

Anales del Instituto Médico Valenciano

BOLETÍN (1841-98)

REVISTA MENSUAL

SUMARIO:

- El laboratorio en el diagnóstico de las gastropatías, por el Dr. Federico Julián Mira.
Recientes estudios experimentales sobre la etiología de la poliomiélitis aguda, por el Prof. Dr. Dante de Blasi.
Sesiones científicas del Instituto Médico Valenciano: Consideraciones clínicas acerca de la tuberculosis pulmonar y acuerdos prácticos deducidos de las mismas, por el Dr. Ramón Vila Barberá. Conferencia del 21 de Febrero de 1911.
Revista de revistas.
Publicaciones recibidas.
Memorias premiadas por el Instituto: *Investigación urológica de la glucosa*, primer premio del certamen correspondiente al año 1910, tema tercero de los premios ordinarios del Instituto, Dres. J. y T. Peset. (Conclusión.)
-

El laboratorio en el diagnóstico de las gastropatías

Por el Dr. Federico Julián Mira

Es indudable que la Medicina ha recibido una ayuda poderosa con el tubo de ensayo y el microscopio, un medio eficazísimo para fijar con rapidez el diagnóstico y algunas veces para proporcionar sorpresas verdaderamente teatrales cuando por falta de síntomas ó por dificultad de interpretarlos tenemos que acudir á su auxilio.

No obstante reconocer la utilidad del laboratorio y su concurso á veces imprescindible para llegar á un diagnóstico definitivo, yo creo que unas veces se confía demasiado en él y otras se abusa en perjuicio evidente de la clínica. Yo leo con frecuencia á nuestros clásicos, á nuestros antiguos maestros (Trousseau, Jaccoud, Fonsagrives, Péter, etc.), y aunque carecen de los elementos de diagnóstico que hoy tenemos á nuestro alcance, sus clínicas nada dejan que desear, aquellas descripciones tan minuciosas, aquellas reflexiones tan prácticas no las vemos en los libros de ahora. Entre nuestros maestros contemporáneos existe una verdadera competencia por llenar capítulos de Anatomía patológica y análisis químico y microscópico de productos orgánicos que, sin negarles toda la inmensa importancia que tienen, la extensión que se les da es en perjuicio de la descripción sintomática, del diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Estoy seguro que la mayor parte de quienes lean estos renglones estarán conformes en que hoy día se usa y abusa de los análisis de sangre en las palúdicas, aun estando bien caracterizadas clínicamente; en que hay casos muy frecuentes, en los que después de no encontrar el hematozoario, sigue la palúdica bien caracterizada y cede á la quinina, y otros en que habiéndose encontrado *al parecer* el hematozoario, no es posible hacer que desaparezca la enfermedad, no obstante dar la quinina en todas las formas imaginables. Esto no quiere decir que debemos abando-

nar el microscopio, nó, sino que debemos hacer uso de él cuando el diagnóstico no esté claro y desde luego concediéndole un valor relativo y no absoluto, como muchos pretenden. En la tuberculosis pulmonar, la presencia del bacilo ácido-resistente, corrobora el diagnóstico clínico, pero de su ausencia no puede deducirse que el enfermo en cuestión no sea tuberculoso. En la reacción de Wausserman, el resultado positivo afianza el diagnóstico (y no siempre), pero que sea negativa no implica para que el enfermo deje de ser sifilítico; bastará, por ejemplo, que haya tomado mercurio unos días antes para que la reacción sea negativa. En fin, la sero-reacción de Vidal, paratífus *a* ó *b*, etc., nos da bien pocas indicaciones diagnósticas y terapéuticas.

Esto que sucede en Medicina general, se refleja perfectamente en gastro-patología. Hay autores que fian tanto en el análisis del líquido gástrico, como en la exploración é interrogatorio; para ellos el tubo de ensayo da casi siempre la clave para el diagnóstico y terapéutica. Así lo creía yo cuando empecé á cultivar la especialidad, pero hoy día, y después de haber tenido algunos fracasos, me declaro abiertamente partidario de la supremacía de la clínica, de la más minuciosa exploración y del interrogatorio más completo. Concedo, sí, un gran valor al análisis de la comida de prueba, pero más bien aplicado al estudio de la motricidad, que al de los elementos clorhidria y digestión.

He visto grandes variaciones en la clorhidria de individuos completamente fisiológicos, desde 0'8 por 1.000 hasta 2'55, y sin embargo no había la menor molestia en sus digestiones. Por otra parte, he observado enfermos en los que siendo completamente normal su digestión y su clorhidria, sufrían atrozmente, su estado era verdaderamente lastimoso. Las consecuencias que de esto se desprenden son muy significativas; nos enseñan que sólo debemos conceder un valor muy relativo á la exploración química.

Yo creo poder afirmar, porque la práctica así me lo enseña, que en las hiperesténicos con ó sin hiperclorhidria, el tratamiento es el mismo, la misma la acción del bicarbonato de sosa y del subnitrito ó carbonato de bismuto, el mismo el régimen alimenticio.

En la gastrosucorrea ó síndrome de Reichmann creo que la determinación de los elementos de la acidez es completamente inútil; en cambio el estudio de la motricidad, que tanta importancia tiene, apenas hay quien la determina con exactitud.

Podría citar muchos casos, pero sólo citaré algunos que creo son muy significativos.

Recuerdo una señora de unos 40 años, que vino á mi consulta sufriendo intensos dolores de estómago irradiados á la espalda, independientes de la alimentación; no presentaba ningún otro síntoma subjetivo. La exploración manual, no presentaba más que dolor á la presión en la región epigástrica. Con tan pocos elementos diagnósticos creí oportuno hacer un análisis de líquido gástrico.

El análisis dió el siguiente resultado: Amarillo claro, olor *sui generis* del pan, filtración rápida, cantidad 60 c. c. reacción débilmente ácida. Acido clorhídrico libre, 0'013 por 100, acidez total 0'024 por 100, ácido láctico indicios; butírico, acético, nada, etc., etc.; para qué más; sólo diré que la digestión apenas estaba perturbada, sintoninas, propeptonas, pocas peptonas, acrodextrina, glucosa, etc. Diagnostiqué dispepsia hiperesténica con hipoclorhidria.

El tratamiento fué el clásico; medicación ácida, codeína y estovaína al interior, régimen de purés, carnes blancas, huevos, etc.

Los dolores calmaron á poco, pero los síntomas de la hipoclorhidria aparecieron en escena; por más ácido clorhídrico y mixturas ácidas que di, aquello no variaba; renuncio

á enumerar la lista de *medicamentos* que fuí empleando sucesivamente. Hice varios análisis y todos con parecido resultado.

Entonces fué cuando pensé en algún transtorno general y pregunté á la enferma; resultó que era una gran histérica toda su vida. En vista de esto, prescribí la valeriana y bromuros, duchas escocesas, y suprimí toda medicación anterior. Resultado: en pocos días la enferma mejoró tanto, que marchó á su pueblo. No pude conseguir hacerle nuevo análisis. Hubiera sido muy demostrativo.

