Anales del Instituto Médico Valenciano

BOLETÍN (1841-98)

REVISTA MENSUAL

SUMARIO:

Digital y fascículo de His, por Alfredo Martinet.

Inmunidad y profilaxia específica de la poliomielitis aguda (revista sintética), por el Dr. Luigi Vigano.

Sesiones científicas del Instituto Médico: Sesión del día 7 de Marzo de 1911. Rectificación del Dr. Vila Barberá.

Revista de revistas.

Varia: Un libro interesante.—Réplica á un artículo.

Memorias premiadas por el Instituto: Topografía médica de Rótova y pueblos anejos á su distrito. Primero del concurso de premios de la Fundación Roel para 1910, por el Dr. D. José Izquierdo Sánchez. (Continuación.)

Digital y fascículo de His

Por Alfredo Martinet (1)

I. Se designa bajo el nombre de fascículo de His, un pequeño fascículo muscular, que naciendo en la aurícula derecha, cerca de la desembocadura de la vena coronaria, camina á través del tabique interauricular, penetra en el septum interventricular donde se dicotomiza, y cuyas dos nuevas ramas ó fascículos hacia el tercio inferior del ventrículo, se anastomosan con las fibras ventriculares (His, Junior, Tawara, Aschoff).

El fascículo en cuestión, desempeña un importante papel en la coordinación funcional de las cavidades cardíacas. La contracción normal comienza por la aurícula y se propaga al ventrículo, precisamente por intermedio de este fascículo; la sístole auricular precede un quinto de segundo al sístole ventricular. La destrucción ó la inhibición funcional completa ó incompleta del fascículo de His, determina lo que se ha convenido en llamar el bloqueo completo ó incompleto del corazón (Herz-Block-Bloquage) (2).

En el bloqueo parcial, la mitad ó un tercio solamente de las contracciones auriculares se propagan á los ventrículos excitando sus contracciones; la disociación funcional entre las cavidades cardíacas es incompleta.

En el bloqueo completo, no existe ya ninguna relación entre las contracciones auriculares y las ventriculares; la disociación es completa. Los ventrículos continúan contrayén-

(2) Bloquage. Bloqueo, rellano. Pudiera traducirse, atendiendo al sentido fisiológico de la palabra, insuficiencia cardio-motriz. (Nota del traductor.)

⁽¹⁾ Traducido expresamente de La Presse Médicale, núm. 53, 1911, para los Anales del Instituto Médico Valenciano, por J. Aguilar Jordán.

dose de una manera autónoma, unas 30 á 32 veces por minuto, pero sin ninguna relación con los sístoles auriculares, que continúan siendo mucho más frecuentes. La lesión del fascículo muscular inter-aurículo-ventricular realiza en este caso un estado de verdadera ataxia aurículo-ventricular, que destruyendo toda coordinación contractil entre las cavidades cardíacas, perturba profundamente la función circulatoria.

Estas nociones anatomo-patológicas, de fecha relativamente reciente (la descripción anatómica de His es de 1895, y las experiencias decisivas de Hering son de 1902), han puesto en claro más de un punto oscuro de la patología cardíaca, y pueden aportar mayores elementos de precisión en las reglas de administración de la digital en determinadas condiciones clínicas todavía poco conocidas.

* *

- II. Previamente, recordaremos las tres siguientes leyes fisio-terapéuticas.
- 1.º La excitación del vago obra directamente sobre las contracciones auriculares, disminuyéndolas, é indirectamente sobre las contracciones ventriculares, precisamente por intermedio de las aurículas y del fascículo de His.
- 2.º La digital, que estimula poderosamente el nervio vago, amaina primitivamente, directamente los sístoles auriculares, y secundariamente, indirectamente los sístoles ventriculares.
- 3.º La digital, estimulante directo del músculo cardíaco, actúa poderosamente sobre los ventrículos, reforzando sus sístoles, á la vez que también obra, aunque débilmente sobre las aurículas.

Haciendo aplicación de estas leyes á los casos de bloqueo del corazón, se ve, que en el bloqueo parcial del corazón, en el que, por ejemplo, el número de contracciones ventriculares no es mas que el tercio de las auriculares, la administración de la digital resulta perjudicial porque disminuye la intensidad de los sístoles auriculares, y hace, en consecuencia, que sea menor el número de las que son capaces de estimular los ventrículos por intermedio del fascículo de His; la consecuencia de esto, puede ser la aparición de un síndrome de Stokes-Adam, de fatales consecuencias.

En caso de *bloqueo completo del corazón*, los sístoles auriculares y ventriculares son completamente independientes; la administración de la digital, amainará, aunque reforzándola un poco, las contracciones auriculares; pero como el fascículo de His está destruido, no influirá sobre la frecuencia de las contracciones ventriculares; en cambio, la acción directa de la digital sobre la musculatura ventricular se traducirá por sístoles más rápidas y más poderosas.

En un caso de *bloqueo completo* visto por Bachman, en que el valor respectivo de los sístoles auriculares y ventriculares, era como de 3,72 á 1, descendió á la proporción de 1,45 á 1, después de la administración de digital, aproximándose, por tanto, al ritmo normal.

En resumen: la digital puede estar indicada en los casos de bloqueo completo del corazón; está contraindicada en los casos de bloqueo parcial.

* *

III. Estas novisimas nociones de fisio-patología, permiten precisar la oportunidad tan discutida de la administración de la digital en la estenosis mitral. Fluchard dice que sí, y Potain dice que nó.

Hare y Mackencie, apoyándose en las precedentes nociones, se deciden por la afirmativa ó por la negativa, según los casos: por la *afirmación* si la estenosis es amplia, poco graduada; si el ritmo cardíaco no está sensiblemente modificado; si se aprecian los signos habituales de la insuficiencia ventricular más brevemente; si el funcionamiento del fascículo de His parece normal.

Por la negación si la causa morbosa que ha provocado la estenosis valvular ha alterado al mismo tiempo el fascículo-inter-aurículo-ventricular, determinando su hipo ó su hiperexcitabilidad. Si hay hipoexcitabilidad, se produce un bloqueo parcial del corazón, y como hemos visto, en tal caso el uso de la digital está contraindicado. Si hay hiperexcitabilidad, la contracción muscular cardíaca—obedeciendo á una de las tres leyes fisio-terapéuticas citadas,—podrá empezar por la región hiperexcitable, el ritmo cardíaco se invertirá y el sístole ventricular comenzará á producirse una fracción de segundo antes del sístole auricular; en tal caso la digital, estimulado aún más este tejido hiperexcitable, determinará un aumento todavía mayor de la anomalía y una exageración de la insuficiencia. Aquí, pues, continúa también estando contraindicado el uso de la digital.

