiento de un servicio telefónico completo.

4. Las autoridades locales deben establecer y mantener comunicación continua con las del estado y nacionales.

III. *Análisis continuo y corriente de la situación de los casos*—En las comunidades pequeñas debe hacerse un registro de todos los médicos que deseen información, en la forma siguiente:

a) Número de casos bajo tratamiento.

b) Número de casos que necesitan tratamiento en el hospital.

c) Número de casos que necesitan enfermeras en su casa.

d) Número de casos que necesitan atención médica y sin recibirla aún.

Estos datos indicarán la situación en lo que se refiere a las necesidades urgentes de servicio de médico y enfermeras, y ha de tratarse de obtener del modo más completo posible en las comunidades grandes, por varios conductos, como por ejemplo, una lista diaria o registro policiaco de domicilios, etc. La clasificación continua de casos por este sistema es de gran valor práctico.

IV. *Análisis, aumento y organización de los socorros principales—A*). Servicios de enfermeras. 1. Estos servicios de sanidad pública deben emplearse para combatir la epidemia, y deben usarse por distritos bajo la misma dirección que los demás socorros.

2. Enfermeras auxiliares, voluntarios y similares, deben emplearse siempre que sea posible, en domicilios e instituciones bajo inspección experta, una vez que hayan sido clasificados, tomando como base un *mínimum* de competencia individual y de práctica en el cuidado de enfermos de gripe y neumonía.

3. Bajo el punto de vista del paciente, es de desear el tratamiento en casa siempre que la atención médica, cuidados de enfermera, prevención del contagio y demás, puedan llevarse a cabo de una manera adecuada.

4. Debe restringirse cuanto sea posible, por medio de presión sobre la opinión pública, el empleo innecesario de enfermeras particulares.

5. Debe procurarse servicio de automóviles. Las enfermeras deben ayudar a la difusión de las medidas educativas y de aislamiento.

6. Es esencial el uso de formas especiales de registro tanto para este servicio como para el médico, y nombrar una Comisión especial que resuelva este problema.

7. Debe proporcionarse alojamiento y demás comodidades necesarias a las enfermeras que presten servicio en las afueras.

8. Recomendamos más atención a la gripe en todos los cursos para enfermeras de la cruz roja y un empleo más extendido de sus servi-

cios. Esto requerirá inscripción cuidadosa y frecuente (nombre, señas, y número del teléfono) e información referente a la salud personal, edad, competencia y deseo de servir.

B). Servicio médico de urgencia. 1. El servicio médico debe ser dirigido por la oficina central; los médicos no tendrán que rendir cuentas más que a dicha oficina, aunque estén incorporados a una de sus ramas de distrito.

2. En este servicio de urgencia deben utilizarse todos los médicos, si fuere posible, como médicos de fábricas y escuelas, voluntarios, médicos generales con remuneración y estudiantes del último año de medicina. Este servicio deberá responder a todos los llamamientos no atendidos por médicos particulares o recibidos por otros conductos, y debe coordinarse con el servicio especial de enfermeras, proporcionándoseles transporte en automóviles, los cuales habrán de alquilarse si hicieren falta.

3. El servicio médico de urgencia debe usarse para la selección de los casos que requieran tratamiento de hospital.

4. Puede ser factible la institución de un puesto central de distribución de llamamientos a médicos particulares.

5. Debería llegarse a un acuerdo con la junta de licencias para ejercer la medicina, por el cual se pudiera conceder licencia temporal de ejercer su profesión a médicos reputados de fuera del Estado, a instancia de la Junta central de la gripe.

6. En algunas localidades puede ser factible la distribución por distritos de los médicos

locales para que respondan a llamamientos especiales, recibiendo una remuneración fundada en el tiempo que les ocupe tal servicio.

7. Ciertas especialidades relativamente in-
esenciales deben ser abandonadas, y los especia-
listas que las practiquen inducidos a trabajar de
voluntarios en su distrito. Esta clase de servicio
se hará con remuneración o sin ella.

8. Probablemente debería hacerse un esfuer-
zo por una comisión facultativa revestida de
autoridad para dictar métodos de tratamiento
que sirvan de modelo, que impongan límites de
prudencia a los procedimientos terapéuticos.

