



BOLETIN MENSUAL

ACLARANDO

Con motivo de mi pobre artículo *Etica?* publicado en el número pasado, han llegado hasta mí, rumores de comentario, algunos de conformidad y hasta algún *pláceme sincero* que yo estimo en mucho.

Porque ello me significa, aparte del testimonio de que, fueron leídas mis divagaciones de un momento, un reconocimiento indirecto de la buena fe con que fueron escritas y la expresión del deseo de todos de ver en ellos el fin de un incidente poco agradable a los más.

Perfectamente de acuerdo con esta mayoría que doy por supuesta, no volvería sobre el asunto, sino me obligaran a ello el que ha sido mal interpretada, (seguramente por mi torpeza de expresión) una gota de ironía que, mi pluma puso al final del artículo preguntando al amigo Vidal, si *¿Etica o garbanzos?* dándose por aludido uno de los compañeros interesados en el pleito del malhadado *enterrador*.

Y como nobleza obliga siempre y debe hacerlo todavía más a quien como yo le han dado ganas de hablar un momento de *Etica*, a la primera queja que oí de labios del ofendido, aun sin nada exigirme me prometí solemnemente desfacer en estas mismas páginas el entuerto, declarando como lo hago, que al hablar de *garbanzos* de ninguna manera quise aludir a nadie, ni mucho menos al que se dió por

aludido, pues a mi me consta que no obra nunca y en este caso no había para que, movido por otros impulsos que los de su temperamento, sin mezclar jamás sus apreciaciones con otros móviles de interés material.

Ella (la ironía) se fué sola al papel, rebosando de mi espíritu colmado de excepticismo en estas materias, como no hubiera caído de mis labios, si la ocasión me hubiese puesto en lance en hablar, pero jamás dirigida a persona alguna, sino ¡oh sacrílego a nuestro decantado sacerdocio!

Rectificación, aclaración, como queráis allá va ella.

E. BARNADAS

SOBRE LA RECONSTITUCIÓN DE LA URETRA

Nuevo procedimiento de Marión. — Un caso de observación personal.

(Conclusión) (*)

La nueva técnica de Marión indudablemente supera a la de Pasteau et Yselin, pero no la proscribire en absoluto, ni la condena. Tanto es así que yo creo que esta, será, en determinados casos de rotura uretral que interesando la porción membranosa se hace imposible la sutura, y en otros de estrechez con vasta supuración del periné, por completo insubstituible. Pero que tiene defectos, es innegable; sobre todo por la infección producida por la sonda permanente en los 5 ó 6 primeros días de la operación, y por la acción irritante y a veces infectante de la orina en los siguientes, que hacen que la cicatrización sea muy lenta y sujeta a incidentes de supuración.

Esta misma lentitud unida a la espera a que ha de someterse el paciente antes de la segunda operación, para que los tejidos sufran la mayor retracción posible, es causa del cansancio y desmoralización de aquel, que muchas veces decide quedarse con la fístula; lo cual, a los ojos del público desconocedor de la cosa y aun del mismo enfermo resulta en poco crédito del cirujano.

Y finalmente, la segunda operación también tiene sus inconvenientes que he tenido ocasión de observar: En primer lugar, las dificultades

(*) Véase el n.º anterior pag. 71.

de cicatrización de los dos colgajos perineales, ocasionadas por la sonda permanente; y después, el que perteneciendo los colgajos a una región cubierta de pelo, por cuidado que se ponga antes de la autoplastia a destruir los bulbos pilosos, es inevitable muchas veces que continuen creciendo después de la operación, formando un verdadero tapón uretral causante de disuria y aun de formaciones calculosas.

La reconstitución uretral por el procedimiento de Marión que voy a describir y del que citaré también un caso de mi observación personal, fué objeto el año pasado de una notabilísima lección dada en el Hospital *Lariboisière* por el mismo Marión con el enunciado: «*El tratamiento moderno de las rupturas de uretra*». La base del procedimiento de Marión no puede ser más simple; estaba en la idea de todos y era constantemente citada por todos cuantos se han ocupado de este asunto desde 1876 para acá: *la supresión de la sonda y la derivación de la orina*.

Tanto Guyón, como Pasteau, Nougés, Legueu, Yselin y todos cuantos poseen experiencia personal sobre el asunto, afirmaban que el paso de la orina y la acción de la sonda permanente hacían fracasar la sutura lineal.

El mismo Legueu (1) en 1900 nos citaba un caso de rotura uretral en un niño a quien hizo la sutura previo cateterismo retrogrado, y de consiguiente previa derivación hipogástrica, que se curó de primera intención en pocos días, y que visto nueve meses más tarde, su uretra dejaba pasar sin dificultad una bugía del n.º 16.

Pues apesar de esta iniciación casual hacía el nuevo procedimiento acaecida a urologo tan eminente, han tenido que transcurrir 12 años para que se instituyera en método operatorio racionalísimo, que si algo se le puede achacar es el ser mucho más quirúrgico o cruento que los anteriores.

Requiere cierto hábito en la cirugía perineal, sobretodo, para los casos de estrechez blenorragica, en que la uretra enclavada entre tejidos esclerosados e inflamados es difícil de disecar tanto por su pérdida de relaciones como por lo abundante de la hemorragia.

