

# Gripes y Seudogripes

T. Cerviá

Publicado en *Gaceta Médica Española*,  
25/6 (201-205), junio 1951.

## CONSIDERACIONES PRELIMINARES

Todos los años, en épocas sólo aproximadamente análogas, se presenta, con más o menos intensidad o extensión, una afección aparentemente banal, que todos calificamos fácilmente como «gripe». Acabamos de sufrir un intenso brote epidémico, casi pandémico, el cual, probablemente, lo hemos superado ya del todo, pues no es probable fuese solamente una primera onda, aunque también esto pudiera ser.

Por esta razón, que es la misma por la cual se hace recuento y reajuste de armamentos y tácticas después de cada batalla, es por lo que me atrevo a traer a la consideración de esta Corporación este tema, en el que todos tenemos experiencia «vivida», para contrastar con los demás colegas nuestros incompletos conocimientos y nuestra práctica profesional, exclusivamente clínica, acumulada a lo largo del tiempo.

Sin duda, ningún diagnóstico de toda la Medicina se prodiga como el de «gripe», y, sin duda, por esto, ninguno se aplica con más ligereza e irresponsabilidad, aunque muchas veces se acierte con él, de tal manera que el concepto concreto de esta entidad nosológica se ha ido diluyendo y vaciando para dejar solamente eso: ¡una palabra! Porque ¿qué es «gripe»? No hace mucho, en la discusión de una interesante comunicación, en estas mismas sesiones, alguien hizo esta pregunta: «¿Qué es la «gripe»?», con el desconcierto consiguiente ante la inesperada pregunta en el culto amigo y colega a quien fué hecha y, probablemente, en la mayoría de los presentes.

Y es que la «gripe» unas veces es una entidad nosológica, más o menos definida (porque en nuestra práctica isleña no disponemos de elementos para precisarla), y otras veces es un síndrome que recuerda esta afección, a veces remotamente y otras con exac-

itud, pero que no lo es. Así, pues, unas veces es un diagnóstico y otras simplemente una etiqueta que se pone porque siempre es fácilmente aceptada, encubridora de una expectación vigilante ante un cuadro clínico que se inicia rico en posibilidades y pobre en definiciones, o comodín de una rutina perezosa e inconscientemente tranquilizadora; los primeros pasos, todavía indefinidos, de cualquier infección aguda, o la máscara tras la cual se esconde una bien definida entidad patológica.

Así que el diagnóstico de lo que corrientemente se llama «gripe» está pleno en posibilidades, las que iremos enumerando de una manera sistemática, para no perdernos en su dédalo, dividiéndolas, de entrada, en dos grandes grupos: A) Enfermedad gripal («gripe»); y B) Síndrome gripal («seudogripe»).

#### A) *Enfermedad gripal.*

Los cuadros clínicos clásicos de las enfermedades se van desmembrando a medida que avanzan los conocimientos etiológicos, para reagruparse, más tarde, de otra manera. Así, del tronco común de la «gripe», enfermedad epidémica y ubicua, se van desgajando una serie de afecciones similares, de síntomas en parte coincidentes, pero con agentes responsables distintos.

Todas ellas tienen de común, además de las apuntadas similitudes clínicas, el ser originadas por virus.

Centremos aquí y ahora nuestra atención en la *gripe genuina*: «gripe», del francés: «pillar», «atrapar»; también, y desde más antiguo, «influenza», por el influjo que sobre ella ejerce el factor tiempo; nuestro españolísimo y gráfico «trancazo» y tantas otras denominaciones pintorescas y circunstanciales. Se trata de virosis que, desde Liechstestern, sabemos puede aparecer, para mayor confusión de todos, en tres formas peculiares: a) Epidemia estacional, que es la más frecuente. b) Endémica y esporádica; y c) Pandémica universal. Los límites entre una y otra categorías no es posible precisarlos ni medio bien.

