

Sesión del 9 noviembre

PRESIDENCIA DE LOS DOCTORES CARULLA Y M. VARGAS

DOCTOR. MENACHO.—En esta epidemia de gripe, como en las precedentes, durante el período agudo no se presentan manifestaciones oculares que reclamen asistencia especial. Por esta razón no puedo aportar datos apreciables para contribuir al estudio de la epidemia que aun reina en nuestra ciudad, pues a pesar de que llevamos más de un mes sufriendola, sólo hace 5 días que se presentó en mi Consulta el primer caso, que ha ido seguido bien pronto de otros dos.

El primero de ellos es de *herpes de la córnea* en una joven de 22 años, vecina de Arenys de Munt, que enfermó de la gripe de forma pulmonar grave hace 25 días y empezó a sufrir del ojo al iniciarse la convalecencia.

El segundo se refiere a una mujer de 57 años, vecina de Gelida, que enfermó de la gripe de forma catarral, benigna, el 5 de octubre y al tercer día de guardar cama le sobrevino *dacriocistitis*, que aun no había desaparecido por completo al cabo de un mes, siendo de notar que sufría ligero lagrimeo. hace 7 años.

El tercero es el de un joyero de edad 27 años, que enfermó hace un mes y desde entonces se le fatiga desmesuradamente la vista durante el trabajo; por consiguiente, *astenopia*.

Tengo que advertir que hace dos meses, hallándome veraneando, acudió a mi Dispensario un individuo de 42 años que sufrió la gripe, según refirió, a principios de julio, y durante la enfermedad le sobrevino diplopia, que se comprobó era debida a *parálisis parcial del tercer par derecho*; pero dicho caso, así como otro que asisto actualmente que tuvo un fuerte ataque gripal con intensa fiebre y cefalalgias a principios de junio y que el 27 de julio se apercibió de amaurosis del ojo derecho (debida a *papilitis por éxtasis*), no los menciono aquí como gripales, por considerar que la etiología no es incontestable.

Estoy convencido, por lo que he visto en las epidemias anteriores, que se observarán otras clases de complicaciones oculares que considero más propias de la gripe, como son: la neuritis óptica y el glaucoma, cuya patogenia se explica como la de otras neuritis periféricas de la misma naturaleza, que pueden determinar trastornos tróficos, sensitivos, sensoriales o motores ya señalados por Teissier, debidos probablemente a la impregnación por las toxinas microbianas, según Berger y otros. Y debo decir que he mencionado adrede el glaucoma tratándose de neuritis, porque creo que el lazo patológico del glaucoma con la gripe es la neuritis óptica, como también se observa alguna vez en algún otro caso de glaucoma (1).

Para terminar, os diré, que hallándome el 30 de agosto último de excursión por los montes de Prades, en la provincia de Tarragona, pude ver en una casa aislada en una cumbre solitaria a 1,100 metros de altitud, dos niñas de 10 y 12 años convalecientes de la gripe, y hablando con aquella familia, supe que en el pueblo más inmediato, llamado Farena, que tendrá unos cuatrocientos habitantes, había más de la mitad enfermos de la misma dolencia. Esto llamó mi atención, por cuanto el 20 del mismo mes visité la villa de Prades que celebró su fiesta mayor pocos días después, y a las 48 horas de ella enfermaron de gripe 70 vecinos y más tarde la mayoría de los demás, atribuyéndose el contagio a unos tratantes de ganado que allí fueron, procedentes de Verdú. Este dato viene a corroborar los que han referido algunos compañeros en las sesiones precedentes sobre la circunstancia observada en las provincias de Gerona y Alicante, en las que la invasión gripal seguía inmediatamente a las fiestas de los pueblos, porque la reunión de gentes de distintas procedencias, algunas de ellas de poblaciones invadidas, eran el vehículo que transportaba la infección; y también demuestra que la gripe hizo su aparición en Cataluña cerca de tres meses antes de aparecer en Barcelona con la virulencia extraordinaria que todos conocemos.

(1) «La papilitis óptica como lesión inicial del glaucoma». Archivos de Off. Hispano-Americanas, enero de 1910.

