

Anales del Instituto Médico Valenciano

BOLETÍN (1841-98)

REVISTA MENSUAL

SUMARIO:

Los cuerpos inmunizantes de Carlos Spengler, por André Bergeron.

Sesiones científicas del Instituto Médico Valenciano: Sesión del 28 de Febrero de 1911. Discusión del Tema presentado por el Dr. Vila Barberá, en la sesión celebrada el día 21 del mismo mes.—Sesión del día 3 de Marzo de 1911.

Revista de revistas.

Varia: Necrología.—Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona.

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.

Los cuerpos inmunizantes de Carlos Spengler

Por André Bergeron (1)

Según Carlos Spengler, el hombre tuberculoso se infecta, casi siempre, á un mismo tiempo por bacilos de tipo humano y por bacilos de tipo bovino. Pero en la mayor parte de los casos, una de estas dos razas bacilares llega á predominar sobre la otra. Ahora bien; estas dos variedades parece poseen actividades tóxicas antagonistas, y por tanto, la inmunización de los enfermos podría obtenerse actuando sobre el tipo bacilar predominante por medio de tuberculinas ó de vacunas derivadas de los bacilos de otro tipo. Este método ha dado frecuentemente, en manos de Spengler y de sus discípulos, resultados terapéuticos muy notables. Pero tiene el inconveniente de ser de manejo muy delicado, ya que un error en la elección del producto que debe inyectarse, puede comprometer todo el tratamiento.

Para obviar este importante inconveniente del método, Carlos Spengler ha conseguido obtener un producto único, que indistintamente puede aplicarse á todas las formas de la tuberculosis humana.

Este producto el autor lo designa con las letras IK, con lo cual quiere significar que contiene las auténticas *Immun Körper*, los verdaderos *cuerpos inmunizantes* de la tuberculosis.

El IK no es ninguna tuberculina, ni una toxina extraída de los cuerpos bacilares, ni un simple suero, es un *extracto celular* procedente de la sangre de animales inmunizados contra las grandes razas de bacilos tuberculosos.

(1) Traducido expresamente para los ANALES, por J. Aguilar Jordán, de la *Presse Médicale*, 21 de Abril de 1909.

Repetidamente se ha intentado aislar de la sangre los anticuerpos de la tuberculosis. Se conocen muchos sueros antituberculosos y algunos de ellos son muy apreciables. Pero su poder antitóxico es poco intenso, y su poder bactericida más pequeño todavía. El escaso contenido de estos sueros en antitoxinas y en bacteriolinas, depende, según Spengler, de que el suero de la sangre no es el principal receptáculo de los anticuerpos tuberculosos. *Estos anticuerpos están adheridos á los hematíes*, y, en parte, sólo pasan al suero después de sufrir los glóbulos rojos un principio de hemolisis; en este líquido permanecen poco tiempo, pues son rápidamente aprehendidos por los leucocitos.

Carlos Spengler, en apoyo de esta concepción, absolutamente personal, aduce una serie de experimentos de la que daremos la idea directriz.

Para separar de la sangre los principales elementos componentes y poder estudiar el papel de cada uno de ellos, procede del siguiente modo:

Una cantidad de sangre procedente de un animal fuertemente inmunizado, se une á nueve partes de una solución isotónica de cloruro de sodio. Se centrifuga todo, se decanta el líquido que sobrenada y que representa una *solución al décimo de suero sanguíneo*. Vierte entonces, sobre las células aisladas, una solución hemolítica de formol al 0'2 por 1.000, en cantidad suficiente para restablecer el primitivo volumen. Se agita el tubo para conseguir la hemolisis de los hematíes; se centrifuga, se decanta el líquido que sobrenada y que resulta una *disolución de hematíes*. En el fondo del tubo, quedan los leucocitos y las plaquetas.

En el suero, en los hematíes disueltos y en los leucocitos, se pueden de este modo estudiar aisladamente los poderes aglutinante, precipitante, bactericida y antitóxico.

El poder aglutinante y precipitante de los *hematíes disueltos*, es aún apreciable cuando se usan disoluciones al 1 por 10.000.000 ó al 1 por 100.000.000 mientras que desaparecen del *suero* cuando la titulación de su dilución desciende por bajo de 1 por 10.000.

Por otra parte, algunas gotas de una *disolución de hematíes* diluida al 1 por 10.000.000 puestas en contacto de los bacilos tuberculosos vivientes extendidos sobre una lámina, ataca de tal manera sus envolturas que después de breve permanencia en la estufa, no se colorean ya por el Ziehl, y, cosa curiosa, esta evidente acción bacteriolítica de las diluciones de hematíes, desaparece cuando la dilución es demasiado concentrada.

Finalmente, la inyección subcutánea de 0'1 de c. c. de una disolución de hematíes diluida al 1 por 100.000.000 basta para proteger al conejo contra una dosis seguramente mortal de un veneno tuberculoso especial que Spengler denomina *tisina*.

Estos experimentos, que han sido repetidos con los mismos resultados por Spengler y sus discípulos, actuando con más de mil muestras de sangre de hombres y animales inmunizados, prueban que los hematíes contienen en grado máximo las aglutininas, las precipitinas, las bacteriolisinas y las antitoxinas, y en consecuencia, despreciando el suero y los leucocitos, el autor adopta el IK, esencialmente constituido por una disolución de hematíes procedente de sangre fuertemente inmunizada.

Cierto número de puntos importantes quedan todavía entre sombras en el método de Carlos Spengler. Así por ejemplo, nada dice acerca de la génesis de su veneno tuberculoso, de la *tisina*, que le sirve para comprobar el poder antitóxico de los IK; y sobre todo, no dice cómo consigue inmunizar sus animales.

A pesar de estas incógnitas, á pesar de tales reservas, creemos que IK merece ser conocido y empleado con fin terapéutico. Nuestros ensayos personales son poco numerosos

y de fecha reciente y de ellos sólo podemos decir que resultan alentadores. Pero en Davos, Spengler, sus asistentes y algunos de sus compañeros, se muestran muy satisfechos de los resultados obtenidos. En Suiza, en Alemania, en Austria, los IK ha sido empleado por numerosos médicos con éxito, y los trabajos de uno de ellos han sido el motivo que nos ha decidido á dar á conocer en Francia el nuevo producto antituberculoso de Spengler.

En efecto; Herzberg ha visto enfermos tuberculosos avanzados que después de 14 ó 16 inyecciones de IK, dejaron de toser, aumentaron de peso, no tenían bacilos en sus esputos, y manifestaban un excelente estado general. El mismo clínico, ha tratado una joven de 14 años, afecta de tuberculosis grave, de forma rápida, con temperaturas oscilando entre 37°'5 y 40°, pulso de 120, estado tífico acentuado, hemoptisis diarias desde hacía tres semanas y con bacilos en la espectoración. Al cabo de un mes de tratamiento la temperatura era normal, los bacilos habían desaparecido, el peso había aumentado en 11 kilogramos y la paciente parecía totalmente curada.

