

DISCURSOS

LEIDOS ANTE LA

REAL ACADEMIA DE MEDICINA

DE VALENCIA

EN LA RECEPCIÓN PÚBLICA

DEL

Dr. D. José Pérez Fuster

el día 16 de Octubre de 1921



VALENCIA — 1921

Imprenta Sucesor de Emilio Pascual
PIZARRO, 21

Recuerdo del autor

LA DIFTERIA EN VALENCIA

Necesidad de crear un hospital
= para niños en esta ciudad =

□ □ □

DISCURSO

del

Dr. D. José Pérez Fuster



Ilmo. Sr.:

Señores:



EN los momentos más difíciles de mi vida profesional, casi siempre la audacia en mi modo de pensar, y por ende en la de actuar, ha dominado a la prudencia, si al intervenir había de ser en beneficio de la Humanidad o para sostener los presigios de nuestra profesión, ensalzando la Medicina, porque entiendo, que todos los que vivimos de esta ciencia tenemos la obligación, por amor y gratitud, de conservar sus gloriosos lauros.

La mayor de mis audacias ha sido aceptar el cargo de académico, deseado y conseguido gracias a vuestra bondad. Me habéis admitido en esta sabia Corporación donde estáis. Cuando pensé que para ostentar el título de socio numerario de esta Academia, había de leeros un discurso sobre tema científico; cuando tantos sabios habían demostrado sus vastísimos conocimientos y la belleza de su dición, no dudé un momento en la elección de un tema que conociera con toda la extensión que puedan permitir mis aptitudes.

La bacteriología del microbio de la difteria, la estudié cuando el Ayuntamiento de Valencia me mandó al Instituto Pasteur el año 1894, al lado de Roux, Metchnikof y Martín. Amplié mis conocimientos clínicos en los hospitales de Trousseau y de Enfants Malades, de París, con Caded de Gassicourd, Sevestre y Moizard. Si

esto no hubiese sido bastante para perfeccionar mis estudios, en los primeros años de ejercicio de mi profesión, en Sagunto, escollando las falsas membranas de un niño difterico, al que asistia en ausencia de un compañero, un golpe de tos del enfermito hizo saltar sobre mis dientes un fragmento de pseudo-membrana; estuve muy grave de anginas diftericas, que debian ser producidas por el Löffler, asociado con estafilococos o con estreptococos, porque me causaron adenitis supurada de los ganglios submaxilares; subjetivamente senti los daños y los peligros de tan terrible enfermedad; experimenté las molestias de los toques con precloruro de hierro y la inutilidad de las soluciones de nitrato de plata con que intentaban destruir mis falsas membranas.

* *

Desde el siglo xvi fué conocida en España con el nombre de garrotillo, y en Italia con el de morbo soffocante, una epidemia que ocasionó muchas víctimas a consecuencia de la asfixia y luego se apellidó crup; enfermedad que desaparece relativamente, vuelve a acrecentarse sin causa conocida y fué descrita como entidad morbosa distinta a la difteria.

Muchos años después, Bretonneau primero y después el gran clinico Trousseau, consideraron el crup como una modalidad morbosa que suponian, con fundamento, que era originada por las mismas causas, hasta que los bacteriólogos Klebs, Löffler, Behring, Roux, Yersin y Carlos Fraenkel, descubrieron los dos primeros y estudiaron todos el bacillus generador principal de la verdadera difteria, la toxina causante de tan terrible plaga y el suero inmunizante, que producido en grandes cantidades por Roux, No-cari, Behring y Martin, se habia de convertir en agente curativo, y ordinariamente queda reducida la mortalidad del 80 al 12 por 100, si se interviene pronto y enérgicamente.

No pienso detenerme en la descripción de la morfología del bacillus de Klebs-Löffler. Sólo diré, que es una bacteria que se colorea por el método de Gram y cuyo carácter principal es la existencia de sus esporuláceas. Tan convencido estoy de la importancia de estos puntos cromáticos, que también se llaman corpusculos de Babes-Ernsst, que cuando los bacillus de tres o de siete micras de longitud carecen de estas esporuláceas, no los he considerado como gérmenes causantes de la difteria; sintiendo la satisfacción de quien se cree poseedor de la verdad, cuando me enteré que el eminente bacteriólogo alemán Neisser, aseguraba que no hay baci-

lus que tengan esporuláceas, no más que los causantes de la difteria, coloreables por el Gram.

Conviene hacer constar, que lo que hizo dudar a Löffler de la identidad del bacillus que tan perfectamente estudió este bacteriólogo alemán, fué encontrar su bacillus en las fosas nasales y en la saliva de individuos sanos. Roux y Yersin, en varios estudios que he tenido ocasión de comprobar en mi larga práctica, investigando la virulencia de estos microbios que se pierde con mucha facilidad, por la acción de la luz y por tenerlos guardados dejándolos envejecer en tubos de suero coagulado, cuando se ha secado el medio de cultivo.

