

2°—Considerar la prostitución como un peligro social y autorizar a las autoridades sanitarias y policiales para reprimirla.

3°—Considerar como punible el hecho de que un contagio, hombre o mujer, a sabiendas exponga a otra persona al contagio.

4°—Establecer dispensarios gratuitos para la curación exclusiva de las enfermedades venéreas.

5°—Prohibir la venta de específicos sin la receta del médico y obligar a los farmacéuticos a rendir cuenta de la venta de estos remedios.

6°—Facilitar a las autoridades sanitarias para examinar a los contagiosos y sospechosos, atendiendo por supuesto a los derechos inalienables de los ciudadanos.

7°—Establecer el tratamiento obligatorio de los enfermos. Efectos de sífilis y blenorragia.

8°—Establecer casas de corrección para menores que estén dedicadas a la prostitución o a punto de prostituirse.

9°—Castigar con penas muy severas el proxenelismo lo mismo que el onanismo y la homosexualidad.

10°.—Exigir el certificado de salud para poder contraer matrimonio.

11°.—Establecer clases de educación sexual, en las escuelas colegios, universidades, etc.; y fundar centros de conferencias populares contra las enfermedades venéreas y el alcoholismo.

12°.—Patrocinar la fundación; el sostenimiento de sociedades protectoras del trabajo de la mujer, y toda obra de solidaridad social que tienda a la rehabilitación de la mujer.

ANTONIO VIDAL.

Tegucigalpa, Mayo 1G de 1934.

Historia y Etiología de la Gripe

F. HODER: *Historia y etiología de la gripe*. — (Medizinische Welt, 7 de enero de 1933). — Esta enfermedad tiene caracteres clínicos poco definidos y es quizá — la más ampliamente difundida. Tomó el nombre de *influenza* en 1743, por dominar la enfermedad de que era debida a la influencia ejercida por el frío y las variaciones atmosféricas. Los franceses le dieron el nombre de *grippe*, y en la pandemia de 1918-1919 se le dominó *española*, porque se creyó que los pri-

meros focos se registraron en España, desde donde la infección se difundió por todo el mundo. Sin embargo, en enero y febrero de 1918 se hallaba muy extendida por América, y por China en marzo del mismo año.

La pandemia de 1918-1919 fue una de las más importantes por la difusión y gravedad de los casos. Se calcula que atacó a la mitad del género humano, sirviendo para contar los casos muy ligeros y los no observados se destacó el carácter de gravedad debido a

las complicaciones, la más frecuente de las cuales fue la neumonía. En América se observó la neumonía en 11.7 por 100 de los casos, con una mortalidad del 25,5 por 100 de los complicados con dicha localización. La gripe no está ligada a clima y estaciones. Ataca todas las razas y con la misma intensidad.

La extensión *de la epidemia* es muy rápida, favorecida por el breve período de **incubación**, que se calcula **dura** sólo pocas horas, como máximo algunos días. Esto depende de que el virus infectante ha adquirido gran concentración y se multiplica rápidamente en el organismo. El contagio se efectúa directamente del hombre a la mujer. El bacilo de la gripe es poco resistente: fuera del organismo muere rápidamente. El material infeccioso, lo emite el enfermo con las gotitas expulsadas con la tos, con el estornudo, con los suspiros y hasta al **hablar** y de este modo es inspirado y depositado en las mucosas del hombre sano. Es indudable que el contagio es **facilitado** por la aglomeración en *les* teatros, en las reuniones, en las escuelas y en las iglesias. El contagio indirecto por medio de objetos infectados, como vasos, pañuelos de bolsillo, etc., apenas tienen importancia; está del todo excluida la posibilidad de la transmisión a grandes distancias por medio del agua o del aire o del contagio indirecto por medio de los animales, debe admitirse que en una gran epidemia son en gran número los portadores de los bacilos en-

tre sanos. Tiene gran importancia para el desarrollo del contagio y el curso de la enfermedad el estado de resistencia, que depende en gran parte del ambiente *Ce* vida y de condición social. Véanse a el propósito las cifras de la mortalidad por gripe en Bombay durante la última gran pandemia, en la que fallecieron el 61,6 por 100 en las clases bajas sociales indias, e' 18,9 por 100 en los indios de clases superiores, el 19.2 por 100 en los mahometanos, el 9 por 100 en los parias, y solamente el 8 por 100 en los europeos.