Herzberg, en consecuencia, afirma que IK obra de una manera específica, que mejora frecuentemente la tuberculosis pulmonar avanzada en un período de tiempo corto, y que cura todos los casos benignos y semi-graves.

Como final diremos que este producto, liberado por medio de un tratamiento especial de la mayor parte de las albúminas y de las materias colorantes de la sangre, se presenta bajo el aspecto de un líquido claro que se diluye, para el uso, en una solución de cloruro de sodio al 8'5 por 1.000 adicionada de 0'5 por 100 de ácido fénico (1).



Sesiones Científicas del Instituto Médico

SESIÓN DEL DÍA 28 DE FEBRERO DE 1911

Discusión del Tema presentado por el Dr. Vila Barberá, en la Sesión celebrada el día 21 del mismo mes

Bajo la presidencia del Dr. Candela, se abre discusión, haciendo uso de la palabra el Dr. Perales. Ofrece el pequeño óbolo de su experiencia á la discusión del tema presentado por el Dr. Vila.

Hace un resumen histórico de los trabajos del Dr. Koch respecto á las tuberculinas, para justificar que por ser testigo presencial del fracaso que tuvieron los primeros ensayos en la aplicación de este medio curativo, había mirado con prevención el empleo de las tuberculinas, hasta que, obligado por su cargo en el Dispensario Antituberculoso oficial de

(1) La trascendencia que en nuestro concepto tiene todo cuanto se refiere á la materia del anterior trabajo de Bergeron, nos obliga á aconsejar á los lectores de los ANALES que deseen conocer en todos sus aspectos el método antituberculoso de Spengler, la obra de J. Hollós, recientemente publicada por la casa Masson, de París, y que lleva por título *Les intoxications tuberculeuses*; 4 fr. (Nota de la Redacción.)

Valencia, ha tenido que estudiar cuanto se relaciona con las modernas tuberculinas y ensayar su uso en gran número de enfermos, cuyo trabajo le permite, por hoy, tener una orientación en el sentido expuesto por el Sr. Fez, pero no se decide franca y abiertamente partidario del empleo único y sistemático de las tuberculinas, porque se necesita que la estadística, con su ley de los grandes números, sancione las observaciones de todos, eliminando aquellos factores que tan fácilmente conducen al error, y en los cuales solemos tropezar todos los que nos dedicamos al cultivo de las ciencias experimentales.

Expone sucintamente el procedimiento de obtención de las tuberculinas antigua, nueva y emulsión de Koch, y de las de Denys, Klebs, Beranech, Spengler, Behring y Landman, para demostrar que las tuberculinas *antigua* (T. O.), la *original antigua* (T. O. A.) de Koch, no tenían acción inmunizante sobre las toxoproteínas; mientras que la tuberculina nueva ó tuberculina residuo (T. R.) contiene todos los principios inmunizantes de los bacilos de vacuolas, y por lo tanto contra estos mismos bacilos, pero no tiene acción sobre las toxialbúminas, que era la exclusiva de las primeras tuberculinas (T. O. y T. O. A.); por ello modificó el procedimiento y presentó la *tuberculina emulsión-bacilar*, cuyo poder aglutinante es manifiesto.

Rechaza la tuberculina de Denys por ser la misma antigua de Koch, no reducida de volumen, y tener los mismos inconvenientes que aquélla.

Cita la de Klebs, que no ha tomado carta de naturaleza por los resultados negativos que se demostraron en el Instituto Koch.

Llama la atención del Instituto sobre la tuberculina de Beraneck, que contiene todas las sustancias activas, tanto las del líquido de cultivo como las intracelulares, obtenidas por medio de una solución de ácido ostofosfórico. Admite esta tuberculina por más que la cree inferior á otras.

Expone el procedimiento de obtención del Tuberculol Landman, y considera que éste contiene, como el de Beraneck, todos los principios activos del bacilo, toxoproteínas y toxialbúminas, de suerte que los restos bacilares, después de las operaciones de preparación del Tuberculol, no contienen ninguna sustancia tóxica y pueden ser inyectadas impunemente en el conejillo.

Expone el Sr. Perales la técnica de preparación de las soluciones del Tuberculol y de las inyecciones del mismo, con cuyo motivo hace un pequeño estudio de las regiones del cuerpo humano, en que se deben practicar las inyecciones, decidiendo la espalda ó la cara posterior del brazo.

Cita las contraindicaciones de las tuberculinas, como la taquicardia, fiebre y hemoptisis, y estudia la manera de salvar estos inconvenientes, y se detiene, al hablar de la hemoptisis, para hacer algunas observaciones sobre la decalcificación de los tuberculosos, y con este motivo hace un parangón entre la sangre del asfíctico y la del tuberculoso, citando los trabajos de Pages y Artus, Hayen, Bizzozero y los modernos de Carrara y Sabatini, para concluir, que los enfermos hemoptoicos pueden ser tratados por las tuberculinas si se procura salurarles antes de calcio, para lo cual se debe buscar una sal soluble y fácilmente disociable para que la ionización alcance su máximum.

Lamenta que no se hayan publicado los casos de parálisis, debidos á las neuritis, que las tuberculinas determinan en sujetos sometidos con anterioridad al tratamiento por las sales de arsénico. Este tratamiento, como se ha observado, produce la fijación del meta-loide As. sobre los tubos nerviosos, y la destrucción de la mielina en bolas ó bloques rela-

tivamente voluminosos, y más tarde, si se insiste en las inyecciones de tuberculina, en polvo fino. Sólo queda del tubo nervioso la vaina de Schwann con los núcleos proliferados, también prolifera el neurilema, y finalmente desaparece el cilindro-eje.

Que estas lesiones, llevadas experimentalmente á su último término, pueden ser observadas á simple vista, por el aspecto gris y adelgazamiento del nervio, ó más exactamente de sus ramificaciones intra-musculares.

Confiesa que no tiene experiencia en el hombre, de casos de parálisis de esta naturaleza, porque se abstiene de tratar por las tuberculinas los enfermos que han sido sometidos con antelación al tratamiento arsenical; pero llama la atención de sus compañeros sobre esta contraindicación, que no consigna la literatura médica y que el Sr. Perales conoce de referencia. (El Sr. Pastor Reig, pide la palabra) (1).

Lamenta el disertante la falta de costumbre de presentar enfermos en estas conferencias, y la resistencia que éstos oponen á concurrir á las sociedades científicas; esto que es corriente en otros países, no ha podido conseguirlo en Valencia, y que de 50 enfermos que pensaba presentar al Instituto, sólo ha conseguido traer dos. Lee las historias sucintas de los 50 enfermos, y dentro de la teoría de la inmunidad de Ehrlich, se extiende en consideraciones, que apoya en las historias leídas, para explicar la acción de este remedio, formulando las conclusiones de que el Tuberculol Landman produce inmejorables resultados en los enfermos que se encuentran en primero y segundo período de Turban, á pesar de las deficiencias higiénicas á que están sometidos los que asisten al Dispensario Antituberculoso, que son todos pobres.