Recobran parte de su virulencia, al hacerlos germinar en caldo Martin o pasarlos al tejido celular de los cobayos o a la tráquea de los pichones, si se resiembran pronto, antes que los leucocitos los fagociten y hagan disminuir la virulencia de estos microbios. Es tan delicada esta virulencia, que como mejor podrán conservarla, es dejándolos entre las mallas de la fibrina de las falsas membranas, ocultos en trapos, abandonados en lugares húmedos y oscuros, donde las corrientes del aire seco, la acción de la luz y el frío intenso, no perjudiquen su vitalidad y puedan alterar sus secreciones, que persisten por espacio de varios meses con su virulencia. En cambio, los enfermos de coriza crónica, han sido los portadores del bacillus de Löffler por tiempo ilimitado, y las inyecciones de suero antidiférico llegaron a ser una panacea para algunos oto-rino-laringólogos, que creyeron que dicho bacillus era el causante de oscena.

En la boca y faringe de los diftericos, cuando no se aplica el suero antidiférico, el bacillus de Klebs-Löffler persiste por espacio de mucho tiempo. A veces pierde su virulencia al no encontrar en el portador de este microbio condiciones para su actuación patógena, según Roux y Martin; lo mismo que ocurre con el bacterium coli, que lo llevamos en el tubo digestivo desde algunas horas después de haber nacido hasta cuando morimos; que entra en la sangre y se esparce por todo el organismo de los vertebrados, si causas desconocidas le dan virulencia y ocasionan los colibacilosos. Al bacillus difterico sin acción tóxica, Löffler lo calificó de pseudo-difterico; pero en circunstancias especiales, en las que juega un gran papel la predisposición, en los niños de uno a seis años, con poca virulencia que adquirieran estos bacillus, pueden determinar el desarrollo de abundantes falsas membranas y causar la muerte por asfixia de los cruposos.

* *

Los que hayan hojeado cualquier tratado de Bacteriología, recordarán que G. Hoffmann fué el primer bacteriólogo que inmunizó los cobayos con cultivos viejos del bacillus de la difteria. Que Carlos Fraenkel se valió de cultivos del Löffler, calentados 65° á 70°. Behring, Breiger Wasserman y Kitassato, inmunizando cabras, asnos y otros animales mayores que los cobayos, fueron los precusores de Roux, Nocard y Marini, que consiguieron inmunizar caballos. Luego primero se obtuvo la acción inmunizante que la curativa. Pero los éxitos obtenidos en la curación de una enfermedad, que con la seroterapia se reducía extraordinariamente la mortalidad, y siendo tan indudable como enclenque la acción preservativa (de tres o cuatro semanas), se descuidó bastante lo que podíamos llamar suero-profilaxis diftérica.

En Francia, según los datos que publica en su obra de higiene Courtonn, cuyas estadísticas se iniciaron el año 1886, había una mortalidad del 5 al 5,50 por 10.000 habitantes, que descendió al 4 por 10.000 el año 1904, oscilando en los años sucesivos, llevando una marcha de decrecimiento hasta el 1911, que sólo llegó a 0,50 por 10.000 a lo más, la mortalidad por la difteria. En nuestra ciudad también se notaron las ventajas del suero Roux, como se puede ver en la estadística siguiente:

Relación de las defunciones habidas por motivo de la difteria en Valencia

Años	Defunciones	Años	Defunciones	Años	Defunciones
1891	168	1901	28	1911	43
1892	183	1902	17	1912	36
1893	134	1903	18	1913	29
1894	199	1904	19	1914	31
1895	171	1905	26	1915	34
1896	121	1906	26	1916	28
1897	83	1907	54	1917	28
1898	64	1908	25	1918	20
1899	39	1909	35	1919	29
1900	18	1910	65		

En Valencia, según datos de la Inspección municipal de Sanidad, las estadísticas empiezan desde el año 1891, que se sostuvo la intensidad de la epidemia hasta el 1896, para descender en 1897 y 98 y continuar amortiguada hasta la fecha.

