

regio enfermo se exacerbaban, acompañándose de fiebre que dió lugar al diagnóstico de tercianas dobles malignas. Todos los historiadores relataron los excesos de régimen del Infante, que tan pronto devoraba como permanecía en ayunas, pasando días enteros con agua helada o ciruelas. Andaba desnudo o poco menos por su aposento, cuyo suelo hacía regar, y mandaba le enfriaran la cama con cubos llenos de nieve. A veces arrojaba ésta a puñados en el lecho o se exponía a una ventana donde soplaba un recio viento. Sea como quiera, redobló la fiebre y se acompañó de vómitos y de disentería. La delicada salud del Príncipe no pudo ya resistir tan duras pruebas y falleció poco después, el 24 de julio de 1568, sin que nada se sepa de cierto sobre el modo de ocurrir su muerte.

Tal es, a grandes rasgos, la historia clínica de aquel anormal ilustre, que destinado a ceñir un día la corona de España, terminó en una celda de reclusión siquiera fuese ésta en un palacio. Si no podemos proporcionar más que un modesto bosquejo de tan célebre caso no es por cierto culpa nuestra, sino de la falta de datos médicos. No podemos, además, olvidar que lo atrasado de conocimientos de la época hacía bien liviana la labor de los médicos que asistieron al Infante. De todos modos, bien cabe sacar en conclusión que indiscutiblemente se trataba de un ejemplar de degeneración mental en la ya castigada familia de los Austrias. Esto permite que la ciencia médica contemporánea absuelva por completo la memoria de Felipe II de la tremenda acusación de crimen de Estado con que hartó tiempo se le ha perseguido. La posteridad, que no ha sancionado la política del monarca en sus Estados, ha de reeconocer en cambio que dentro de su familia y en el asunto del Príncipe heredero no podía aquél hacer sino lo que hizo, obligado por la más triste de las necesidades. La infausta suerte de don Carlos fué que como desequilibrado le sucedió lo que a otros como genios adelantóse a su época. Hoy se corregirían en una institución médico-pedagógica casos como el suyo y no habría leyenda alguna que hermoseara y desfigurase lo que en el fondo es la más cruel de las deformidades y aberraciones humanas: la del espíritu.

Sesión del 26 Octubre

PRESIDENCIA DEL DOCTOR CARULLA

DOCTOR BARTRINA.—Declara, que dada la índole de los estudios a que se dedica, es quizá el menos indicado para intervenir en la cuestión puesta hoy a la orden del día, pero desea tomar la palabra para sentar reglas generales que formen un plan de discusión y que expresen ciertos principios en los que, en sus líneas generales, todos puedan estar conformes; cosa indispensable en este momento, cuando una gran ambigüedad y las más desacordes opiniones se traslucen en la conversación médica diaria y en las comunicaciones a los periódicos científicos y a los no profesionales. A este objeto presenta a la consideración de los señores Académicos las siete proposiciones siguientes:

1.º Existe actualmente una enfermedad infecciosa que ha tomado forma epidémica, que por su comienzo, su evolución, sus complicaciones, y especialmente por su contagiosidad y enorme poder de difusión, hasta el punto que en poco tiempo se ha paseado casi por todo el mundo (cosa no realizable en tan alta escala por las demás enfermedades infecciosas) y que es exactamente la misma que con el nombre de influenza o de gripe se padeció el año 1889.

2.º Hace ya tiempo parece estar demostrado que el bacilo de Pfeiffer no es específico de la gripe. Se creyó esto en la citada epidemia de 1889 porque se encontró con harta frecuencia en los atacados, pero en las epidemias y casos esporádicos posteriores se ha hallado raras veces; en cambio unas veces se ha encontrado el micrococcus catarrhalis, o el neumococo (como actualmente) o el estreptococo, el paratífus, etc. Nuestro inolvidable maestro el doctor Robert parecía adelantarse a su época, cuando al observar el polimorfismo clínico de la gripe lo interpretaba por el papel que desempeñaban seguramente las simbiosis bacterianas, y textualmente decía: «En esta infección, como sin duda en otras muchas, el hibridismo y la asociación microbiana representan un papel considerable; siempre en los problemas patogénicos estarán a la orden del día.»