La derivación de la orina se hace casi siempre por el hipogastrio, por cistostómia previa a la operación sobre el periné; solo se verifica por este en el caso de estrechez traumática franqueable de la porción bulbar.

La técnica operatoria varia algo según los casos, pero lo funda-

(1) Legueu.—Congrés français d'urologie 1900.

mental del procedimiento es la forma de hacer la sutura y el medio de derivar la orina en los casos que no se hace el desagüe de la misma por el hipogastrio.

Lo característico en la sutura por el procedimiento de Marión (1) es en primer lugar la liberación perfecta del extremo anterior de uretra resultante de la resección o de la rotura; liberación que se obtiene disecándola y separándola de la aponeurosis media hacia atrás, y de los cuerpos cavernosos por delante, teniendo en cuenta, para dar mayor o menor extensión a esta disección, el trozo de uretra sacrificada por la resección, y que nunca pasará de unos 6 centímetros si quiere asegurarse el éxito de la sutura.

Después de la liberación del fragmento anterior de uretra sigue en importancia y carácter del procedimiento, la colocación de los hilos de sostén, que tienen por objeto arrastrar dicho fragmento hasta su contacto con el posterior que es inmovilizable, y evitar toda tirantez en los puntos de sutura, que comprometería el éxito de la misma. Para ello se pasan dos hilos laterales de catgut cada uno de los cuales atraviesa por detrás los tejidos laterales a la uretra al nivel de su fragmento anterior, y por delante la porción esponjosa de esta (sin interesar la mucosa) a una distancia de su extremo igual a la separación de los dos fragmentos. Y de esta suerte al anudar estrechamente los extremos del hilo quedan coaptadas las dos superficies de resección uretral.

Hecha esta coaptación se procede a la sutura que comienza por la pared superior mediante dos puntos de catgut n°0 que hay que procurar cojan un buen espesor de tejido esponjoso sin interesar la mucosa. Anudados ya estos dos puntos se pasa una gruesa sonda que recorra toda la uretra, y se termina la sutura por tres puntos más (uno medio y dos laterales) pasados en igual forma que los dos anteriores.

Para hacer la derivación perineal de la orina se practica una incisión de unos 2 centímetros en la parte media de la uretra y a 1 ½ centímetros por lo menos por detrás de la línea de sutura, profundizando en dirección al pubis hasta encontrar la sonda.

Hay que procurar que el fondo de esta incisión, es decir, la abertura en la mucosa uretral tenga un centímetro de longitud.

Hecha esta abertura, se suprime la sonda que ha servido hasta ahora para moldear la uretra, y se introduce otra desde dicha abertura que se fija con crines de florencia a los tegumentos de la región.

(1) Marión.—Journal d'urologie, 15 Abril 1912.

De esta manera queda suprimida la sonda de la superficie de la sutura, y de la uretra anterior, porción la más microbiana.

Pero teniendo en cuenta que la flora microbiana es rica en toda la extensión de la uretra; que en ella, aun en su estado de mayor virginidad han podido aislarse más de doce especies microbianas (1) entre las que figuran el bacterium coli, el estafilococo aureo, y el estafilococo liquifaciens de Wassermann y Petit; que ninguna de estas especies es patógena en las condiciones ordinarias de la uretra (2) sino que requiere una acción externa traumatizante o lo que sea, que disminuya la resistencia del terreno, creo que lo más acertado y seguro para evitar la infección de la línea de sutura, es eliminar en absoluto y en todos los casos la sonda de la superficies uretral yendo a buscar la derivación de la orina por el hipogastrio.

OBSERVACIÓN

J. F. G., de 66 años, tonelero, natural de Murcia, y procedente de Port-bou, ingresa en este Hospital Provincial la noche del 12 de Febrero del corriente año. Aqueja intensa polaquiuria, disuria, incontinencia de orina y de la defecación.

Lengua suburral, seca y encendida de los bordes. — Inapetencia, sed viva y de cuando en cuando vomita. — Tos y respiración estertorosa. — Cara de color pálido terroso, ojos brillantes y miosis.

Siente dolores hipogástricos y renales y cefalea constante.

Se le dibuja el globo vesical distendido, rebasando el ombligo de unos tres traveses de dedo. Apirexia, 80 puls.

Creí de momento hallarme frente a un retencionista prostático y sin explorar ni interrogar al paciente intenté la evacuación de su vejiga con una sonda acodada del 16 la que se detuvo en la porción bulbar.

Procedí a una minuciosa exploración uretral primero, con exploradores Guyón y después con filiformes y todo resultó inútil, aun empleando la adrelina.

Pido antecedentes, y resulta que hace 40 años que, trabajando en Barcelona de su oficio de tonelero, cayóse a horcajadas sobre el canto vivo de un tonel, sobrevino inmediatamente una regular uretrorragia, orinó más tarde con alguna dificultad, y no recuerda, que se le forma-

(1) Melchior—Cistite et infección urinaire—Paris 1895.

(2) Ann. des. mal, des. org. genito. nr. Wanermann. et Petit 1891 p. 371.

se tumor perineal. Cesó la uretrorragia espontáneamente, continuó orinando con bastante dificultad y molestias durante unos 15 días, y luego todo se restituyó, al parecer, a su estado normal.