De las epidemias gripales se encuentran rasgos en HIPÓCRATES y sucesores, pero la época histórica de ellas se puede decir arranca del siglo XVI. Por aquella época (1505), GASPAR TORRELLA describe una fuerte epidemia en España e Italia, y años más tarde (1580), según VILLALBA, por su causa, Madrid quedó casi despoblado. Desde entonces hasta 1918 se registran ocho grandes epidemias atribuidas a la «gripe», aunque podamos afirmar que todavía no ha habido ninguna pandemia comprobada desde que se descubrió el virus

responsable, pues la misma gigante del 18-19 ocurrió también en la época prevírica. De todas maneras, parece que estas pandemias sólo se presentan cada veinticinco, treinta o cuarenta años, quedando desconocidos cuáles pudieran ser en el ínterin los reservorios de virus y cuáles circunstancias las desencadenan. La gran pandemia de 1918, que pudiera servirnos como ejemplo más próximo y probable de ellas evolucionó en tres ondas sucesivas: 1.<sup>a</sup> Duró de tres a seis semanas; fué muy extensa y benigna. 2.<sup>a</sup> Duró dos a tres semanas; extensa, pero más grave, por las complicaciones neumónicas; y 3.<sup>a</sup> Más lenta, menos extensa, pero más grave en sus complicaciones.

Los avances bacteriológicos, que van deslindando responsabilidades patogénicas, desglosan también agentes afines. En nuestro caso, después de etiologías aceptadas provisionalmente, entre las que debemos recordar el bacilo de PFEIFFER (en la moderna nomenclatura, *Hemophilus influenzae*) y el neumosintes, de OLITSKY, se vino al conocimiento de la naturaleza vírica de esta afección cuando SMITH y colaboradores, en 1933, obtuvieron un virus llamado A, al que, en 1940, MAGILL y FRANCISCO, independientemente, añadieron otro, el B; y más tarde se han añadido otros cuantos más, próximo, en total, a los cuarenta, no muy bien delimitados y, probablemente, mutables entre sí, conocidos todos con la letra A. Sin entrar en detalles epidemiológicos, consignemos simplemente, con HORSFALL, que más del 50 por 100 de las epidemias gripales lo son por virus A. La puerta de entrada es la mucosa faríngea y su anillo linfático.

No hemos de detenernos en el cuadro clínico de la «gripe», de todos bien conocido. En su forma, simple o pura; su invasión brusca, su carácter congestivo, el dolorimiento difuso de las masas musculares, características del trancazo, y los síntomas catarrales, tan típicos, dibujan suficientemente el cuadro. A veces, el predominio de un grupo de síntomas le da aspectos más acentuados en cualquier sentido, habiéndose descrito por esto la forma catarral común, la gastrointestinal, la reumatoidea, la tifoidea, etc.

Las complicaciones son las que dan tono de gravedad a las epidemias. La mayor significación y frecuencia son las pulmonares (neumonías, bronconeumonías, edema agudo del pulmón, con participación secundaria del estreptococo hemolítico y del hemófilo), las septicemias o malignas y las nerviosas, entre las que debemos destacar, además de las neuríticas, también presentes; la encefalitis y sus secuelas, síndrome clínico bien individualizado que, según

nuestra experiencia, acompaña casi todas las epidemias, como en esta última misma ha ocurrido.

Dejamos a un lado todo lo referente a la llamada «gripe crónica», especialmente estudiada por FRANCKE y por TREUFEÛ, y que se refiere especialmente a las secuelas que dejan algunas de sus complicaciones. También quedan aparte, para no extendernos demasiado, las modalidades de la «gripe» en las edades extremas (niñez y senectud), que tan interesantes aspectos ofrecen.

Diagnóstico clínico sencillo, sobre todo en tiempos de epidemia; pero diagnóstico a todas luces poco seguro, sobre todo cuando las circunstancias epidemiológicas no son las apropiadas. La clínica sólo puede dar probabilidades diagnósticas, pues la seguridad sólo puede estar en las pruebas de laboratorio apropiadas. Estas son:

1. La obtención del virus de los lavados nasofaríngeos de los griposos o inoculación de su filtrado abacteriano al embrión del pollo.

2. La prueba de la protección del hurón, administrándole, junto al virus gripal conocido, el suero problema.

3. La eritroaglutinación provocada por el virus gripal en los hematíes del pollo. Técnicas todas ellas de las cuales, en la práctica, tenemos que prescindir, por los requisitos que exigen y porque la brevedad y buen pronóstico de la afección hace que el cuadro clínico haya pasado habitualmente, antes de conocer el resultado de la manipulación diagnóstica. Pero indispensables para la correcta identificación de las epidemias.