Por lo que queda expuesto, se ve que los síntomas de hiperestenia gástrica que dominaron al principio de la enfermedad, no corresponden al resultado del análisis, pues en estos casos, ó hay hiperclorhidria ó es normal la acidez. De otra parte, se ve claramente que la afección dependía de un estado general, y que modificado que fué éste, desapareció aquélla.

Creo firmemente que existen más gastropatías dependientes de un estado general, de lo que comúnmente se cree. El histerismo antes citado, la neurastenia y, sobre todo, el artrismo.

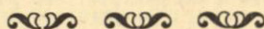
El artrítico digiere casi siempre mal, y sin embargo, si analizamos el líquido gástrico, apenas se encuentran alteraciones dignas de mención. Hay, no obstante, algo que debe tenerse en cuenta en estos enfermos. Las crisis gástricas son casi siempre periódicas, coinciden con una época de vida sedentaria, de preocupaciones profesionales, exceso de trabajo, etc. Hay violenta gastralgia, vómitos, insomnios, vértigos; en fin, un cuadro que aparece descrito en cualquier obra de gastropatología, unas veces con el nombre de hiperclorhidria intermitente (generalmente en este momento de enfermedad he comprobado la hiperclorhidria), otras hiperestenia gástrica, cada autor le propina un nombre. Generalmente basta someter al enfermo á dieta láctea mitigada y al reposo en cama, para que al cabo de 8 ó 10 días esos síntomas desaparezcan sin dejar rastro, hasta que al cabo de algún tiempo se repita la escena. Parece que en estos enfermos, hay una acumulación de alguna substancia que al eliminarse (como sucede con algunos alcaloides) por la mucosa digestiva provoca un estado de hiperclorhidria pasajera.

Estos enfermos son los que nos hacen caer en el descrédito algunas veces, por fiar demasiado en el resultado del análisis del líquido gástrico, tomado durante un período de actividad. No es extraño ver enfermos de esta clase, á quienes formulamos un plan alimenticio y medicamentoso para prevenirles de posibles complicaciones, dada la extraordinaria acidez de su jugo gástrico, que, al día siguiente de asistir á nuestra consulta, comen toda clase de alimentos sin sentir molestia alguna, y sólo al cabo de algunos meses ó años, vienen de nuevo á sufrir sus primeros accidentes.

Hay otro grupo de enfermos en que ocurre algo parecido. En la auto-intoxicación intestinal, hay casi siempre ligera hiperacidez, la cual desaparece fácilmente sometiendo al enfermo á un plan adecuado; tal vez evitando que los productos de descomposición de los albuminoideos, eliminándose en parte por la mucosa del estómago, produzca esa hiperclorhidria que suele llamar la atención del práctico.

Recuerdo á este objeto un enfermo de unos 36 años, comerciante, que diagnosticado de hiperclorhídrico y sometido á un régimen azoado mitigado, sin conseguir mejorar lo más mínimo su enfermedad, fué sometido á un régimen alimenticio por los lacto-harinosos. Esta alimentación antipútrida no tardó en surtir sus efectos, y hoy día, si no curado de su afección, al menos se ve libre de los continuos sufrimientos de antes, que le hacían la vida insoportable.

Para qué citar más casos; podría multiplicarlos, pero como tengo la convicción de que cuanto digo, está en el ánimo de gran parte de los prácticos, hago punto final, insistiendo en que el laboratorio es muy útil, pero que sólo le debemos conceder un valor relativo y secundario; sólo la clínica es la que nunca debemos abandonar.



Recientes estudios experimentales sobre la etiología de la Poliomielifis aguda

(Revista sintética) ⁽¹⁾

Por el Prof. Dr. Dante de Blasi

Si bien la naturaleza de la poliomielifis era conocida por las observaciones clínicas y epidemiológicas, la prueba experimental, sin embargo, no se obtuvo hasta 1909, por Landsteiner y Popper primero, y poco después, por Flexner y Lewis, Landsteiner y Levaditi, Leiner y Von Wiesner, Römer, etc., todos los cuales consiguieron infectar algunos monos, inoculándoles materiales virulentos, y más particularmente substancia nerviosa del eje cerebro-espinal, procedente de niños muertos de parálisis infantil.

Landsteiner y Popper inyectaron en la cavidad peritoneal de dos monos, una suspensión, en solución fisiológica, de médula espinal de un niño muerto en el cuarto día de un ataque de parálisis infantil. Uno de los dos monos enfermó gravemente al cabo de seis días, y murió dos días después, ó sea al octavo día de la inoculación; el otro, se hizo paralítico á los diez y siete días. La médula espinal del segundo mono se empleó para inocular otros monos, que no presentaron síntomas de ninguna clase.

Los autores atribuyeron este fracaso de inoculación de mono á mono, á una fuerte atenuación del virus. Knœpfelmacher, habiendo inoculado en la cavidad peritoneal de un *Macacus rhesus* una suspensión de médula de un niño muerto de poliomielifis, vió aparecer los primeros síntomas ocho días después de la inoculación, y después de otros cuatro días manifestarse fenómenos paralíticos. Pero también Knœpfelmacher fracasó en sus tentativas de inocular otro mono con la médula espinal del primero. Lo propio les ocurrió después, y en todas sus partes á Strauss y Huntoon.

Que la enfermedad transmitida era la poliomielifis, quedó demostrado perfectamente no sólo por el cuadro sindrómico, sino también por los estudios anatomopatológicos é histológicos del eje cerebro-espinal.

Ensayos de transmisión en serie.—Las transmisiones positivas de la poliomielifis al mono, usando materiales procedentes del hombre enfermo, aunque prueba genéricamente la naturaleza infecciosa de la enfermedad, no prueba que en los animales inoculados se haya realmente introducido el virus vivo; en efecto, los resultados positivos de los experimentos

(1) Traducido de la *Biochimica e Terapia sperimentale*, Milano 1911, por J. Aguilar Jordán.

pueden explicarse admitiendo simplemente que la médula espinal contiene el veneno específico producido por el agente infeccioso. Para poner en claro este asunto era necesario producir la enfermedad, inyectando en un segundo mono los productos morbosos de otro infectado; á un tercero los procedentes del segundo, y así sucesivamente; es decir, era necesario obtener lo que se llama la *transmisión en serie*. Esto se obtuvo en los monos, por Flexner y Lewis, los cuales, en 1.º de Enero de 1910, reprodujeron la enfermedad en dos series de animales, hasta la séptima generación, habiendo adoptado para las dos series virus procedentes de dos casos de poliomiélitis. En otra más reciente publicación refieren aquéllos haber obtenido éxito en un décimoquinto paso.

Krause y Meinicke obtuvieron en el conejo los mismos resultados positivos de transmisión en serie de la poliomiélitis, que antes habían obtenido Flexner y Lewis. Finalmente, Krause y Meinicke han podido infectar monos con materiales procedentes de conejos paralíticos.