Sydenstricker en América en la misma epidemia de 1918 encontró que de 10,000 personas enfermaron el 25,2 por 100 en I-; clase acomodada, el 27 por 100 en los individuo-; de clases medias, el 32 por 100 de los pobres y el 36.4 por 100 en los muy pobres.

Pransnitz en la epidemia de febrero-marzo de 1932 en Breslavia observe que el contagio se extendió con gran facilidad; gravedad en las escuelas a las que asistían niños cuyas familias se encontraban sin trabajo.

No puede negarse que la enfermedad confiere cierta inmunidad, pues, en efecto, son raros los casos de reinfección durante la misma dolencia; pero no es menos cierto que tal inmunidad no es permanente. Lishenstein, de 357 enfermos de gripe en 1927 encontró que 149 habían padecido en la pandemia de 1918-1919. Y en los varios pacientes no se advirtió diferencia alguna en cuanto a mortalidad y a las complicaciones en comparación con las

formas de la primera enfermedad.

No está aun resuelta de modo seguro la cuestión de la etiología de la gripe. La más extendida es la opinión de los que sostienen que el agente patógeno es el bacilo de Pfeiffer. Numerosas investigaciones han establecido que este **microorganismo** no es ubicuario. Se encuentra siempre en los enfermos y a menudo hasta en los sanos durante la epidemia y **ajando** ésta cesa es más raro encontrarle.

Para explicar la relación entre una y otra epidemia se admite que hasta en los periodos de intervalo el bacilo es saprofitario para adquirir **periódicamente** extremada virulencia.

Los animales de laboratorio comunes, no se prestan para el estudio de la infección gripal, porque no son susceptibles. Los simios en los cuales la enfermedad se manifiesta espontáneamente en formas semejantes a las del hombre no se prestan tampoco a los experimentos.

Se han **provocado repetida**, veces infecciones experimentales con cultivo de bacilos de Pfeiffer y se **han** obtenido formas morbosas análogas a las que se observan en la práctica común.

Incluso algunos autores han obtenido reacciones serológicas positivas, pero se trata de fenómenos que no son constantes, a juzgar por los resultados negativos conseguidos por otros autores.

Se han **efectuado** ensayos de inmunización activa por medio de cultivos puros de bacilos de

Pfeiffer. Duval y Harris encontraron que la proporción de morbilidad es mucho más baja en los vacunados.

Stolenberg obtuvo mejores resultados con una vacuna mixta obtenida con varios microorganismos (neumococos, **estafilococos**, bacilos de Pfeiffer, diplococos, neumobacilos, estreptococos.)

La importancia etiológica del bacilo de Pfeiffer no es generalmente admitida, y hasta algunos autores la niegan.

Sahli y otros autores piensan en un virus completo, en el cual el bacilo de la gripe se convierte en patógeno sólo cuando su acción es aumentada y exaltada por **otros** microorganismos. Otros sostienen que el agente etiológico de la gripe pertenece a *les* virus microscópicos. Atribuyese gran importancia a las *bacterias neumosintas* de Plitzky y Gates, quienes en el filtrado del agua del lavado de la nazo-faringe de enfermos en las primeras 24 o cuarenta y ocho horas, encontraron un virus que, inyectado en la tráquea de conejos, se muestra claramente patógeno con fiebre y manifestaciones hemorrágicas y edematosas pulmonares. La infección puede transmitirse de conejo a conejo. El virus es cultivable y entonces en el microscopio se presenta en forma de *coccus*. Es débilmente aglutinable por el suero de enfermos, en los cuales por otra parte no es tan fácilmente demostrable como el bacilo de Pfeiffer.

La tendencia que prevalece **actualmente** es la que atribuye la gripe a una infección mixta. Un virus específico, abrirá el **canal-**