El mismo Sr. Perales, á petición del Dr. J. Perrón, explica y amplía detalles de técnica en lo que se refiere á las dosis de Tuberculol y períodos de su aplicación, terminando con una invitación á los médicos en general y muy especialmente á los médicos rurales, por si deseaban ejercitarse en la aplicación de las tuberculinas, en el Dispensario Antituberculoso, del que el Sr. Perales forma parte.

El doctor en Farmacia, Sr. Pérez López, se ocupa de la necesidad de no menospreciar determinados agentes farmacológicos en la terapéutica de la tuberculosis pulmonar, si quiera algunos de éstos sólo deban ser considerados como elementos coadyuvantes del tratamiento de esta dolencia.

Acto seguido se levantó la sesión.

SESIÓN DEL DÍA 3 DE MARZO DE 1911

Abierta la sesión, el Dr. Candela concede la palabra al Dr. Rafael Pastor Reig.

Justifica su intervención en el debate, haciendo resaltar la amplitud considerable del tema, tal como se halla propuesto.

Anuncia que su intervención quedará reducida á examinar los dos aspectos de la cuestión, que ya merecieron atento estudio de cuantos oradores le precedían en el uso de

(1) En el núm. 530 de la *Crónica Médica*, se atribuye al Dr. Perales, haber dicho que las neuritis y parálisis subsiguientes de los enfermos tratados por la fosota eran debidas á dicha substancia.

El Sr. Perales ni mentó el fosfato de creosota ni expuso otras ideas que las que transcribimos. A instancia de nuestro compañero hacemos con gusto esta aclaración.

la palabra. Esos dos aspectos son la etiología y el tratamiento de la tuberculosis pulmonar.

Por lo que se refiere á la etiología, resume los fundamentos sobre que descansan hoy las dos escuelas, unicista y transformista, que se disputan el capítulo etiológico.

Hace resaltar la imposibilidad de resolver la cuestión así á la ligera, y falto de datos experimentales personales, no se atreve á pronunciarse en favor de ninguna de ambas opiniones.

Por lo que atañe al tratamiento de la tuberculosis, dice que se observa marcada tendencia, por cuantos oradores intervinieron en el debate, en circunscribir la cuestión á uno de sus múltiples aspectos, y que el tema objeto de mayor discusión podría quedar enunciado: «Valor de la tuberculinoterapia».

Desde 1890, en que Koch preconizó la tuberculina, partiendo de la falsa base de considerarla como un producto de acción específicamente letal para el tejido tuberculoso, debiéndose por lo tanto administrar á grandes dosis, ya que la cantidad empleada sería proporcional á la porción de tejido que precisa mortificar y eliminar.

Los fracasos fueron demasiado numerosos y están bastante recientes para que le sea permitido no insistir más sobre lo equivocado de semejante criterio.

Con posterioridad, conocido mejor el mecanismo de la inmunidad, y considerando á la tuberculina como una toxina, endo ó exo-bacilar, cuando no ambas cosas, según el preparado, y administrada convenientemente, su uso ha entrado de lleno en la terapéutica de la tuberculosis, con alguna mayor garantía, aunque á su juicio sin resolver por completo el problema de la curación de los tuberculosos en ninguno de los períodos.

Aquellas estadísticas, aquí aportadas, con un 85 por 100 de curaciones, etc..., y aquellas rotundas afirmaciones de una absoluta especificidad, otorgada así de plano á las distintas tuberculinas, no pueden ser suscritas por quien mantenga un criterio rigurosamente científico.

Hace más de 6 años, dice, empleo las tuberculinas, ora la de Koch, ora la de Marchal, la de Jacobs ó la de Beranek; ello implica la confesión de que algún valor les reconocerá. Pero aun así, jamás las ha concebido como un agente inmunizador antituberculoso, en el sentido estricto de la palabra.

A su juicio resulta por igual pernicioso aquel antiguo terror al uso de las tuberculinas, muy frecuente en los médicos españoles, y el actual inconsciente entusiasmo de algunos que ven en esos productos algo así como un suero de empleo facilísimo, exento de peligro.

Es el proceso tuberculoso, en la mayoría de sus manifestaciones clínicas, cosa distinta de otras infecciones para las cuales disponemos de remedios específicos eficaces, tétanos, difteria, etc. En estas infecciones, las toxinas solubles por sí solas pueden reproducir el cuadro sintomático y la lesión típica. En la tuberculosis nó. La función de las toxinas difusibles es distinta de la de los cuerpos bacilares y éstos no obran de manera idéntica cuando vivos ó cuando muertos. De ahí la dificultad ó la imposibilidad de proteger á los animales y al hombre de una manera eficaz y definitiva mediante el uso de vacunas. Las esperanzas nacidas al calor de los célebres trabajos de Behring se perdieron á los pocos meses.

A continuación examina las actuales ideas sobre inmunidad activa y pasiva, la manera de conseguirla mediante la vacunación y el uso de sueros específicos. Detiéndose en el examen de las condiciones, según las cuales se logra la inmunidad activa; define lo que es un antígeno: «todo elemento celular ó químico, extraño á la economía y capaz de provocar en

ella la producción de anticuerpos específicos». Así los cuerpos bacilares, los hematíes de animal de otra especie, las toxinas, las ponzoñas, etc., son antígenos que despiertan la producción de sustancias fabricadas por las células de la economía, y que gozan de especificidad particular para el antígeno correspondiente.

La tuberculina, de procedencia bacilar más ó menos directa, es un antígeno, pero un antígeno que provocará á lo sumo la producción de anticuerpos específicos para la dicha tuberculina; y como ya hemos indicado, la mayor y notable complejidad del proceso tuberculoso, no reductible ni capaz de ser reproducido por la acción exclusiva de las toxinas tuberculosas, se comprenderá que la presencia, en la sangre del enfermo, de esos anticuerpos que pudiéramos denominar *antitubercúlinicos*, no es suficiente para resolver el problema de la curación. ¿Veis de qué forma queda limitada teóricamente su especificidad?

Con la tuberculina podrá conseguirse embotar la sensibilidad orgánica ante ulteriores dosis de ese producto cualquiera que sea su procedencia, ó morbosa ó terapéutica, pero en modo alguno crear un estado de verdadera *inmunidad antituberculosa* en el sentido que hoy cabe otorgar á esas palabras.

El mismo Koch, Beranech, Sahli y la mayoría de los más acérrimos defensores de la tuberculinoterapia, aceptan ese concepto.

Dados los actuales conceptos de inmunidad, el uso de la toxina durante la evolución de un proceso infectivo de idéntica naturaleza, no puede aliviar, sino agravar el curso de la dolencia. Si á un diftérico se le inyectase *toxina diftérica*, de seguro sufriría una agravación. Precisamente el hecho de la eficacia más ó menos notable de las tuberculinas, abona en pro de la falta de identidad entre el proceso engendrado por el bacilo de Koch vivo y la intoxicación tubercúlica experimental.

De otro lado, la existencia de más de 36 tuberculinas diferentes, de distinta procedencia y composición, algo dice en favor de su *relativa* especificidad inmunizante.