DOCTOR MORALES.—Manifiesta que ha padecido tres veces la gripe. La primera fué de forma muy benigna, estudiando el tercer año de Medicina en Granada. A pesar de la benignidad tuvo varias lipotimias, cuyos síntomas eran frecuentes, como pudo informarse por algunos compañeros que fueron atacados. La epidemia se le denominaba, popularmente, *El caballero de Rodas*, cierto general que se distinguió en una campaña represiva, con motivo de unas sublevaciones en Andalucía.

Como médico y siendo ya catedrático asistió a la epidemia que sufrió Barcelona a fines de 1889 y principios del año siguiente. Entonces no contrajo la enfermedad a pesar del mucho contacto con enfermos. En aquella epidemia predominaron las neuralgias tóxicas y hubo un gran abuso de la antipirina. Como la epidemia se había extendido por Francia, con el predominio de las neuralgias y el abuso medicamentoso ya mencionado, Dujardin-Beaumetz, el gran clínico-terapeuta, protestó de dicho abuso, pues la antipirina fué causa de muchas complicaciones por su acción renal, impidiendo la salida de sustancias tóxicas.

Al final de 1889, se discutió en la Real Academia la epidemia gripal; y decía Robert, fundándose en datos que había adquirido, que en una sola noche fueron atacadas en Barcelona unas 40,000 personas, por lo que creía que aparte del contagio directo, había que contar con una disposición atmosférica, a la manera como se creía por los antiguos con la *Constitución médica reinante*. Al principio de la epidemia no se tomaban grandes precauciones, pero después, quizás por esta causa vinieron terribles complicaciones que causaron numerosas víctimas y un pánico horroroso, pues apenas se veía por la noche transeunte alguno. Contó una noche, a las 9, viniendo de hacer una visita desde la plaza de Cataluña hasta la calle de Escudillers Blancs, donde vivía en aquel entonces, unas 8 personas.

La mortalidad pasó en algunos días de 200, pero hay que contar que la población de Barcelona tenía un censo casi de la mitad. Decía Robert, comparando el principio y fin de la epidemia: *lo que empezó con risas acabó con lágrimas*. La liquidación de aquella epidemia fué terrible, pues quedaron muchos tuberculosos y cardíacos, que compensados hasta entonces, la gripe fué un reactivo para que se rompieran las compensaciones y vinieran asistencias mortales.

La segunda vez que el disertante tuvo la gripe, estuvo gravísimo, en el año 1905. Había entonces casos aislados, pues esta enfermedad no desaparece por completo. Tuvo una bronconeumonía de la peor especie, que fué invadiendo en etapas sucesivas los diferentes lóbulos pulmonares, con grandes pirexias, delirios y unos focos pleuríticos con derrames, que se reabsorbieron con vejigatorios volantes. La convalecencia fué larga, penosa y con algunas recaídas.

La última vez que padeció la gripe fué a mediados de mayo último. Esta fué relativamente benigna. La duración fué de una semana y la temperatura febril mayor llegó a 39°.

Durante la actual epidemia ha visto varios casos en consulta: tres de terminación mortal por enorme congestión pulmonar, profunda adinamia y fenómenos atáxicos predominantes en el cerebro, con vómitos, contracturas e hipertermia de 42°.

Cree, como el gran microbiólogo Turró, que hay una *simbiosis* de microbios asociados, cuya resultante tóxica es sumamente compleja; y como Turró, afirma que el médico ha de tener un criterio clínico, sin prejuicios de ninguna clase.

Respecto a Terapéutica, cree que debe ser oportunista, pero que la base debe ser el clorhidrosulfato de cal, pues según la teoría de Brinz, obra dicho medicamento como un *antiséptico interno* y antipirético; no perdiendo de vista que la gripe es tóxica, pero de consecuencias sépticas, la mayor parte de veces.

Como tratamiento preventivo cree que el yodo eliminándose por las mucosas superiores por donde hacen su irrupción los microbios desinfecta estas vías e impide o por lo menos modifica la acción patógena, pues como dice un principio de estrategia militar, hay que tomar las posiciones antes de que las tome el enemigo.