* *

Determinados signos clínicos, fácilmente apreciables, traducen estas perturbaciones de la conductibilidad cardíaca; éstos son:

- 1.º La comprobación de un pulso yugular y a fortiori, de un pulso hepático, sincrónico con los sístoles ventriculares, que exterioriza la contracción simultánea y hasta invertida de la aurícula y del ventrículo derechos.
- 2.º La comprobación de *intermitencias en el pulso* más ó menos regularmente rítmicas, por hipoexcitabilidad del fascículo de His.
- 3.º La comprobación por medio de los trazados esfigmográficos de ciertas aritmias cardíacas, y de extrasístoles en particular.

Es conveniente añadir,

4.º En las estenosis acentuadas, *la desaparición del soplo presistólico*, que traduce la incapacidad, cuando menos relativa, de la aurícula, para hacer pasar la sangre por el orificio estenosado, es decir, la distensión y un estado parésico de la aurícula forzada.

La estimulación digitálica del ventrículo derecho, no hará mas que aumentar esta perjudicial replección de la aurícula derecha ya desfallecida, y exagerar las perturbaciones circulatorias.

* *

Prácticamente, pues, puede afirmarse que en presencia de un caso de estenosis mitral:

- 1.º La desaparición del soplo presistólico.
- 2.º La comprobación de un pulso yugular ó hepático sincrónico con los sístoles cardíacos.
 - 3.º La comprobación de intermitencias cardíacas.
- 4.º La aparición en los trazados esfigmográficos de alteraciones en la conductibilidad cardíaca (bloqueo del corazón).

Contraindican la administración de la digital.

Inmunidad y profilaxia específica de la poliomielitis aguda

(Revista sintética) (1)

Por el Dr. Luigi Vigano

¿La poliomielitis aguda produce inmunidad?, es decir, ¿en el curso epidemiológico natural de la infección se puede alcanzar la inmunidad? A este propósito, pocas son las observaciones recogidas. Harbitz y Scheel, han observado que una región ó comarca inva-

dida un año por la poliomielitis, queda indemne los años siguientes:

Wickmans, Flexner y Lewis han notado que un mismo individuo no suele enfermar dos veces de esta infección (salvo las recidivas que se presentan en breve período de tiempo). El propio Wickmans dice también que la poliomielitis tiene una morbilidad muy pequeña; en una región muy invadida, el número de casos sólo llega al 5 por 100 de habitantes enfermos, cifra que puede llegar hasta el 10 por 100, incluyendo los casos abortivos. Aduce además numerosos hechos para demostrar que la enfermedad se transmite mediante individuos portadores de virus, es decir, de individuos clínicamente sanos.

Basándose en estos hechos, cree Römer que la poca sensibilidad del hombre para el virus de la poliomielitis, se debe á una inmunidad adquirida, y consecutivamente á estas observaciones epidemiológicas los experimentadores se aplicaron á estudiar la conducta de los monos que han sufrido y curado de una infección artificial, frente á una reinfección.

Sobre este particular, numerosas, y de acuerdo entre sí, son las conclusiones de los AA.

Flexner y Lewis obtuvieron siempre resultados negativos en las infecciones producidas en los monos, después de haber curado de una primera infección: en ningún caso, una segunda inoculación ha podido aumentar el grado de la infección. De los experimentos de Römer, resulta que una infección de poliomielitis protege contra una segunda infección artificial.

Según Römer y Joseph, los animales reinfectados 17 días después de la primera infección, enfermaron de parálisis graves, á veces mortales, con un curso más agudo que los testigos; lo que hace suponer que durante el primer período después de la primera infección existe una disminución de la resistencia: de los 26 á los 33 días existen ya signos evidentes de inmunidad.

Todas estas observaciones demuestran claramente la existencia de una inmunidad adquirida, y basándose en esto, trataron de producir una inmunidad artificial con la vacunación.

Levaditi y Landsteiner han aplicado á la poliomielitis el método de Pasteur de vacunación antirrábica y consiguieron buenos resultados. Inyectando bajo la piel á los monos, emulsiones de médula de animales infectados, desecada á 22°, han podido conferir la inmunidad después del 10.º día.

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

Los mismos resultados con el virus calentado á 55°.

Kraus ha obtenido la inmunidad en los monos, mediante una ó dos inyecciones subcutáneas de virus tratado con el ácido fénico al 5 por 100.

Otro asunto alrededor del cual giran actualmente las actividades de los investigado-

res, es el de los anticuerpos específicos.

Römer y Joseph, obtuvieron resultados negativos, buscándoles mediante la desviación del complemento, en el líquido céfalo-raquídeo y en el suero sanguíneo. Pero han podido demostrar la existencia de anticuerpos activos específicos con otro orden de experimentos: vieron que el suero de monos que habían padecido la poliomielitis, *in vitro* en contacto con virus de poliomielitis, destruía su virulencia.

Levaditi, Landsteiner, Leiner y Wiesner comprobaron también estos hechos y establecieron además que el suero del mono que ha sobrevivido al período agudo de la infección, no posee ninguna propiedad preventiva ó curativa, aunque se le introduzca en el conducto raquídeo; el suero es bactericida *in vitro*, pero no posee ninguna propiedad preventiva ó curativa.

Netter y Levaditi, también han demostrado que hasta el suero humano tiene la propiedad de neutralizar *in vitro* el virus de la poliomielitis, y que este poder microbicida del suero no es ilimitado y se atenúa con el tiempo.

Resulta, pues, que existe la inmunidad, pero no reside en el suero la propiedad

inmunizante.

Otra cosa es la que hace referencia al estudio profiláctico: según Römer y Joseph, hay dos medios de defensa. La profilaxia higiénica y la profilaxia medicamentosa, especialmente el tratamiento etiológico específico.

Para la profilaxia higiénica es necesario, ante todo, establecer el modo como se difun-

de la infección. Este es un punto todavía algo oscuro y objeto de controversia.

Los animales domésticos no pueden considerarse como portadores de la infección porque no son reactivos al virus.

Wickmans y Müller admiten que sólo el hombre puede ser considerado como portador de la infección y que el virus se transmite por medio de las secreciones salival ó nasal, y como la desecación no destruye su actividad, se presume que el contagio pueda tener lugar por medio de dichas secreciones desecadas.

Según Levaditi, la buena profilaxia debe consistir en una antisepsia rigurosa de las mucosas nasal y faríngea con agentes capaces de destruir rápidamente el virus. A este fin se estudia actualmente cuál de los antisépticos más en uso posee mejores condiciones para ello.

Respecto al tratamiento etiológico específico, el hecho de que una infección de poliomielitis que no había dado síntomas clínicos, puede sin embargo conferir inmunidad contra

ulteriores infecciones, impele á intentar la vacunación.

Levaditi y Landsteiner trataron de inmunizar con inyecciones subcutáneas de virus desecado. Römer y Joseph reputan este procedimiento de peligroso, porque se introduce el virus virulento.

La demostración de que en el suero de animales tratados con virus poliomielítico existen anticuerpos activos específicos, hace esperar la posibilidad de una suero-vacunación inocua (mezcla de virus y suero que contenga anticuerpos). Römer y Joseph precisamente refieren que sus ensayos en un tal sentido, han dado buenos resultados, y creen que hasta

la inmunización con virus atenuado por el calor, una vez perfeccionada, hará posible la adquisición de un tratamiento inocuo, práctico, activo contra la infección.