Creo en la eficacia preservativa y curativa, como antes he di-

cho, del suero antidiftérico; pero no opino como otros médicos que atribuyen esta remisión de la endemia al suero inmunizante. Al contrario, deseo vivamente que Valencia se prepare por si volviera a recurrir con carácter alarmante esta terrible plaga, aleccionados como estamos por la historia, que nos demuestra estas alterativas en el acrecentamiento y hasta desaparición de la difteria en distintas épocas, y que la ciudad se encuentre en condiciones para luchar contra esa dolencia que tantos estragos causa en la infancia. Para combatiría con más éxito, como a otras enfermedades de los primeros años de la vida, al sarampión, la escarlatina, la viruela y hasta las tifoideas, es preciso tener como otras capitales de España, como Madrid y Barcelona, un hospital exclusivamente para niños. La mortalidad infantil en la ciudad del Turia alcanza una cifra desconsoladora y es preciso que esta sabia Corporación pida al Municipio, ahora que desea higienizar la urbe, que subvencione espléndidamente, como corresponde a la tercera capital española, ese deseo tan justo como desinteresado, que nuestro ilustre colega el Dr. Gómez Ferrer viene acariciando tantos años, y es preciso que todos cooperemos a tan humanitaria obra.

Désde esta Academia, desde la Junta provincial de Sanidad, desde el Cuerpo municipal de Sanidad, debemos hacer comprender las dificultades con que se tropieza para curar a los enfermos en porches, en las porterías y en las casas de vecindad, donde sólo hay uno o dos dormitorios. Les demostraremos lo fácil que resulta la transmisión por los portadores de gérmenes mortíferos, cuyos espumas, moco nasal, el polvo, las ropas: que las manos de los que asisten y tocan los epidemiados, después reparten por toda la ciudad. Enseñaremos a todos los ediles que nos quieran oír, lo que es un hospital para niños, cuando está instalado en el sitio más sano y relativamente más próximo de la ciudad, para que a cualquier hora puedan llevar los pobres y la clase media a sus hijitos.

Les diremos que ese hospital será edificado buscando un inmenso solar, donde en el primer patio o jardín habrá un pabellón para poder observar los enfermos, con varias dependencias separadas por cierras de hierro y cristal. Que cuando, usando todos los medios de exploración clínica y los análisis hechos en un Laboratorio, que podrá estar en el mismo establecimiento, serán trasladados a los pabellones que habrán para las distintas enfermedades infecciosas; que tendrá para cada clase de infección una sala y todas ellas lo más lejos posible de las enfermedades comunes.

Que los niños disfrutarán de luz, calefacción, limpieza, higiene y alimentación adecuada.

Que podrán ser operados en salas especiales, según padezcan enfermedades contagiosas o no transmisibles, y que siempre se les operará en condiciones de asepsia y por personal avezado en tratar con niños, que han de tener hábitos distintos que los que suelen cuidar a los adultos.

Si los acontecimientos siguen la marcha que deben llevar, después del hospital puede venir, con el tiempo, la adquisición de un lugar adecuado para mandar a convalecer a los niños que lo necesitan, con los cuidados que la higiene aconseja.

Los tiempos han hecho cambiar mucho el modo de pensar y de proceder de las gentes. Aunque pudiera recobrar las energías y la audacia de mi juventud, no sé si ahora me atrevería a traquetomozar, a entubar la laringe de un enfermo de crup, movido, como al principiar este discurso os he dicho, por amor a la Humanidad y por los prestigios de la ciencia. Van ya siendo bastante frecuentes los atentados contra los médicos, para atreverse a practicar operaciones que con pocos minutos dan la respiración y con ella la vida o terminan por la muerte del operado. En el hospital, el cirujano puede operar con más tranquilidad y el éxito es más seguro.

Ya está la cánula o el tubo colocado; el niño respira bien, la familia recobra la esperanza de que conservará la vida el ser querido y el médico, muchísimas veces, se marcha pensando si saltará el tubo de la laringe o se obstruirá la cánula en aquel niño, que en un hospital donde el personal dedicado a tratar esa clase de operados, le daría la seguridad al médico de que su trabajo sería un éxito, o si la vida del pobre operado podría perderse por otras complicaciones, nunca por falta de inteligente asistencia.

En la visita domiciliaria de los diftericos, por muchas precauciones que tomemos, no podemos evitar que en el polvo de nuestros calzados, en nuestras ropas, en el moco nasal, lo mismo que en la boca, pase el aire impregnado del polvo de la habitación y seamos portadores de microbios, por haber estado en contacto con tanta materia contumaz.

Perdóneme si en estos momentos solemnes recuerde que, a pesar de tomar todas las precauciones que sabía, no pude evitar que uno de mis hijos muriese de una uremia consecutiva a la difteria hipertóxica, a los cuatro años de edad, y algún tiempo después, una hija que enfermó del crup, yo, que sabéis tengo una estadística bastante extensa de operados, por miedo que mi pulso temblara, tuve que molestar al Dr. Gómez Ferrer que me operó a la niña, que ahora me sirve de consuelo en las desgracias que no faltan en las familias.