Después de la histórica epidemia del año 18, cuya última onda azotó nuestra isla, tenemos en nuestra práctica registrados brotes epidémicos más intensos que los de los restantes inviernos, los de los años 1928-29, 1932-33, 1936-37, 1943-44, el del año pasado y el del actual, el cual, dentro de su benignidad, ha tenido, por su extensión, caracteres pandémicos.

Esta pandemia ha experimentado la siguiente dinámica: en junio del 50 hubo un brote, localizado en el centro de Suecia, al que no se dió importancia. En noviembre hubieron intensos brotes epidémicos, por este orden, pero casi simultáneamente, en Dinamarca, norte de Suecia y sur de Noruega, invadiendo rápidamente toda Escandinavia. En diciembre invadió Inglaterra por Newcastle; Irlanda, por Bélgica, y el norte de España (posiblemente foco autónomo), por Bilbao y San Sebastián. Desde estos puntos confluyó en Francia, pasando luego por toda Europa y norte de Africa. La máxima incidencia registrada ha sido Groenlandia, que llegó al 90 por 100 de la población. Fuera de Europa y norte de Africa, los

brotos registrados hasta febrero último, todos de escasa cuantía o gravedad, han sido en Brasil, Perú, California, Canadá, Israel, Líbano y Japón. Todas las investigaciones practicadas, incluso en España, acusan el virus A, salvo algunas alemanas y yugoslavas, que dan el B. No obstante, en la sesión de la Royal Society, de Londres, de hace un par de meses, para tratar esta epidemia, SCOTT, al abrir la discusión, sugiere que la influenza es todavía una enfermedad de dudosa etiología. De todas maneras, la importancia del problema mundial de la «gripe» o influenza es tan grande, que ya desde antes de esta última epidemia la tercera y última Asamblea Mundial de la Salud del año pasado, en Ginebra, la ha incluido en el grupo de los problemas sanitarios «prioritarios», es decir, preferentes.

La onda epidemiológica gripal que acabamos de sufrir afectó, a nuestra impresión, quizá algo más del 60 por 100 de nuestra población. Sus características clínicas, a nuestra experiencia personal, han sido las siguientes:

1. Predominio en general del componente muscular y asténico sobre el respiratorio.

2. Persistencia de la febrícula y la astenia durante larga convalecencia.

3. Escasez de complicaciones agudas, especialmente respiratorias, y, por tanto, baja mortalidad, y ésta principalmente en senectos y tarados.

4. Frecuencia de síndromes hemorrágicos (epixtasis, expectoración roja y hematuria, etc.), debidas a alteraciones de la permeabilidad vascular y no a trastornos de la coagulación ni de la trombina, extremos que hemos tenido también ocasión de comprobar. Entre estos accidentes, en cada uno de los cuales deberíamos detenernos un poco—aunque no lo hacemos—, llaman la atención las hematurias, de las que hemos visto varios casos, uno de ellos responsable de un cólico nefrítico en sujeto urológicamente sano.

De las complicaciones renourinarias de la «gripe», a las que actualmente no se ha prestado gran atención, ya se ocuparon los autores clásicos, y entre nosotros, no hace mucho tiempo, PINTO GROTE. Tampoco se ha insistido mucho sobre la participación suprarrenal, tan importante en todos los procesos de defensa del organismo, y para nosotros indudable, como se prueba con la astenia prolongada de la enfermedad y su convalecencia, la hipotensión, la hipoenergía cutánea y el beneficioso influjo, tan patente, del ácido ascórbico. En este punto hemos de recordar los numerosos y concordantes estudios sobre las epidemias de «gripe» entre los tuberculo-

sos, tan inocuas para ellos contra lo que era de esperar, probándose que son más resistentes a la «gripe» (menos casos y más benignos en general), precisamente debido al régimen de vida y tonificación general a que sistemáticamente se encuentran sometidos, en el que juega importante papel el ácido ascórbico. Sobre la importancia del estado de nutrición previo en la susceptibilidad y afección gripal, debemos también recordar aquí los estudios experimentales en ratas y monos de SPRUNT, YOUNG y SASLAW, entre otros, corroborando lo que la práctica clínica nos demuestra también, sin lugar a dudas.