യാ യാ യാ

Sesiones Científicas del Instituto Médico

SESIÓN DEL DÍA 7 DE MARZO DE 1911

RECTIFICACIÓN DEL DOCTOR VILA BARBERÁ

Procuraré ser un poco extenso en las apreciaciones que me sugieren las consideraciones hechas por algunos de mis ilustres compañeros y seguiré en ellos un orden según el mismo en que éstos han intervenido.

Refiriéndome al Sr. Campos Igual, que coincide en mis apreciaciones, sobre los efectos de la cura higiénica, celebro que asimismo haya observado que las afecciones flogósicas y estenosantes de las vías aéreas superiores, precedan con frecuencia á la tuberculización pulmonar, lo cual puede explicarse, ya por implantación primitiva y propagación sucesiva de la tuberculosis faríngea, según los estudios de Dieulafoy, ya por el mecanismo evolutivo de la flogosis tuberculógena de Ferrán, ya porque estas lesiones flogósicas y estenosantes determinen una meiopragia pulmonar, que á la vez que facilita la estancación de las impurezas atmosféricas en el árbol respiratorio, y con ellos el agente tuberculoso acarrea por viciación ó disminución de la hematosis, una alteración general de la nutrición y con ello abonado terreno para la explosión del accidente infeccioso específico en la localidad aquella en que se den cita el agente hipervirulento y el órgano ó tejido más extenuado.

Discuto en admitir con el Sr. Campos, cuando como hoy, los trabajos de Ferrán y otros, ponen en duda la consideración de las tuberculinas, como los verdaderos antígenos de la tuberculosis humana, que este camino de la actual tuberculinoterapia nos haya de conducir á la resolución satisfactoria del problema de la terapéutica antituberculosa. Todavía mi ilustrado colega á quien me refiero, no se ha atrevido á sustituir el procedimiento higiénico dietético por el tuberculinoterápico en el tratamiento de sus tuberculosos, y ya que guiado de sus mejores propósitos y deseos, confía tanto de la tuberculinoterapia y de la vacunación por el método de Wrihgt, me permitiré manifestar respecto á este otro punto, el de la estimulación opsónica de los sueros por la inyección de las vacunas Wrihgt, que si bien medimos la mayor ó menor existencia de esas sustancias favorecedoras de la fagocitosis, por la mayor ó menor altura de la curva del índice opsónico, todavía no están de acuerdo los grandes microbiólogos, respecto á su modo íntimo de obrar; así, Besredka cree que estas opsoninas, obran directamente sobre los fagocitos, exaltando sus propiedades fagocitarias y de ahí el nombre de estimulinas con que las distingue; y véase al lado de esta opinión la contraria de Neufeld y Rimpan al afirmar que las opsoninas actúan, no sobre los fagocitos, sino sobre las células microbianas, alterando su estructura, hasta hacerla adoptar aquella en la que con facilidad pueda hacerlas presas de los fagocitos. Los mismos

Wrihgt y Dougles, sin meterse en honduras en las que nadie ha dado una decisiva prueba experimental, dicen sencillamente que las opsoninas preparan las bacterias para ser fagocitadas. La opinión vertida por mi querido compañero respecto á este punto, tiene á mi modo de ver tanto valor por su originalidad y doctrinarismo, como las vertidas por los autores citados; pero si hemos de creer con Ehrlich que las funciones disolventes de las bacterias están encomendadas á sustancias que obran como fermentos indiferentes independientemente de la preparación fagocitaria, no serán las opsoninas quienes determinarían la supuesta disolución de la envoltura grasosa ácido-resistente de los bacilos de Koch, sino las alexinas de los nuevos. De todos modos, cuestión es esta á debatir en el terreno experimental, y en la actualidad no tengo noticia de que se haya logrado in vitro la disolución de la tal cápsula grasosa ante un suero fuertemente opsónico. Es más, René Gaultier, en su monografía respecto á la aplicación del método opsónico en la tuberculosis, dice, que en esta afección, el índice opsónico es tan variable, que lo mismo está por debajo de la normal como superior á esta, como si en esta afección concurriera una excepción á lo que en general ocurre en todas las infecciones. Si las opsoninas determinaran la disolución de la envoltura grasienta bacilar, los bacilos perderían la ácido-resistencia y no aparecerían teñidos en rojo después de sufrir el baño ácido decolorante á que se someten las preparaciones, en la determinación del índice opsónico en la tuberculosis, y además, este metamorfismo cromófilo bacilar estaría en relación directa con el mayor ó menor aumento de opsoninas de los sueros de los tuberculosos tratados con tuberculinas por el método Wrihgt.

Supongamos, además, que se lograra por algún medio la disolución de ese caparazón grasoso, ¿creeríais por esto que con ello quedaba resuelto el problema de inmunidad de la tuberculosis? En este sentido se ha obtenido la tubérculo-nastina de Deyke y continúan habiendo tuberculosos, sanatorios y variadísimas clases de tuberculinas.

Al Sr. Chabás poco puedo contestar de su discurso. Respetando su criterio contrario á la manera de tratar estos asuntos en esta Corporación, me lamento que clínico tan ilustrado y competente como él, se haya limitado en su intervención á enunciar algunas de sus creencias y de sus prácticas, y remitirnos á sus escritos sobre tuberculosis, presentados en distintos congresos y publicados en la prensa profesional. Bien hubiera podido aportar con la oportunidad del caso á esta discusión, sus dispersos y valiosos datos en pro de sus opiniones y en balance á lo que aquí se ha expuesto. Si me permito aclararle, al igual que á otros compañeros, que no soy en materia terapéutica antituberculosa lo exclusivista que ellos creen, pues, al hablar de tratamiento higiénico-sintomático quiero expresar, no sólo el uso terapéutico de los agentes cósmico-naturales y el aprovechamiento extremo de la sobrealimentación, sino también la utilización de los distintos agentes físicos y farmacológicos que cumplen indicaciones generales y locales no etiológicas ó específicas.

Refiriéndome ahora al Sr. Oliete, debo manifestarle que comprendo que no haya hecho uso de las tuberculinas en el tratamiento de las tuberculosis quirúrgicas que á diario realiza con la autoridad y competencia por él de continuo demostrada. Por esto, pues, conozco sus opiniones respecto al concepto de la especificidad de la tuberculosis y de la heteromorfia en la etiología del proceso llamado tuberculoso; yo desearía se extendiera sobre este aspecto etiológico de la tuberculosis, aportando los muchos datos y conocimientos que me consta posee sobre la materia. Por lo demás, no puedo menos de hacer resaltar que, también el Sr. Oliete, como yo, concede la importancia que merece el tratamiento higiénico, y que como he manifestado al Sr. Chabás, puede creer el Sr. Oliete que no soy

lo exclusivista que ha creído, sino tan ecléctico como él se expresa hablando del valor de los remedios farmacológicos.