En los hospitales la asistencia no es como en las casas pariculares, y los péligros de extender la enfermedad son menores; blusas, delanteras, chanclos, escafandras, todos son medios de defensa contra el bacillus que pusieron en peligro mi vida, la de mis hijos y quizá donde habremos sin querer transportado el bacillus de Klebs-Löffler. Allí se puede dominar o evitar mucho el contagio.

Por nosotros, por nuestras familias y por la Humanidad, que cuanto más progresa ve más clara la posibilidad de que los médicos sean vectores de enfermedad, y porque algunos rehuyen llamar al médico y caen en el extremo opuesto, dejando obrar al mal por no haber acudido a tiempo en busca de la ciencia, y dan motivo para que aumente la mortalidad, debemos hacer lo posible para que esto termine.

Hay que tener siempre en los Laboratorios toxina difterica para practicar la reacción de Schick. En las casas pariculares, a todos los que rodean a los enfermos o están en relación indirecta con ellos, y en los mosocomios, tanto a los encargados de la asistencia como a los niños adolescentes, para que, si la reacción es positiva, aplicarles 5 c. c. de suero Roux, inyección hipodérmica, y si es negativa, ahorrar suero antitóxico, pues hay ocasiones en las epidemias que llega a escasear tan preciado remedio terapéutico.

Si recrudciera de una manera alarmante la epidemia difterica en nuestra ciudad, no sería difícil conseguir que los médicos encargados de hacer la inspección escolar, dieran parte al Municipio, lo mismo que los demás facultativos dedicados al libre ejercicio de la medicina, cuando tuvieran un caso sospechoso, para que preventivamente se inyectaran a todos los niños de la escuela donde hubiera ocurrido la enfermedad, los consabidos 5 c. c. de suero, como se hace en Italia y se hizo en Lyon, según Courmont asegura, empleando mucho suero en pequeñas dosis como preventivo, en las casas de los enfermos y en las escuelas privadas y públicas, cuando había algún invadido, terminando un recrudcimiento de la epidemia que hubo en dicha ciudad.

Ya pueden ponerme dificultades, pero yo he de conseguir que en el Laboratorio bacteriológico municipal se prepare suero antidiférico; si vienen temporadas de calma y sobra suero, se puede desecar y guardarlo en esta forma, que no se altera en mucho tiempo, y hasta que se preparen pastillas con dicho suero desecado, que podrían administrarlas en los casos de duda, para no usar en los enfermos leves, ni las inyecciones hipodérmicas en las formas benignas.

Al vulgo se le ha enseñado que la leche de vaca puede contagiar la tuberculosis y la de cabra la fiebre de Malta, pero no sabe que en estas clases de leche, Fowr, en el año 1879, encontró el bacillus de Löffler en 264 casos, con 38 defunciones, en la capital de la Gran Bretaña; en Adolstone, en el mismo año, contrajeron la misma enfermedad catorce personas, también por haber bebido leche contaminada, y Klein, Dean, Tod y otros, encontraron también el Klebs-Löffler, con bastante frecuencia, en la leche contaminada.

Nocard, que era una gran autoridad en bacteriología animal, no encontró el Löffler en varios animales que examinó, que tenían exudados en la boca y garganta y atribuía al acaso, cuando coincidía la existencia del crup en un niño que había estado en contacto con animales que padecían un conjunto de procesos exudativos, mal llamados difteria aviar. Centenares de pseudo-membranas he visto yo también en las falsas difterias humanas, en las que tampoco encontré el Löffler, porque eran originados por estreptococos, estafilococos, neumococos y, sobre todo, por el diplococo Brissou, que produce unas falsas membranas tan típicas como las ocasionadas por el Löffler en cultivo puro. Eso pudo ocurrirle a Nocard en los animales que tuvo ocasión de observar.

En un niño de Paterna encontré el bacillus de Klebs-Löffler, perfectamente caracterizado en la siembra que hice de la garganta del niño y en una falsa membrana de un pichón que estaba en contacto con el muchacho. En otras ocasiones no pude encontrar en los animales de corral los bacillus que causaron las enfermedades de los niños.

Siendo las aves, los perros jóvenes y los cobayos los animales que empleamos en los Laboratorios para exaltar la virulencia de la toxina diftérica, nada más lógico que desconfiar del contacto de los niños con dichos animales.