Destaca igualmente cómo a pesar de la agudeza y extensión de la epidemia la mortalidad no ha alcanzado, ni remotamente, la de años atrás, siendo, como más arriba apuntamos, el 90 por 100 de la escasa mortalidad ocasionada en sujetos de más de sesenta años; es decir, seniles en condiciones de salud precaria y muchas veces carentes de la necesaria asistencia. La escasez de complicaciones graves y, por tanto, de mortalidad es atribuible, más que al genio epidémico (factor que tampoco es enteramente desdeñable), a los mejores tratamientos que se hacen, a base, entre otros, del empleo sistemático de los antibióticos y quimioterápicos modernos. Aunque sabemos, por ejemplo, que sulfamidas y penicilina son inútiles ante el virus de la «gripe», es aconsejable su empleo a título profiláctico, para yugular complicaciones a temer, y así se ha venido utilizando, probablemente, en dosis excesivas. En trabajo estadístico nuestro, con PÉREZ, el año 1948, pusimos de relieve la caída vertical de la mortalidad por afecciones respiratorias agudas hasta nivel inverosímil a partir de la introducción de estos medicamentos.

El esquema terapéutico de la «gripe» queda establecido, en nuestra práctica, de la siguiente manera, con los naturales matices y variantes que un criterio flexible procura ajustar en cada caso, y simplificando muchas veces este esquema hasta reducirlo a su mínima expresión:

1. Antitérmicos y analgésicos: los principales, los derivados del ácido salicílico; luego, todos los demás; la quinina, preconizada por algunos y rechazada por otros, también la empleamos asociada a los restantes.
2. Ácido ascórbico a altas dosis: medio gramo cada doce horas, y aún más.
3. Penicilina o sulfamidas, a dosis suficientes, como profiláctico de las complicaciones, especialmente las respiratorias, cuando éstas son, por una u otra causa, de temer.

4. Antihistamínicos, sólo precozmente, y luego, rutina o similares, por la acción antiexudativa de ambos en dos distintos momentos.

5. Medicación sintomática, antitusígena, cardiovascular, estimulante, sedante, etc.

6. Aureomicina, en los casos graves o complicados, sola o asociada a otros antibióticos y quimioterápicos. Los medicamentos de los apartados 1, 4 y 5 pueden asociarse entre sí y con otros. En el mercado existen, en forma aceptable, algunas de estas y otras asociaciones.

No entramos en los nuevos ensayos terapéuticos todavía en experimentación y sin momentáneo interés práctico, entre los cuales simplemente recordaremos la nitroacridina, la hexamidina, la tripelnamina y el merodiecein, así como los interesantes intentos de bloqueo de la simbiosis de los virus con las células correspondientes, estudios iniciados hace ya algunos años, a partir de TIRST.

Sin entrar en la profilaxis, digamos solamente que las virus-vacunas, a las que en España principalmente GALLARDO ha dedicado su atención, confieren una inmunidad efectiva, aunque no llegue al 100 por 100. También parece útil la esterilización de los locales con luz ultravioleta o propilenglicol, aunque prácticamente, y salvo resistencias inmunológicas individuales que pudieran existir, no hay escape ante una de estas epidemias o pandemias. La inmunidad natural no existe; la adquirida, que es evidente, también es efímera, sirviendo, al menos, para impedir una nueva infección en el mismo brote epidémico cuando no se imbrican varios gérmenes en el mismo, cosa que también suele ocurrir, y, probablemente, en esta misma epidemia.

#### B) *Seudogripes (síndrome gripal).*

Pero la «gripe», de cuadro clínico tan vario, que va desde las formas atenuadas, prácticamente inapreciables (sólo reconocibles gracias al estudio de los anticuerpos séricos), hasta las formas más graves y adinámicas, puede simular y, a su vez, ser simulada por un sinnúmero de otras afecciones, muchas de ellas sin la menor relación con ella.

¿Con cuáles afecciones se puede confundir la «gripe»? Podemos afirmar categóricamente que, en principio, con todas, pues absolutamente todas las enfermedades infecciosas, e incluso bastantes que no lo son, pueden iniciarse con el síndrome gripal. Hagamos con ellas dos grandes apartados:

1. Afecciones por virus.
2. Otras infecciones y afecciones. Perfilémoslas brevemente, jerarquizándolas según nuestra experiencia personal y ateniéndonos principalmente a ella y a nuestra patología insular.