La dificultad es la manera como se administra dicho remedio preventivo. Es muy censurable la recomendación de las gotas de tintura de yodo, de lo que se ha hecho en esta epidemia un verdadero abuso. Los yoduros, como decía Codina Langlin, se descomponen en yodatos y también son muy perjudiciales.

El mejor medicamento preventivo es el ácido yodhídrico en forma de jarabe a la dosis de dos cucharadas pequeñas: en ayunas, por la mañana, y una hora antes de cenar. El jarabe hay que tomarlo mezclado en cinco partes de agua potable.

DR. ESQUERDO.—Dice que no puede callarse ante el requerimiento del doctor Morales, aunque poco puede decir referente a las lesiones óseas y supuraciones de origen gripal. No hay que confundir las osteomielitis comunes con las que pueden presentarse como complicaciones o secuelas de la gripe.

Se conforma con lo dicho por el doctor Turró, admitiendo que los médicos deben hacer clínica y los bacteriólogos las investigaciones de laboratorio para definir la naturaleza de los procesos.

Entre los cirujanos, cuando hay una supuración, tanto que sea producida por el estafilococcus aureus, como por el estreptococcus, como por el neumococcus, su preocupación está en descubrirla, ver si puede llegar hasta ella sin peligro para el enfermo o con un peligro relativo al que puede tener la supuración, ir a buscarla para darle salida de la mejor manera posible y lo más completamente posible, porque así están seguros de combatir la septicemia mejor que con ningún otro medio. Dice que ha operado algunos casos de empiema en esta epidemia y que le ha llamado la atención la gravedad de los casos, por la intoxicación a que estaban sujetos los enfermos. No obstante, cree lo más probable que en estos casos el germen causante de la supuración pleurítica haya sido el estreptococcus, porque después de operado el empiema se ha despejado el pulmón rápidamente. Esto no quiere decir que el neumococcus, a la vez que produce lesiones tan graves en el pulmón, no pueda diseminarse a la pleura y ser el causante.

Cita tres casos gravísimos de osteomielitis, observados cuando no había gripe y que murieron sin poder ser operados, con lesiones cardíacas, pleuríticas y meningíticas graves. Es posible que en aquellos casos, como en éstos de la gripe, fuese el neumococcus el causante de las lesiones y de la intoxicación que mató a los enfermos.

Siendo así que la mayor parte de bacteriólogos están contestes en que en muchos casos de esta epidemia no se ha encontrado el bacilus de Pfeiffer y que Turró dice que cuando no había epidemia lo ha encontrado varias veces, podemos admitir que el Pfeiffer abre la puerta para que se cuelen y adquieran virulencia los neumococcus y estreptococcus sobre el terreno preparado por el primero.

DOCTOR PROUBASTA.—Es bien difícil, después de la intervención de los distinguidos académicos que me han precedido en el uso de la palabra, decir algo nuevo acerca la gripe.

Forzosamente he de limitarme a presentar, no objeciones, sino observaciones a lo dicho por mis dignos compañeros.

Se ha afirmado aquí que los estrepto o neumococos hallados, no sé si refiriéndose a un caso o a varios, presentaban como signos reveladores de su virulencia: los estrepto, su pequeñez; los neumo su pequeñez y su falta de capsulación.

Respecto a los estreptos, os diré que la Bacteriología les concede unas dimensiones tan fijas, que los adopta como medida de comparación: un estrepto tiene una *micra*. Realmente, en ciertos casos parece ser más pequeño que en otros; pero a más de las dificultades que existen para apreciar diferencias en seres tan pequeños, muchas veces la idea de tamaño nace de la comparación con los elementos que le acompañan en el campo microscópico: si está junto a elementos morfológicos grandes, parecerá pequeño y al revés.

Parecidamente podríamos decir del tamaño de los neumococos; es más: otros observadores, para afirmar la virulencia del neumococo, que se presenta como cómplice en la actual pandemia, aseguran que es de tamaño mayor del ordinario.