3.º Según las más recientes investigaciones, la noxa flogógena o microorganismo productor de

la gripe es ultra-microscópica. Las secreciones bronquial, nasal y lacrimal del enfermo de influenza filtradas a través del Chamberlain inoculan la gripe al hombre y al mono: conforme todo el mundo sabe, no existe microbio alguno visible que atraviese el filtro de porcelana.

4.º El ultra-microorganismo productor de la gripe hace salir otros microbios. En la epidemia de 1889 al 90 salió el bacilo de Pfeiffer, actualmente sale de preferencia el neumococo, en la gripe de forma abdominal sale el coli ó el b. paratífico. Esto mismo pasa en otras infecciones; así el cólera del cerdo es producido también por un microbio ultra-microscópico, pero va acompañado con tal constancia del b. paratífico, que al encontrarse éste se da por seguro el diagnóstico. A propósito del paratífus debo relatar el hecho siguiente: este pasado verano hubo una epidemia en Camprodón que atacó un buen número de individuos de la colonia veraniega. Las investigaciones sero-diagnósticas demostraron que era el b. paratífico el responsable de la enfermedad. Lo que después hemos visto, como el comienzo brusco, a 39 y 40°, burlando la ley de Wunderlich, como asimismo la sintomatología y sobre todo el curso (terminación de unos casos en 10 y 13 días por franca curación), nos permiten afirmar ahora se trataba de una gripe de forma abdominal.

5.º Conforme parece deducirse de las más recientes investigaciones, la gripe no es una toxemia en el sentido corriente de la palabra, porque así como las secreciones de las mucosas del aparato respiratorio de un individuo gripado, inoculadas al hombre, y en la conjuntiva de un mono por ejemplo, les contagian la gripe, las inoculaciones con sangre no han dado nunca hasta ahora resultado positivo. La gripe sería pues más bien que una toxemia una toxinemia y en este concepto se parecería a la gangrena gaseosa y al tétanos. Es singular que en esta última infección, como en la gripe, representen tan importante papel las infecciones secundarias. Con efecto, todos recordaréis el hecho siguiente: si se inocula un animal de experimentación con productos tetanígenos, pero que se han sometido antes a temperaturas de 60-80° que destruyen las bacterias ordinarias de la supuración pero no el bacilo del tétanos, la infección tetánica no tiene lugar. La contraprueba es aún más demostrativa: si al mismo animal se le prestan entonces artificialmente las bacterias ordinarias de la supuración, el tétanos no tarda en presentarse. Es necesaria pues, la presencia de otros microbios, que distraigan las defensas orgánicas para que la invasión del tétanos tenga lugar. A la acción de la asociación microbiana puede sumarse naturalmente la de otros agentes. A los soldados de una expedición militar francesa a Madagascar se les dieron inyecciones de quinina para preservarles del paludismo. Al poco tiempo el tétanos diezmaba sus filas. Se culpó la defectuosa esterilización de los inyectables, y las pruebas de laboratorio demostraron que dicha esterilización era perfecta. Se acusó entonces la defectuosa técnica, la desinfección imperfecta del material de inyección, y se vió también que no eran responsables. Después de mucho investigar y no poco meditar se vino en conocimiento de que la mayoría de individuos de tropa se hallaban inoculados por andar con mal calzado por tierras tetanígenas, a pesar de lo cual se defendían del tétanos; pero al recibir una inyección de quinina, que enfrenaba a buen seguro la leucocitosis, que debilitaba las defensas orgánicas, el tétanos hacía su aparición.

Podrá ser muy aventurado, pero no es antilógico pensar que la acción deprimente de la quinina en aquella epidemia de tétanos la han ejercido en la epidemia actual de gripe, las fatigas, las privaciones, la depresión moral, la alimentación deficiente de las poblaciones de los países beligerantes, de suerte que nosotros que tal vez trasladamos a los demás países de Europa la gripe de forma benigna que padecimos la primavera pasada, ahora éstos, en virtud de las expresadas circunstancias, nos la han devuelto de forma grave.

No puedo terminar este capítulo sin hacer notar que este carácter preferentemente toxinémico que parece tener la gripe, se presta a serias reflexiones, toda vez que la mayoría de las enfermedades infecciosas son, conforme sabemos hoy, verdaderas toxi-bacteriemias, debido a lo cual se ha generalizado la práctica de las hemoculturas para su diagnóstico.