Hace tres o cuatro años que empezó a llamarle la atención el adelgamiento del chorro de la orina, el mayor tiempo empleado en la micción y la mayor frecuencia de la misma; fenómenos que en totalidad han venido aumentando, pero que en virtud de la vida bohemia que llevaba no había pensado en cuidarse.

Hace sobre unos veinte días que le sobrevino un ataque de retención agudo que fué cediendo algo bajo la influencia de los baños templados de asiento hasta quedar en el estado descrito del día de su entrada en el Hospital.

El diagnóstico era evidente: una estrechez traumática infranqueable de la uretra bulbo perineal, con retención casi absoluta de orina, distensión de todo el aparato urinario, y plena uremia.

No había más que un partido a tomar: derivar la orina en una u otra forma, reseca la estrechez y rehacer la uretra.

Desconfiando casi en absoluto de los resultados, tanto por el estado de riñón que había que suponer, como por la intoxicación urémica, como por la inhibición renal que había que esperar de la cesación de una distensión tan prolongada y tan paulatinamente creada, en un sujeto arterio-escleroso de 66 años, decidí practicarle al día siguiente la restauración uretral por el nuevo procedimiento Marión.

Quizás se me pueda achacar el que no preparara la descompresión renal de mi enfermo con una serie más o menos repetida de punciones vesicales; pero de hacerlas espaciadas como cabe a nuestra organización de servicios, tenían que ser de evacuación abundante y de consiguiente peligrosos, y de hacerlos de corta evacuación tenían que resultar inútiles dada la poliuria que había que suponer; así es que opté por salvar los peligros que evidentemente tiene una operación ciega como la punción vesical (1) para arriesgar los de una intervención curativa y practicada a cielo descubierto.

Anestesiado por raquiostovainización según el procedimiento de Jonesco, habitual y corriente en mi servicio, practiqué primero la cistostomía supra-pública.

Por cateterismo retrogrado llegué hasta la estrechez con el beniqué de Guyón, y por cateterismo ascendente introduje un beniqué ordinario hasta el límite anterior de aquella. Y de esta suerte me fué

(1) Poncet et Delore.—La cistostomie sus pubienne des les prostatiques—pag. 55.

posible precisar el sitio y extensión de la misma por la sola palpación de la punta de los dos cateteres.

Practiqué una larga incisión desde el escroto hasta dos centímetros por delante del ano, atravesé las capas del periné llegando hasta el bulbo y porción esponjosa de la uretra que disequé cuidadosamente.

Limité por dos incisiones transversales el espacio comprendido entre las puntas de los dos cateteres, y ahondando las incisiones hasta la aponeurosis media, quedó excidido todo el segmento de uretra esclerosado que media unos tres centímetros.

Comencé la hemostasia por la transversal del bulbo y otros arteriolas, y la terminé con la sutura uretral llevada a cabo según la descripción que llevo hecha del procedimiento de Marión.

Ateniéndome a la técnica de este, suturé con catgut y crin de florenza los planos del periné dejando una pequeña mecha de gasa que partía de la línea de sutura.

El ojal hipogástrico quedó drenado con una sonda de Pezer.

Las consecuencias inmediatas de la operación fueron admirables. El enfermo entró en calma absoluta pudiendo conciliar el sueño durante la tarde.

Por la noche aumenta extraordinariamente la sed, se le pone la lengua seca, como tostada, la respiración muy estertorosa y aparece sub-delirio que le dura toda la noche. Apirexia, 92 pulsaciones.

Día 14 febrero. Herida hipogástrica y perineal de buen aspecto. Orina ligeramente, hemorrágica; y apesar de que no pudo medirse su cantidad porque funcionando defectuosamente la sonda se empapó en el vendaje, se ve que ha disminuido sensiblemente respecto al día anterior, conteniendo albumina en notable cantidad.

Lengua saburral y seca, sed viva, diarrea. — Tos, respiración extraordinariamente estertorosa. — Temblor y sub-delirio. — Temperatura 38. 100 pulsaciones.

Se le practican inyecciones de aceite alcanforado y estrignina y se le prescribió tisana diurética a pasto.

En este estado poco mas o menos se sostiene hasta el día 17 en que se activa la diuresis, se atenua la diarrea y demás síntomas urémicos, y todo parece prometer que el riñón al fin triunfará.

Día 19 febrero. Se quitan los crines del hipogástrico y periné y la mecha colocada en este. Orina abundante, encendida y turbia.

El enfermo siente buen apetito y se le permite comer dos sopas al día.

Día 26. Se suprime la sonda hipogástrica dejándole que orine por la fístula.

Día 19 Marzo. En vista de que no ha orinado una sola gota por el canal, se le coloca una sonda acodada del n.º 20 que penetra sin la menor dificultad y sin hacer sangrar la uretra ni poco ni mucho.

Día 10 Marzo. Fístula hipogástrica cerrada: Se suprime la sonda permanente.

Día 11. Se ha abierto nuevamente la fístula. Orina por ambas partes, pero más por el hipogástrico. El periné se sostiene cicatrizado, blando e indoloro a la presión.

Día 16. Se reinstala la sonda permanente.

Día 19. Pareciendo curada la fístula hipogástrica se suprime durante el día para reinstalarla durante la noche, en que disminuida por el sueño la sensibilidad vesical, con el aumento de su distensión peligraría la solidez cicatricial de la fístula hipogástrica.

Día 25 Marzo. Supresión definitiva y absoluta de la sonda.