Naturaleza del virus.—Schultze y Popetschingg aislaron un diplococo del líquido céfalo-raquídeo de algunos enfermos de poliomiélitis y se inclinaron á adjudicarle valor etiológico. Sin embargo, estudios de Landsteiner y Popper, Römer, Wiesner, etc., destruyeron esta pretensión, al mismo tiempo que les permitió conjeturar con algún fundamento que el virus de la parálisis infantil no era demostrable con los corrientes métodos bacteriológicos. Frente á esta suposición, vinieron los experimentos de filtración, casi contemporáneos, de Landsteiner y Levaditi, y de Flexner. Trituraron trozos de médula espinal virulenta; diluyeron convenientemente la papilla con solución fisiológica; la filtraron á través de bujías Berkefeld, ó de bujía Chamberland, y después de haber comprobado la esterilidad bacteriológica del filtrado, lo inocularon al mono; éste animal, al cabo de algún tiempo de incubación, presentó los síntomas característicos de la enfermedad. Los mismos resultados obtuvieron Liener y Wiesner, usando el fieltro Reichel.

El virus de la poliomiélitis pertenece pues al grupo de los llamados filtrables; lo cual no vale lo mismo que decir que es invisible. Flexner y Lewis refieren haber examinado al microscopio en campo obscuro los filtrados virulentos, límpidos y bacteriológicamente estériles, y han visto innumerables pequeñísimos corpúsculos movibles, de formas y tamaños indefinibles, sin movimientos propios de traslación; coloreados con el método de Loeffler para las pestañas microbianas, dichos corpúsculos aparecían de forma redonda ú oval; nada semejante vieron en un filtrado límpido de substancia nerviosa de un conejo sano. Si dichas observaciones no son aún suficientes para afirmar rotundamente que tales corpúsculos son el virus de la poliomiélitis, sin embargo, la hipótesis tiene en su favor la analogía de otros virus filtrables mejor estudiados, y parece apoyada por la siguiente observación, de los mismos autores.

Añadiendo un filtrado virulento á un caldo nutritivo estéril, que contenga suero de sangre humana ó líquido ascítico, y poniendo el tubo en el termostato, se nota que el caldo se enturbia; que el microscopio demuestra la existencia de numerosísimos corpúsculos iguales á los que se vieran en el simple filtrado, y que dicho caldo se mantiene virulento durante cuatro días. Esto hace esperar que podrán obtenerse cultivos artificiales, como ha ocurrido con el virus de la perineumonía de los bovinos.

Resistencia del virus.—El virus de la poliomiélitis, tal como se encuentra en la médula espinal, resiste á la desecación en presencia de la potasa cáustica á 22° durante nueve días. En solución fisiológica resiste á la congelación durante once días. Mezclado con una

parte de glicerina y dos de solución fisiológica, resiste en hielo durante siete días. La suspensión de médula virulenta se conserva inalterable, por lo menos durante 40 días, á la temperatura de 2° á 4°, y durante 50 días á 48°.

El filtrado pierde su virulencia por el calentamiento á 45° ó 50°.

La resistencia del virus en glicerina tiene un particular interés. De los estudios de Römer y Joseph, que son los más completos, resulta que en la glicerina al 50 por 100 el virus se conserva sin alteraciones, por lo menos durante 30 días, y en la glicerina pura, durante cinco meses, sin sufrir la más pequeña atenuación. Este hecho hace sospechar que dicho virus es de naturaleza afín al de la rabia, de la peste aviaria y de la vacuna, y tiene aplicación práctica en el laboratorio.

El virus se atenúa por los sucesivos pasos, tanto en el conejo como en el mono, y esta atenuación se hace ya sensible desde del 2.° al 4.° paso.

Finalmente referiré un experimento muy singular de Leiner y Wiesner, del que se desprende que las suspensiones de médula virulenta poco concentradas, son más activas que las muy concentradas. Prepararon una densa suspensión de médula virulenta, y tres diluciones de la misma en las proporciones de 1 : 100, 1 : 500, 1 : 1.000; estos cuatro líquidos fueron inoculados á otros tantos monos. El primero y el segundo enfermaron al cabo de ocho días, pero no murieron; el tercero enfermó al cabo de cinco días y murió al sexto día de la inoculación; el cuarto enfermó al cuarto día y murió al cabo de cinco días. Esto hace suponer que en la médula, junto al virus, existen sustancias antivirulentas, inhibidoras, sobre cuya naturaleza no puede decirse todavía nada.

Animales con receptividad y animales refractarios.—La mayor parte de los monos empleados en los experimentos, pertenecía á la especie *Macacus rhesus*; pero también han mostrado receptividad otras especies de monos catarrinos, tales como el *M. cynomolgus*, *M. nemestrinus*, *M. sinicus*, *Cynocephalus hamadryas*, *Cercocebus fuliginosus*, *Cercopithecus callithricus*, *Papio babuin*, *Chimpanzé*, etc.

Entre los pequeños animales de laboratorio se han mostrado con receptividad, los conejos, pero sólo los de algunas razas, lo cual explica los resultados discordantes de los experimentadores. Krausse y Meinicke han visto que la raza belga gigante, la belga campestre, la campestre del distrito de Ruhzkohlen, en que trabajan los AA., tienen receptividad; en cambio son refractarios, la raza holandesa, la rusa, la francesa. También son refractarios el topo, el cobayo, el perro, el palomo y el pollo.

Tiene también importancia la edad y el peso de los animales; así por ejemplo Kreusse y Meinicke afirman que hasta los conejos aptos para ser infectados, resisten á la infección cuando pesan más de 1.000 gramos. Leiner y Von Wiesner, han observado igualmente que los monos pequeños y jóvenes, se infectan más fácilmente que los adultos.

Organos y líquidos orgánicos virulentos.—Es evidente que el virus se encuentra más ó menos concentrado en diversos estratos del eje cerebro-espinal, que hace de la substancia nerviosa un material virulento infalible. Pero el virus es más abundante en la médula espinal y en el bulbo, que en el cerebro y en el cerebelo. Flexner y Lewis afirman que el líquido céfalo-raquídeo recogido al comienzo de las parálisis, ó unos días antes de que éstas se manifiesten, reproduce la enfermedad cuando es inyectado por vía endo-cerebral. Los mismos experimentadores han demostrado que al principio de la infección, el virus encuéntrase también en la sangre, en las glándulas linfáticas prevertebrales, en las cervicales, en las mesentéricas, pero no en las inguinales. En cuanto á la interpretación de estos

hechos, Flexner y Lewis, creen que el virus se encuentra en dichas glándulas antes de invadir los centros nerviosos; en cambio Leiner y Von Wiesner, piensan que el virus llega á ellas secundariamente, procedente de la médula espinal.

También demostraron Flexner y Lewis, que el virus existe en la mucosa vaso-faríngea de los monos enfermos, inoculando en otros monos sanos el filtrado del órgano precedentemente triturado y en suspensión en solución fisiológica.

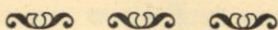
En vano se ha buscado en la bilis, en la mucosa intestinal, en el bazo, en las heces, en el riñón y en la orina.

Vías de inoculación.—La más segura es, sin duda, la intra-craneal, y mejor la intracerebral. Resultados positivos pueden obtenerse también inoculando el virus en el espesor ó en la rama de los troncos nerviosos periféricos, en la cámara anterior del ojo, en la cavidad peritoneal, en las venas, bajo la piel, en las glándulas linfáticas.