6.º No existe tratamiento específico de la gripe, pero sí existe un tratamiento sintomático de la misma y hasta un tratamiento de sus complicaciones, que en ciertos casos puede llegar a ser específico. Por consiguiente, en ciertas circunstancias puede ser racional emplearlo incluso de una manera profiláctica. En cambio, entendemos deben proscribirse las medicaciones intempestivas y condenarse ciertas propagandas de remedios casi infalibles que sin duda porque no habían de encontrar acogida en las revistas científicas, han necesitado el mal entendido amparo de los periódicos no profesionales.

Debemos añadir además que es racional pensar que puede contagiarse la gripe y las complicaciones infecciosas de la gripe, pues en general todo microbio al pasar por una serie de sujetos aptos para su proliferación y desarrollo, aumenta su virulencia y por lo tanto, muy probablemente, las facilidades de contagio. Tal vez, por haber sucedido algo de esto en la actual epidemia, algunos clínicos, cuya opinión es muy respetable, las han emitido contrarias a la tónica general. Se comprende que en parecidos casos el tratamiento debe establecerse prescindiendo de la gripe.

7.º En cuanto a profilaxis, dejo la labor para otros compañeros de Academia que, por su cargo

y por sus conocimientos sobre la materia, tendrán que ocuparse seguramente de este asunto. Yo sólo diré que me parece muy difícil el poder desplegar una acción sanitaria de eficaces resultados, pero no obstante entiendo debemos dar ciertas reglas al público para que no se entregue a prácticas que además de ser inútiles pueden ser perjudiciales y sobre todo como medio de educación y de higiene social.

DOCTOR RIBAS Y PERDIGÓ.—Creo que esta dolencia no es otra que la denominada *grippe* o *influenza* por nuestros clásicos. Opino así, no sólo por su determinismo sindrómico caracterizado por el de una infección febril con localizaciones preferentes en el aparato respiratorio en la gran mayoría de los casos, sino por su rápida difusión a numerosas naciones y a distintos continentes. Ni la peste levantina, ni el cólera, ni ninguna otra enfermedad epidémica, afecta en sus excursiones una expansión pandémica tan extensa y tan rápida.

Dedicado exclusivamente a la práctica clínica, yo no podría, aunque quisiera, emitir opinión acerca de cuál sea el microorganismo causante de la gripe. Sólo sé que la ciencia no ha dicho todavía su última palabra sobre este asunto. Será o no será el bacilo de Pfeiffer el agente productor de la misma, pero sí puedo decir que el aspecto de los distintos enfermos y los caracteres de las complicaciones que se presentan inducen a sospechar la existencia de simbiosis microbianas variadas.

La característica clínica peculiar de la epidemia actual es la tendencia a complicarse con lesiones congestivas, atelectásicas e inflamatorias del pulmón. Han podido observarse un gran número de bronconeumonías graves, de las que muchas han terminado por la muerte del enfermo. Es de notar, como hecho curioso de la presente enfermedad, que en las bronconeumonías que se ven estos días, no siempre ni mucho menos, observamos los fenómenos estetoscópicos que de ordinario nos dan a conocer la hepatización del parenquima pulmonar, tan claros y demostrativos en la neumonía fibrinosa neumocócica, sino que, por el contrario, el síndrome local se limita a la ausencia del murmullo respiratorio, sin ostensibles modificaciones de la voz transmitida, tal vez solamente algo debilitada, junto con algunos estertores subcrepitantes, que pueden faltar del todo. A estos síntomas acompaña una obscuridad pleximétrica más o menos extensa y acentuada, que ocupa por lo común las partes bajas y posteriores de uno de los dos pulmones, presentando el conjunto cierta semejanza con la hipóstasis pulmonar ordinaria.

La mortalidad de la presente epidemia gripal no es mucha, pero, desgraciadamente, su mortandad es notoria.

Tratándose de una especie nosológica como la gripe, que por su extraordinaria profusión acecha al individuo por todos lados, creo que puede hablarse muy poco de profilaxis. Concedo muy escaso valor preventivo a los lavados nasales y a los enjuagues, y conceptúo muy poco práctico el uso de caretas y velos especiales para cerrar el paso al agente infectante por la boca y nariz.