De lo dicho creo se puede deducir que mal hará el clínico en querer pronosticar la gravedad o lenidad de un caso de gripe, por el tamaño de los microbios que ofrezca el examen microscópico del esputo.

No mayor confianza me inspira el pronóstico basado en el mayor o menor tamaño de la cápsula del neumococo. Ciertamente que el tal microbio es de los que se ven morir en la platina del microscopio. En los momentos de la crisis de una neumonía, cuando el enfermo está aparentemente grave por la toxemia producida por la destrucción hidrolítica de millones de neumos, éstos aparecen al microscopio hinchados, toman mal el colorante, sus contornos son a veces poco definidos y su cápsula es enorme. Pero si esto es cierto, de ello no se deduce que un neumo sin cápsula es indicio de que la enfermedad por él producida es gravísima y que a mayor cápsula, mayor benignidad en la infección.

Para hacer semejantes aseveraciones, se ha dicho, a más de los caracteres que ofrece algunas veces el neumo en el momento en que se inicia la crisis salvadora, o sea cuando se presentan envueltos en una cápsula enorme, que dicho microbio cuando se cultiva, o sea cuando se halla en un medio óptimo, no ofrece cápsula, y en cambio al hallarse en pugna con los medios de defensa orgánica, la ofrece.

Tales afirmaciones son ciertas solamente en parte. El neumococo no presenta cápsula, cuando se cultiva en un medio no albuminoso y la presenta cuando lo es. De manera que la cápsula existe o no, según el medio tenga o no albúmina.

Podría decirse que si la cápsula se presenta cuando hay presencia de albúmina, es porque esta substancia es hostil al neumo; pero rebate tal afirmación el hecho de que el neumo retenido en un esputo guarda su vitalidad durante más de cuarenta días, merced a la presencia de albúmina. La rata blanca muerta por septicemia neumocócica, ofrece en su sangre los neumos con una hermosa cápsula.

Hallar neumos sin cápsula en una secreción del organismo humano, medio esencialmente albuminoso, será siempre una gran rareza.

Ni el tamaño del estrepto o del neumó, ni la capsulación de éste, pueden servir de elementos en la formación del pronóstico.

El genio de la actual epidemia ha sido la hemorragia. Reduciéndome a lo que se refiere a mi especialidad diré que he visto dos hemorragias uterinas de importancia y que muchas infectadas han ofrecido al tercer o cuarto día pérdidas hemáticas, que se han atribuido con razón o sin ella al retorno de reglas.

Las embarazadas han sufrido más en esta epidemia que en la tífica. Muchas de las atacadas de neumonía han muerto. Muchos fetos incluidos dentro del claustro materno han sucumbido; la muerte ha sido debida a que ellos a su vez han sido infectados, o a la asfixia producida por la reducción del campo respiratorio en los pulmones de la madre.

DR. FERRER Y PIERA.—Me ocuparé someramente de tres puntos esenciales en relación con la epidemia actual. De bacteriología, del pronóstico y del tratamiento.

He practicado preparaciones de esputos de la gran mayoría de enfermos afectados de formas pulmonares graves. En dos de ellos, dos mujeres que presentaban fenómenos de bronquiolitis sumamente hemoptoicas, pude hallar abundancia de espirilos que desaparecieron de los esputos una vez terminada la enfermedad. Así lo comuniqué en carta particular a nuestro digno Presidente. Como no llevé a cabo ulteriores investigaciones, me limito a relatar el hecho sin pretender sacar la menor consecuencia. En las demás preparaciones encontré casi constantemente, asociados a las bacterias vulgares corrientes en los esputos, neumococos y estreptococos, predominando los primeros en los primeros días de las afecciones pulmonares y los segundos en los últimos días, pero sin que pudiera deducir jamás por el carácter micrográfico del esputo ningún dato para el pronóstico, ni por el tamaño, ni por la constancia o no de las cápsulas de los neumococos, ni por la calidad de los estreptococos.