Buscaría el bacillus de Klebs en el agua, si desgraciadamente Valencia experimentara los estragos del recrudescimiento de esta epidemia. Se habría, como es natural, de emplear una técnica definitiva a la que ordinariamente está en uso en los Laboratorios. Además de filtrar grandes cantidades de agua en filtros de porcelana de amianto, para que se quedaran en el depósito filtrante todas las bacterias que ésta contuviera y centrifugar el residuo que quedara, se habría de sembrar después en tubos de suero coagulado, que es uno de los medios que más apetece el bacillus que habíamos de buscar. A las catorce horas vería si se habían desarrollado colonias y seleccionaría las que por su tamaño, color opaco en el cen-

tro y forma más dedondeada, se parecieran a las del Löffler, y resembrarlas en otros tubos también de suero coagulado y en matraces de caldo Martin u otro modo similar. A las veinticuatro horas de hacer esta siembra, observaría si formaban velos blancos en la superficie, siempre hablando tenido la precaución de que los cultivos hubieran estado las horas que hemos indicado en la estufa, a 37° ó 38° de temperatura.

Si los bacillus tenían esporuláceas, la cuestión de la virulencia sería secundaria para mí. La toxicidad de las secreciones del Löffler estoy acostumbrado a ver cómo se pierde y lo difícil de recobrarla en estos bacillus, según las circunstancias en que se puedan encontrar. Entonces estaría autorizado el higienista para aconsejar las precauciones que se debían tomar y evitar este foco de infección.

En el polvo resiste más o menos, según el grado de humedad y la acción de la luz. Es menos resistente que el bacillus de la tuberculosis y resiste más que el Pfeiffer. Es muy abundante en los sitios donde hayan sido enterrados animales muertos de difteria, sobre todo, si la sequedad no los destruye. Hay niños pobres que contraen el crup en sitios donde el contagio directo es imposible y la propagación indirecta difícil. Es muy probable que como las pobres criaturas se meten en la boca todo lo que encuentran, por que sus familias les dejan andar a rastras, encontremos un diftérico donde menos podamos creer que se presentara esa enfermedad. Hay que convencer a las madres que cuiden mejor a sus pequeños, para que no adquirieran en el polvo del suelo de sus viviendas, no sólo la difteria sino otras enfermedades infecciosas.

*
*
*

El problema de la desinfección en Valencia requiere una profunda transformación, para que lo que gasta el Municipio con el fin de evitar la propagación de las enfermedades transmisibles por los medios contumaces que están en contacto con los enfermos, tengan las garantías necesarias para que los desinfectantes químicos no estén adulterados. Eso se puede evitar recurriendo al Laboratorio bacteriológico, valiéndose de los medios que la técnica aconseja y dependiendo la brigada sanitaria de dicho Laboratorio, como ocurre en la inmensa mayoría o en casi todas las poblaciones en que están medianamente organizados los servicios públicos. Así se pue-

de inspeccionar el funcionamiento de las estufas y de la brigada de desinfección.

**

No voy a describirlos la difteria. Pero es fácil que este trabajo vaya a manos de algún principiante, y me permitiréis que, a guisa de consejos, aunque sea desordenadamente, repita en forma casi aforística algunos síntomas, para que se pueda descubrir una enfermedad tan traicionera como ésta y su localización, que tantas víctimas causa cuando invade la laringe.

Hay que sembrar en tubos de suero coagulado el moco nasal sanguinolento de los niños. Si tienen la voz nasal y roncán mucho, habrá mayor peligro que sean diftéricos, y si el aliento es fétido, la difteria será regularmente séptica. Si hay epistaxis abundantes, regularmente será hipertóxica.

Puede estar la faringe inflamada en una difteria asociada. Pero si las falsas membranas se destacan sobre una mucosa normal, casi seguro que el Löffler es el principal causante de la enfermedad.

Las falsas membranas grises, que sangran con facilidad, que se deshacen al pretender arrancarlas y de olor fétido, indican difteria séptica.

Los niños con grandes infartos de las glándulas submaxilares, piel muy pálida, irregularidad en la fiebre, con taquicardia y pulso miuro, la difteria, casi seguro que es hipertóxica.

Cuando los enfermos tienen abundancia de falsas membranas en la boca, nariz o faringe, suelen venir trastornos del aparato digestivo, dependientes de la ingestión de dichas pseudo-membranas.

Anginas que ocasionan úlceras profundas y extensas en las amígdalas, suelen estar asociadas con el bacillus fusiforme de Vincent o, por lo menos, con estafilococos o espiroquetos.

Niño que después de trastornos intestinales acompañados de vómitos y temperatura de 40°, tenga tos ronca, por poco ruidosa que sea la respiración, hay que pensar en el crup.

Hay que desconfiar de la afonía algo persistente en los niños, aunque el ruido de sierra sea transitorio y la tos erupal no sea muy manifiesta. Si durante el día tiene algo de frote, por la noche, probablemente, se le habrá de entubar o traqueonizar, si la acción del suero antidiftérico no ha llegado a tiempo de salvar la situación del enfermo.

Difteria asociada con estafilococos, tarda bastante tiempo en desaparecer de la faringe o laringe. El crup asociado con los es-

teptococos es el que con más frecuencia se propaga a los bronquios y al pulmón.