Se han practicado algunos experimentos con objeto de poner en claro cuáles puedan ser sus condiciones normales, las vías de penetración del virus en el organismo humano. Flexner y Lewis, pudieron infectar un mono, poniendo en íntimo contacto con la mucosa vaso-faríngea, precedentemente escarificada, la suspensión de médula de otro mono con parálisis recientes. Leiner y Von Wiesner consiguieron también reproducir la poliomiélitis en un mono, introduciendo el virus en el estómago mediante una sonda, y suprimiendo al mismo tiempo, con el opio, los movimientos peristálticos, y en otros, haciendo inhalar el virus, ó inyectándolo en la tráquea.

Estos experimentos hacen racionalmente pensar que el virus, en condiciones naturales, puede penetrar en el organismo humano por las vías digestiva y respiratoria.

Nada decimos de los síntomas, curso y anatomía patológica de la poliomiélitis experimental, porque concuerdan exactamente con la que se observa en el hombre.



Sesiones científicas del Instituto Médico

CONSIDERACIONES CLÍNICAS ACERCA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR Y ACUERDOS PRÁCTICOS DEDUCIDOS DE LAS MISMAS

Conferencia del Dr. Ramón Vila Barberá, Catedrático auxiliar de esta facultad de Medicina

el 21 de Febrero de 1911

Bajo la presidencia del Dr. D. Adolfo Batllés, Presidente de la sección de Medicina, hace uso de la palabra el Dr. R. Vila Barberá, quien comienza sincerándose por su tardanza en ofrecer sus labores á esta Corporación, por causas superiores á su voluntad. El trabajo que hoy presenta á discusión, dice, está hecho cerrados los libros; no trata, pues, en esta sesión de dar una lección de asuntos de autor ajeno para demostrar (cosa que no pretende), erudición vasta y condiciones oratorias. Se propone, predicando con el ejemplo, hacer labor de modesta originalidad en el Instituto, presentando á la consideración y discusión de la asamblea sus reflexiones, á la vista de una colección de 85 notas clínicas de ob-

servación personal que presenta y deja sobre la mesa para estudio de los señores socios, y á base de las cuales ha confeccionado una estadística sobre la que ha fundamentado sus juicios y conclusiones, estadística y conclusiones que une á sus notas clínicas también para que sus compañeros las examinen. Todas estas notas clínicas se refieren á enfermos de pecho, y á excepción de algunas de ellas, son de afecciones de naturaleza tuberculosa. Están tomadas durante el tiempo en que estuvo de Médico-Director del Sanatorio y Balneario de Busot (Alicante), y en cada una de ellas se expresa la filiación del enfermo, el juicio noseontóptico, antecedentes familiares, antecedentes patológicos remotos y próximos del caso, el estado actual y diario clínico, métodos de tratamiento con sus resultados terapéuticos, y acompañan á las mismas, paradigmas y esquemas del pecho que diagnostican el estado físico, así como termogramas.

La finalidad de sus reflexiones sobre el asunto que va á explanar tiende á orientar á esta Corporación por el camino de la labor experimental y el de contribución social médica á esta región.

Entrando en materia, describe la localidad de Busot, definiendo su situación y condiciones climáticas y orográficas de la misma, que ofrecen condiciones naturales de Sanatorio de templada temperatura para enfermos de pecho, en especial para tuberculosos. Describe el funcionamiento del Establecimiento allí instalado y en el que se pone en práctica el método higiénico, la buena sobrealimentación, la cura al aire libre, el reposo en el pinar, y la vigilancia constante de los enfermos por el médico-director que permite cumplir oportunamente las indicaciones que se presentan, teniendo á mano botiquín y cuantos medios terapéuticos pueda necesitar.

La estadística presentada por el Dr. Vila está clasificada por Procedencias, Profesiones, Estado, Sexo, Edades, Antecedentes hereditarios, Afecciones remotas anteriores á la afección actual, afecciones precedentes de la afección actual, Particularidades sintomáticas en el curso de la tuberculosis pulmonar, Período evolutivo de la tuberculosis pulmonar, Localización de las lesiones, Tratamientos á que se han sometido, Resultados terapéuticos, Variaciones notables de peso de los enfermos y Resultados termométricos de los casos registrados.

Basado en los resultados de esta estadística, establece sus conclusiones y formula las dos mociones que resumen su trabajo.

No citamos las cifras de clasificación por procedencias, profesiones y sexos, pues el mismo autor manifiesta que las conclusiones que de ella se deriven carecen de valor alguno, dado el carácter especial del establecimiento, que no permite que á él acudan indistintamente con proporcional igualdad, individuos de todas las procedencias, profesión y sexo.

Por su estado, presenta las siguientes cifras:

Individuos casados.	18 tuberculosos.
» solteros mayores de 20 años. . . .	50 »
» » menores » » »	12 »
	<hr/>
	80 »

De esto deduce que la vida genital y el surmenage son las causas coadyuvantes que más abonan la explosión de la tuberculosis. Corrobora la misma afirmación, el hecho de que de los casos por él registrados aparecen las edades de 12 á 20 años y de 20 á 30 como las

que han prestado mayor número de enfermos tuberculosos á su estadística, y estas edades son precisamente aquéllas en que más se abusa de las energías individuales, en particular las genésicas.

Del estudio de los antecedentes hereditarios, le resulta que de 22 casos en que los ha encontrado, 14 son de hermanos, 3 paternos, 3 paternos y hermanos, 1 materno y 1 de otros parientes. En esto, coincidiendo con la estadística del Dispensario de María Cristina del Dr. Verdes Montenegro, presentada últimamente al Congreso Antituberculoso de Barcelona, deduce que el mayor número de casos habidos en colaterales y hermanos, débese á la herencia de la meiopragia ó á la adquisición de ésta bajo idénticas condiciones de vida familiar.

De la relación estadística de las afecciones que remota y próximamente antecedieron á la explosión de la tuberculosis pulmonar en el número de casos por él observados, resulta con una frecuencia de mayor á menor la siguiente clasificación nosológica:

1.^{er} grupo: Afecciones de orden flogósico (Bronquitis y afecciones pleuro-pulmonares agudas).

2.^o grupo: Afecciones de orden á la vez flogósico y extenuante (Grippe).

3.^{er} grupo: Afecciones de orden extenuante (Anemia, Surmenage, Neurastenia).

4.^o grupo: Afecciones diversas del anillo linfo-adenóideo de Waldeyer.

La significación de la flogosis local para el desarrollo ulterior de la tuberculosis pulmonar, es á juicio del autor algo más que mera coincidencia, que formación de lecho á propósito que por disminución de resistencia permitiera la implantación del bacilo de Koch, pues si admitimos como hechos verdaderamente comprobados los experimentos de Ferrán, Ravellat, Courmont, Auclair y otros respecto á la transformación evolutiva de determinadas bacterias flogógenas en bacilos de Koch, resultarían estas deducciones de la estadística presentada una sanción de la clínica á estos trabajos de laboratorio. Claro que para esto debiéramos de determinar si la flora bacteriana flogógena que precedió á la explosión de la tuberculosis pulmonar en estos enfermos era susceptible de sufrir el transformismo evolutivo que aquellas bacterias que en manos de Ferrán en primer término pasaron todo el ciclo evolutivo que les permitió llegar á la fase de bacilo de Koch. Por faltarle esta experimentación al Dr. Vila, es por lo que propone á sus compañeros que merecía la pena de que esta Corporación se ocupara del aspecto este de la tuberculosis y aun recurriera á verificar las experimentaciones de Ferrán y otros para averiguar lo que hubiera de cierto en esta teoría.