En efecto, todos esos preparados, por su diferente composición, pueden agruparse en cuatro categorías.

1.^a Tuberculinas exobacilares ó de toxinas difusibles: TAR, TOK, Denys, Jacobs, Marcechal, Haentjens, Bhering, Ruppel, Calmette, caldo filtrado de Arloing, etc.

2.^a Tuberculinas endobacilares: TRK, BEK, Spengler, Rothschild, Ruck, Tulasia de Bhering.

3.^a Tuberculinas mixtas: Beraneck, Tubérculos, Buchmer, Hunter, Harlon.

4.^a Tuberculinas modificadas químicamente: Hirschfelder, Klebs, John, Krausse, Krehl, Matthes.

Examina cómo es permitido actualmente pensar acerca del mecanismo de acción de las tuberculinas.

Parece cosa evidente que todas ellas de un lado favorecen las congestiones peri-tuberculosas y de otro determinan un acrecentamiento de la resistencia orgánica, que si bien no podemos admitir constituya un verdadero grado de inmunidad antituberculosa, cuando menos aumenta el poder fagocítico y amortigua la sensibilidad orgánica ante las toxinas segregadas por el bacilo de Koch á nivel del foco tuberculoso, consintiendo con ello una mejor nutrición.

Así, después de administrar una dosis apropiada de tuberculina, aumenta en el suero sanguíneo la titulación de opionina, de esas sustancias necesarias para la fijación del leucocito sobre el bacilo. De los estudios iniciados por Wright y repetidos por numerosos bac-

teriólogos, se deducen bien á las claras las modificaciones serológicas experimentadas por el organismo del tuberculoso sometido á un racional método de tratamiento por las tuberculinas.

Todos saben lo que es el índice oprónico, la relación entre el poder fagocítico de los leucocitos del enfermo, auxiliados por el suero sanguíneo de ese mismo individuo, y el poder de la fagocitosis de los mismos leucocitos ayer dados por un suero procedente de individuo sano. Ese índice oprónico tiene un valor inferior en el tuberculoso que en un organismo virgen de bacilos. Inmediatamente después de la inyección de una dosis pequeña de tuberculina, el índice oprónico desciende por debajo del valor que antes de la inyección tuviera: es la *fase negativa* de Wright, cuya duración es variable de 12 á 48 ó 72 horas, en proporción con la dosis inyectada y el estado del enfermo. Transcurrido ese plazo, el valor del índice oprónico aumenta hasta sobrepasar la cifra inicial: *fase positiva*. De esta manera y practicando inyecciones sucesivas de tuberculina á dosis moderada y progresivamente crecientes, se consigue que en conjunto el valor del índice oprónico vaya aumentando. Para ello debemos huir de verificar ninguna inyección de tuberculina durante el período de opronismo negativo. En la práctica, lo delicado y entretenido de la investigación hace casi impracticable el método, lo que resta garantías de inocuidad á la tuberculinoterapia.

La observación clínica cuidadosa y repetida, permite obviar en parte esos inconvenientes y peligros; para ello precisa utilizar dosis pequeñas, crecientes y distanciadas de tuberculina, y medir la intensidad de la reacción provocada cada vez por la inyección última, evitando repetirla dentro de ese período de reacción que corresponde en clínica á la fase serológica de opronismo negativo.

La generalidad considera á la fiebre como el único metro de la reacción tuberculínica, y ese es un error, á veces funesto, que me conviene desvanecer; en ocasiones, la reacción demasiado intensa se traduce por disnea, por dolor torácico, taquicardia más intensa, inapetencia más acentuada, desnutrición más evidente, etc.

Todavía en la práctica, y tenedlo muy en cuenta, al examinar estadísticas, tropieza la tuberculinoterapia con un enemigo de gran monta: la lentitud y duración del método, que impide conseguir siempre la necesaria constancia y asiduidad por parte del enfermo, solicitado por tantas y tantas competencias profesionales y por no menos bachillerías del vulgo.

De lo expuesto deduce el escaso valor de las estadísticas aportadas á esta discusión, en las cuales la mayoría de los casos han sido observados algunas semanas ó á lo sumo unos pocos meses.

Con tales datos no es lícito sacar consecuencias definitivas sobre el valor absoluto del método. La tuberculosis crónica tiene espontáneamente períodos de mejoría, de remisión, y no es de extrañar que ellos se acentúen cuando el enfermo se somete á una disciplina terapéutica, que no sólo consiste en la inyección del preparado tuberculínico, sino que abarca todas las manifestaciones de su vida: alimentación, trabajo, reposo, etc., etc. Aun concediendo todo el valor que queráis al procedimiento, no son tan ricas nuestras estadísticas si sólo se refieren á los casos curados definitivamente, como cuadraría á un remedio en verdad específico.

Así se explica que al lado de esas estadísticas tan brillantes, obtenidas con el uso de las tuberculinas, puedan cotejarse aquellos otros muchos semejantes resultados y referentes á métodos de tratamiento los más distintos. En efecto, el Dr. Vila presenta una estadística muy alentadora, sin contar con otros elementos que los higiénicos de Busot;

Bernehim ensalza la creosota; Landerer el cinamato; Gil Casares el fluoruro sódico; Lemonie la paratoxina, otros los sueros, quién los arsenicales y así sucesivamente. Y es que la tuberculosis es una enfermedad curable, que las más de las veces se cura con independencia del tratamiento empleado, como en otras termina por la muerte, á pesar del método terapéutico elegido. Para mayor convicción debe pensarse en la multitud de casos autopsiados por varios autores, correspondiendo á individuos en apariencia no tuberculosos, fallecidos á causa de diversas afecciones no tuberculosas, y en la inmensa mayoría se encontraron lesiones cicatrizadas, curadas ó en vías de evolución. Así, en 185 casos, Natali Guyot, encontró el 60 por 100 con lesiones tuberculosas. Brouardel, en la Morgue, en sujetos de más de 30 años y que llevaron más de seis residiendo en París, las lesiones tuberculosas pulmonares estaban en el 50 por 100. Lerefait, en 300 ancianos autopsiados, ni una sola vez dejó de hallar lesiones pulmonares tuberculosas. Orth Crawitz en el 33 por 100. Berch-Hirschfeld en 23 á 36 por 100. Burkhardt de 1.452 cadáveres halló lesiones tuberculosas en 1.221 casos.

Por todo ello, dice emplea la tuberculina sabiendo que de ella puede esperar, hoy por hoy, un papel de cooperación, y no desdeña el auxilio de otros remedios terapéuticos. En tanto no se demuestra esa absoluta especificidad de la tuberculina, es decir, el poder inmunizante antituberculoso absoluto de la misma, no debemos abandonar los otros elementos del problema, y pensaremos en el estado precario de una nutrición en visible bancarrota por la desasimilación intensa, la desmineralización notable, y contribuiremos á la obra más eficaz que la Naturaleza por sí sola emprende, fomentando la recalcificación, acidificando el medio orgánico, contribuyendo de todas suertes al fortalecimiento de las defensas naturales.