De esta observación se desprende dos consideraciones; de orden anatómico patológico y clínico la una, y terapéutico la otra, dignas de tener en cuenta.

1.^a Nuestro operado era un estricturado traumático uretral cuyo segmento uretral resecaado, era un bloch fibroso surcado por un conducto angosto, filiforme y tortuoso imposible en absoluto de cateterizar.

Esta estrechez como ha podido verse por la historia, no fué originada por una rotura grave, pues ni hubo tumor perineal ni retención absoluta de orina, sino por una simple rotura parcial o intersticial caracterizada por una ligera uretrorragia acompañada de iscuria, que hasta al cabo de unos 40 años no ha dejado sentir subjetivamente sus efectos sobre el canal.

Que era puramente traumática, no cabe la menor duda; dejando a parte la más absoluta negativa blenorragica del sujeto, la condición de ser única, la integridad completa, y elasticidad normal de todo el resto del canal, y la falta de toda infiltración embrionaria y fibrosa, que durante la operación pudo comprobarse en la peri-uretra, excluyen no solo un pasado proceso blenorragico, sino que en virtud de esta última circunstancia, la periuretritis irritativa que tampoco hubiera faltado en caso de haber sido la rotura total.

De manera que casi puede afirmarse por lo dicho y por la forma tan perfectamente regular del cilindro fibroso que se resecaó, que se trató de una rotura intersticial que cogió todo el segmento de uretra respetando la continuidad de la mucosa.

Sobre los resultados definitivos y prácticos de la operación yo me guardaré mucho de decir una sola palabra. Ya he emitido las razones que me indujeron a preferir este procedimiento, si bien haciendo siempre que fuer. posible la derivación por el hipogástrico.

Pero ateniéndonos solo al curso post-operatorio y resultados inmediatos, nos es permitido hacer afirmaciones o sentar consecuencias que dicen mucho a favor del procedimiento.

1.º La herida uretro-perineal cicatrizó de primera intención en 12 días.

2.º Durante todo el curso post-operatorio no se observó infiltración, ni pasó una sola gota de orina por el periné.

3.º La sonda uretral n.º 20 atravesó la uretra a los 16 días, sin la menor dificultad y sin resaltar.

4.º Al palpar la uretra encima de la sonda no se apreciaban inducciones de ningún género.

J. MASSA

Gerona 21 Abril 1914.

BREVES CONSIDERACIONES SOBRE LA LECHE

(Conclusión)

ALTERACIONES PATOLÓGICAS DE LA LECHE QUE NO PROCEDEN DEL ANIMAL PRODUCTOR. — Puede la leche ser infectiva aun procediendo de un animal sano, si una vez extraída se ha contagiado al ponerse en contacto con el medio ambiente, ya por depositarse en ella polvo del que por regla general hay en las paredes, techos, puertas y ventanas de los establos, ya porque no se haya observado la debida limpieza tanto por lo que respecta al animal mismo, cuya piel particularmente en las regiones vecinas a la mama puede contener gérmenes específicos como por lo que a los encargados de su cuidado y ordeño corresponde, pues acostumbran ser poco amantes de una rigurosa higiene, ya porque las manos la contaminen con productos de infección, o ya porque las vasijas en que se deposita no hayan sido esterilizadas, o hayan sido lavadas con agua procedente de pozos o depósitos que por filtración reciben líquidos que contienen materias infectivas.

Así es como se propagan muchas veces la *fiebre tifoidea*, la *disen-*

tería, el *cólera*, la *escarlatina*, la *difteria*, etc., de los que se han observado verdaderas epidemias.

Las diarreas verdes que durante el verano son tan frecuentes en los niños a los que producen trastornos de gravedad amenudo seguidos de muerte, reconocen el mismo origen, pues según Jeusen, casi siempre contiene colibacilos la leche del comercio.

FALSIFICACIÓN DE LA LECHE. — Siendo la leche un líquido cuyos componentes están en proporciones tan variables, se presta al fraude por la dificultad de conocer organolépticamente los cambios físicos sufridos en su composición, no tratándose de una exagerada alteración en su proporcionalidad.

Son numerosas las falsificaciones de que puede ser objeto, pero las mas frecuentes son el desnate y la adición de agua, ó bien las dos cosas a la vez; hay industrial que una vez desnatada la leche, le añade grasa de otra procedencia, o bien por haberle adicionado una cantidad exagerada de agua le añade una sustancia colorante; alguna vez es fécula la sustancia que sirve para la sofisticación. Un buen procedimiento (industrialmente considerado) para falsificar la leche y difícil de descubrir, es mezclarla con leche procedente de otro animal que económicamente resulte ventajosa.

CONSERVACIÓN DE LA LECHE. — Por mucho cuidado que se tenga, al poco tiempo de haber sido extraída, contiene la leche un importante número de microorganismos, predominando los fermentos lácticos. Si la temperatura de la leche o la del medio ambiente elevado (más de 20°) estos gérmenes se desarrollan rápidamente y la leche se agria.

Todos los medios usados tienen por objeto privar el desarrollo de las bacterias, sea paralizándolo por el empleo prolongado del frío, sea por la acción del calor o de antisépticos a dosis insuficientes para destruir los gérmenes microbianos, pero capaces de evitar su desarrollo. Los rayos ultra-violeta también cumplen el mismo objeto;

Estos medios de conservación se comportan de distinto modo ya bajo el punto de vista higiénico, ya bajo el de la alteración de la leche.