Abona además la clínica esta teoría, cuando relatando aquellos síntomas particulares que con mayor frecuencia se han registrado en la evolución de la tuberculosis pulmonar de los inscritos en la estadística, resultan los de orden flogósico (hemoptisis, trastornos gastro-intestinales agudos, laringitis y rinfaringitis, taquicardia apirética) con frecuencia predominante, y sabido es que todos estos síntomas no corresponden á los que determinan una infección experimental de bacilos de Koch pura y solamente. Tal vez la llamada tuberculosis pulmonar sea una infección bacilar ó bacteriana compleja en la que intervienen gérmenes en fase flogógena combinados con otros en fase de bacilos de Koch.

Los enfermos de tuberculosis pulmonar registrados son en número de 77, de los cuales, 33 lo estaban en 1.^{er} período (crudeza), 19 entre 1.^o y 2.^o, 19 en el 2.^o, 5 entre 2.^o y 3.^o y 1 en 3.^{er} período. Además se incluyen en la estadística 1 caso de laringitis tuberculosa pura, 1 de pleuritis y 7 de bronquitis crónica. Las lesiones en los tuberculosos pulmonares son unilaterales izquierdas en 30 casos, unilaterales derechas en 22 y dobles en 25.

Los 77 tuberculos pulmonares han sido sometidos á tratamiento higiénico sintomático, es decir, que á todos ellos se les ha sometido á la sobreaireación y reposo en pleno bosque de pinos, han estado sobrealimentados en cuanto ha permitido el estado de sus fuerzas digestivas y han estado constantemente vigilados por el médico, quien ha cumplido las indicaciones sintomáticas que se han presentado con toda oportunidad. Entran en esta consideración la administración de glicerofosfatos, de cacodilatos, etc., y en una palabra todo aquello que no es considerado como medicación específica contra la tuberculosis y que se usa en el tratamiento de otras afecciones extenuantes que no son precisamente tuberculosas. El contingente de enfermos registrados puede decirse que casi todos antes de ingresar en el Sanatorio habían estado sometidos á diversos tratamientos de los llamados específicos, y ya ingresados, 32 de ellos sólo siguieron el método higiénico-sintomático explicado, y 45 continuaron á la vez, aunque muy irregularmente, un tratamiento específico variado: creosotados, gomenol, paratoxina, fosota, tuberculina Marechal, y tuberculina de Koch antigua. Muchos de éstos al poco tiempo se limitaron exclusivamente al tratamiento higiénico-sintomático.

Expone el disertante el resultado numérico de las observaciones gravimétricas y termométricas registradas. En cuanto á las primeras, suman 39 los casos con aumento de peso y 38 los que no aumentaron. De 20 termogramas, resultan 9 regularizadas hacia la normalidad, 3 inalteradas y 8 de marcha poco satisfactoria. Como resultados terapéuticos, expone los siguientes grupos obtenidos:

<i>Mejorados</i> , en sus lesiones, estado general y ganancia de peso.	23	casos
<i>Id.</i> » » » » » y poca pérdida de peso.	2	»
<i>Id.</i> en su estado general y lesiones invariables.	16	»
Total.	41	»
<i>Invariables</i> en su estado local y general.	15	casos
<i>Id.</i> » » » » con estado general peor.	3	»
Total.	18	»
<i>Empeorados</i>	12	casos
<i>Defunciones</i>	6	»

Las conclusiones que enuncia el Dr. Vila respecto al tratamiento de la tuberculosis pulmonar á la vista de estos datos son que, por hoy, el tratamiento higiénico-sintomático es el mejor método terapéutico de la tuberculosis pulmonar, sin cuya base juzga á los demás ineficaz incluso el moderno tuberculoterápico, del cual no puede hacer alabanzas á pesar de su corta experiencia, porque no lo cree bien fundamentado, atendiendo á las modernas doctrinas etiológicas de la tuberculosis.

Como resumen de lo expuesto, el Dr. Vila, para dar finalidad práctica á estos debates, formula dos mociones al Instituto médico valenciano que abarcan los dos aspectos más extensamente tratados en este trabajo, que son el etiológico y el terapéutico, y las formula pidiendo que 1.º esta Corporación realice una comprobación experimental de los trabajos de Ferrán en cuanto á etiología de la tuberculosis; y 2.º, que el Instituto Médico Valenciano adquiera todos los datos necesarios para construir un mapa médico-higiénico de la provincia de Valencia, que puede ser guía de todo médico, á fin de dirigir á sus enfermos tuberculosos

á aquellas localidades que reúnan condiciones naturales de Sanatorio y en las que, vigilados por el médico del partido, queden atendidos de forma análoga á como pudieran estarlo en un Sanatorio.

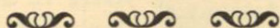
Aludido por el Dr. Vila, toma la palabra el Dr. Campos para, en primer término, felicitar al disertante que de manera tan brillante ha desarrollado su tema, y en segundo término para mostrarse partidario decidido de la primera conclusión, creyendo sinceramente que los beneficios que pueden reportar á los tuberculosos el tratamiento higiénico dietético difícilmente se pueden alcanzar con los tratamientos farmacológicos; al efecto, cita un caso de tuberculosis laríngea en que un enfermo mejoró notablemente, al extremo de hallarse aparentemente curado desde hace tres años, con solo cuidados higiénicos.

Los numerosos casos aportados por el Dr. Vila de rino-faringitis en los enfermos tuberculosos, corroboran la idea emitida en días anteriores por el Dr. Campos de que diagnosticadas á tiempo las rino-faringitis y tratadas convenientemente redujeron algún tanto el número de tuberculosos, por cuanto los procesos en la rino-faringe, ocasionando obstrucción nasal, privan al aire que sirve para la respiración, de aquellas condiciones que le hacen inofensivo cursando por sus vías naturales.

Termina el Dr. Campos deseando hubiese un antígeno capaz de desarrollar anticuerpos que hiciesen imposible la vitalidad del agente productor de la tuberculosis, y si la tuberculina parece ser la substancia llamada á ser el específico con que se trata la tuberculosis después de bien comprobadas las experiencias y de haber tratado á muchísimos enfermos con resultados satisfactorios, se congratularía muchísimo de que así fuera en bien de la Humanidad.

Las vacunas de Wrihgt, por su parte, también han contribuido en cierto modo á mejorar á los tuberculosos, puesto que dichas opsoninas tienden á preparar el bacilo de Koch al ataque de los fagocitos, disolviendo la cápsula grasosa de que van envueltos y que no representa en ellos más que un elemento de defensa que han adquirido y que los hace hasta cierto punto invulnerables á los agentes, de aquí el nombre de ácido-resistente con que le conocemos.

Pedida la palabra por los Dres. Oliete y Chabás, se levantó la sesión á las 8 y media.



REVISTA DE REVISTAS

DERMATOLOGÍA

Un caso raro de Alopecia periódica. (*Monatshefte für praktische Dermatologie*).