Acto seguido, se ocupa de otro asunto de trascendental importancia práctica, suscitado por el Dr. Perales.

Este distinguido señor desecha la creosota (ingratitud grande), porque, según él, al asociarla á las tuberculinas, provoca parálisis múltiples por polineuritis tóxicas.

Dice ha tenido ocasión de estudiar personalmente este asunto, tanto en el terreno experimental, sobre conejillos de las Indias, como en la Clínica, por haber observado hasta unos 12 casos afectos de esas polineuritis tóxicas ocurridas durante el tratamiento de Marechal ó la exclusiva administración de la fosota.

En primer lugar, dice, hemos de reconocer la posibilidad de la aparición de polineuritis en el curso de un proceso tuberculoso crónico, efecto de la acción tóxica ó bacilar del agente causal de la tuberculosis.

Pero descartados esos casos, hay que confesar la existencia de aquellos otros, en los cuales la polineuritis no reconoce otra causa que la acción tóxica de los remedios utilizados por nosotros para el tratamiento de la afección primordial.

Examinando todos esos casos, puede afirmar:

1.º Que la tuberculina no tiene intervención alguna en la aparición de esas parálisis.

Como prueba clínica, cita el hecho de que jamás, con un tratamiento exclusivamente tuberculínico, exento de ningún preparado creosotado ó arsenical, ha tenido ocasión de apreciar tales parálisis.

Argumento de más valor lo constituye el caso siguiente:

D. N. N. fué á la consulta particular de su señor padre, hace algunos años; presentaba un foco pequeño de gangrena pulmonar. Aparte otras medidas que no hacen al caso,

se practicaron varias inyecciones de fosota sin accidente alguno y con notable mejoría de la afección pulmonar. Durante el período de reposo que siguió á una serie de inyecciones, se le aconsejó, sin que haga al caso por quién, un tratamiento tónico á base de cacodilato sódico. Transcurridos quince días de aquella primera sin inyecciones de fosota, emprendieron otra segunda; á partir de la tercera ó cuarta inyección, el enfermo aquejó hormigueos en las extremidades inferiores, debilidad en las mismas, dolores espontáneos y á la presión, á lo largo de los troncos nerviosos, y por último ligera ataxia. Suspendida la fosota y á beneficio de los recursos apropiados, curó en absoluto de su polineuritis á los pocos meses. Como se ve, en este caso ni se trataba de individuo tuberculoso, ni se empleó la tuberculina, y sin embargo hubo parálisis.

Dos casos más podía citar que habían sido tratados por otros compañeros, de un proceso tuberculoso abdominal y torácico respectivamente, usando la fosota y el histogenol. En ambos no se había recurrido á la tuberculina. Cuando los visitó aquejaban manifiestos trastornos debidos á polineuritis tóxica, de la que curaron.

2.º Las tales polineuritis sólo las ha observado con el uso de los preparados creosotados.

3.º Los únicos preparados creosotados con cuyo uso ha visto aparecer las polineuritis, son la *fosota* y la *tafosota*.

4.º En todos los enfermos, en las cuales ha tenido ocasión de diagnosticar y aun tratar la polineuritis en cuestión, concurrentemente ó con anterioridad ó con posterioridad á la administración de la fosota, se habían empleado preparados arsenicales orgánicos (cacodilato, arsenol, etc.)

5.º Los caracteres clínicos de esas polineuritis concuerdan en absoluto con la característica sintomática y evolutiva de las parálisis arsenicales.

6.º El uso de dosis elevadas de combinaciones orgánicas arsenicales, son también causa de polineuritis, como ha tenido ocasión de observar más de una vez.

7.º Las tales polineuritis son diagnosticables precozmente si se atiende é investigar sistemáticamente sus signos iniciales y de una gran benignidad y rápida curación.

Para el disertante, pues, únicamente el *uso simultáneo ó sucesivo de la fosota y de los arsenicales* (de preferencia los orgánicos por el uso de dosis más elevadas de arsénico), son la causa de las polineuritis tóxicas ocurridas como accidente en el curso de ciertos tratamientos de la tuberculosis. Parece que el arsénico, perezoso de suyo para eliminarse, lo sea aún más cuando la mayoría de los específicos que llenan la 4.ª plana del periódico, recomendados para combatir la clorosis, las anemias, los estados neurasténicos, etc., etc., y que se expenden sin receta las más de las veces, llevan arsenicales, preferentemente cacodilato ó arsenical; el enfermo tuberculoso, antes de recurrir al médico, por lo general agotó ya su capítulo de tónicos; así es, que raro resulta el enfermo sometido á la acción de la fosota, que aun sin vuestro permiso no ingirió cualquiera de esos preparados arsenicales.

Sus experiencias sobre conejillos concuerdan con los anteriores datos clínicos.

REVISTA DE REVISTAS

PEDIATRÍA

Indicaciones y resultados de la terapéutica tuberculínica en la tuberculosis infantil.—TH.

ESCHERICH (*Wien. Klin. Woch.*, número 20, 1910).

1.º La tuberculina no es, como se creyó al principio, un remedio *alopático*, un remedio bactericida, sino que es la toxina específica del agente morbozo, es un remedio *isopático* que sólo influye sobre la enfermedad por vía indirecta determinando un proceso reactivo.

2.º La acción específica de la tuberculina sólo se manifiesta en el organismo que se encuentra en estado alérgico (1) por una precedente infección. Este estado determina en el sitio de la aplicación, así como en las proximidades del foco tuberculoso, una reacción flogística, provocada por la fusión de la tuberculina con el cuerpo anafiláctico, reacción que va acompañada de fenómenos generales febriles, cuando la cantidad de tuberculina introducida es mayor.

La introducción á pequeñas dosis de tuberculina determina nuevamente la producción de cuerpos de reacción, mientras que las cantidades elevadas dan por resultado una disminución y hasta la desaparición de los referidos cuerpos, como se vé por los resultados negativos de la dermo-reacción. Contemporáneamente tiene lugar un aumento en la producción de anticuerpos que fijan la tuberculina y que conduce á la inmunidad celular frente á la tubérculo-toxina.

3.º Las aplicaciones terapéuticas de la tuberculina pueden ser variadas. El uso de elevadas dosis que provocan reacciones febriles deben

desecharse. En cambio la aplicación de dosis pequeñas al principio, y aumentadas gradualmente, evitando siempre la provocación de reacciones generales, pueden aumentar la flogosis local, acelerar los procesos de inmunización (formación de anticuerpos), é influir favorablemente sobre el curso de la enfermedad (método inmunizante).

Otro método de cura tuberculínica consiste en la introducción de pequeñas cantidades de tuberculina, que no se aumentan durante algún tiempo, y luego se hace por etapas; este método determina una mayor reacción por parte del organismo, dirigida á defenderle contra la infección, por igual mecanismo como se produce la curación espontánea. En este caso es el cuerpo anafiláctico el que debe tomarse en consideración (método anafilactizante).