Mi querido y estudioso compañero Sr. Fez, ha logrado interesar al auditorio y concentrar toda la atención del debate en un sólo aspecto del tema; sin duda hoy en la práctica el más interesante, hasta el punto que podemos, desde este momento, modificar el enunciado del tema á discusión, por el de «la Tuberculinoterapia frente al tratamiento higiénico». Se muestra partidario exclusivo de las tuberculinas, sólo en ellas confía y menosprecia la acción de otro método, que no sea el tuberculinoterápico. A pesar de haber demostrado conocer perfectamente el moderno tratamiento llamado específico de la tuberculosis, de constarme su suficiencia y práctica en el manejo del mismo, y de pronunciar una brillante disertación en la que ha hecho gala de extensos datos bibliográficos, no ha logrado convencerme su argumentación, tanto en su parte doctrinal como documental, lamentando que bajo este último aspecto no haya aducido documentos propios que, en más ó menos gran número, sé que posee y que para mí tendrá más valor, que las grandes estadísticas por él relatadas de Cornet, Pottenger, Ruch, Dewis, Engel, etc.

Estas estadísticas citadas por el Sr. Fez y á las que yo aún añado la presentada por el doctor Verdes Montenegro al último Congreso antituberculoso celebrado en Barcelona, que versa sobre 6.000 casos, tienen para mí el defecto de no dar idea del verdadero estado del enfermo, ni de precisar las condiciones extrañas al tratamiento por las tuberculinas y á que estén sometidos los inscritos.

Remito á los oyentes á la relación que consta en la pág. 54 de la comunicación citada del Dr. Verdes Montenegro como ejemplo, y de la que leo una parte de la misma. Quiero decir con esto, que sin una apreciación serena y exacta de todos los factores que concurren en un enfermo y en su tratamiento, no se pueden justificar los entusiasmos que como el Sr. Fez posee por esas estadísticas, y que aunque sí corta, he tenido ocasión de reunir una pequeña estadística personal, habiendo convivido con los enfermos en ella inscritos, he de dar más valor á lo por mí observado en estas condiciones que á lo por otros referido. Creo, además, que aunque tachéis de incompletas mis notas clínicas presentadas, las he dado lo suficientemente diferenciadas á las que constan en las referidas por los grandes maestros en materia de tuberculinoterapia, y por esto me extraña, que los que hayáis visto mi documentación, la juzguéis igual á todas las mentadas.

Yo reconozco, con el Sr. Fez, que no estoy autorizado por los pocos casos por mí tratados y por la manera de tratarlos por las tuberculinas, á juzgar de este procedimiento. Hasta tanto mi compañero no haga lo mismo, quedamos igualmente autorizados en nuestros juicios sobre la tuberculinoterapia basados en nuestras experiencias, pues, ya digo, que no me han convencido las experiencias ajenas. Y aunque estaba muy lejos de dar explicaciones sobre mis escrúpulos por aceptar las tuberculinas como el remedio específico ansiado contra la tuberculosis, voy á justificarlos examinando el asunto bajo un punto doctrinal. Hago mío mucho de lo expuesto por mi compañero Sr. Pastor al interpretar la acción de las tuberculinas dentro de la teoría de la inmunidad de Ehrlich.

Desde luego concedo que como medicación específica es la única que hasta hoy tiene más títulos por llevar tal nombre, y así, asociado al tratamiento higiénico, trato enfermos con ellos, pero de esto á creer que hemos llegado al fin va gran diferencia. La actual tuberculinoterapia, no es en mi concepto, sino una parcial orientación de la terapéutica definitiva de la tuberculosis. La beneficiosa acción que puede observarse debida á la acción

de la tuberculina diestramente administrada, no es una acción específica total sino una aproximación á la especificidad terapéutica semejante á la acción llamada de grupo de precipitinas, aglutininas y lisinas, y que en tuberculosis como en fiebre tifoidea y otras infecciones, han venido á desmoronar la significación patognomónica atribuida á las reacciones cualitativas del serodiagnóstico por aglutinación, precipitación y hemolisis, y que ha obligado á la titulación de proporciones y á precisar circunstancias de técnica para que tales procedimientos de laboratorio se aproximen á la exactitud.

Por otra parte, aún dista mucho de estar acabada de conocer la biología de las bacterias en ese conflicto con la naturaleza humana llamado infección. Se han estudiado mucho las reacciones de los plasmas y de las células del organismo, los productos que fabrican y sus propiedades, pero se sabe muy poco de la heteromorfia y heterodinamia á ella aparejada de las bacterias en los distintos medios de cultivo artificiales y en el único que más nos interesa, en el medio humano viviente. Si realmente vamos conociendo las resultantes de los conflictos de dos términos, un organismo patógeno y otro padecido, sabemos poco de los conflictos de las simbiosis bacterianas en el organismo humano, tan frecuente en la tuberculosis y en otras infecciones. En estos casos, precisamente constituyendo la mayoría, es en los que la doctrina de la inmunidad no puede ser totalmente satisfecha por la actual tuberculinoterapia. Si la vacunación tuberculínica fuese una realidad, los gobiernos, velando por la salud pública ante el azote tuberculoso, se preocuparían más de establecer la vacunación obligatoria tuberculosa que de las mejoras higiénicas y sociales.

La acción de las tuberculinas no es comparable á la acción antitóxica del suero antidiftérico como alguien ha dicho, y el mitridatismo que su uso ocasiona no indica por sí solo acción curativa, pues también el alcohólico y morfinómano está mitridizado sin que por ello dejen de sufrir los órganos y funciones la acción tóxica del alcohol y morfina. Extraño es que se haya pretendido explicar la beneficiosa acción de las tuberculinas por la hiperhemia local cuando el arte de administrarla procura evitar las reacciones locales y sabiendo que leucocito que se pone en contacto de la envoltura ácido-resistente del bacilo es leucocito que muere, como lo afirma Ferrán. Respecto á la fagocitosis é índice opsónico que se dice exalta la tuberculina ya he dicho bastante refiriéndome al Sr. Campos. No niego pues que las tuberculinas, sabiamente administradas y cuando están indicadas, no mejoren en algo al tuberculoso, pero seamos francos y digamos que cuando esto ocurre, no sabemos á qué se debe. Y para terminar de exponer el juicio que me merecen las tuberculinas diré que les debemos agradecer lo que han contribuido á hacer diagnósticos precoces y que han permitido ponerse en tratamiento esos enfermos que espontáneamente se curan, que antes se pasaban la vida sin darse cuenta de su estado y que luego han hecho exclamar á Grancher ante el resultado de autopsias numerosas, «que todos ó casi todos, hemos sido, somos, ó seremos tuberculosos».