Kloz y Sendermann han relatado la historia de enfermos que perdían el pelo cada verano, para volver á recobrarlo durante el invierno. Sutate, presenta una observación parecida recogida en una joven de 16 años. Desde los 15 meses, en otoño, presenta en la región occipital

manchas redondas alopécicas, que se extienden á todo el cuero cabelludo. Desde esta época los cabellos caen cada otoño y se reponen cada primavera. Está bajo su observación dos años y medio, presentando períodos sucesivos de *trichogenesis*, *alopecia*, *trichosis*, etc., sin que en ningún momento se descubran síntomas inflamatorios, ni al examen clínico, ni al examen histológico. La muchacha está bien desarrollada, aunque anémica. Sutate explica esta afección singular, por una trofoneurosis intermitente determinada por una toxina microbiana.

Intoxicación iodada por la iodoglidine.—V. NOTHAFFT. (*Monats hefte für praktische Dermatologie.*)

En un primer caso, los síntomas de intoxicación consistieron en nerviosidad, insomnios, anorexia, etc., sobrevenidos después de la absorción de 150 tabletas de iodoglidina en 4 semanas. Hubo mejoría 6 semanas después de haber cesado la administración del medicamento.

El segundo caso fué observado en un médico de 41 años, sífilítico, que había tomado 220 tabletas; presentó sensación de quemaduras en los pies, fatiga, irradiaciones dolorosas en los miembros inferiores, trastornos vaso-motores en la cara, adelgazamiento, insomnio, depresión mental, etc., etc. Todos estos trastornos tardaron muchos meses á desaparecer.

La iodoglidina, como todo compuesto iódico, puede causar iodismo.

Nuevos métodos de tratamiento de la blenorragia y su inmunización activa por la vacuna gonocócica. — (*Berliner Klinische Wochenschrift.*)

Schindler valora las ventajas de la atropina, que han sido señaladas para evitar el tenesmo y los movimientos antiperistálticos, causa de las epididimitis. Combina el uso endo-uretral de la atropina con el de los supositorios y rechaza los tratamientos susceptibles de provocar el antiperistaltismo, como el masaje de la próstata y el nitrato de plata. Este le parece inferior á las combinaciones albumino-argénticas, principalmente para la uretritis posterior, dada la poca tolerancia de ésta para las soluciones fuertes.

El método ideal es la inyección de protargol á 0'25 por 100 que puede inyectarse el mismo enfermo en la uretra posterior, sin que se haya observado nunca la producción de una epididimitis artificial. Para la uretritis anterior se puede llegar hasta una inyección al 5 por 100 que el enfermo tolera bien, sobre todo si es reciente y preparada en frío la solución.

Las vacunas antigonocócicas no son útiles mas que en las lesiones encapsuladas; en las lesiones de la mucosa los gonococos no producen amboceptores como Brock los ha encontrado en

el suero de las mujeres afectas de anexitis crónica blenorragica.

Se emplea la vacuna de Reiter en los sujetos febricitantes y el Arthigon de Bruck en los que no tienen temperatura. Las indicaciones son: la epididimitis, la prostatitis crónica, anexitis, artritis, etc. En la epididimitis, la punción y las aplicaciones calientes concurren activamente á la reabsorción del exudado. La prostatitis crónica se cura á menudo. No hay que exagerar las virtudes del método, que produce al lado de éxitos fracasos evidentes, sin que por eso deje de ser un medio digno de ser utilizado.

Tratamiento de las vegetaciones venéreas por la radiografía. (*Presse Medicale.*)

Chicotot deposita sobre cada una de las vegetaciones una gota de licor de Fiehl, toma un calco de estas manchas y lo lleva sobre una plancha de plomo, en la cual hace orificios del tamaño de las manchas de Fiehl. El plomo así agujereado es colocado sobre la parte afecta, aislando completamente la piel normal. Se coloca al enfermo sobre una mesa ginecológica, y protegida la piel por el plomo se le puede hacer sufrir sesiones de 5, 6 y 7 horas con rayos de 7 á 9 de penetración, sin miedo á las radiodermis. Con estas dosis y esta penetración se pueden curar las vegetaciones en 3 ó 4 sesiones, empleando un tubo Chabaud y una exposición de 2 minutos por hora.

JOSÉ LLISTERRI.

BIOQUIMICA Y TERAPEUTICA EXPERIMENTAL

El fermento proteolítico de los leucocitos y sus aplicaciones diagnósticas.—E. ORSINI. (Trabajo del Instituto seroterápico Milanés, 1910.)

Tanto Müller y Fochmann, como Stern y Eppenstein, á consecuencia de sus trabajos sobre las propiedades biológicas de los leucocitos, coinciden en que la sangre de la leucemia mielógena, posee una evidente propiedad proteolítica, mientras que esta propiedad falta en la leucemia linfógena y que los leucocitos polinucleares, y especialmente los neutrófitos, contienen un fermento tróptico que falta en los linfocitos.

Establecidas definitivamente las diferencias biológicas entre las diversas especies de glóbulos blancos, en relación con las diferencias morfológicas clásicas establecidas á partir de las doctrinas de Ehrlich, Müller y Fochmann, demostraron la existencia de aquel fermento en los leucocitos de la sangre normal, de la médula ósea y en otros órganos (páncreas, hígado, etc.), al paso que faltaba en los linfocitos. Demostraron también una acción fluidificante sobre la albúmina coagulada, por el pus producido por los gérmenes piógenos comunes, que como es sabido, es rico en elementos polinucleares, mientras que el pus tuberculoso, en el que predominan los linfocitos, carece de estas propiedades fermentativas proteolíticas.

Kollaczek y Müller aplicaban este principio al diagnóstico diferencial entre el pus tuberculoso y el pus piógeno. Todos estos interesantes estudios contribuyeron poderosamente al conocimiento de la acción de los fermentos y de los antifermentos de la sangre circulante.

El autor se ha valido del método de Müller y Fochmann, que consiste en lo siguiente:

De la pequeña cantidad de material á examinar (pus, exudados, esputos), se pone por medio de una pipeta, ó el asa de platino, una pequeña cantidad sobre una placa de Löffler ó de Petri que contiene suero solidificado de carnero ó de toro, adicionado de un poco de glucosa. La placa se mantiene en el termómetro á 50-55° durante 24 horas. Si el pus contiene un fermento activo, que tiene la propiedad de fluidificar el suero solidificado, al cabo de poco tiempo, en el punto en que se encuentran las gotas de aquél, comienza á demarcarse una depresión que va agrandándose paulatinamente hasta formarse una cavidad. Si por el contrario no contiene ningún fermento activo, no se forman tales depresiones en el suero coagulado y las gotas se desecan al cabo de cierto tiempo.

El autor, con objeto de hacer más clínicas estas experiencias, ha sustituido sin menoscabo del experimento, las placas de Löffler, por tubos de ensayo conteniendo el suero coagulado y sumergidos en un baño de maría, sin que sea necesario un termostato.

Á pesar de que esta técnica del A. es ya una simplificación del método de Müller y Fochmann,

el mismo Müller le ha sustituido por otro mucho más rápido y sencillo, que él llama «químico-físico», usando el reactivo de Müller (1).