Como en la escarlatina y la neumonía infecciosa, hay que vigilar mucho el riñón, viendo la cantidad de orina que el enfermo elimina y analizarla con frecuencia, sobre todo ver si hay albúmina o elementos histológicos del riñón.

No hacer nunca pronósticos favorables en los diftéricos aunque se presenten con circunstancias que parezca que soporitarán bien el entubamiento, la traqueotomía y aunque parezca que podrán salir libres de estas operaciones. Después vienen varias complicaciones y cuando todo parezca que haya terminado bien, las parálisis diftéricas pueden acabar con la vida de los enfermos.

La morfología de los bacillus de Klebs-Löffler, no nos da ningún dato revelador de su mayor o menor toxicidad; en cambio, su agrupación en haces, dispuestos los bacillus paralelamente en las preparaciones microscópicas, indican pérdidas de su toxicidad.

**

Vine de París el año 1894, convencido de que el suero Roux, que fué el que vi aplicar en los hospitales de la capital de Francia, además de ser un remedio heroico para el tratamiento de la difteria, los inconvenientes que este medicamento tenía eran insignificantes con relación a los beneficios que la Humanidad había de conseguir, dada la gravedad de la enfermedad que se había de curar.

Hubo médicos que creyeron que la acción deprimente que ejerce la toxina diftérica sobre el miocardio y los ganglios cardíacos; que las anurias determinadas por el paso del veneno diftérico por el filtro renal y hasta las parálisis que siempre habían existido, porque entonces, al curarse muchísimos más enfermos que antes, esta complicación era más frecuente, y todo eso lo atribuían al suero antidiftérico.

Ahora ya nadie incurre en tales herejías. En los enfermos graves se duplican las dosis que antes empleábamos y sin miedo; cuando conviene ganar tiempo, esas cantidades que antes hubieran atemorizado a los más audaces, se administran en inyecciones intravenosas, sobre todo en los casos de crup, para evitar hacer la intubación o la traqueotomía.

En las difterias nasales y faringo-bucales, hay que ayudar a la seroterapia con las irrigaciones nasales o faringo-bucales, según los casos. No satisfecho con el resultado obtenido con el empleo de las soluciones de ácido bórico y las del licor de Labarraque, enton-

ces en boga, empuñé una serie de experimentos con disintos medios, y el que me dió mejor resultado, fué la solución del bicromato de potasa al 1 por 1000 en las irrigaciones, y el zumo de limón que empíricamente se empleaba para los toques, hechos con grandes precauciones, para evitar que el pincel de algodón lesiona la mucosa.

En el erup, para curar enfermos, operar a tiempo. ¿Cuántas veces, niños que apenas están cianóticos, que el pulso se sostenía fuerte y regular y que el tiraje era escaso, ha sobrevenido un espasmo glótico tan frecuente o un pedazo de falsa membrana ha obstruido la glotis y cuando hemos llegado ya se había muerto el enfermo?

¡Cuántos casos que, por estar lejos de nosotros niños, que por miedo de llegar tarde, por la impresión de haber llegado tarde la vispera habremos operado, que a estar cerca del enfermito en un hospital, no hubiéramos hecho la operación y expuesto a la criatura a complicaciones que muchas veces traen esas intervenciones!

Por eso debemos poner todos los medios que dispongamos para conseguir que en Valencia se haga el hospital para niños.

Nunca he sido optimista. Pero en todos los países civilizados, la gente está desengañada de los políticos de oficio y vuelve la vista a los técnicos, para que intervengan en la gobernanación de sus estados. Vosotros pesáis mucho más de lo que creéis sobre las Corporaciones administrativas y sobre la opinión pública. Si no conseguís lo que deseáis para la salud pública, será por modestia, no por apatía. Todos habéis consagrado la mayor parte de vuestra vida al estudio; habéis expuesto vuestra reputación y hasta vuestra salud en bien de la Humanidad, no dudo que venceremos, pues sois los mejores en sabiduría; los más sabios, suelen ser los más buenos y los más honrados.

HE DICHO.