No he podido ver ninguna forma de carácter marcadamente septicémico, ni por el tipo de la fiebre ni por la ausencia de lesiones focales. Estas han sido siempre en los casos por mí observados de bronquiolitis, bronconeumonía, bronconeumoníaseudolobular, pleuroneumonía y neumonía lobular. Eran las formas más graves las de tipo pseudolobular, casi siempre con focos en ambos pulmones y que se caracterizaban por una especie de encantamiento, digámoslo así, quedando los focos, en el segundo período de su evolución, materialmente clavados, sin que asomara el estertor de retorno incluso en casos en que el enfermo sucumbía a los ocho días de iniciada la lesión pulmonar. Entre las complicaciones más graves he de citar la nefritis, acompañada de una cantidad exorbitante de albúmina, la miocarditis y la meningitis. Entre las secuelas el empiema, la tuberculosis y un caso de hemiplejía, probablemente por hemorragia cerebral, en un individuo joven, exento de sífilis y de nefritis.

Respecto al tratamiento, me atrevo a afirmar el fracaso de la terapéutica farmacológica. Dicho está que no me refiero a la medicación sintomática, sino a la dirigida directamente contra el daño. Ni los metales coloides, por ninguna vía, ni los balsámicos, ni la quinina, ni los fluidificantes del exudado pulmonar; en una palabra, ninguno de los fármacos preconizados me han dado el menor resultado satisfactorio, ya que jamás, ni siquiera en los enfermos que se han curado, he logrado ver la menor relación de causa a efecto y han evolucionado exactamente igual que alguno que otro caso que por no ofrecer gravedad de momento he empleado una simple medicación sintomática y la expectación armada.

No he de decir lo mismo del suero antiestreptocócico polivalente. Por carecer de suero antineumocócico en cantidad suficiente, teniendo en cuenta las afinidades biológicas y morbosas del neumó y del estreptococo, y ante el hecho de la asociación constante de ambos gérmenes en esta epidemia, empleé en los casos graves y repito, visto el fracaso de la terapéutica farmacológica, el suero antiestreptocócico polivalente a la dosis de 80 cc. de una vez y 40 cc. a las 12 horas, en inyección hipodérmica. El empleo de estas grandes dosis y aun mayores las juzgo indispensables en los sueros bacteriolíticos, ya que éstos no poseen como los antitóxicos gran cantidad de anticuerpos en pequeño volumen. La reacción que ofrece el enfermo durante las primeras 24 horas es generalmente de un gran malestar, de elevación de la temperatura y frecuencia de pulso, pero pasado este tiempo desciende la fiebre, el foco neumónico evoluciona favorablemente, a las 48 horas entra en franca convalecencia. La eliminación de tóxicos que evidentemente se forman en cantidad en las 24 primeras horas, probablemente de origen bacteriolítico, la hemos facilitado con grandes inyecciones endovenosas, o en su defecto hipodérmicas, de suero glucosado saturado de oxígeno.

No pretendo suponer que todos los casos tratados de esta manera tengan que terminar felizmente. He visto sucumbir dos uno de ellos complicado con una nefritis intensísima y otro de neumonía del vértice izquierdo. Pero sí he visto casos de extrema gravedad, incluso dos embarazadas y una de ellas

tuberculosa, evolucionar favorablemente en 48 horas, a pesar del aspecto tífico de una de ellas, con delirio y toda la apariencia de una muerte próxima.

DOCTOR SUÑÉ Y MEDAN.—A consecuencia de haber padecido la infección reinante, no pude asistir a las sesiones anteriores, de modo que ignoro en realidad el objetivo de estos debates sobre dicha epidemia.