C). Facilidades de hospital. 1. Es esencial
que el número de plazas disponibles sea supe-
rior al de plazas solicitadas. Deberá hacerse
una lista diaria, que contenga los datos referen-
tes a número de camas disponibles, médicos
y enfermeras que se necesitan, cantidad de ro-
pas, comida, catres, cunas, accesorios, etc. Una
visita periódica por un inspector será probable-
mente más eficaz que una comunicación telefó-
nica.

2. Recomendamos la institución de un pue-
sto de distribución, que comprenda la mayor
parte, ya que no todos los hospitales, para la
admisión de casos. Por este medio los casos más
graves serán tratados con anterioridad. A causa
de los cambios continuos en el número de camas
libres en un hospital, el inventario cotidiano de
facilidades no es completamente exacto, más
bien por el contrario, será conveniente telefo-
nar al hospital cuando se quiera conseguir con
seguridad la admisión de un caso particular.

De todas maneras, los hospitales deben dar la preferencia en la admisión a los casos más graves. Deberán darse a las mujeres embarazadas cuidados especiales en los hospitales.

3. Aconsejamos añadir clínicas o tiendas de campaña o aumentar el equipo de las instituciones existentes, con preferencia al establecimiento de hospitales de urgencia completamente nuevos. Si es posible, ciertos hospitales se destinarán para el tratamiento de enfermos de gripe exclusivamente.

4. Los casos de cirugía de escasa urgencia, así como los casos de medicina interna crónicos que pueden ser tratados a domicilio, serán deshospitalizados.

5. En caso de existir un pabellón de convalecientes, en conexión con el hospital, dicho local podrá usarse para el tratamiento de casos leves y convalecientes, dejando libre mayor espacio en el hospital, que puede ser empleado para alojar casos agudos, y por lo tanto facilitando la atención requerida por los enfermos.

6. Debe hacerse un inventario, de ambulancias disponibles, ya sean éstas pagadas separadamente, o alquiladas por contrato. Todos los automóviles y camiones disponibles deben movilizarse para ambulancias. Si puede conseguirse, se empleará frecuentemente equipo militar.

V. *Medidas de socorro y filantrópicas.* 1. La oficina central deberá dar consejos a la familia del paciente, ahorrando de esta manera llamadas telefónicas, gastos de tranvía y preocupaciones, aumentando al mismo tiempo la inclinación de la familia a hospitalizar a sus pacientes.

2. Obreros voluntarios, tales como voluntarios de la cruz roja, maestros y parientes, serán encargados del cuidado de aquellas familias cuyo miembro responsable haya fallecido o esté hospitalizado, estando este servicio bajo experta vigilancia filantrópica, y las familias en contacto con el sistema de aprovisionamiento. También es necesaria la vigilancia de los niños separados de sus familias.

3. Deberá hacerse una investigación de los domicilios en que se sospeche una destitución o cualquiera otra circunstancia lamentable antes de que le sea al paciente permitido volver a su casa.

4. Se tomarán precauciones para que las instituciones y familias demasiado ocupadas con el trabajo de combatir la epidemia para poder atender a sus intereses propios, queden amparadas por las medidas de socorro generales.

5. El socorro caritativo ordinario debe ser realizado por las instituciones ordinariamente encargadas de él, coordinándose este servicio con las demás medidas epidemiológicas. Las iglesias, logias, etc., tendrán obligación de cuidar a sus feligreses y miembros, para disminuir la aglomeración en la oficina central. El socorro ha de prestarse inmediatamente sin dilación investigatoria alguna.

6. Deberán procurarse recreos (excursiones en automóvil, etc.) para los médicos y enfermeras, cuando estén libres.

VI. *Comidas.* 1. Se organizará una cocina central similar a las de los institutos, escuelas normales, colegios, etc., con un sistema de dis-

tribución, para que preste sus servicios a las familias e instituciones que los necesiten.

2. Se estimulará a ciertas familias para que cocinen cantidades suplementarias de alimentos, que serán entregadas a las cocinas dietéticas centrales para su distribución, publicándose una lista de los alimentos cocinados que se necesitan, respetando las costumbres y preferencias de cada raza.

3. Puede presentarse la necesidad de establecer cantinas en diferentes secciones de la ciudad.

VII. *Lavado de ropas.* Es de importancia vital el establecimiento de un sistema especial para recoger y entregar las ropas, tanto para los domicilios particulares como para las instituciones públicas.

2. Puede ser necesaria la icautación, a cambio de remuneración, de un lavadero público, o un establecimiento particular de lavado institucional no facultado.