APENDICE

En una memoria publicada en el *Boletín del Instituto Médico Valenciano*, en el mes de Enero del año 1897, demostré el poder antiséptico de los desinfectantes que a continuación indico, en presencia del bacillus Löffer, en las proporciones siguientes:

Desinfectante	Grado de solución	5 minutos	24 horas
Acido bórico.	Al 4 por 100	No los mata	Pocas colonias
Acido láctico.	Al 5 por 100	No los mata	Abundantes colonias
Resorcina.	Al 1 por 100	No los mata	No los mata
Cloruro de sodio.	Al 2 por 100	No los mata	Pocas colonias
Esencia de trementina.	Al 2 por 1000	No los mata	No los mata
Permanganato de potasa.	Al 1 por 1000	No los mata	No los mata
Bicloruro de mercurio.	Al 1 por 1000	Los mata	Los mata
Acido clorhídrico.	Al 3 por 1000	No los mata	No los mata
Solución percloruro hierro	Normal	No los mata	Los mata
Naftol.	Al 1 por 100	No los mata	Los altera
Bicromato de potasa.	Al 1 por 1000	Los mata	Los mata
Acido salicílico.	Al 1 por 400	No los mata	Los altera
Zumo de limón puro.		Los mata	Los mata
Zumo de limón diluido.		No los mata	Los mata
Cloruro de calcio.	Al 2 por 100	Los altera	Los mata
Salicinato de sosa.	Al 2 por 100	No los mata	No los mata
Sulfato de quinina.	Al 1 por 1000	No los mata	No los mata
Tanino.	Al 1 por 100	No los mata	No los mata
Menthol.	Al 1/2 por 100	No los mata	Los mata
El Salol.	Al 1 por 100	No los mata	No los mata
Carbonato sódico.	Al 3 por 100	No los mata	Los altera
Cloral.	Al 1 por 100	No los mata	No los mata
Clorato de potasa.	Al 2 por 100	No los mata	Los altera
Acido crómico.	Al 1 por 1000	No los mata	Los mata
Yodo y yoduro de potasio	Al 1 por 500	No los mata	No los mata
Acido fénico.	Al 1/2 por 100	No los mata	No los mata
Id.	Al 2 por 100	Los mata	Los mata

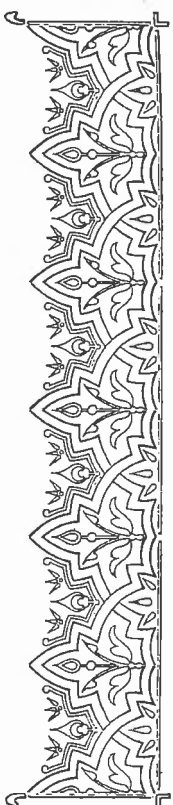
CONTESTACIÓN

del

Dr. D. José Sancho Bergón

al alacurso del

Dr. D. José Pérez Fuster



Exemo. Sr.:

Señores Académicos:



El dirigidos la palabra en este solemne día, opuestos sentimientos me conmueven: de una parte, late en mi espíritu la satisfacción inmensa de presentar ante esta docta Academia al viejo amigo, al profesor austero, al compañero intachable, cuyo nombre, enaltecido por una vida dedicada toda entera a impropio pero fructífero trabajo ofrendado al bien común, perdurará en la memoria ciudadana, porque el Dr. Pérez Fuster, a su tenacidad en la lucha contra resistencias protocolarias, al valor con que mantuvo en tiempos ya casi remotos la enseña del progreso, a los sacrificios que supo y quiso imponerse en pro de la ciencia y en favor de la Ciudad, debe Valencia el Laboratorio Municipal, que tanto ha contribuido a los progresos de la higiene urbana y que tan señalados servicios ha prestado a la salud del pueblo.

De otra parte, íntimamente ligados con la personalidad del recordario y con el tema de su discurso, surgen en mi memoria dulces añoranzas y dolorosos recuerdos, que en su penumbra dibujan la silueta de una hija adorada, cuyo rostro infantil siempre alegre, sonriente siempre, contráese con el gesto supremo, nuncio de la muerte que llega... y contemplo aquellas que fueron sonrosadas mejillas cubiertas de pálido velo, al que manchan amaratados toques, y oigo su respiración anhelosa y veo aquella suplicante mirada de

angustia con que sus ojos, abiertos por el espanto, parecen pedirme que rompa el dogal cruel con que la despiadada mano de la diferencia la atoga...

Y todavía creo sentir las vacilaciones, las dudas, las inquietudes que hace veintiséis años asaltaron mi espíritu, antes de decidirme a utilizar el heroico remedio que, precedido y acompañado de apasionadas críticas, venía preconizado como seguro triunfador del morbo desde extranjerías fieras.

Entonces fué cuando el fraternal afecto del Dr. Pérez Fuster, su valiosa experiencia adquirida en recientesísimo viaje de estudio, su notoria pericia, salvaronme del duro trance y por su intervención vivió mi hija; la primera enfermedad tratada con el suero antidiftérico en Valencia y tal vez en España.

Ved, pues, si yo he de considerar justificado y merecido el homenaje que hoy rendimos al ilustre médico del Cuerpo de Sanidad Municipal; ved si no han de parecerme pocas todas las galas que para recibirle vista la Academia.