Ahora bien, si sólo se trata de exponer el criterio de cada académico, basado en los casos clínicos observados, según viene haciéndose en la sesión de hoy, oiremos todos con sumo agrado y provecho valiosas y autorizadas opiniones de nuestros compañeros, que podrán ser recogidas convenientemente y dadas a luz en los ANALES de la Academia o en otras publicaciones. Ello es ya muy importante, pero creo que no es suficiente para que surja de todo cuanto se diga aquí algo de índole práctica que pueda servir para emprender un estudio concienzudo y lo más completo posible de la epidemia gripal, caso que sea ésta la intención de la Real Academia. En este sentido, según mi modo de ver, considero sería oportuno reunir, agrupar en un solo haz todas las historias clínicas observadas por los señores académicos y también por los demás colegas fuera de esta Corporación, de Barcelona o de Cataluña entera. Para ello, bastaría remitir, por el procedimiento que la Academia acordase en sesión ordinaria (solicitando la cooperación de las demás Academias médicas y de higiene), una hoja impresa, en forma de casillas, para cada caso, en la que además de los corrientes datos clínicos y preguntas pertinentes, se incluyera o ampliara alguna otra cuestión digna de conocer, como por ejemplo: *condiciones de contagio; si el paciente sufrió la gripe durante la primera invasión del verano del año actual, o la tuvieron o han tenido ahora las personas que habitualmente están en contacto con el enfermo; precauciones especiales para evitar la dolencia; examen bacteriológico de sangre, esputos, mucus nasal y faríngeo; tratamiento por sueros, vacunas, metales coloides; caracteres de la convalecencia, etc., etc.*

Estos boletines deberían ser repartidos profusamente y ser recogidos por una comisión especial compuesta por los delegados de todas las Academias, la cual estaría encargada de hacer el estudio clínico, higiénico y estadístico de la epidemia en vista de los datos que se obtuvieran.

Sé muy bien, por experiencia de lo que ocurre en semejantes investigaciones, que quedarían por contestar muchas de las hojas referidas, pero de todas maneras, dado el número crecidísimo de invasiones, llegaría a reunirse una cantidad bastante considerable para formar concepto aproximado de todo cuanto se relaciona con la infección gripal del año 1918.

Me permito tan sólo lanzar la idea, por si la Academia cree oportuno llevarla a la práctica, con las modificaciones que considere convenientes.

Respecto a lo observado por mí durante la epidemia por lo que atañe a las complicaciones auriculares y faringo-nasales de la misma, si bien los casos vistos no son numerosos en este terreno, dado el obstáculo natural impuesto por mi enfermedad, y por no acudir los pacientes al otólogo hasta estar ya repuestos del estado general, puedo decir que en realidad no se han presentado graves complicaciones óticas; lo más corriente son los catarros tubo-timpánicos con exudado seroso sin llegar a la perforación de la membrana y acompañados de sordera medianamente intensa, que mejora con bastante rapidez, en algunos casos, con las insuflaciones politzerianas transtubánicas. Hay algún enfermo con otitis media supurada y otros con propagación laberíntica, presentándose entonces sordera muy acentuada y zumbidos; catarros nasales con secreción más o menos abundante, algunas faringitis y amigdalitis agudas y agudizadas y laringitis con afonía muy marcada pero de corta duración.

DOCTOR R. PRADELS.—(Comunicación escrita leída por el señor Secretario). El que suscribe, Correspondiente de la R. A. de Medicina y Cirugía de su digna presidencia, en nombre propio y en el de don Pedro Lain Lacasa, Médico Titular de Urrla de Gaén (Teruel), tiene el honor de someter al alto juicio de tan docta corporación la siguiente nota a propósito del tratamiento de la gripe, en súplica de que lo que en ella se afirma sea discutido y comprobado con el rigor científico tan patente en todos los trabajos de tan sabia sociedad.

Invasido por la gripe en los últimos días del ppto. septiembre el pueblo de Urrea de Gaén, de 1258 habitantes, en la provincia de Teruel, partido judicial de Híjar, fueron tantos los atacados que se hizo imposible su asistencia al Titular don Pedro Lain Lacasa, por cuyo motivo ofrecí mi modesto concurso para ayudarle, ofrecimiento que en el acto fué aceptado por el Ayuntamiento y por mi compañero. A más de 700 griposos prestamos asistencia entre los dos, empleando los medios que los autores recomiendan contra la gripe; pero poco satisfechos de los resultados obtenidos y con la obsesión de mejorarlos, pensamos en tratar nuestros enfermos con alguna substancia capaz de teñir al bacilo de Pfeiffer sin perjuicio para el organismo humano, en la creencia de que si lo conseguimos, destruiríamos al bacilo o al menos lo haríamos inofensivo, y nos fijamos, al buscar esa materia colorante, en el azul de metileno porque además de teñir al Pfeiffer, tiñe a varios de sus habituales asociados.