Parece natural pensar que podría aminorar algo la posibilidad del contagio el aislamiento de los individuos sanos, pero en el terreno de la práctica resulta muy problemática la eficacia de tal medida, pues sobre ser muy difícil su práctica rigurosa, tratándose de una enfermedad dotada de un tan grande poder de difusión se ha podido ver repetidísimas veces como la epidemia, en determinadas poblaciones, ataca las casas de campo aisladas, cebándose en ellas tanto o más que en los núcleos de población.

Por lo que respecta a la terapéutica de la gripe, entiendo que debemos ser muy parcos tocante a medicaciones energéticas. Desconociendo, como desconocemos, el agente esencialmente productor de la dolencia, dicho se está que carecemos de tratamiento específico, y, por lo tanto, opino que el clínico que de tal se precie debe rechazar con energía todas las medicaciones fundadas en bases apriorísticas imaginativas, y de un modo especial las que por sus componentes pueden resultar agresivas a la economía, pues es del todo contrario al buen sentido dar al enfermo substancias que, sobre no tener nada que ver científicamente con la causa específica del mal, vengan a lesionar el organismo, restándole medios de defensa en el preciso momento en que se dispone a reaccionar y a utilizar todos sus recursos y resistencias para defenderse y librarse de la infección que le hiere.

Por lo tanto, opino que en el estado actual de la ciencia lo mejor ha de ser, en los más de los casos, el establecimiento de un prudente tratamiento expectante. Desde luego tengo para mí que es garantía de buen éxito el que los individuos que se encuentren atacados del mal, por leve que sea su estado, se acojan en seguida al reposo y calor de la cama. Tengo la presunción, sin poderla apoyar en estadísticas, como es natural, que las personas que por sus ocupaciones, pobreza, despreocupación o lo que sea, soportan, infectados y febriles, la vida ordinaria durante más o menos tiempo antes de atender a su buen cuidado, son las que pagan mayor tributo a las complicaciones de la enfermedad, y en particular a la bronconeumonía, transformándose su dolencia, de sencilla que era, en grave y tal vez mortal, pues no todos los enfermos, quizá, soportan impunemente los enfriamientos y substrac-

ciones de resistencia que supone tal descuido, que posiblemente es capaz de favorecer la exaltación de la virulencia de microorganismos comensales.

Aparte de esto, el tratamiento de los casos sencillos de gripe, que son de mucho el mayor número, ha de ser simplemente el propio de todo estado infectivo, procurando el empleo adecuado de los medios dietéticos usuales, el uso de una alimentación que se adapte al estado del aparato digestivo, por lo general las féculas blancas muy cocidas, etc., etc.

Cuando se presente alguna complicación, deberá procederse de un modo sintomático, según cuáles sean su localización, caracteres y naturaleza, ora sosteniendo el corazón, ora procurando fluidificar los exudados pulmonares, ora tratando las alteraciones renales, ora combatiendo la toxemia, etc., etc., a tenor de las reglas clásicas de la ciencia médica contemporánea.

DR. A. ESQUERDO.—Se felicita de haber provocado estas reuniones, porque, dice, el objeto primordial de la Academia fué el estudio de enfermedades reinantes y epidemias para informar a la ciudad, darle consejos y reglas de higiene, y definir las enfermedades que se observaban. A este objeto se reunieron unos cuantos médicos para cambiar impresiones hasta que, por el afán de hacerlo, de estas reuniones nació la Academia.

Pues bien, parece que en estos días aciagos la Academia no debería renunciar a su objetivo, ni consentir que, mientras esté callada, de todas partes se den informaciones, se dicten medidas y se pretendan dar definiciones, llegando a una especie de anarquía científica en que cada cual discute la enfermedad y preconiza medios para curarla.

Dice que no es la persona más competente, porque apenas visita casos de medicina, y aunque haya visto alguno de la enfermedad reinante, son pocos para tener criterio sobre la naturaleza y consecuencias de la enfermedad. Aunque ha procurado enterarse por lo publicado, particularmente en la prensa francesa, ha visto que desde junio ha habido abundantes casos en Francia, que todos los médicos que han tratado casos están conformes en que son de gripe y le extraña que aquí todavía divaguemos sobre la verdadera naturaleza de la enfermedad. Le llaman la atención las medidas de protección preconizadas, porque dada la manera como se propaga la enfermedad, es dudoso que puedan tener eficacia, aun llevándolas al extremo. Cita lo ocurrido en su Sala del Hospital de la Santa Cruz, en la que cuando comenzó a hablarse de gripe ya se presentó un caso con bronconeumonía a doble y después se han presentado otros aunque no tan graves. Dice que habiéndose prohibido la entrada del público en el Hospital para que no contagiaran a los enfermos, han ingresado a la visita dos enfermas parteras con bronconeumonías tan graves, que una falleció a las doce horas de ingreso y otra a los tres días. Después se han presentado otros casos en la Sala, pero ninguno grave.