Al señor Llisterri debo repetirle como á otros señores, que no soy lo exclusivista que en cuanto al tratamiento higiénico me ha atribuido. No pretendo por mi experiencia emitir juicio respecto á la acción de la tuberculina. Si he de decir que en los pocos casos por mí tratados por este procedimiento, como ellos estaban sometidos á la vez á la cura higiénica y nada de extraordinario he visto en los mismos, poco puedo asegurar se deban sus mejorías ó agravaciones al uso de las tuberculinas. Si algún enfermo en que no se podía esperar nada de las tuberculinas las he inyectado, he de advertir que tan sólo en la enferma número 81 que, estaba en tal caso, la he empleado dándole, muy distanciadas unas de otras, sólo

tres pequeñas inyecciones de 1/1000 de mgr. que suspendí antes de que ocurriera accidente alguno. Nada tengo que decir á lo manifestado por otros ilustrados y queridos compañeros que han rendido honores á esta discusión, aportando estudios y observaciones que casi todas ellas versan sobre el tratamiento por las tuberculinas. Y como los que habéis intervenido, parece que sin combatir la doctrina de la metamórfosis de la tuberculosis os inclináis hacia el unitarismo de Koch, he de insistir ampliando aquellas observaciones que desde éste hablan en pro del transformismo tuberculoso. El mismo Koch, Metschnikoff, Nocard, Roux y Levaditi muestran formas ramificadas del bacilo de Koch en determinados cultivos que semejan mucho á las adoptadas por el actinomices y cladotrix. Mi amigo Mayoral ha repetido la observación de Ferrán consiguiendo cultivos homogéneos del b. de Koch, cuando se sabe que los cultivos de estos bacilos se presentan formando película escamosa sobre la superficie del caldo de cultivos. Reconocidas están las variedades de bacilos ácido-resistentes, tuberculosos, bovinos, aviarios y pseudo tuberculosos que recuerdan á los paratíficos en relación al b. de Eberth. Si á todo esto se añaden las experiencias de Ferrán y de Rovellat de Salt, que dicen haber conseguido hacer perder la ácido-resistencia al b. de Koch; que éstos así despojados de esa propiedad han sido inyectados y han vuelto á recuperarla; que han reproducido tuberculosis flogósicas sin tubérculos en los que se desarrollaba toda la sintomatología de la tuberculosis, sin la intervención del b. Koch y por la sola acción de los bacilos flogógenos por ellos aislados no ácido-resistentes y han determinado una simple tuberculización de los órganos con b. Koch sin que á ésta acompañaran el síndrome de la tuberculosis. Creo por todo ello, que bien merecían una revisión experimental estas observaciones que encuentro además justificadas en la clínica, por el estudio de los antecedentes de los enfermos presentados en mi estadística y de los síntomas culminantes desarrollados en el curso de la dolencia. Añadimos á esto, el hecho por todos conocido, de no hallar b. de Koch en los esputos de enfermos de tuberculosis pulmonar y de que no se presentan en la abundancia en que se presentan otros gérmenes cuando por el análisis bacteriológico del esputo se establece el diagnóstico.

Así, pues, como resumen en mi rectificación, vuelvo á ratificarme en mis conclusiones presentadas y propongo á la Corporación, se ocupe de mis conclusiones ó mociones, oportunamente.

-con-

REVISTA DE REVISTAS

MEDICINA GENERAL

Sobre las aplicaciones de sanguijuelas en clínica humana.— Weil y Boyé. (Rev. int. de Méd. et de Chir., núm. 1, 1910.)

Las ventosas escarificadas han reemplazado á las sanguijuelas como modo de sangría local. Es cierto que tienen la ventaja de la asepsia. Pero, como prueban los autores, no existe ninguna relación entre la sangría local causada por las ventosas escarificadas y la que se obtiene con las sanguijuelas, verdadera sangría general.

Es clásico que cada sanguijuela que prende se llena de una cantidad de sangre equivalente á unos 15 gramos. Esto es poco más ó menos lo que puede extraer una ventosa escarificada (15 á 30 gramos). Pero la mayor diferencia es que, en cuanto se quita la ventosa, la sangre se detiene; en tanto que cuando cae la sanguijuela la sangre continúa saliendo de la herida durante cierto período de tiempo, que varía entre algunas horas y más de media, tanto que la hemorragia oscila de un modo habitual entre 100 y 200 gramos, lo mismo en los niños que en el adulto.

La hemorragia hirudínica presenta todos los caracteres de las hemorragias hemofílicas; la sangre fluye gota á gota sin tendencia á la coagulación y el flujo dura de veinticuatro á treinta y seis horas; el coágulo cuando se forma es blando y no retractil.

La sangre que se derrama de la herida es una sangre incoagulable que presenta el mismo tipo de coagulación que una sangre hemofílica. Las sales de calcio no tienen sobre ella ninguna acción; en tanto que bastan una ó dos gotas de suero humano normal para acelerar la coagulación.

La propiedad que posee el suero de contener las hemorragias hemofílicas, se encuentra igualmente en las hemorragias hirudínicas: se las puede hacer cesar curando la herida con polvo de suero desecado ó con una gasa empapada de suero antidiftérico. Las soluciones de extractos de órganos se conducen de la misma manera. La aplicación de sanguijuelas (salvo algunas excepciones dependientes de las sanguijuelas), ha, pues, determinado una verdadera hemofilia local. Parece que las sanguijuelas obran inyectando en la herida cierta cantidad de una sustancia anticoagulante contenida en su cabeza.

La aplicación de sanguijuelas determina, pues, una hemofilia local pasajera; y siendo hecha incoagulable la sangre, la hemorragia se prolonga y se presenta tan fuerte como en las grandes sangrías venosas.

Esta hemorragia se distingue así plenamente de la hemorragia causada por las ventosas escarificadas; hemorragia mínima, corta y que no obra sobre la crasis sanguínea.

La aplicación de sanguijuelas, determinando lentamente y de una manera prolongada una gran hemorragia, no se acompaña de ningún trastorno general ni de malestar. Presenta todas las ventajas de la sangría por flebotomía, sin tener sus dificultades é inconvenientes. No merece

ninguna prevención ni sospecha; las heridas cutáneas no se acompañan nunca de infección. Como su intensidad depende de las sustancias anticoagulantes inyectadas en la herida, la hemorragia se produce tanto en las enfermedades flegmásicas, como en los demás pacientes.

Con el mismo motivo que la flebotomía, la aplicación de sanguijuelas puede disminuir la congestión, hacer cesar la disnea, disminuir la temperatura. Podrá, pues, á menudo reemplazarla, salvo en los casos tales como el brightismo, el edema agudo del pulmón, en los que es preciso practicar de urgencia y rápidamente una abundante sustracción sanguínea.

Del dolor en los dispépsicos y los gastrópatas.

-LE NOIR. (Journ. de Méd. int., Abril 1910.)

Por más que los medios de laboratorio propios para aclarar la exploración del estómago hayan hecho grandes progresos, los medios clínicos no dejan por ello de ser la base de todo examen racional. Por lo demás, el práctico, se ve muy á menudo reducido á limitar sus investigaciones á sus propios recursos; es preciso, pues, que saque del examen clínico, el máximum de datos posible. Se da cuenta, por otra parte, hoy día de que se le había exagerado acaso el valor de los métodos nuevos, y por diferentes lados se tiende, según parece, á hacer una apreciación más exacta de las cosas y á dar á los signos subjetivos el lugar que les pertenece en la nosografía de las afecciones gástricas.