### 1. *Afecciones por virus.*

*Resfriado común.*—Es la afección, por virus, más constantemente difundida y de mayor contagiosidad, la cual, además, no confiere inmunidad. Es debida a un virus descubierto por KRUSE en 1914, cuyo poder patógeno se desarrolla con el concurso de otros factores, tales como enfriamientos, mojaduras, sobreesfuerzos, cambios bruscos de temperatura, etc.

Las características clínicas son: picazón rinofaríngea, obstrucción nasal, pérdida de olfato, anorexia y febrícula; después, secreción nasal hídrica, y luego, mucopurulenta. Afección banal benigna, constituye, no obstante, un problema médicosocial importante, por los días de trabajo que anualmente resta a la producción y economía de todo el mundo. Su confusión con la «gripe» es natural, pues incluso se presenta en la misma época, y a veces mezclada, como es frecuente entre nosotros. Sin embargo, a poco que se examinen los cuadros clínicos, se verá cuán diferentes son, como también lo son, sin duda alguna, los gérmenes responsables.

*Faringitis y amigdalitis por virus.*—Próxima a la anterior están la faringitis y amigdalitis víricas, las cuales tienen la característica de carecer de exudatividad. Por otra parte, tienen componente faringotonsilar la mayoría de las enfermedades que repasamos aquí, no estando bien clara su diferenciación.

*Dengue.*—Sigue en importancia, para nosotros, a las anteriores el dengue, confundido a veces con la «gripe», y apodado con rica sinonimia. En Canarias lo conocemos con el nombre de «rosita». Recordamos una intensa epidemia en nuestra isla durante el verano del año 1925, la que se repitió por la misma época cuatro o cinco años más tarde; después recordamos otra suficientemente voluminosa, aunque pequeños brotes no escasean.

Es debida a un virus muy pequeño, que se propaga precisamente por la picadura del *Aedes aegyptis*, tan abundante en las zonas bajas de la isla, según nuestro entomólogo FERNÁNDEZ. Es similar a la «gripe» en la intensidad de su invasión, en su brevedad, astenia, hipotensión y componente hemorrágico. La caracterizan las artromalgias, especialmente lumbares, a las que debe su nombre (corrupción del inglés *dandy*), y, sobre todo, al exantema, casi cons-

tante. Es característica la leucopenia, a veces hasta de 2.000 leucocitos, así como el insomnio pertinaz y complicaciones hepáticas, nerviosas, etc.

Para muchos prácticos, «gripe» y dengue son clínicamente indiferenciables; pero la primera es afección de invierno, y el componente respiratorio es importante. La segunda lo es de verano, el exantema, la lumbalgia dominan el cuadro y su distribución depende de los mosquitos vectores. La identificación de los respectivos gérmenes completa la individualización.

*Neumonía atípica o neumonitis por virus.*—Ya en otra ocasión hicimos un estudio diferencial entre neumonía y neumonitis, en el cual ahora no entraremos. Basta aquí decir que de la clásica pulmonía se han ido desglosando numerosas individualidades, entre las que tiene personalidad la que nos ocupa, individualizadas por REIMAN en 1933, aislando, más tarde, EATON y colaboradores el virus responsable, que es el principal, aunque no el único en producir este síndrome.

En nuestra práctica hemos comprobado algún pequeño brote sospechoso de este síndrome, a juzgar por sus características; en una ocasión, con serología de lúes positiva, a la manera de los descritos por FANCONI y por HEGGLIN. No hemos tenido ocasión de emplear la aureomicina, ni tampoco la terramicina, también indicada, por no haber dispuesto de casos adecuados desde entonces, siendo en nuestros casos anteriores la evolución lenta, rara vez aparatosa y siempre hacia la curación.

*Poliomielitis.*—Acaso resulte un poco extraño dedicar un apartado a esta afección aquí, pero así debe ser. La realidad es que la unidad clínica, anatomopatológica y etiológica de la clásica enfermedad de HEINE-MEDIN se desmembra vertiginosamente, pues son varios los gérmenes responsables; no existe el tropismo nervioso exclusivo generalmente admitido; existen enfermedades similares veterinarias, etc. MOLLARET, mencionado hace poco desde esta misma tribuna por RODRÍGUEZ ARIAS, ha dedicado importantes trabajos a la cuestión en la III Conferencia de la Poliomiélitis del año pasado en Amsterdam.