Invita a los médicos internistas a que ilustren a la Academia sobre este asunto, doliéndose de que, los que más visitan y más datos e ilustración podían aportar, sean los que menos parte toman en las discusiones.

TURRÓ.—Felicito al doctor Bartrina por el acierto con que ha planteado el tema de la gripe que la Academia ha sometido a debate. De entre los variados puntos que ha tocado magistralmente sólo me creo autorizado para emitir mi opinión respecto al etiológico. Yo nunca he creído como cosa demostrada que el germen de Pfeiffer fuera el agente de la gripe y esta opinión no es de ahora, sino de muchos años. En la cátedra de Técnica Bacteriológica que el Ayuntamiento tiene establecida en el Laboratorio Municipal, a mis alumnos les vengo repitiendo, cursillo tras cursillo, y ya van muchos años de eso, que el bacilo descrito en 1890 como específico de la gripe no puede considerarse como tal de una manera concluyente por varias razones: 1.º, porque su inoculación no determina el síndrome gripal sino fiebre más o menos intensa por la vía subcutánea y la muerte por la vía raquidiana cuando es virulento; 2.º, porque su presencia no es constante en los casos francos de gripe; 3.º, porque suele presentarse como un comensal de las vías respiratorias en casos de neumonía típica en las cavernas pulmonares y hasta en condiciones normales. En la epidemia actual, del examen de un buen número de esputos llevado a cabo en el Laboratorio de mi dirección por el malogrado doctor Dalmau (que a la postre resultó víctima de la pestilencia), se desprende que son los menos los casos en que puede comprobarse su presencia. Según mis noticias, el doctor Falcó, del Instituto Cajal, lo ha encontrado en el 33 % de los casos examinados. Vese, pues, la irregularidad con que se presenta el bacilo en los casos confirmados clínicamente; mas aunque la presencia fuere constante tampoco podríamos de ello inferir, a menos de presentarse en condiciones excepcionales tal como se presenta el espirilo de la fiebre recurrente, el espiroquete en la sífilis, etc., su especificidad. Hay que andarse en esto con pies de plomo; Recordemos lo que ha pasado con el *Bacterium Coli Commune*. Por su presencia en un gran número de procesos infectivos se le consideraba como agente de los mismos y sin embargo una experimentación más avisada ha venido a demostrar, cada día con mayor evidencia, que esa intervención es más iluso-

ria que efectiva, viniendo a quedar por donde empezó al ser descubierto por Escherich: como un comensal habitual del organismo.

Aducía con buen acierto el doctor Bartrina que de comprobarse los trabajos del laboratorio de Túnez, leídos por Roux a la Academia de Medicina de París, el agente de la gripe sería un virus filtrable. El descubrimiento hay que tomarlo muy en serio por ofrecer las mayores garantías; mas interin se comprueba y se estudia la biología del nuevo germen ultramicroscópico y los resultados de su experimentación en los animales superiores en los que el contagio prende, debemos renunciar al auxilio de la Bacteriología en el estudio de la gripe, pues hoy por hoy escasa o ninguna luz nos aporta. Nos queda sólo la clínica con su campo natural de observación y a ella hay que apelar. Ella nos enseña que la gripe es por lo general una enfermedad benigna cuando es pura, que se presenta ahora con análogos caracteres con que se ha presentado en otras epidemias, que las enseñanzas de ellas sacadas son igualmente aplicables ahora. Ahora como antes, carecemos de una medicación específica para combatirla; hay que confiar únicamente en las defensas naturales. De ahí la necesidad de no cohibir o atenuar estas defensas con intervenciones intempestivas y perturbadoras. Vosotros sabéis de esto mucho más que yo y por esto dejaré a los idóneos que traten este asunto. Pasaré, pues, a hablar de lo que cae dentro la esfera de mi competencia, si es que en algo la tenga: de las asociaciones microbianas en la gripe.