Se llenan varias cápsulas de porcelana con dicho reactivo, y haciendo caer en ellas diversas clases de pus en pequeñas cantidades, se observa que el pus tuberculoso se reune, formando un disco espeso que se puede separar completamente con el asa de platino, mientras que el pus producido por los piógenos comunes, forma un disco fácilmente dislacerable que no se puede recoger por entero con dicha asa de platino. Al cabo de algunos minutos (un cuarto de hora, máximo) se ve que con el pus tuberculoso el líquido persiste incoloro y que el pus de otra procedencia determina en el reactivo una coloración roja viva, que se torna amarilla al cabo de poco tiempo. El autor explica el mecanismo de su método del modo siguiente: La coagulación espesa de las gotas del pus tuberculoso es debida á la presencia de cuerpos albuminoideos coagulables; mientras que el pus de origen piógeno, á consecuencia de su mayor riqueza en fermento leucocitario proteolítico, contiene mayor cantidad de productos de la transformación de la albúmina, que no se coagulan y que se difunden en el reactivo, comunicándole la coloración roja á causa de los grupos aromáticos que contienen aquellos productos.

De todos estos estudios deduce el autor las siguientes conclusiones:

Los métodos descritos tienen un verdadero valor diagnóstico, tanto en las enfermedades médicas como quirúrgicas. La proteólisis negativa se obtiene en todas las tuberculosis, si se excluyen las infecciones mixtas y las influencias terapéuticas; aun en tales casos las acciones proteolíticas son muy ligeras.

La fluidificación clara, evidente, depone en favor de un proceso agudo, aunque no excluye por completo la existencia de una tuberculosis sobre la que han actuado las causas antes expuestas (infección mixta, medicación iodofór-

(1) Este reactivo se prepara del modo siguiente: Se colocan en un matraz 10 cm.³ de mercurio y 130 cm.³ de ácido nítrico concentrado (D=1'4) y se aguarda á que aquél esté completamente disuelto, añadiendo luego al líquido resultante 150 cm.³ de agua destilada.

mica); en determinados casos, también en los procesos agudos, puede ser lenta la aparición de la proteólisis, pero no falta nunca.

Estos estudios han sido también origen de aplicaciones terapéuticas que se encuentran en estos momentos en ensayo, pero que tal vez tengan un porvenir y consigan realizar las esperanzas de biólogos y clínicos. Primeramente se intentó actuar sobre la autólisis demasiado rápida de los procesos purulentos agudos, por medio del suero sanguíneo y de otros líquidos orgánicos, que deben ejercer ciertas propiedades anti-proteolíticas contrarias á las de los leucocitos; otros por el contrario (Fochmann y Baetzner), llevando la tripsina directamente á los focos tuberculosos, trataban de acelerar su reabsorción. También el mecanismo de la curación por el método de Bier, parece encontrar (aparte la acción bactericida del suero) en parte su explicación en estos principios teóricos y experimentales.

Tentativas de inmunización contra la tuberculosis.—J. BARTEL. Wien. Kl. Wochenschrift, 1909. (Extrac. de la Bioch. Milán).

Anteriores experimentos del A. indican claramente la existencia de relaciones metabólicas entre el bacilo tuberculoso y los tejidos orgánicos; el tejido linfático especialmente parece desarrollar una acción preventiva directa frente á la infección tuberculosa. Dada la importancia de este dato, el autor ha querido comprobar *in vitro* los resultados obtenidos precedentemente *in vivo*, sembrando bacilos tuberculosos del tipo humano y del bovino á temperatura del termostato en extractos orgánicos de animales sanos; aquéllos conservan su vitalidad, pero dejan de ser virulentos si junto con los tejidos orgánicos, se les inyecta á los cavia y á los conejos. En los animales así tratados, no puede encontrarse ninguna lesión tuberculosa característica, pero en cambio se observa casi constantemente hiperplasia más ó menos acentuada de los órganos linfáticos. Mediante ulteriores inyecciones en bacilos tuberculosos virulentos, estos animales responden con fenómenos inmunizantes, con hipersensibilidad, con aumento de resistencia, y también con inmunidad completa. Esto demuestra que aquí ocurren fenómenos

bastante diferentes á los que se observan en la tuberculosis experimental; los animales previamente tratados con bacilos tuberculosos y tejidos orgánicos, después de la infección con bacilos virulentos, no mueren después de un período de tiempo igual, al en que mueren los animales testigos, y en el caso en que sobreviene la muerte, es diferente el resultado del examen necrópsico.

El A. deduce de estos experimentos, que la acción ejercida sobre los bacilos tuberculosos por los tejidos orgánicos y especialmente por el tejido linfático, puede servir como punto de partida de un método específico de inmunización contra la tuberculosis. Esto no obstante, el autor no pretende que se aplique todavía este nuevo método á la práctica, sino que llama la atención de los experimentadores, sobre la gran importancia de la célula orgánica en los procesos infectivos en general, puesto que está convencido que el estudio de los intercambios entre ésta y los diversos agentes microbianos podrá dar la clave de muchos problemas todavía ignorados ó poco conocidos.

Primeros resultados positivos de la sueroterapia en la fiebre de Malta ó Mediterránea.—TRAMBUSTI Y DOUZELLO. (*Inst. de Pat. Gen. della R. Univ. de Palermo*). 1910.

Las primeras tentativas de sueroterapia contra la fiebre de Malta se remontan á 1895, época en la cual Wright intentó obtener un suero curativo, tratando primero la cabra y al año siguiente un caballo, con cultivos muertos de bacilo melitensis. Y si bien el suero caprino no mostró ninguna eficacia profiláctica ni curativa, en cambio el suero obtenido del caballo, experimentado en algunos enfermos de fiebre mediterránea, pareció determinar alguna mejoría del padecimiento.

Estas primeras tentativas de Wright no fueron proseguidas, hasta que en 1903 Eyre intentó inmunizar por suero los animales que habitualmente se emplean para los experimentos (conejo y conejillo); después la cabra, y más tarde (1905) un caballo con cultivos muertos, y más adelante con cultivos vivos.

Las investigaciones de Eyre condujeron á resultados muy interesantes, por lo que se refie-

re á la formación de las aglutininas, las oscilaciones del poder aglutinante y contenido de la sangre en microbios; pero en cambio no dieron resultados muy satisfactorios por lo que se refiere á las propiedades profilácticas y curativas del suero obtenido de los animales tratados.

En 1907 los AA. recomenzaron estas investigaciones de sueroterapia antimaltesa, siguiendo un método especial.

Los animales (cabritos) que habían de servir para la producción del suero, en vez de ser tratados con cultivos muertos ó vivos de *B. melitensis*, lo fueron con soluciones de núcleo-protéidos obtenidos por el método que Lustig y Galeotti emplearon para obtener el núcleo-protéido del bacilo pestoso. El *ejemplar* de bacilo melitensis que emplearon procedía de Malta. Exaltaron su virulencia por medio de pasos subdurales en el conejo, obteniendo así cultivos que á la dosis de un asa de platino del cultivo en agar, mataba dentro de las 24 horas un conejo de 500 gramos de peso.