Aparte el aspecto gripal que pudiera adquirir la poliomiélitis en su fase invasiva, mal llamada «preparalítica», igual que en sus formas atípicas o abortivas, así como la coincidencia de ambas epidemias (como este mismo año se ha señalado en algunas partes) entre las afecciones humanas fronteras de la poliomiélitis verdadera y fruto de su desmembración, figura la llamada «seudopoliomiélitis coxsachie», debida al virus de este nombre, por haber sido

aislado, en 1948, por DALLFORD y SICKLES, en una pequeña población del Estado de Nueva York llamada así. Este virus, distinto del de LANDSTEINER y de otros del mismo grupo, y que tampoco es uno solo, sino varios agrupados por el mismo DALLDORF en dos grupos, según el tipo de lesiones que electivamente ocasionan, es responsable de síndromes poliomiélicos con parálisis típicas y de meningitis linfocitarias benignas.

Pero a partir de SABIN, en 1949, y de NELNICK, en 1950, se habla de «gripes de verano» y se viene insistiendo en que este virus produce predominantemente afectación muscular, torticollis, mialgias, pleurodinias epidémicas; es decir, desembocamos en la llamada enfermedad de Bornholm, de origen norteyropeo (pues Bornholm es el nombre de una isla báltica), y caracterizado por mialgias persistentes de pectorales, de rectos mayores de abdomen, inserciones costales del diafragma, masa lumbosacra, cintura escapular, nuca, esternoescleidomastoidea, con su fiebre alta y remitente, hinchazón e hiperestesia cutánea, induración difusa o nodular, con sus dolores inspiratorios, atenuación de reflejos, parestesias en las zonas doloridas, náuseas, hipo, epixtasis. Síndrome benigno, pero a veces aparatoso, que a veces simula un tórax o abdomen agudo y que evoluciona lentamente hasta con un par de meses de duración. RASMUSSEN incluye dentro de esta misma afección el síndrome de «náuseas epidémicas» por él mismo descrito, del que nosotros hemos hecho algunas observaciones recientes.

Quien haya tenido ocasión de observar numerosos casos de la epidemia recién pasada habrá recordado más de una vez el cuadro clínico de la enfermedad de Bornholm, de origen escandinavo, como ella, aunque nosotros, sin haber hecho el menor intento de identificación bacteriológica, debemos aceptar el virus A en tanto no se demuestre la intervención de otro, por así haberse encontrado en la mayoría de los países, y entre ellos el nuestro. Pero, así y todo, qué relación tiene uno de estos síndromes con otros del mismo grupo y cuál la de los distintos virus entre sí, puesto que en la práctica aparecen no rara vez imbricados, es cuestión a resolver en el futuro, pues por el campo prometedor de la virología apenas ahora empezamos a caminar.

*Otras virosis.*—Hacemos sólo mención de otras virosis pseudogripales de las que carecemos de experiencia personal. Nos referimos a la sitacosis o, mejor, ornitosis; a la fiebre papatacci (del mosquito pica y calla o arenero), en la que se han descrito algunos pequeños brotes en España, por ejemplo, en Sevilla y Getafe, y de las originadas por el grupo de las rickettsias, de las que tan rica

es nuestra Península y tan pobres, al parecer, estas islas. Mencionemos como la de más actualidad la llamada «fiebre Q», debida a la *Coxiella burnetti*, de la que el año pasado PRADA y colaboradores identificaron en Valladolid el primer caso español.

Tampoco debemos olvidar las primeras etapas de la hepatitis epidémica, así como sus formas anictéricas, de las que tantos casos hemos visto. E igualmente algunos síndromes de mononucleosis infecciosa.

## 2. Otras infecciones y afecciones.

Ya dijimos que todas las enfermedades infecciosas son susceptibles de ser confundidas, al menos en sus primeros estadios, con la «gripe», lo que puede ocurrir por alguna de estas tres circunstancias:

1. Que los síntomas específicos o de localización no hayan hecho aún su aparición.
2. Que estén ausentes por tratarse de casos abortivos o atípicos.
3. Que, a pesar de existir ellos, no hayan sido recogidos y comprobados por defecto de exploración adecuada.