Una asociación que hasta ahora no hemos visto señalada a pesar de su frecuencia, es la de un espirilo muy largo y flexuoso, que suele presentarse en los esputos por claros que sean. A primera vista parece ser el *vibrio serpens*, comensal habitual de la boca; pero por su longitud y su tinción creemos que es distinto. Más bien semeja al que acompaña el bacilo que se presenta en la angina necrótica de Vincent. Me limito a hacer constar el hecho sin tratar de adelantar ninguna idea sobre la influencia que pueda tener en el curso del proceso.

Permitidme dos palabras respecto al curso y la extinción de la epidemia en Barcelona, después de la exposición de esas notas algo incoherentes y vagas. La gripe cuando ataca a una población en su totalidad no suele durar más allá de tres semanas; en nuestra ciudad durará algo más por haber invadido los distritos de una manera sucesiva. Actualmente tiende a confinarse en el Distrito de Atarazanas. Para fines de mes, esto es, dentro cinco días, el descenso en el número de invasiones, que ya se ha iniciado, se acentuará ostensiblemente; para mediados de noviembre se habrá extinguido ya quedando sólo de ella un doloroso recuerdo.

El desarrollo de la gripe parece que exige, como condición térmica abonada, la temperatura propia de la estación otoñal o la de la primavera. Es esto una enseñanza empírica que puede inducirse de la historia de la actual epidemia. Vino al acabar la primavera; se desarrolló con su poder difusivo característico, generalmente sin complicaciones graves; mas no arraigó entonces en España como si el calor del verano que avanzaba fuese para la epidemia una mala condición. En cambio al saltar a Suecia y a Suiza (y no hablo de lo que ocurrió en los países en guerra porque los datos faltan), produjo allí los desastres que ha determinado en España durante la presente estación otoñal por hallarse aquellos países en verano en análogas condiciones térmicas en que nos hallamos nosotros ahora. A la inversa de lo que ocurre con las epidemias coléricas (que no son temibles cuando se presentan de cara al invierno y lo son mucho cuando apuntan durante la primavera), la gripe, al parecer, es favorecida por las temperaturas inferiores a 16°.

Terminaré, para no abusar más de vuestra atención, añadiendo que la comunicación de Roux respecto a la naturaleza del germen gripal, a pesar de no haberse todavía comprobado universalmente por lo reciente del descubrimiento, se nos ofrece con todos los caracteres propios de una conquista científica seria. Tengo para mí que a medida que vayamos conociendo mejor la biología de ese virus filtrable, mejor nos iremos penetrando de que los clínicos padecen una confusión al englobar bajo la denominación común de infección gripal estados morbosos muy distintos etiológicamente aunque semejantes por el síndrome. La gripe es una infección específica y su germen es exótico probablemente. El modo como se presentan estas epidemias, el curso que siguen, su modo de extinguirse y la manera como reaparecen transcurridos algunos años, inclinan a creerlo así.

Como en el Laboratorio los médicos no mandaban más que esputos de enfermos graves o con complicaciones, en casi todos se ha confirmado la presencia del pneumococo. A veces hasta se encuentra en la saliva, bien completamente decapsulado, bien envuelto en ligerísima aureola. Es corriente atribuir a la exaltación de la virulencia de este germen las complicaciones de inflamación o congestión pulmonar. Esto, que parece fuera de discusión por lo claro y lógico, puede ser cierto y puede dejar de serlo. Indudablemente la aspiración de ese germen virulento del medio basta a determinar el contagio en los gripales; pero también basta la depresión que la infección gripal puede determinar en las defensas orgánicas para que el germen, dotado de escasa virulencia, desarrolle efectos patógenos. No olvidemos que la infección es siempre función de dos factores: basta que uno de los dos factores, las defensas,

se depriman, para que el otro, el germen, se implante; basta a la vez también que la virulencia del germen aumente para que infecte, subsistiendo las mismas las defensas. Así se explica que los pneumococos que llevamos habitualmente en nuestros bronquios y hasta en la boca, sean para nosotros comensales inofensivos; pero si de improviso un traumatismo, un enfriamiento o cualquier otra causa deprimiente, rebaja la tensión orgánica, la neumonía estalla no porque el frío o el traumatismo haya exaltado súbitamente la virulencia del germen sino porque en esas nuevas condiciones orgánicas con menor virulencia ya resulta altamente patógeno. La demostración palmaria de que es así es que inoculado el comensal al conejo, animal reactivo del germen, no determina la septicemia pneumocócica que determina en el curso de la enfermedad. No tomemos, pues, como artículo de fe el hecho de que la simbiosis del germen de la gripe con el de la pulmonía exalta su virulencia. Es posible que así sea; pero el hecho no está probado experimentalmente. Lo que sí enseña la clínica por manera terminante es que la infección gripal es causa abonada para el estallido de la bronconeumonía. Lo demás está todavía por resolver en el terreno de la experimentación.