El frío y los rayos-ultra violeta no modifican la composición de la leche; los demás alteran sus propiedades.

Medios físicos. — El frío aplicado inmediatamente después de ordenada la leche, es un buen procedimiento, siempre que su aplicación se haga de manera que la leche pase rápidamente de la temperatura de 37° que tiene al ser extraída, a la de 10° ú 11°; si se verificase lenta-

mente este cambio, resultaría que permanecería a la temperatura de más 20° el tiempo suficiente para que la flora microbiana se desarrollase y se alterase la leche.

Para cumplir este objeto se han construido refrigerantes cilindricos y planos, y aparatos apropiados para el transporte de la leche a distancia, siempre a baja temperatura.

Los rayos ultra violeta, tienen un gran poder bactericida, más no se conoce la manera como obran; su empleo resulta muy dispendioso, por lo que la industria lechera, hoy por hoy no puede beneficiarse de ellos.

Los microbios patógenos que puede contener la leche, no todos resisten por igual, a la acción del calor. El bacillo tuberculoso queda destruido si permanece durante 20 minutos a una temperatura de 60°; 10 minutos a una temperatura de 80° ó 5 minutos a una de 85°; puede admitirse que los demás organismos patógenos que pueden hallarse en la leche no soportan la acción de una temperatura de 60° durante 20 minutos.

Los fermentos tampoco ofrecen un mismo grado de resistencia al calor, pues si los hay que quedan destruidos con temperaturas menores de 60°, otros resisten temperaturas de 90° y más.

Los esporos están dotados de mayor resistencia, siendo necesario llegar a temperaturas de 120° y más, para destruir los de determinadas especies.

Para la conservación de la leche por el calor, se han puesto en práctica varios procedimientos. *Pasteurización* o sostener la leche durante una hora a una temperatura de 60°—65° o de dos a diez minutos a 80°—85°.

La pasteurización doméstica, suficiente para conservar la leche durante unas 12 horas, consiste en hervir la leche en un recipiente cualquiera y trasladarla a otro que presente gran superficie de evaporación cubierto con una servilleta para que no vaya polvo ni otras impurezas.

Por la *esterilización* se somete la leche a altas temperaturas con objeto de matar los microbios y destruir sus esporos. Este procedimiento altera y desorganiza los componentes de la leche.

Puede practicarse la esterilización doméstica procediendo del modo siguiente; con leche recientemente ordeñada se llenan frascos de unos 125 gramos de cabida se tapan con un tapón de tela previamente lavada y hervida y se colocan en un baño-maría de manera que el agua llegue al cuello de las botellas y procurando que no descansen sobre

el fondo de la vasija si se verifica la operación a fuego directo; se somete a fuego lento y cuando hierve se sostiene la ebullición de 40 á 60 minutos; se retira del fuego y se deja enfriar sin sacar las botellas del baño; si se han de conservar durante algún tiempo las botellas así preparadas, es buena medida recubrir los tapones con parafina licuada.

Puede también conservarse la leche, bien *concentrándola*, es decir quitándole más o menos completamente el agua que contiene (85 á 87 por 100), añadiéndole sacarosa concentrándola al tercio o al cuarto de su volumen primitivo, o sinó privarla del agua que sirve de vehículo a los demás componentes sin añadirle azúcar; pero en este caso es preciso esterilizarla para poderla conservar.

También es un medio de conservación, el evaporar el agua hasta poder reducir la leche a polvo fino.

Medios químicos. — Los conservadores químicos de la leche no siempre son sustancias antisépticas en el sentido de ser tóxicas para los microbios, empleados a pequeñas dosis.

Estas sustancias pueden obrar como antisépticas, como saturadores del ácido láctico producto de fermentación y como retardadores de la formación del cuajo.

Las hay como el formol y el borato de sosa que no solo obran como antisépticos, sinó que también retardan la formación del cuajo; y otras como los alcalinos que saturan el ácido láctico y retardan el cuajo.

Si bien la mayor parte de los antisépticos obran sobre los microbios destruyéndolos, también es cierto que son perjudiciales para el organismo de los individuos que consumen leche así conservada y esta acción perjudicial para el organismo es tanto más pronunciado, cuantas más impurezas contengan los conservadores empleados.

LECHES MEDICAMENTOSAS. — Son las leches fermentadas resultado de la transformación de los elementos normales por organismos aportados expresamente, y las leches medicamentosas propiamente dichas.

Las leches fermentadas, tanto si se trata de una fermentación láctica, alcohólica o mixta que es la más frecuente, hace ya muchísimos años que las emplean los pueblos de Oriente y algunos del Norte.

Entre nosotros se usan con un fin terapéutico, especialmente para modificar la flora intestinal.

Cuéntanse entre las leches fermentadas, el Kefir, el Koumys, el Yoghourt, el Lebeu, el Mazun, el Gioddu y el Dadhi.

Las leches medicamentosas propiamente dichas se obtienen o bien

incorporando a la leche el medicamento de cuya acción se quiere beneficiar al sujeto enfermo (Lecitina, lactofosfato o glicerofosfato de cal, hidrógeno sulfurado) o bien administrando a los animales un medicamento de los que se eliminan en parte por la mama (inyecciones subcutáneas o intramusculares de soluciones oleosas de iodo).