Decididos a ensayar la substancia citada, pensamos en la conveniencia de reforzar su acción con un

antiséptico y nos fijamos en el arrenal, por su poca toxicidad y por su poder tónico y reconstituyente, ya que se trata de una enfermedad que deja una astenia característica. Fijamos la dosis de azul de metileno en treinta centigramos y la de arrenal en seis centigramos, en las 24 horas, para los adultos; comenzamos la prueba y la continuamos cada vez con más entusiasmo, lamentando amargamente no haber tenido la idea de usar ese tratamiento desde el principio de la epidemia.

Entre el señor Lain Lacasa y el que suscribe hemos tratado 120 griposos, desde el comienzo de su enfermedad, con el azul de metileno y el arrenal, administrando cada 4 horas un cachet con 5 centigramos del azul y 1 de arrenal, y en los 120 hemos comprobado la apirexia a las 24 ó 36 horas de tratamiento (generalmente a las 24); sensible mejora del estado general; número de pulsaciones, normal o muy ligeramente pasando de la normalidad; desaparición casi absoluta de los dolores (aunque muy ligera, la cefalalgia ha durado en algunos casos algunas horas más que la fiebre); desaparición casi absoluta de la tos, reaparición del apetito, convalecencia a los 3 días de empezada la enfermedad, sin complicaciones, y finalmente han podido ser alta a los 5 días. En aquellos en los que los fenómenos respiratorios eran más acentuados y molestos, además de lo dicho, hemos administrado XXX gotas de la solución de adrenalina al 1 por mil, en las 24 horas, y hemos aplicado repetidas embrocaciones con tintura de yodo.

También hemos administrado el azul y el arrenal a 10 griposos bronconeumónicos y a 7 con localización en el colon. En los bronconeumónicos ha mejorado el estado general, ha desaparecido el delirio y ha bajado un grado la temperatura; y en los afectos del colon no hemos obtenido beneficio digno de consideración.

La necesidad de atender gran número de enfermos a la vez, nos ha impedido hacer gráficas y de tallar historias; pero de lo observado deducimos: 1.º que la ingestión de 5 centigramos de azul de metileno con 1 centigramo de arrenal cada 4 horas, hace abortar la gripe en un período de tiempo que oscila entre 24 y 36 horas, cuando el tratamiento coincide con el principio de la enfermedad; 2.º que en las formas respiratorias, con congestión pulmonar o bronconeumonía, mejora el estado general y coloca al enfermo en condiciones de resistencia más adecuada para esperar la *restitutio ad integrum* de los órganos lesionados; 3.º que en las formas abdominales, no se obtienen beneficios de consideración y 4.º que si otros experimentadores obtienen los mismos resultados que nosotros, de lo que nos congratularíamos en beneficio de la humanidad, podría esto servir de punto de partida para combatir las enfermedades infecciosas por medio de agentes capaces de teñir a los microorganismos que las producen, sin perjudicar al organismo paciente.

De regreso a esta mi residencia habitual he obtenido el mismo resultado (apirexia en las 24 horas) en una señora enferma de gripe, en el segundo día de su enfermedad.

Sesión del 28 Noviembre

PRESIDENCIA DEL DOCTOR CARULLA

Conferencia del Dr. Gershberg, de la Universidad de Nueva York

TRADUCIDA DEL INGLÉS POR EL DOCTOR CARDENAL (D. SALVADOR)

El doctor Gershberg empieza dando las gracias a la Real Academia por el honor concedido con motivo de esa conferencia, en la cual sólo trata de hacer una comunicación previa sobre la importancia que él atribuye a su invento del nuevo procedimiento de exploración del estómago por medio de la *Gastrofotoscopia*.

Dice que su modesta invención es el producto de cerca de nueve años de experimentación cien-