Recordaré en este punto la complacencia con que la Academia oyó al doctor Bartrina cuando, apuntando el tema, nos refería el caso de los soldados franceses que contraían el tétanos al someterles al tratamiento de la quinina, tomando de esto pie para hacer atinadísimas consideraciones respecto al tratamiento de la gripe. En este punto el experimentador y el clínico, que al principio estaban en pugna abierta, han llegado a conciliarse. Si hay algo indiscutible en nuestros tiempos es que un mismo germen produce unos u otros efectos patógenos según sea el estado del organismo. Recordad los experimentos de Roux sobre el carbunco sintomático, los clásicos experimentos de Grawitz sobre la tuberculosis, para no hablar más que de los más salientes. El estado de receptividad del organismo es un factor de capitalísima importancia para explicarse, si no la acción genética de la infección, como lo creyeron los clínicos antes del triunfo de la doctrina panspermista, las modalidades y aun las complicaciones de la infección misma. Hay que reconocer, pues, que un quebrantamiento moral o un enfriamiento, por sí mismos no determinarán, por ejemplo, nunca unas anginas; pero estos estados de depresión orgánica constituyen condiciones abonadísimas para que el contagio prnda cuando el germen no falta. En la gripe, como decía el doctor Bartrina con un gran sentido de la realidad, hay que tenerlo muy en cuenta. Una medicación prudente y comedida, sabiamente expectante, se impone; los remedios intempestivos son ocasionados a verdaderos desastres precisamente por rebajar unas defensas que ya de por sí rebaja el estallido de la gripe por colocar a millares de individuos en estado de inminencia morbosa. Hay que confiar más en la higiene individual para combatirla, que en la farmacología.

La simbiosis pneumocócica no agrava la enfermedad tan extraordinariamente como la estreptocócica. Generalmente, por lo que ha podido observarse en mi Laboratorio, la infección estreptocócica suele ser posterior a la pneumocócica y acaba por dominarla y transformarse en septicémica. En el caso, verdaderamente trágico, de nuestro llorado compañero doctor Dalmau, pudimos comprobar en el examen del primer esputo, sumamente aireado y poco mucoso, la presencia abundantísima del espirilo de que hice mención anteriormente, con más la del diplococo Frenkel sin cápsula tal como se presenta en los cultivos fuertemente glucosados. Como el mal arreciaba, a partir del segundo día presentáronse estreptococos de gruesos granos que invadieron el campo del microscopio al final, en tal forma que la preparación parecía un cultivo puro hecho en caldo según eran de largas las cadenas. Estos últimos esputos enviados por la mañana eran precursores de un desenlace funesto y rápido; la muerte acaeció al anochecer del mismo día. La intensa albuminuria que acusaba el enfermo clara muestra de que la septicemia estreptocócica había hecho presa en su organismo.

DR. VALLEJO.—Mi impresión personal es que se trata de gripe a juzgar por los datos de anteriores epidemias. Lo que ocurre es que hoy día la característica es de gravedad cuando antes se trataban ligeramente los casos. Es el público quien nos ha transmitido el pánico. No puede decirse por lo demás, como antaño, que solamente fallezcan los achacosos. Recordemos ahora que la gripe presenta algunas particularidades. Así me ha llamado la atención que cuando en una familia ocurre un caso grave se repita luego en los demás. El contagio se efectúa por el aire pero a corta distancia. Así en un convento cercano a una institución infectada no se ha registrado un solo caso. Además, hay casos desgraciados y que en la autopsia no presentan lesiones de bronconeumonía. ¿Será el hecho debido puramente a la gripe o bien a simbiosis microbianas? No se sabe todavía. Por mi parte, me inclino a explicar la gravedad por el hecho de aquellas simbiosis.