El síntoma dolor, comprendiendo bajo este término las sensaciones más diversas, desde la simple molestia hasta el dolor más caracterizado, puede suministrar nociones muy importantes.

En estado normal, el trabajo de la digestión no provoca ninguna sensación penosa. En el dispépsico, este trabajo provoca dolor, y un dolor que varía mucho cuanto á las condiciones que le provocan y respecto á su intensidad.

Generalmente el enfermo le compara con el de una quemadura de una herida viva ó una sensación de torsión, de constricción, de calambre. Muy agudo en la úlcera, es generalmente tolerable y es necesario desconfiar de las exageraciones de ciertos enfermos que tienen su aten-

ción constantemente fija en su estómago. Una variedad de dolor bien frecuente en la pirosis.

No se deben confundir estos dolores reales verdaderos con las sensaciones mal definidas, descritas casi siempre con un gran lujo de epítetos; falsos dolores que se encuentran en los neurópatas.

Se observa la mayor variedad en la duración y la reaparición de los paroxismos dolorosos. Generalmente las verdaderas crisis no pertenecen á una gastropatía (salvo en los casos de úlcera), y son la manifestación gástrica de una enfermedad cualquiera.

En oposición á estos enfermos, que de ordinario digieren bien, otros sufren de una manera permanente. En estos casos en que el dolor existe desde por la mañana y al despertar, se trata verosímilmente de un estado particular de la sensibilidad gástrica, de una hiperestesia permanente, perversión nerviosa independiente de una lesión gástrica.

Cuando el dolor es discontinuo y varía según las fases del acto digestivo, hay muchas probabilidades de que sea debido á una afección gástrica y hay que estudiarle detenidamente.

Los dolores inmediatos son debidos al contacto mismo de los alimentos, mucho más que á las modificaciones del quimismo, ó á un trastorno motor; y suponen, ó una alteración de la mucosa ó una sensibilidad exagerada de ella; y, en efecto, se les observa en las gastritis agudas, las gastritis ulcerosas, la úlcera, el cáncer, en el que, por lo demás, no son constantes.

Los dolores que aparecen media hora ó una hora después de las comidas y consisten muy á menudo, en malestar, molestias, hinchazón, pueden ser igualmente debidos á un estado particular de la sensibilidad gástrica que no entra en juego mas que en condiciones determinadas y constituye un grado atenuado de hiperestesia. A menudo, también estos dolores están en relación con la dilatación del estómago, con la gastritis crónica, á la que pueden ser directamente atribuidos.

Los dolores tardíos no aparecen hasta tres ó cuatro horas después de las comidas; suceden muy frecuentemente á la comida del medio día; á veces también se presentan durante la noche, hacia las dos de la mañana, y son bas-

tante intensos para despertar á los enfermos; afectan en su retorno periódico, una gran regularidad y dan á los pacientes la impresión de una quemadura, de una herida. Han sido atribuidos á la hiperacidez gástrica; Soupault les cree debidos al espasmo del píloro.

Los dolores continuos son generalmente poco influidos por las comidas ó por la ingestión de polvos alcalinos. Por el contrario, los dolores discontinuos se atenúan con motivo de la comida siguiente, de la absorción de una infusión caliente ó de un polvo alcalino, de bicarbonato de sosa en particular. Esta es una prueba cierta de que el estómago es realmente el asiento del dolor. La acción del bicarbonato de sosa es atribuida hoy día, al poder anestesiante del ácido carbónico desprendido.

En presencia de un dolor localizado por el enfermo en el estómago, el médico debe preguntarse ante todo, si se trata en realidad de un dispépsico y no de un gastrópata, de un falso gástrico. Si el estómago es en efecto la causa, es preciso averiguar si la dispepsia es primitiva ó secundaria.

Para resumir las nociones indicadas anteriormente, se pueden establecer las siguientes conclusiones.

El dolor se presenta por crisis; las funciones digestivas parecen verificarse normalmente en el intervalo; hay grandes probabilidades de que el estómago no sea la causa y sea necesario buscar en otra parte, en el sistema nervioso, el hígado, el apéndice, la causa de los accidentes.

El dolor es continuo pero impreciso, no tiene los caracteres de un dolor verdadero, está mal localizado; no tiene relación con el acto digestivo, es poco influido por la ingestión de los alimentos; los alcalinos no producen ningún efecto sobre él. Probablemente que en este caso también entra en juego el sistema nervioso y no se trata de un estado dispépsico verdadero.

Al contrario, el dolor sucede á las comidas, vuelve á presentarse con regularidad á las mismas horas, es influido por la naturaleza y la importancia de las comidas, es calmado por el uso de los alcalinos; habrá que pensar en un estado dispépsico verdadero ó en una gastropatía; y, según el momento de aparición, se pensará en una hiperestesia simple del estómago, en una dilata-

ción gástrica, en una gastritis crónica, en la úlcera del píloro, en el espasmo.

BIOQUÍMICA Y TERAPÉUTICA EXPERIMENTAL

Estado actual de la cuestión del diagnóstico y de la sueroterapia del cólera asiático. R. Kraus. (Soc. de Med. de Viena. 1909.)

El autor recuerda que sus trabajos y los de Pibram, han demostrado que el método biológico no es suficiente para identificar el vibrión colérico, y que debe completarse con la prueba de la hemolisis.

Estas investigaciones han puesto en claro el hecho de que el vibrión el Tor, recogido de los peregrinos de la Meca, posee todos los caracteres biológicos del colérico, pero que además tiene la propiedad de segregar una hemolisina y una toxina muy activa; propiedad que no posee el vibrión del cólera. El del Tor posee propiedades hemolíticas y por ello no debe ser considerado como un vibrión colérico. Estas propiedades hemolíticas persisten durante varios años en los sucesivos cultivos.

Kraus propone sea llamado vibrión paracolérico. Pfeiffer ha descubierto en el cuerpo del V. colérico una toxina, pero nunca ha podido obtener una antitoxina, y el suero colérico que ha obtenido no ha presentado nunca propiedades curativas en los animales.

Kraus ha demostrado que el vibrión colérico el Tor y otros, producen toxinas que pueden neutralizarse con una antitoxina específica, y ha conseguido preparar un suero que posee esta propiedad antitóxico específica. En casi todas las infecciones microbianas, los fenómenos morbosos deben atribuirse á las toxinas bacterianas disueltas en los humores, y la curación de la enfermedad depende sobre todo de la neutralización de estas toxinas. Esta neutralización puede obtenerse por medio de un suero antitóxico, pero nunca usando un suero bacteriolítico, que cuando más, puede poseer propiedades preventivas. El suero antitóxico preparado con verdaderos vibriones coléricos ejerce acción antitóxica sobre la toxina colérica, pero no sobre la

toxina elaborada por otros vibriones, pero es bacteriolítico no sólo para el colérico, sino también para el vibrión *el Tor* y otros vibriones. El suero preparado con el vibrión *el Tor* es bacteriolítico para él mismo y para el colérico, y es antitóxico para el colérico, para él mismo y para otros vibriones.