Siguiendo nuestra norma, nos ocuparemos de los más frecuentes o interesantes, según nuestra experiencia personal.

*Tuberculosis.*—Del comienzo pseudogripal de la tuberculosis se ha hablado hartas veces, y, a pesar de esto, se sigue tropezando en la misma piedra de tomar un proceso tuberculoso inicial por una «gripe». El menor atipismo de un cuadro gripal exige un despistaje de la tuberculosis, despistaje necesariamente clínico y radiológico. Este atipismo puede ser la aparición de un síndrome gripal en un ambiente no epidémico, una «gripe» que se prolonga desmesuradamente o que deja décimas o tos, la que presenta esputos hemoptoicos, la que es poco febril o afecta escasamente el estado general, la que, como dice NEUMAN, evoluciona sin «embarras» gástrico ni lengua sucia... Todos los pretextos serán buenos para hacer una exploración radiológica.

No se piense tampoco que esta exploración será decisiva, puesto que el examen radiológico sistemático del tórax de los griposos demuestra un elevado porcentaje de opacidades e «infiltraciones» pulmonares inespecíficas y casi siempre pasajeras. A propósito de esto, recordaremos la monografía de TAPIA y cuanto se ha hecho y escrito (entre nosotros, por GUTIÉRREZ) en la cuestión de los infiltrados lábiles en todas sus variantes. En nuestro recuerdo se registran numerosas «gripes» que resultaron procesos tuberculosos, y también algunas «tuberculosis» que resultaron «gripes» o, al menos, procesos banales con este carácter.

Pero no debemos olvidar que más del 30 por 100 de los tísicos iniciaron su enfermedad de forma aparentemente gripal. Y que el mismo aspecto gripal reviste cualquier nuevo brote o exacerbación tuberculosos, el reverdecimiento del proceso en las recaídas que siguen a las etapas de calma de la enfermedad, a la inactivación, a la aparente confianza de una curación clínica siempre provisional o de un satisfactorio examen reciente...

*Neumonías.*—Las descripciones clásicas de las neumonías ya sólo las vivimos clínicamente de manera excepcional. La neumonía que acostumbra llegar a nuestras manos es, por lo general, un síndrome decapitado, deformado o complicado por el empleo en primera instancia, con frecuencia incluso antes de diagnosticarse, de algún antibiótico o quimioterápico en dosis insuficientes o ante gérmenes más o menos resistentes o sensibilizados. Por esto no faltaba razón a FIESSINGER cuando entre sus «enfermedades actuales» incluía, en 1942, las «neumonías de las sulfamidas», cuadro que con más motivo podemos ampliar a la penicilina, y cuyas modalidades no debemos olvidar en el cuadro de posibilidades diagnósticas diferenciales en los casos atípicos.

*Paludismo.*—Por el año 1940 describimos entre nosotros (por primera vez en nuestra Patria, según nuestro conocimiento, aunque seguramente no lo será) el cuadro clínico del que llamamos «paludismo de primoinfección» con su aspecto seudogripal, tan ajeno de los rítmicos cuadros clásicos de la malaria, casi exclusivamente descritos en libros y manuales. Cuando nuestros pasados brotes palúdicos (ya, por fortuna, desaparecidos prácticamente de Tenerife, gracias a la eficaz campaña sanitaria realizada), las circunstancias epidemiológicas nuestras (vectores abundantes, receptores sanos y plasmodios importados) nos brindaron ocasión de constatar este síndrome palúdico atípico, seudogripal o seudotífico según su tiempo de duración, tan digno de ser considerado, que los autores franceses estudiaron por primera vez en Macedonia cuando la guerra del 14-18 y que se conoce también con el nombre de «fiebre de invasión», de KORTEWEG. Este síndrome palúdico merece tenerse en cuenta cuando las circunstancias epidemiológicas son propicias, como lo fueron cuando nuestra experiencia.