4.º El primer método, el llamado inmunizante, se emplea con éxito, según resulta de las relaciones de sanatorios, en la tuberculosis pulmonar de los adultos y en los casos avanzados en la segunda infancia. En cambio, el método *anafilactizante* se presta mejor á ser empleado en los numerosos casos de tuberculosis crónica inicial, clínicamente diagnosticables sólo por los fenómenos tóxicos generales (fiebre, inapetencia, anemia, taquicardia, etc.) y por la dermo-reacción positiva. En estos casos, las mínimas dosis tienden á provocar enérgicas reacciones orgánicas. Este el método mejor para la tuberculosis infantil, porque carece de peligros para el organismo delicado del niño, y porque su mecanismo de acción se asemeja al que sigue la Naturaleza en los casos de curación espontánea, nada raros hasta en la infancia más avanzada.

5.º Es indispensable, además, mejorar contemporáneamente el estado de la nutrición, pues el tratamiento tuberculínico sólo se dirige á estimular los procesos de reacción curativos del proceso. Por tanto deben usarse también los antiguos remedios y agentes cósmicos que forman la aero-clino-elio-terapia y la sobrealimentación.

(1) *Allergia* (de *αλλοι εργον*): Otra reacción diferente de la que provoca la primera inyección. Aun después de la desaparición de los anticuerpos el organismo queda modificado y en estado de *allergia*, según expresión de Von Pirquet, es decir, en disposición, con facultades para reproducirlos rápidamente.

Investigación sobre el „606“ en Pediatría.— (*Riv. di Clin. Ped.*, núm. 1, 1911).

Wechselmann.—De 5 heredo-sifilíticos ha curado á dos.

Michaelis.—Un heredo-sifilítico de cinco semanas, con erupción maculo-papulosa generalizada, infiltraciones y escamas en manos y pies, esplenomegalia y reacción de Wassermann positiva, fué inyectado con 0'06 gr. de arseno-benzol. Al cabo de 8 días no quedaban trazas de lesiones sifilíticas, salvo el coriza, que persistía.

Jacobi.—Inyectó el «606» á una mujer sifilítica que parió un niño con lesiones sifilíticas, que ella lactaba. El niño curó, por lo menos aparentemente, y en la leche de la madre no se encontraron trazas de arsénico. El A. cree con Ehrlich que esto es debido á la antitoxina producida en gran cantidad en la madre y que pasa á la leche.

Escherich.—Ha tratado muchos niños heredo-sifilíticos con el «606». De ellos pudo seguir observando á 6, de los que murieron 3; dos atroficos por sífilis grave y uno por enteritis. Las dosis empleadas fueron de 0'005 gr. por kg. de peso que después se aumentaron. El treponema desapareció en 24 horas; el exantema en 3-4 días y las úlceras cicatrizaron rápidamente. Pero nunca obtuvo curaciones definitivas y sí siempre recidivas aun después de una segunda inyección.

En un caso con desprendimiento epifisario, la autopsia descubrió un proceso de aposición de tejido óseo normal. En otros tres casos de niños curaron después de inyectar á la madre, pero el proceso recidivó siempre. En todos los casos curados la reacción Wassermann fué siempre positiva.

Ritter.—No ha obtenido ningún resultado en los lactantes heredo-sifilíticos, inyectando el «606» á las madres que los lactaban. Ambos murieron al poco tiempo.

Treupel.—Cita un caso de queratitis é iritis heredo-sifilítica curado después de una inyección de «606». Diez y ocho días después la R. W. era todavía positiva.

Taege.—Refiere un caso muy interesante. Una joven de 19 años, que presentaba placas mucosas y R. W., parió un niño débil de 1 kg. de peso que pocos días después presentó un pefigo y paraonixis. Al día siguiente la madre

fué inyectada con 0'30 gr. de «606». El recién nacido no fué inyectado, pero fué lactado por su madre. Al cabo de tres días las lesiones de la madre mejoraron; el niño también mejoró y aumentó de peso rápidamente. En la leche de la madre no se encontraron mas que trazas infinitesimales de arsénico, por lo cual debe creerse que la curación del niño no se debe al arsénico, sino á las antitoxinas formadas en la madre después de la destrucción del treponema y que pasaron á la leche.

Duhot.—Cita un caso análogo al anterior. En la leche materna no se encontró arsénico.

La dosis que el A. aconseja inyectar en los niños, es de 0'04 á 0'05 gr. por kg. de peso.

En total, ha curado 60 casos de sífilis con el «606» y está convencido que para curar una sífilis muy reciente ó inicial, es necesaria una dosis más alta de «606», que para curar una sífilis antigua ó hereditaria. Como cree el A., siguiendo á Ehrlich, que la curación se debe á las antitoxinas desarrolladas, en los casos en que existen lesiones antiguas ó extensas, la producción rápida, brusca y en gran cantidad, de esas antitoxinas, provoca síntomas generales febriles, vómitos, malestar general y sudores profusos. No debe, pues, sorprender que este estado repentino de desequilibrio provoque la muerte de algún niño después de la inyección.

La persistencia de la R. W. positiva en la sífilis congénita, después de la inyección de «606», es un fenómeno que todavía no ha sido explicado. El A. ha visto mujeres que han parido niños sanos, y que sin embargo daban una R. W. positiva que persistía después de la inyección de arseno-benzol.

Una excepción á la ley de Colles.—FRÉCHE (*The. British. Journ. of. Children's Diseases*, 1910; *Riv. di Clin. Ped.*, 1911).

El autor cita el caso de una mujer que presentaba en la mama izquierda una úlcera dura, aparecida tres semanas después de iniciar la lactancia. El niño era sifilítico y un mes después del nacimiento presentaba pápulas en la frente y las mejillas, placas mucosas en las comisuras labiales, pápulas erosivas en el abdomen y coriza acentuado. Estas lesiones aparecieron un

mes después del nacimiento. Este caso demuestra claramente que en él no se realizó la ley de Colles.

Formas meníngeas de las infecciones paratíficas B.—SACQUÉPÉE (*Soc. Méd. des Hôp.*, 1910).

En el curso de dos epidemias de infecciones paratifoideas B, acaecidas en 1909 y 1910, ha visto el autor de esta comunicación iniciarse el comienzo de las infecciones, en 15 á 25 por 100 de los casos, por síntomas claramente meníngeos contemporáneamente á síntomas generales muy acentuados. El comienzo era brusco, por fenómenos meníngeos, y después, al cabo de algunos días, el síndrome meníngeo se atenuaba. La curación sobrevino en todos los casos sin complicaciones.

A pesar de la intensidad de dicho síndrome meníngeo, no puede pensarse en una meningitis, porque el líquido céfalo-raquídeo era claro y amicrobiano y sólo contenía linfocitos. En realidad se trataba de infecciones paratíficas, como se demostraba por los resultados positivos obtenidos desde los comienzos por las hemoculturas, pero con síndrome meníngeo provocado por la acción de las toxinas sobre el cortex ó sobre las meninges.

La clínica es impotente por sí sola para aclarar el diagnóstico de estas formas, por lo cual son necesarios los ensayos de hemocultura, practicados desde el principio de la enfermedad.