El autor, durante la epidemia colérica de Rusia, en el año 1909, en los enfermos coléricos de los Hospitales María Magdalena y Obuchow, ha podido emplear su suero en 119 sujetos más ó menos gravemente enfermos. De éstos, 70 fueron tratados con inyecciones subcutáneas, y 49 con inyecciones intravenosas. De los primeros murieron el 50 por 100; de los segundos el 51 por 100. En estos Hospitales la mortalidad media por cólera antes del empleo de la sueroterapia variaba entre el 69 y el 75 por 100. Por estas cifras se vé como la sueroterapia anticolérica, especialmente por vía endovenosa, constituye un progreso terapéutico incontestable. Es demasiado pronto para formular conclusiones definitivas. Kraus recomienda practicar la inyección de dicho suero lo más pronto posible, usando al principio fuertes dosis, y recurriendo de preferencia á la vía intravenosa.

Aplicaciones del método de la fijación del complemento en el examen de las heces coléricas. —W. Nedrigailow. (Zeitschz. für immunitätsf. Vol. III.)

Para la prueba de la fijación del complemento, el autor usó como antígeno el líquido que resulta, después de dejar sedimentar las heces en un recipiente; como amboceptor hemolítico el suero de conejo tratado con glóbulos rojos de carnero, diluido al 1 por 300, y como complemento 1 c. c. de suero fresco de cavia en solución al 10 por 100. El suero inmunizante procedía de un caballo tratado con vibriones coléricos.

El antígeno adoptado no disolvía los glóbulos rojos de carnero ni aun á dosis elevadas de 0,5 y 1 c. c. El resultado de los numerosos ensayos puede reasumirse del siguiente modo:

Empleando el suero anticolérico á la dosis de 0,05, el antígeno da fijación del complemento á la dosis de 0,1, 0,2 y 0,3; dosis inferiores á éstas, no producen ningún resultado, y dosis su-

periores, en cambio, dan resultados positivos hasta sin la presencia del suero específico. Los dos sueros anticoléricos empleados, uno de Charkow y otro del Prof. Kraus, poseían aproximadamente la misma cantidad de amboceptores específicos. Los demás sueros inmunizantes (antidisentérico, antitífico, antidiftérico) se comportaban como el suero normal.

Con objeto de comprobar si la reacción de fijación era producida únicamente por el vibrión colérico, ó también por los productos de su descomposición ó endotoxinas, el autor comenzó una serie de investigaciones bajo el mismo orden experimental, pero empleando las heces después de filtradas á través del Berkefeld. De ello resultó que los antígenos específicos quedaban retenidos en el filtro, y que luego no se conseguía demostrar su presencia por medio del método Bordet-Gengou. Examinando diversos productos del cólera, se observó que cultivos frescos del vibrión colérico en agar y en caldo, así como cultivos viejos en caldo y suero de caballo coagulado, contienen todos los antígenos colerígenos específicos. Filtrando estos cultivos por el Berkefeld, los cultivos recientes y la emulsión de cultivos frescos sobre agar, pierden sus antígenos, y los cultivos viejos, en cambio, conservan sus antígenos después de la filtración.

Estos hechos permiten suponer que las heces del colérico, que mediante la filtración pierden sus antígenos, probablemente no contienen endotoxinas; éstas únicamente podrían existir en los cultivos colerígenos viejos. La especialidad de las heces de coléricos, bajo el punto de vista de sus propiedades antígenas, es debida probablemente á la presencia de vibriones del cólera.

Nota químico-clínica sobre la reacción específica de la adrenalina, y sus aplicaciones.—G. Co-MESSATTI. (Trabajo de laboratorio del Hosp. civil de Padua. 1910.)

Dada la importancia que actualmente ha alcanzado el estudio clínico de los estados de insuficiencia supra-renal, en el curso de las infecciones, y de otros procesos morbosos locales de aquellos órganos, creemos interesante el dar á conocer, aunque sea en extracto, el presente trabajo. La reacción cualitativa es la adrenalina, se practica con una solución de sublimado corrosivo del 3 al 5 por 1.000, preparada con agua potable y previamente calentada á 40°-45°.

Para la *investigación cuantitativa*, se procede del siguiente modo:

Se diluye en agua común y hasta formar 10 c. c., un gramo de la solución comercial de adrenalina al 1 por 1.000, se mezcla bien, y de esta solución, se coloca 1 c. c. en tubo graduado. Añadiendo á este tubo solución tibia de sublimado en la cantidad de pocos c. c. y después agua común, se observa, que en la cantidad de solución de adrenalina allí colocada, que contiene gr. 0,0001 de adrenalina, se puede llevar á la dilución máxima de 200 c. c., sin que la coloración rosa característica de la reacción aparezca en el tubo. Y á la inversa: si se diluye gr. 0,0001 de adrenalina en 200 c. c. de agua común, y á 40 ó 50 c. c. de esta solución diluidísima, se añaden algunas pocas gotas de solución de sublimado y se calienta, se obtiene la débil coloración rosada característica.

Puede afirmarse que la reacción de la adrenalina por el sublimado es tan sensible, que resulta positiva hasta en dilución máxima de 1 gr. de adrenalina en 2.000.000 de c. c. de agua.

En estas investigaciones debe emplearse el agua común y no el agua destilada, porque el contenido en sales de la primera (especialmente las alcalinas) favorece y acelera la reacción. Esta reacción, que de afirmarse, según el autor, que es la reacción específica de la adrenalina, y la coloración rosada persiste durante algunos días, siempre que se emplean en la reacción 30 ó 40 c. c. de la solución acuosa de adrenalina. El autor aconseja además servirse para la técnica, en vez del tubo de vidrio, de dos cápsulas de porcelana, porque de este modo el color blanco del recipiente que contiene otra cantidad igual de solución y que se emplea como testigo, sirve de contraste para descubrir la débil coloración rosada.

Esta nueva reacción, es la única, según el autor, para descubrir la existencia de adrenalina en un tejido ó en un líquido orgánico sometido á examen.

Una de las reacciones fisiológicas de la adrenalina, muy en uso en estos últimos años, la reacción midriática de Meltzer-Ehrmann, para la investigación de aquella sustancia en la sangre, por ejemplo, no tiene valor, mas que en determinadas condiciones de investigación, según el autor puede deducir después de numerosas investigaciones personales, pues también otras sustancias no de naturaleza adrenalínica (diuretina, teocina, cloruro sódico) determinan midriasis.

Algún valor tiene también el estudio experimental de la acción hipertensora de un determinado líquido ó extracto orgánico, en el que se investiga la presencia de la adrenalina, pero no debe olvidarse que esta acción hipertensiva es común también ó otras sustancias químicamente afines á la adrenalina, y de otras, como la p-oxifeniletilamina, de composición química muy diferente á la de aquélla.