*Otras afecciones.*—Ya dijimos más arriba que todas las infecciones pueden revestir carácter seudogripal. Recordemos simplemente algunas, porque de cada una de ellas tenemos, por lo menos, un ejemplo, y de algunas muchos: anginas pultáceas o de Vincent, pleuritis, fase aguda previa o formas atípicas de la enfermedad reumática, cuya geopotología canaria ya hemos estudiado en reciente

ocasión; meningitis de diversas etiologías, peritonitis, abscesos de pulmón, fiebres tifoparatíficas, linfogranulomatosis, poliomiелitis, eruptivas diversas, colangitis, pielitis y pielonefritis, infartos de miocardio, etc., etc.

Naturalmente, no debemos echar en olvido las infecciones originadas por el mismo micrococo o cocobacilo de PFEIFFER, antes responsable de la «gripe», ahora llamado, como ya dijimos, «hemófilo influenzae», saprofita, a veces virulento y capaz de producir también estados gripales que no son verdaderas «gripes». Nosotros registramos, hace ya algunos años, una impresionante meningitis de escasas horas de duración, de la que el hemófilo fué comprobadamente responsable.

Que el ropaje del síndrome gripal lo puede adoptar cualquier afección lo prueba, por ejemplo, que MASSINI comente cómo al principio de algunas epidemias gripales se operen erróneamente algunos casos, como apendicitis, por la dificultad de precisar estos extremos.

*Neoplasias.*—Nos queda aludir brevemente al importante capítulo de las neoplasias, que también viene a cuento. Su localización en cualquier parte del cuerpo puede producir, de entrada clínica, un síndrome pseudogripal. Aquí mismo nuestro colega GONZÁLEZ PADRÓN trajo a nuestra consideración el comienzo gripal de dos neoplasias gástricas. Con las neoplasias bronquiales, y en general las intratorácicas, el comienzo gripal se puede decir es la regla, debida a las complicaciones con que se revelan. Si tenemos en cuenta que de éstas la neoplasia bronquial es, con mucho, la más frecuente, y que, diagnosticada precozmente, es curable, como se registra ya en centenares de casos en la literatura y en la práctica, aunque no en la nuestra todavía, tenemos la obligación de estar vigilantes en este sentido y pensar que pueda estar tras cualquier afección gripal o lo mismo neumónica que no se resuelva en su tiempo habitual, sobre todo si el paciente tiene de cuarenta años para arriba, aunque también los conozcamos más jóvenes. No es éste lugar para insistir en este punto, sino subrayar que es afección cada vez más frecuente, pues tengo entendido que nuestro colega y colaborador DOMÍNGUEZ, en fecha próxima, discutirá ante nosotros este problema con la debida extensión y su peculiar competencia.

## CONSIDERACIONES FINALES

Con esto cerramos el ciclo de las seudogripes, contrapunto de las auténticas. Si contemplamos su confuso y complejo panorama, vemos cuán difícil es deslindar un cuadro de otro sin contar con elementos de laboratorio, de los que por ahora carecemos. Confundir un síndrome con otro cuando ambos son banales, al fin y al cabo, no tiene importancia, y la moderna terapéutica antibiótica, por suerte (aunque resulte una rémora para el progreso de la ciencia, cuyo motor y justificación está en la curiosidad y en la necesidad de discriminación), cada vez hace entrar más enfermedades en la categoría de las banales. Pero tomar por banales los primeros pasos de una grave dolencia, cuyo porvenir depende exclusivamente de su más rápido conocimiento, entraña grave responsabilidad, y ya vimos cómo con la inocente máscara del síndrome gripal se presentan algunas de ellas, sin asomar pronto la oreja. El fantasma de esta posibilidad debemos tenerlo siempre presente.

Si importante es el progreso actual de la Medicina, obra, casi siempre, de hombres geniales o laboriosos y de adecuadas instalaciones y equipos, también es importante que estos progresos beneficien lo más extensamente posible a la Humanidad, que en esto sí que está verdaderamente atrasada la Medicina y su organización, y en esta obra todos tenemos cabida y obligación. El fácil pero peligroso diagnóstico de «gripe», en la práctica, debe hacerse siempre con reserva y cautela, con categoría provisional, con palabra tranquilizadora, pero actitud expectante, dispuestos a rectificarlo rápidamente de un momento a otro, y convencidos de que con esta conducta difícil y hasta, si se quiere desairada en el justo medio entre la tranquilidad y la desconfianza, está el cumplimiento del deber y la razón de la eficacia.