Constituiría grave obstáculo un tal estado emotivo como el que siento, para glosar acertadamente el trabajo inicial exigido por prescripción reglamentaria al nuevo Académico, pero todavía se levantan contra tal intento, la propia convicción opuesta a construir entre presentante y presentado esos mosaicos científicos, cuya precisa desigualdad ha de redundar en perjuicio de uno u otro, si no de ambos, y en este caso concreto, la voluntad del disertante cuya discreción se opone a todo otro juicio que no sea el general formulado por sus oyentes.

Seame permitido solamente, ya que no me sea dable realizar obra de mayor trascendencia, entonar una loa entusiasta a los trabajos fundamentales de Richet y Héricoust que, cristalizando en la sueroterapia de Behring y Kitassato, generaron el maravilloso remedio de Roux y Marín.

Su aparición, de trascendental importancia para la Humanidad, señaló a la ciencia nuevos y brillantes derroteros que, seguidos por Ehrlich y Kossel, por Wassermann y Bagisky, por Heubner, Chailón y tantos otros, ha permitido conquistar el nutrido arsenal con que hoy contamos para combatir la influencia letal de múltiples agentes patógenos.

En efecto: recordad que, en esencia, al estudio minucioso de la acción fisiológica y terapéutica del suero antidiftérico, se debe el conocimiento de los fenómenos anafilácticos, el de las características de determinadas toxinas, la creación de las unidades antitóxicas, el perfeccionamiento de la sueroterapia y con ello el reconoci-

miento de los fenómenos íntimos de la inmunidad, las propiedades de las precipitinas, aglutinas, opsoninas, etc., y como coronamiento, síntesis y compendio de todo ello, la genial, brillantísima y famosa construcción de la teoría de Ehrlich...

El tiempo pasa y de aquellas doctrinas de la inmunidad, cuyos cimientos parecían incommovibles y eternos, sólo quedan algunos depurados residuos.

Las brillantes elucubraciones de antaño dejaron su puesto a novísimas concepciones basadas en fenómenos de digestión, realizados en la intimidad de los tejidos por la acción de albúminas heterólogas, por el poder antitripsico del suero sanguíneo.

Y aun, en la lejanía, dibújense fulgores indicadores de nuevas orientaciones... En el campo de la físico-química alborrea un nuevo día para la ciencia de la vida.

Esperemos, pues, pero reconozcamos que si el pasado con sus tristes fracasos amontonó ruinas en el solar de la pura especulación, sobre ellas surge majestuosa y triunfadora la más gloriosa realidad terapéutica, aquella que, aproximándonos a Dios, nos otorga el poder de dar la vida a quien se halla en los brazos de la muerte.

Y de esta facultad cuasi divina derivanse deberes cuyo cumplimiento no es lícito excusar ni fuera honrado eludir.

Poseer el don de curar y usar de tal potestad con la tibieza del escéptico, con la economía del avaro o con los fines del egoísta, fuera indigno de quienes ejercemos el noble sacerdocio de la Medicina.

Por otra parte, nuestra misión no queda reducida al solo acto mecánico de aplicar una inyección, de incluir un tejido o de escribir una fórmula, dejando luego a la ignorancia, a la impotencia o al descuido, que malogren el esfuerzo curativo y esterilicen la labor científica.

Por eso, para llenar cumplidamente nuestro santo apostolado, debemos unir al saber la caridad; por eso, para ser médico, no basta el cerebro sino que precisa el corazón.

Un corazón grande y generoso que, henchido de nobles ideales, impulsado por sentimientos de piedad ardiente, nos aleje de las humanas concupiscencias, nos aparte de las terrenas pasiones y nos lleve al ejercicio del bien por el bien mismo, atrayéndonos junto al que sufre, aproximándonos al desvalido, consagrándonos como mentores del ignorante, como amigos del pobre, como heroicos paladines del amor al prójimo.

Y precisa proclamar y debe envanecernos, que estas altísimas

virtudes, que estas excepcionales condiciones tan difíciles de reunir, las hallamos encarnadas en dos de nuestros compañeros queridísimos, que las sintetizan en un común anhelo y las exteriorizan en una corta frase: «la creación del Hospital para niños».

Al Dr. Gómez Ferrer corresponde la prioridad de esta idea sublime que comparte, recogéndola con entusiasmo, el Dr. Pérez Fuster.

¡Dichosos ellos, que supieron hallar la fórmula representativa del anhelo que debe latir en el alma de todo médico honrado!

¡Dichosos ellos, cuyos nombres serán escritos con letras de oro por la posteridad en el libro de la Medicina patrial

Otruguémosles nuestro aplauso y mejor ayudémosles en su santa obra.

«Opera, non verba.»

HE DICHO.