La reacción que nos ocupa, es aplicable á la dosificación de la adrenalina contenida en las cápsulas suprarenales, y á la investigación de la contenida en los líquidos orgánicos (suero sanguíneo, extractos orgánicos).

En estas investigaciones la reacción se practica previa precipitación de las sustancias albuminoideas, mediante una solución alcohólica concentrada de sublimado corrosivo, y siguiendo después la técnica descrita.

Este procedimiento de investigación, será seguramente fecundo en resultados en el campo de la patología humana, para juzgar de la intensidad de la secreción de la médula suprarenal en sus relaciones con el sistema cardio-vascular, funciones de la instrucción y especialmente sobre el metabolismo de los hidratos de carbono.

Por otro lado, este método de investigación ha dado ya interesantes resultados en manos de Cevidalli y Leoncini, en el campo de la medicina legal (1).

J. AGUILAR JORDÁN

(1) Cevidalli e Leoncini.—Ricerche sul comportamento postmortale, ecc.—Com. all'Acad. medico-fisica di Firenze, seduta 17 Marzo 1909. Rivista int. di Clin. med. Aprile 1909.

VARIA

Un libro interesante

Tal es el pequeño volumen que lleva por título « Terapéutica obstétrica de urgencia», por el profesor J. de Vicarelli, que aunque reducido en su tamaño, es grande por el gran caudal científico que contiene y por las útiles prácticas de terapéutica que encierra aplicadas al arte de los partos. Su presencia elegante y simpática y su original forma de cartera ya predispone en favor del «Vicarelli», como así se le va llamando entre los compañeros, que comprendiendo su enorme utilidad, van adquiriéndolo y recomendándolo.

Su texto, escrito en un estilo conciso para en pocas palabras poder decir todo lo necesario, está expuesto en forma que pueda el práctico rápidamente en cualquier momento de apuro consultar el asunto que desee, no sólo de Terapéutica, sino también de Diagnóstico obstétrico, porque el diminuto « Vicarelli» es toda la Obs-

tetricia, respondiendo sucintamente, pero de un modo completo á los apremiantes requerimientos de la urgencia.

Ya lo dice el primero de los tocólogos españoles, el eminente Dr. Gutiérrez, en el prólogo que sirve de presentación á la obrita: es único en su género é indispensable á todo médico. Y más abajo añade: con su lectura evitará el médico rural muchos desastres.

¿Para qué mencionar el contenido del libro y hacer su análisis, si como hemos dicho es el tratado más perfecto y razonado que se ha escrito del arte de los partos?

Así se concibe que se hayan hecho en Italia cuatro ediciones en tres años, y que en dos meses que apareció en Valencia la versión castellana, estén finalizando los editores el primer millar.

La traducción del libro, que á causa del peculiar estilo de su autor resulta difícil, de no dominar á la perfección los idiomas italiano y español, está muy bien hecha y ajustada por el Dr. Tomás Alcober Alafont, distinguido médicotocólogo de la Beneficencia Municipal.

Réplica á un artículo

Un Sr. Dr. Albiñana, redactor, director, colaborador ó lo que fuere de un periódico madrileño, titulado *La Sanidad Civil*, se permite por carambola, insultar, ofender gravemente á los socios del Instituto Médico Valenciano, de gloriosa historia, y á su actual dignísimo Presidente el Dr. Candela Plá.

No conocemos á dicho Sr. Albiñana más que por su revuelta historia estudiantil y por su característica actual, que es la de seguir por el camino mismo que se trazó en su época escolar. Ahora bien: como los Anales se separarían ipso facto de los fines que presidieron á su creación, tanto, si en cualquiera de sus columnas iniciase una polémica sobre lo que nos permitiremos apellidar miserias profesionales, como si dejásemos sin la oportuna protesta el exabrupto del referido Dr. Albiñana, en el que se ataca inconsiderada é injustificadamente la honorabilidad de los socios todos del Instituto; por estas razones, y prometiendo firmemente no replicar, ni contestar de nuevo á nada que La Sanidad Civil pueda volver á estampar en sus columnas sobre esta enojosa cuestión, sólo diremos:

1.º Que los socios del Instituto Médico Valenciano, formando vida corporativa y cada uno de ellos como personalidad profesional, reunen cuantos requisitos son necesarios para poder hacer ostentación de una inherente é indiscutible honradez, y celosos defensores de los prestigios de la clase médica valenciana, socavados desgraciadamente, ¡sensible es confesarlo! más por propios que por extraños.

2.º Que si todos los socios, hombres mayores de edad, son igualmente honrados en el sentido profesional, dicho se está, que así nuestro actual Presidente, como los que este cargo tuvieron el honor de ostentar en pasados tiempos, son, no más, pero sí igualmente dignos que cada uno de aquéllos, é incapaces de llegar á tan elevado lugar por otros procedimientos que no sean los legítimos emanados de la voluntad de la Cor-

poración, como queda demostrado por la siguiente Acta de la Junta general extraordinaria celebrada el 24 de Diciembre de 1910, que copiada al pie de la letra del libro de Actas del Instituto dice respecto á la elección de Presidente:

«El Sr. Oliete promete ver lo que proceda; terminando así este incidente, se entra en la orden del día:

1.º Elección de cargos vacantes en la Directiva, de Presidentes de la Corporación y de la Sección de Farmacia y Ciencias; auxiliares por dimisión de los anteriormente electos, señores D. Rafael Mollá Rodrigo y D. Vicente Guillén Marco, respectivamente.

El Sr. Peset (D. Juan), propone y se aprueba por unanimidad que continúe figurando la actual Junta Directiva, tal como está, hasta fin de año, y que la elección sea sólo para la provisión de Presidentes, para el bienio de 1911 y 12, según Reglamento.

Se suspende la sesión diez minutos, para proponer candidatos.

Reanudada la sesión, el Sr. Reig propone se admita el procedimiento de aclamación y una vez que fué admitido el Sr. Llisterri, propone para Presidente del Instituto Médico Valenciano al Excmo. Sr. D. Manuel Candela Plá, que resulta elegido por unanimidad.»

Habida consideración de lo que precede, sólo nos resta añadir una ligera consideración: El procedimiento seguido por el Dr. Albiñana en su ofensivo artículo para los socios del Instituto Médico Valenciano, que en uso de su libérrima voluntad y en plena posesión de todas sus facultades, eligieron para presidir la Corporación al dignísimo Dr. Candela Plá, es un procedimiento que ha producido en esta ocasión efectos distintos á los que sin duda se propusiera el supracitado señor, pues si antes del artículo de La Sanidad Civil nuestro actual Presidente nos parecía digno de serlo, ahora nos lo parece mucho más, y no cesamos de felicitarnos por haber tenido el acierto de elegir para tal cargo á persona que en honor al Instituto, pone en todo momento á contribución todos sus talentos, sus prestigios y su inconmensurable voluntad.