CONDICIONES QUE DEBE REUNIR LA LECHE PARA QUE NO ALTERE EL NORMAL FUNCIONALISMO DEL ORGANISMO HUMANO. — Es indiscutible que la leche ocupa un lugar de preferencia en la etiología de las infecciones específicas, por los gérmenes que arrastra consigo; de trastornos gastrointestinales, por las sustancias llamadas conservatrices; y de intoxicaciones más o menos graves, debidas quizás a las drogas empleadas para su adulteración.

Es por lo tanto de absoluta necesidad procurar que la leche sea lo más pura posible, aun cuando sea a costa de sus elementos constitutivos; pues a nadie se oculta que las variadas manipulaciones a que debemos sujetarla para quitarle las impurezas que pueda contener, alteran más o menos su composición disminuyendo casi siempre sus propiedades nutritivas y siendo causa de alteraciones en el trabajo fisiológico de nuestros órganos.

Lo primero que debe evitarse, es el que vaya a la venta leche procedente de animales que padezcan enfermedades específicas, inutilizando toda la que no se tenga la seguridad de que ha sido proporcionada por animales sanos.

Para conseguir esto, deberían dictarse y *cumplirse*, reglas encaminadas a que los animales destinados a la producción de leche sean examinados frecuentemente por persona idónea, aislando aquellos que presentasen el más pequeño signo de enfermedad, y que obligasen a observar con ellos las prescripciones higiénicas que se consideren necesarias, castigando con severidad cualquier infracción.

Como aun cuando el animal esté sano, puede la leche ser contumaz, debido a los agentes que con ella se ponen en contacto una vez extraída, será indispensable tener completamente limpias las cuadras, para evitar que se depositen en la leche, polvo u otras porquerías de las que generalmente abundan en las paredes y techos de los establos.

El animal lechero, debe estar sujeto a una rigurosa limpieza, a fin de que no caigan en la vasija que recibe la leche, pelos de las mamas u otras sustancias sépticas de las que tanto abundan al rededor de la glándula y regiones vecinas, y que son causa de que la leche de aséptica se convierte en virulenta.

También debe procurar observar la mas absoluta limpieza consigo mismo, el individuo que ejecuta la operación de extraer la leche, ya que si sus vestidos o manos contienen gérmenes patógenos, lo más probable es que la leche se contamine.

Y tampoco debe olvidarse que si las vasijas en que se deposita la leche están sucias, por mucha que haya sido la escrupulosidad observada en todo cuanto a la higiene del animal se refiere, como en lo concerniente a la extracción de la leche, ésta será de mala calidad.

Puede pues darse al niño y al sujeto enfermo sin someterlo previamente a operaciones que aseguren su pureza, únicamente la leche que procede de un animal sano y que no se ha contaminado desde su salida de la glándula mamaria, hasta su entrada en la boca del individuo.

Con la observación de estas reglas obtendríamos la leche ideal, el verdadero alimento completo, capaz de reparar por si solo las pérdidas que sufre el organismo sano por el fisiológico funcionalismo de sus órganos y aparatos: así como el único que podría sostener las fuerzas del hombre enfermo en la lucha que sostiene con la enfermedad, y habríamos llegado al extremo de ponernos a salvo casi en absoluto, de los males que puede producirnos la ingestión de leche cargada de gérmenes varios, y parodiando a P. Desfosses podríamos decir que si *«Pasteur ha salvado miles de existencias humanas enseñando a los cirujanos a lavarse las manos, que servicios no reportaría el discípulo suyo que enseñase a los vaqueros y consumidores de leche las reglas elementales de la limpieza»*.

Por desgracia no sucede así, siendo muy poca la leche que exenta de impurezas se dá al consumo público, ya porque procede de animales enfermos, ya porque al ponerse en contacto con el medio ambiente se contamina. A fin de evitar estos peligros para la salud, es que se aconseja practicar los procedimientos para la conservación de la leche que se dejan apuntados, aun cuando sea en detrimento de la integridad de sus componentes.

Pero cuando la leche esta alterada por haberla adulterado el que con ella comercia por la adición de agua más o menos impura; por haberla despojado de alguna o algunas de las sustancias que la integran, en mayor o menor cantidad, o por haber mezclado con ella sustancias que por si solas son perjudiciales para nuestra economía entonces si que el remedio es de más difícil aplicación, ya porque no se halle establecimiento en donde poder adquirirlo, ya porque aun disponiendo de él, tenga lugar su administración homeopáticamente.

La mejor leche pues, es la fresca, la recién ordeñada, exenta de todo germen y que no se ha sometido a operación alguna.

EMILIO ARDERIUS.

HIGIENE DE LAS AGUAS DE MESA

(Continuación) (*)

No pueden desatenderse las indicaciones procedentes del aparato genito urinario; porque según sean las aguas que se tomen en las comidas, se notarán excitaciones o depresiones genésicas y se sentirán los efectos de una diuresis suave y abundante, o al contrario, las sacudidas de la insuficiencia renal, más o menos grave, que puede hasta ocasionar la muerte, por desarrollo de ataques urémicos, muy conocidos de los médicos directores de ciertos balnearios.