VIII. *Defunciones.* El certificado de defunción debe hacerse con rapidez (a las veinticuatro horas), y establecerse un registro que permita la inhumación de los cadáveres con prontitud.

2. Debe hacerse diariamente un inventario de ataúdes disponibles, contratar obreros para la fabricación de los mismos, y ningún ataúd deberá ser vendido sin un permiso de la oficina administrativa de la epidemia.

3. Si las *morgues* y cementerios son inadecuados, debe establecerse un puesto central con facilidades para verificar embalsamamientos, a fin de que los cadáveres puedan inhumarse provisionalmente.

Debe hacerse un inventario de coches fúnebres y establecerse reglas para prohibir los caminos demasiado largos, indicando el máximo de carga, etc., y evitando la prolongación o duplicación innecesaria de los recorridos, etc.

5. Debe tenerse dispuesta una reserva de camiones y automóviles para atender oportunamente a las solicitudes.

6. Debe hacerse el cálculo del número de sepulturas necesarias y obtenerse obreros procedentes de obras públicas y por otros conductos (probablemente soldados) para cavar. Es probable que haya necesidad de realizar inhumaciones en fosa común.

IX. *Educación, instrucción y publicidad.* Será conveniente la divulgación de cartillas con instrucciones especiales referentes a la epidemia, éntre las cuales deben ir incluídas las que siguen.

1. Instrucción a los médicos sobre el modo de hacer las declaraciones, elementos disponibles, y división en distritos, etc.

2. Consejos a los médicos, referentes a métodos de tratamiento, y otras indicaciones.

3. Instrucción a las familias referente al cuidado del enfermo en la ausencia del médico, que será distribuída por las enfermeras, médicos, filántropos, farmacéuticos y otras personas.

4. Instrucciones al público impresas en varios idiomas, indicando dónde puede obtener auxilio, distribuídas por los farmacéuticos, fijadas en los tranvías y publicadas por la prensa, etc.

5. Instrucción a las familias sobre lo que debe hacerse hasta que el médico llegue.

6. Instrucciones a los médicos, gerentes de fábricas, directores de escuelas y demás, recomendando la necesidad del tratamiento en casa y en la cama tan pronto como se presenten los primeros síntomas de enfermedad respiratoria.

7. Instrucciones populares sobre los puntos esenciales referentes al cuidado adecuado del paciente, los peligros de volver al trabajo demasiado pronto, etc. Vale la pena pagar la publicidad en la prensa si hiciera falta.

8. Publicidad de los honorarios legales permitidos a médicos, enfermeras, empresarios de pompas fúnebres, farmacias y demás, para evitar la explotación del público.

X. *Diversos*. Debe obtenerse la cooperación de las farmacias para asegurar un abastecimiento adecuado de medicinas y farmacéuticos.

2. Las víctimas de la gripe y sus familias tendrán la preferencia en el abastecimiento de combustibles.

3. Aunque los procedimientos postepidémicos no constituyen un factor esencial en la situación de la epidemia, son dignos de consideración si se aspira a resolver el problema por completo. Entre dichos procedimientos deben considerarse la provisión de reconocimiento facultativo, cuidados de enfermera, medidas de socorro, problemas de ocupación industrial, y el cuidado de las secuelas especiales que la epidemia deja a su paso, tales como afecciones cardíacas y tuberculosis.

4. Finalmente recomendamos que el Departamento de Sanidad forme un programa basado en el esquema expuesto, y lo conserve en reserva para ser usado en el futuro, si es que no hay

necesidad de él en el presente, y modificándolo para su mejor adaptación al tamaño y demás características de cada comunidad.

LA BACTERIOLOGIA DE LA LLAMADA EPIDEMIA DE GRIPE DE 1918

La enfermedad epidémica conocida como gripe, parece provocada por un microorganismo indeterminado, que produce una infección que disminuye las resistencias de la economía en general y del aparato respiratorio en particular, permitiendo así la invasión por otros microorganismos patogénicos. Las complicaciones infecciosas más importantes son debidas al bacilo de la gripe, diferentes tipos de neumococos y diversas clases de estreptococos. Varios observadores escrupulosos consideran algunos de esos microorganismos como el agente primario de la enfermedad.

En todos los casos suelen presentarse uno o más de dichos microorganismos. La variedad bacteriana dominante en diferentes partes del país parece variar constantemente.