J. AGUILAR JORDÁN.

OTORINO-LARINGOLOGÍA

Educación de la respiración nasal en los niños

DESPUÉS DE LA ABLACIÓN DE LAS VEGETACIONES ADENOIDEAS.—DR. SIEMS (Vichy).—*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, nez et du pharynx*, núm. 6.

La gimnasia rino-respiratoria debería constituir, según el A., el segundo tiempo de toda adenotomía. La respiración bucal exige, si no un aprendizaje, por lo menos una cierta adaptación; si se trata de niños, con mayor motivo todavía adoptar á una nueva función después de la ade-

notomía á órganos que funcionaban mal ó no funcionaban.

En unos, esta adaptación se hace fácilmente; en otros es muy difícil por haber contraído la costumbre de respirar por la boca. La apnea nasal, por defecto de adaptación, es la incapacidad de respirar por la nariz, á pesar de la permeabilidad de esta última.

Esta revela muchas causas que pueden ser: 1.º Nervosismo: existe en ellos, cuando se les obliga á respirar por la nariz, *cornaje*, por parálisis funcional de los músculos inspiradores, como se observa en los neurópatas, el tórax se encuentra inmovilizado por acción frenotriz de otros músculos, en la tentativa de inspiración nasal; 2.º Deformaciones torácicas: pecho globuloso con esternón prominente, presentando un vacío demasiado fuerte, con relación á la débil presión con que el aire inspirado circula por la nariz; 3.º Relajación de los músculos elevadores de la mandíbula inferior, de donde ausencia de presión negativa, necesaria entre el dorso de la lengua y el paladar (normalmente 2 á 4 milímetros) para la oclusión bucal. En este caso, los niños podrán ejercitarse á respirar por la nariz, por medio de una mentonera elástica, fuertemente aplicada y que lleve dos reparadores nasales. Los ejercicios deben ser vigilados por un médico.

Esto, como se ve, tiene alguna importancia, pues además de reeducar la respiración del niño sujeto á esta clase de contingencias, le hará dócil para reeducar los movimientos que en la pronunciación de ciertas palabras exigen correcta emisión, función ésta de padres y maestros dirigidos por el médico.

Método nuevo para descubrir la simulación de la sordera unilateral.—MARX (*Zeitschrift für Ohrenheil Kunde*, B. d. LIX, núm. 4).

Es interesante el procedimiento que emplea el A. Después de hacer constar que en la actualidad poseemos lo menos veinticinco maneras de poder descubrir el fraude, el A. dice: Los numerosos defectos inherentes á los métodos en uso actualmente, han atraído mi atención sobre un instrumento que nos ha prestado buenos servicios para desenmascarar á los simuladores. Este instrumento es el aparato resonador indicado por Barany. Su empleo para investigar la circu-

lación es muy sencillo. Se pone el aparato en la oreja sana del enfermo y se le preguntan diferentes cosas mientras el aparato está en marcha. Naturalmente que el observador se ha de colocar, fuera del alcance de la vista del enfermo, para que no pueda leer sobre nuestros labios.

J. CAMPOS IGUAL.

MEDICINA LEGAL Y TOXICOLOGÍA

Anafilaxia y análisis forense de la sangre.—

PFEIFFER. *Viertelj. f. ger. Med.* XXXIX. 1910, Septiembre.

El descenso de temperatura es característico del shock anafiláctico. A un conejo de más de 350 grs. se le inyecta 0'01 cc. de la sangre ó suero extraído y á los 14 días se le vuelve á inyectar 0'1-0'5 cc. de una solución de sangre en suero fisiológico con material calentado. Un descenso de más de un grado indica reacción positiva.

Reacción de Meyer.—BALTHARAD Y LAMBERT *Société de Médecine légale de France*, sesión de 14 de Noviembre de 1910.

En la investigación de manchas de sangre, la reacción de Meyer asociada á la de Ohlenhuth basta para caracterizar las manchas de sangre humana ó de animales. Según los autores la reacción de Meyer debe destronar las pruebas del guayaco, de Riegler, de Teichman y espectroscópica. Siempre que sea posible se ensayará el método espectroscópico de Florence.

Causa de error en investigación toxicológica de los mercuriales.—LEÓN GAURNIER (*Journal de Pharmacie et de Chimie*, 1.º Enero 1911).

Recuerda la posibilidad de que pequeñas partes de sublimado, sean arrastradas por el vapor de agua, como ya indicó Fresenius.

Tratamiento de la intoxicación por Hongos.—

ARNOZAU (*Precis des Consultations médicales*).

Intervención precoz: Reposo, dieta, bebidas frescas (pocas), calefacción de las extremidades. 1.º Provocar el vómito metiendo los dedos en la garganta, lavada con tubo de Jaucher, ipecacua-

na (ó 50 gramos en agua tibia cada 50 minutos) hasta provocar el vómito, lavativa purgante del Codeo.—2.º Después de esto ó en intervención tardía: Una cucharada de carbón vegetal ó mejor animal, con agua cada hora durante medio día, bebidas estimulantes (ron, anís), cataplasmas en el vientre si hay cólicos, suero artificial (100 á 150 gramos diarios, una ó dos veces diarias) ante una gran debilidad. Vuelta muy lenta á la alimentación (caldos de legumbres, tisanas de cereales, féculas, leche más tarde).

Toxicología del bismuto.—W. ALEXANDER (*Revista de Farmacología médica*, Enero 1911, página 17).

Como había indicado Levín, pueden observarse accidentes tóxicos por el empleo de las sales de bismuto en radiología. Recomienda la piedra imán pulverizada que forma parte de la diafanita del comercio.

Instrucciones á la Policía judicial.—E. STOKS (*Protocolo médico-forense*, Enero 1911, 3).

De acuerdo con dicho autor, el Sr. Procurador del Rey, Hitteus de Terbec, en circular de 10 de Abril de 1909, dirigida á los señores Burgomaestres, Comisarios de Policía y Comandantes de Gendarmería del distrito de Lieja, le excita á investigar las huellas del lugar del crimen y conservarlas sin alteración. Estas huellas principalmente son: I. De pies. II. De ruedas. III. De paso. IV. De dientes. V. De útiles y fracturas de muebles. VI. Trazas de sangre. VII. Huellas de manos y dedos. Da los medios para conservarlas inalteradas por medio de cajas, etc.

Al tener noticia del crimen deben: 1.º Ir al lugar del suceso y hacer las comprobaciones que se deseen. 2.º Abstenerse de tocar los objetos y enterarse de quiénes los han tocado accidentalmente. 3.º Asegurar la conservación de las huellas, impidiendo sean tocadas y protegiéndolas contra las causas de destrucción. 4.º Prohibir la entrada en cuanto se pueda. 5.º Prevenir á la oficina del Procurador mencionado si han comprobado huellas. 6.º Abstenerse de fumar y echar cerillas y no andar por donde puedan existir huellas.

J. PESET ALEIXANDRE.

VARIA

NECROLOGÍA

El día 7 del actual falleció en Madrid la Sra. D.^a Amalia Jimeno y Rodríguez Jaén de Gutiérrez Gamero, hija de nuestro honorable y querido amigo el Excmo. Sr. Ministro de Instrucción pública.