El núcleo-protéido obtenido por los AA. en las diversas preparaciones resultó tóxico para el conejo á la dosis de 2 á 3 miligramos por 100 gramos de peso del animal.

Quince centigramos de este núcleo-protéido, disuelto en 75 cm.³ de una solución acuosa al 0'50 por 100 de carbonato y cloruro sódicos, fueron inoculados á un cabrito de 15 kilos de peso (es decir, en la proporción de un miligramo por cada 100 gramos de peso), el día 3 de Noviembre de 1908. El mismo tratamiento se repitió el 18 del mismo mes y el 3 de Diciembre.

El 7 de Diciembre se investigó el poder aglutinante del suero de dicho animal, para el *B. melitensis*, y se encontró positivo en la proporción de 1 : 60.

Se repitieron las inyecciones los días 22 de Diciembre, el 6 y el 21 de Enero 1909. El 28 de Enero el poder aglutinante aumentó á 1 : 80.

Nuevamente se repitieron las inyecciones los días 12 de Febrero y 3 de Marzo. El 1.º de Marzo, el poder aglutinante era de 1 : 120.

En 15 de Marzo se extrajeron de la yugular de este cabrito 150 cm.³ de sangre, de la que se obtuvieron 50 cm.³ de suero límpido que sirvieron para los ensayos de sueroterapia.

Varios conejos de peso alrededor de 500 gramos, fueron infectados por inoculación subcutánea con cultivos virulentos de *B. melitensis*, y cuatro días después, algunos de ellos fueron inyectados con 3 cm.³ de suero del cabrito tratado con núcleo-protéido.

La temperatura rectal de estos animales, que en los días precedentes había oscilado alrededor de 39'5º, descendió á 38º y así se mantuvo durante varios días, hasta que los animales se recuperaron con rapidez y ganaron de peso.

De los conejos testigos, en cambio, murieron unos al cabo de 8 días de ser inoculados, habiendo disminuido mucho de peso.

Después de otros ensayos experimentales, los AA. se decidieron á practicarlos en el hombre, después que se convencieron de la completa inocuidad del suero, en los individuos sanos y en los enfermos de otras dolencias diversas. Dos fueron los individuos tratados.

El primero fué un individuo de 25 años. Enfermó el 25 de Junio de 1908, con cefalea, dolores musculares, estreñimiento é inapetencia. Siete días después del comienzo de su enfermedad, se podía apreciar en él un moderado aumento del volumen del bazo y del hígado, y fiebre de tipo continuo-remitente (máximo 38'5º y mínimo 36º). La reacción aglutinante fué positiva para el *B. melitensis* al 1 : 80. El 21 de Julio recibió 5 cm.³ de suero. La temperatura, que había sido en el momento de la inyección de 38'3º, se elevó después de ésta á 39'8º. El día 23 se practicó una segunda inyección de 5 cm.³ de suero. Esta vez la temperatura no subió tanto, pues solamente llegó á 39º, y al día siguiente por la mañana descendió á 36'9º, se elevó á 37'3º por la tarde y ya no pasó más de 37º. Al cabo de ocho días el enfermo estaba curado.

El segundo caso era un joven de 22 años, que enfermó el 11 de Septiembre de 1908 con inapetencia, cefalea, dolores vagos, vómitos, quebrantamiento, ligera esplenomegalia. Fiebre de tipo continuo-remitente con mínimas de 37º y máximas de 40º.

Reacción aglutinante positiva.

El día 25 se le inyectaron 5 cm.³ de suero. La temperatura, que era de 37'5º antes de la inyección, se elevó después de ella á 40'6º.

El día 27, segunda inyección de 5 cm.³ de

suelo. Esta vez no hubo elevación térmica y la temperatura comenzó á descender gradualmente, hasta el 8 de Octubre en que el enfermo curó definitivamente.

Estos dos casos son los primeros en los que la sueroterapia antimelitense ha dado satisfactorios resultados y los AA. se proponen proseguir por este camino, que creen es el más adecuado para llegar á la solución del problema, tan difícil de resolver hasta hoy, de la terapéutica de la fiebre de Malta.

Los *Anales del Instituto Médico Valenciano* procurarán tener al corriente á sus lectores de todas las noticias que acerca de este particular puedan adquirirse, con lo cual creemos hacer una obra de suma importancia para la clase médica de Valencia, que repetidamente tiene que tratar como buenamente puede y generalmente con escaso éxito, muchos casos de esta enfermedad, casi endémica en nuestra región.

OTORINOLARINGOLOGIA

La magnesia calcinada en el tratamiento de los papilomas difusos de la laringe de los niños.

En la Sociedad de Medicina de Burdeos presentó el Dr. R. Claoné, en la sesión del 21 de Octubre de 1910, dos casos, en los que después de repetidas extirpaciones de papilomas difusos de la laringe, tuvo la satisfacción de verlos desaparecer mediante el uso de la magnesia calcinada á la dosis de 0'50 gramos diarios.

Se fundó para emplear esta medicación, en la similitud de naturaleza histológica que estos papilomas presentan con las verrugas planas de la piel y el saber que otro compañero, el Dr. Fréche, había obtenido un buen resultado con el empleo del citado medicamento en casos de verrugas.

Bajo la influencia de medicación tan sencilla, pudo seguir en los dos casos la desaparición progresiva de los papilomas; los más grandes caen por adelgazamiento del pedículo, el enfermo los expulsa con un golpe de tos.

Tratamiento del otohematoma.—E. URBANTSCHITSCH.

El tratamiento propuesto por el Dr. Urbantschitsch es una modificación del tratamiento del hidrocele. El Dr. Urbantschitsch aspira el contenido del hematoma con una jeringuilla de Pravaz. Inmediatamente después, inyecta tintura de iodo, practica un ligero masaje, nueva aspiración y compresión ligera.

La posición del enfermo después de intervenciones sobre los oídos.—DR. MACKENZIE. (*Anales des Maladies de l'oreille, du larinx, du nez, et du farinx.*)

El autor se asombra de que nadie se haya ocupado jamás de asunto de tanto interés, pues nadie se ha dedicado á estudiar cuál sería la mejor posición en que se colocaría al paciente, después de operaciones sobre la mastoides.

Para favorecer el drenaje es preciso que el enfermo se acueste del lado enfermo, lo que él evita precisamente por ser ese lado más sensible. Utilizando una almohadilla de 40 centímetros cuadrados, que presente una perforación excéntrica de 14 centímetros, los enfermos pueden guardar dicha posición continuamente sin inconveniente ninguno.

En dicha posición está asegurado el buen desagüe, porque el apósito que drena los líquidos de la herida debe ser cambiado, por lo menos, una vez al día.

JOSÉ CAMPOS.

PUBLICACIONES RECIBIDAS

Se ha recibido en esta Redacción un ejemplar de *Revolución y retazos de Gramática parda del maestro Ciruela, ad usum Scholasticus y Médicos en agraz*, del que es autor don Silverio Domínguez.

Recomendamos su lectura á todos cuantos van á comenzar á ejercer la profesión, pues con lenguaje sencillo y ameno, instruye á los noveles médicos en todo lo que constituye una serie de obstáculos de orden social, para ejercer la profesión con la independencia que le es peculiar. Se vende en las librerías al precio de 2 pesetas.