VACUNAS

Considerando que la causa de la epidemia es un virus desconocido, no parece posible por el momento prevenir la enfermedad primaria por medio de vacunas de organismos conocidos. Contra las infecciones secundarias existe una base teórica que sustenta el uso de vacunas preparadas con los organismos responsables de las complicaciones, los que varían en las diferentes localidades y en diversos períodos. La ocurren-

cia de esta variable flora bacteriana parece estar en pugna con la aplicación de vacunas en grande escala, porque requiere vacunaciones frecuentes y repetidas, con la flora que se encuentre en un momento dado. Es imposible, hoy por hoy, la valuación de los datos referentes al uso de dichas vacunas ajustadas a las necesidades locales.

Se han usado de un modo considerable vacunas masivas y preparadas con el bacilo de la gripe o con otros microorganismos. La inyección de vacunas masivas parece mitigar, en cierto grado, algunos casos de gripe y también la gravedad de las complicaciones infecciosas; pero en aquellos casos en que los resultados del uso de la vacuna han sido vigilados, dichos resultados no han sido tan lisonjeros. El hecho de no usarse la vacuna hasta que la epidemia ha sido declarada y tal vez se encuentra ya en su declinación habiendo estado expuestos a ella un gran número de individuos desconocidos, hace muy difícil el deducir conclusiones sobre la eficacia de la vacuna.

RECOMENDACIONES

La Comisión recomienda que hasta que la eficacia o ineficacia de la vacuna antigripal profiláctica no sea establecida, si se usa la vacuna ha de ser de un modo prudente, bajo condiciones que permitan comparar el número de casos y defunciones entre los vacunados y no vacunados. Debe prestarse atención especial a la consecución de datos referentes al período de la epidemia, en el cual las personas vacunadas y no vacunadas padecieron la enfermedad.

La Comisión es de opinión que el uso de vacunas masivas contra la gripe, y contra gripe con neumonía, no debe recomendarse.

La anterior recomendación no debe interpretarse en el sentido erróneo de que no debe usarse la vacuna antineumocócica para combatir la pulmonía.

Esta epidemia ha hecho comprender la importancia de la existencia de laboratorios bien equipados.

HISTORIA Y ESTADISTICAS DE LA EPIDEMIA

La Comisión desea expresar que, en vista del hecho de encontrarse aún en vía de gestación el acopio de datos históricos y de otra clase, todavía es imposible hacer un resumen completo sobre la invasión de la enfermedad en la población americana. Basándose en los mejores datos obtenibles, la Comisión estima en no menos de 400,000 las defunciones debidas a la enfermedad, durante los meses de septiembre, octubre y noviembre de 1918. La mayor parte de la mortalidad tuvo lugar en las edades comprendidas entre los veinte y los cuarenta años, cuando la vida humana alcanza el máximo de su importancia económica. Aconsejamos que esta Subcomisión quede autorizada para cooperar con la Comisión especial de la Sección Demográfica de la Asociación, en el estudio estadístico de la epidemia, y que los datos obtenidos por la susodicha Comisión especial sean comunicados por la Subcomisión de historia y estadística de la epidemia a la Junta General consultativa de la epidemia de gripe. En una fecha próxima presentaremos formas y tipo para la tabulación, análisis y exposición gráfica de los datos.

SUGESTIONES

En vista de la probabilidad de que se presenten recidivas de la enfermedad, de tiempo en tiempo durante el año próximo, recomendamos a los departamentos de sanidad que estén preparados de antemano con planes para la prevención, los cuales han de contener las medidas necesarias y la mayor cantidad de detalles posible. Las leyes absolutamente necesarias debieran ser votadas inmediatamente. Deben tenerse en reserva fondos de urgencia, para ser usados en el trabajo de prevención de la gripe.

La probabilidad de que, como consecuencia de la epidemia de gripe, el número de pulmonías en los años venideros sea más elevado que de costumbre, debe tomarse en consideración.

Cuanto a las medidas para dominar la enfermedad, los estudios bacteriológicos sobre la naturaleza del microorganismo causante de la infección primaria y sus asociaciones bacterianas, crearán nuevos procedimientos perfeccionados, que hagan posible la producción y uso de vacunas eficaces y sueros curativos. El tratamiento de los infectados al aire libre es el que más promete para el porvenir.

DOCTOR EVANS—DOCTOR D. B. ARMSTRONG.
DOCTOR W. H. DAVIS—DOCTOR W. C. WOODWARD—E. B. KOPF

(The Journal of the American Medical Association)