La resonancia que en toda España, en la misma Corte y muy especialmente en Valencia ha tenido tan triste suceso, dá la medida de las estimabilísimas condiciones de la finada y del inmenso aprecio con que la Nación distingue al eximio hombre público que tanto sufre hoy bajo la pesadumbre de su gran duelo.

Nacida Amalia Jimeno para la vida del hogar y de la familia y para las prácticas del bien y de la caridad privada que constituían el encanto de su existencia, las extraordinarias dotes de su cerebro y de su corazón pasaron desapercibidos para cuantos no tuvieron la dicha y la honra de conocerla y por lo tanto de apreciarla en su intenso valor. Sólo después de muerta, como si roto el cristal del esenciero, sus perfumes hubieran embalsamado el ambiente, así ha llegado á todas partes el conocimiento y la percepción de sus virtudes y de sus talentos.

¿A quién ha de extrañar, pues, que su buen padre, á pesar del tráfico y bullicio, agitaciones y torbellinos, á que obliga y envuelve su encumbrado cargo y la jerarquía de su alta posición social, guardara siempre en el fondo de su alma como joyel precioso, el cariño inmaculado de su hija; y qué de particular tiene que al morir ésta, como pájaro herido en una de sus alas, se agite su espíritu en las torceduras del dolor y en las convulsiones del sufrimiento?

Por esto, el Instituto Médico Valenciano, por nadie aventajado en apreciar la amarguísima pena que embargaba á su antiguo socio de mérito é ilustre mantenedor de sus prestigios, doctor D. Amalio Jimeno, y apenas tuvo conoci-

miento de su gran desgracia, diputó á su digno señor Vice-presidente Dr. Oliete, para que llevara á Madrid en el entierro de la Sra. de Gutiérrez Gamero la representación de esta Sociedad y depositara sobre su tumba un puñado de flores de Valencia para que, al marchitarse, humedecieran aquella tierra bendita, con el hábito de las brisas de este país que tantas veces besaron su frente en la infancia y primavera de su vida.

Descanse en paz la gran dama, la sin par esposa, la incomparable madre, la insustituible hija, y la hermana queridísima; descanse el sueño de los justos la bienhechora de los pobres y la amante de los desheredados...; el vacío que deja entre nosotros lo llenarán los suyos de lágrimas, de votos y de bendiciones perdurables.

Y á su desconsolado padre que le sirvan de lenitivo á su gran pena, la espontánea y afectuosa manifestación de duelo que ha tributado España á su hija, y la sincera manera como esta docta y popular Corporación, ha sabido asimilarse su intensísimo dolor.

Y al resto de su distinguida familia el homenaje más cumplido de nuestro más rendido pésame.

Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona

PROGRAMA DEL CONCURSO PARA LOS PREMIOS
DEL AÑO 1911.

Premios de la Academia.—1.º «Exposición de uno ó varios hechos de observación personal, ó interpretación original de hechos ya conocidos concernientes á la Patología de una ó varias enfermedades de la nutrición».

2.º «Exposición de uno ó varios métodos originales sobre la preparación de medicamentos opoterámicos».

3.º «Exposición de uno ó varios hechos de

observación personal, ó interpretación original de hechos ya conocidos, concerniente á una ó varias enfermedades enzoóticas transmisibles al hombre».

Premio del Dr. Salvá y Campillo, costeado por la Academia.—Escribir la observación de una epidemia ocurrida en algún punto de España.

Premio costeado por el Dr. Rodríguez Méndez.—«Libro de lectura para niños y niñas» de las escuelas de Ateneos obreros é instituciones análogas, en que se desarrollen, habida cuenta de la edad, del tiempo que puedan dedicar á la enseñanza y de su grado de cultura, los siguientes temas subdivididos ordenadamente en capítulos:

—Higiene doméstica é individual en todos sus aspectos.

—Socorros en casos de accidentes.

—Cuidados que han de prestarse á los enfermos.

Este libro debe estar escrito en lenguaje sencillo y agradable, y se estimará como condiciones muy atendibles el empleo de dibujos y la intercalación de anécdotas para facilitar la comprensión. El libro premiado pasará á ser propiedad del Dr. Rodríguez Méndez, quien á su vez la cederá gratuitamente á los mencionados Centros de Cultura en las condiciones y época que crea más convenientes. Para cada uno de esos cinco temas habrá un *premio* y un *accésit*, pudiendo además la Academia adjudicar las *menciones honoríficas* y aumentar el número de premios y accésits que estimare merecidos.

El *premio* consistirá en el Título de Académico correspondiente de esta Corporación y una medalla de oro. Además, si la Academia acordare la impresión de la Memoria á sus expensas, regalará al autor doscientos ejemplares.

El *accésit* consistirá en el Título de Académico correspondiente. Sin embargo, dicho título no se concederá al autor de la Memoria que obtuviere *premio ó accésit*, si no es Doctor ó Licenciado en Medicina y Cirugía, ó en Farmacia, ó Veterinario de primera clase.

La *mención honorífica* consistirá en un diploma especial.

Las Memorias deberán reunir precisamente las siguientes condiciones:

1.^a Estar escritas en letra muy clara.

2.^a Estar redactadas en castellano, catalán, latín, francés ó italiano. La relativa al premio del Dr. Rodríguez Méndez ha de estar en castellano.

3.^a Expresarse el nombre del autor y el punto de su residencia, dentro de un pliego cerrado, en cuyo sobre se pondrá un epígrafe, que ha de haberse escrito también al principio de la Memoria.

4.^a Ser dirigidas á la Secretaría de la Academia (*Baños Nuevos, 9*), en donde se admitirán hasta las doce de la mañana del 30 de Septiembre próximo.

5.^a Finalmente, presentarse las Memorias sin firma ni rúbrica, no debiendo ser copiadas por sus autores respectivos, ni aparecer siquiera con sobrescritos de su letra.

Los pliegos de las que obtuvieren *premio, accésit ó mención honorífica*, serán abiertos, y los de las restantes quemados, en la sesión pública inaugural de 1912, en la que, sabidos los autores de las Memorias que hayan sido premiadas, serán llamados por el Presidente, quien les entregará la medalla si asistieren al acto.

Las Memorias que vinieren después de dicho día 30 Septiembre, no serán admitidas al Concurso. Se invitará públicamente á sus autores á que en el término de un año pasen á recobrarlas en la Secretaría de la Academia, mediante los requisitos establecidos; mas si finido aquel plazo no se hubiesen presentado, los pliegos cerrados correspondientes á dichas Memorias serán quemados en la sesión pública inaugural de 1913.

Los individuos de número de esta Academia no pueden concurrir al presente Certamen, pero sí los correspondientes.

Sólo á los autores de las Memorias que hayan obtenido *premio ó accésit*, dará permiso la Academia para publicarlas.

Barcelona, Enero de 1911.—El Presidente, *Miguel A. Fargas*.—El académico Secretario perpetuo, *Luis Suñé y Molist*.