Por último, tenemos en las enfermedades generales de la nutrición, un manantial inagotable de indicaciones a cumplir y completar con las aguas de mesa; por las modificaciones que su estructura molecular puede imprimir a los sueros nutricios; por la combición de sus iones con las moléculas orgánicas y por las alteraciones funcionales que la radioactividad acuífera puede causar a los elementos histológicos, la energética hidromineral a los líquidos circulantes y la presión de los gases hídricos a la de los biológicos, que sería temerario intentar siquiera un somero análisis de tales cuestiones, en los breves momentos de que disponemos, debiéndonos concretarnos a señalar la profunda y efectiva acción hidromineral, en la diabetes, gota, litiasis, obsesidad, escrofulismo, etc., etc., etc.

Acabamos de revisar los principales aparatos y sistemas más directamente influidos por la clase de agua que se beban en las comidas.

Los rasgos que hemos trazado son demasiado vagos para delimitar las indicaciones precisas de las que venimos estudiando: ellos, sin embargo, nos bastarán para sacar en claro una indubitable consecuencia, y es la de que, con las aguas de mesa pueden satisfacerse muchas prescripciones profilácticas y no pocas indicaciones terapéuticas; debiendo para llenarlas, así como para evitar inconvenientes, haber resuelto la segunda pregunta que formulamos:

(*) Véase núm. de Abril, pág. 55.

2.^a ¿Qué clase de aguas debemos elegir en las comidas? Antes de contestarla es preciso que hagamos una aclaración, referente al momento fisiológico en que se emplean las aguas que nos ocupan. Al estudiar la acción de las minerales, generalmente se parte del supuesto de la vacuidad del estómago, y en estas condiciones, cuando se acude al balneario, a tomar el agua de la mañana, los efectos fisio-terapéuticos son de una limpidez asombrosa, y conociendo las cualidades del agua que se ingiera y las condiciones del estómago que la reciba, no ha de ser difícil interpretar la resultancia del conflicto bioquímico surgido en el interior del gran reservorio digestivo; pero, en nuestro caso el problema se complica sobremanera, porque las cualidades de los alimentos ingeridos influyen notablemente en las acciones que han de producirse al llegar al estómago y mezclarse con ellos, cierta cantidad de agua, más o menos cargada de moléculas abiertas y electrolíticas.

Otra observación nos precisa también, y es la de que, al nombrar los manantiales partiremos siempre de la base de que sus aguas son tales como salen de las fuentes. Esta aclaración es necesaria; porque se va extendiendo la costumbre de añadir ciertos componentes a las aguas vírgenes, para obtener de ellas efectos distintos de los que libremente producirían; así, en Carlsbad se añade, al agua del Sprudel, sulfato sódico, obtenido cristalizado por concentración de la propia agua, con el objeto de hacerla purgante; en Kissingen se usan aguas concentradas para obtener efectos laxantes; en Cauterets se agrega cloruro sódico al agua, hasta hacerla isotónica del suero sanguíneo, para evitar brotes termales; y es generalísima la práctica de sobresaturar de ácido carbónico a las aguas de mesa.

Y por último, debemos observar, también, que las reglas hidrológicas vigentes, han de referirse siempre a aguas frescas o nuevas; es decir, recientemente recogidas y debidamente embotelladas. Los abusos que en este punto se cometen son innumerables; hemos visto recoger, en grandes garrafas, aguas de mesa que luego debían ser trasegadas a botellas de litro; hemos visto recogerlas en cántaros porosos, en botellas ca-seras, de vino, aceite, medicinas, etc., etc. Por nuestro cargo de médico director de balnearios, diferentes veces hemos debido reprimir tales abusos, que indudablemente redundan en descrédito del agua mineral, porque con el trasiego pierde los gases y con el uso de botellas que han contenido vino u otras sustancias, se altera la composición del agua: y no vale el decir que nada hay que temer si bien se lava la botella, porque es bien sabido que una milésima de milígramo de arseniato sódico en cien mil partes de

agua, precipita en amarillo con el nitrato de plata; que el almidón denuncia dos millonesimas de tintura de yodo en un líquido; y en Hidrología, que actuamos siempre con sustancias muy diluidas, no hay que olvidar que en las aguas minerales hay sales que solo existen en la proporción de décimas de milígramo, y que, no obstante, marcan su presencia en los efectos de las aguas respectivas, como de ello tenemos un ejemplo en las arsenicales y hasta en algunas sulfurosas (Louchon, entre ellas), y es de sobras conocida, la reducción del sulfato cálcico a sulfuro de la misma base, por el uso de tapones deteriorados. No hace falta que insistamos sobre el particular, porque todo el mundo está convencido de la necesidad de acondicionar debidamente las aguas minerales, y nuestra misma legislación dispone, que las aguas que se expendan deben ir bien embotelladas y con la etiqueta respectiva del balneario.

Asimismo, nos referiremos siempre a aguas frescas. La convicción de que las aguas deben ser recientes es inmemorial; pero, hasta hace poco, solo se habían demostrado alteraciones groseras de la composición de las aguas; mientras que hoy día se sabe que los gases se escapan fácilmente; que la radioactividad se extingue, según leyes precisas fijadas por Curie; que no se necesita guardar las aguas embotelladas hasta que la química revele cambios de composición, sino que la crioscopia denuncia y mide alteraciones moleculares ocurridas en las aguas, a las pocas horas de recogidas, como lo ha demostrado Lucien Graux, con las muestras transportadas y reconocidas en París, inmediatamente de recibirlas, etc., etc. y el mismo Arnozan ya declaraba, que «entre el uso de una agua en la misma fuente o a distancia, hay la misma diferencia que entre un fruto fresco y otro conservado». Las alteraciones que sufren las aguas al salir de las fuentes pueden ser de poca monta, y desde luego lo son al principio, si van bien embotelladas; pero, si se guardan demasiado pueden alterarse de tal manera, que lleguen a perder sus propiedades y hasta se conviertan en nocivas e infectadas. Para librarnos de estos escollos sería muy conveniente que todas las botellas llevaran, en la etiqueta, la fecha del embotamiento del agua; aspiración difícil de conseguir de los propietarios, pero que se lograría por mandato de la ley, si prevaleciera la proposición del Doctor Muñoz del Castillo, tantas veces solicitada.

Previas estas declaraciones, pasaremos a examinar las diferentes clases de aguas.

Se admite generalmente, que las de mesa deben ser de escasa mineralización y poca temperatura; y si bien es cierto que no son compatibles con el acto digestivo, aguas muy salinas como las de Salies de Bearn, La

Toja, Rubinat y Loeches. ni supratermales, como las de Caldas de Montbuy y La Hermida, en cambio, han sido de uso corriente las de Vichy (Celestins y Hopital), con más de ocho gramos por litro, de residuo salino, y las de la fuente Grande Grille. a 42.5° , y de Caldas de Malavella, a 60 y hasta 89° de temperatura; contándose, en contraposición, algunas oligometálicas, como La Garriga, perfectamente impotables por la superabundancia de materia orgánica que contienen, y otras muy frías, como las de Gazost y Bañolas, no usadas en la mesa, por su olor sulfhídrico, apesar de contener la primera menos de un gramo de residuo salino y ser poco más mineralizada la segunda.

Por lo que hace a la clasificación, se han usado de todos los grupos, incluso de las sulfurosas, que los franceses mezclan con la leche y merecerían ser llamadas «de mesa» en el sentido más amplio de esta palabra; lo cual no debe extrañarnos, porque nosotros contamos también entre las bicarbonatadas, a la variedad sulfhídrica, del tipo Borines, de agua fresca y agradable, que no falta en ningún hotel o restaurant medianamente provisto; pero, concretando la acepción de la frase a su estricto sentido, debemos incluir entre las aguas de mesa, a las bicarbonatadas y cloruradas débiles, a las acídulo carbónicas, ferruginosas, nitrogenadas y oligometálicas; a las que debemos añadir, las potables, muchas de las cuales deberían embotellarse, transportarse y expendirse, con todos los honores de las más ricas aguas de mesa, porque en muchísimas ocasiones son necesarias e insustituibles.

Conocidas sobradamente, por los señores académicos que me dispensan el honor de escucharme, las propiedades físico químicas y fisiológicas de los diferentes grupos hidrológicos enumerados, no hace falta que las reproduzcamos; con lo que ganaremos un tiempo, precioso y premioso, que luego podría faltarnos, y evitaremos repeticiones y quizás confusiones con lo que más adelante expusiéramos; mientras que, dando por sabidas las cualidades físico-biológicas de las aguas minerales, no quebrantaremos la unidad del plan y podremos amoldar las aplicaciones, de las distintas aguas de mesa a los casos preestablecidos siguientes:

(a) Siempre que el agua usual de mesa sea mala o sospechosa, debemos sustituirla por otra buena; es decir, por otra, físico-química y biológicamente potable, no mineral.

No tenemos en este punto duda alguna; y tampoco tengo ningún reparo en manifestar, que precisamente los cotidianos abusos que he visto cometer a este respecto, fueron los que me decidieron a elegir el tema de las aguas de mesa, digno de ser desarrollado por persona más compe-

tente que la que tiene la honra de hablaros en este solemne acto.

Por lo regular, el reemplazo de las aguas malas o sospechosas, por otras mejores, no encuentra resistencia alguna: lo difícil es dar con la conveniente, y es en este punto que vamos a insistir ahora mismo.

Partiendo siempre de la base del estado hígido del individuo, debemos distinguir dos casos: 1.º El agua, que nos corresponde escoger, solo debe ser usada transitoriamente, y 2.º Debe ser utilizada por un tiempo más o menos largo.

1.º Para el primer caso, es preciso recordar que el estómago, en general el tubo digestivo, y si profundizáramos, podríamos añadir, la economía entera, por un complejo y no del todo conocido mecanismo, en el cual no hemos de ahondarnos, goza de un gran poder regulador, necesario para su adaptación a las variaciones de los elementos externos, entre los que ocupan lugar importantísimo los alimentos y bebidas. Nuestro poder regulador, de adaptación al medio ambiente, es seguramente muy amplio; pero, como toda condición humana, es limitado, y esta limitación, que se manifiesta en todas las esferas, se revela inmediatamente por trastornos más o menos patológicos (principalmente de síndrome gastro-entérico) consecutivos a los cambios bromatológicos; lo que implica, que para el regular y moderado funcionalismo digestivo, se requiera la mayor uniformidad del régimen alimenticio y la menor alteración de las bebidas; y que por lo tanto, en los viajes, en las fondas, en los convites y, en general, siempre que sea preciso cambiar transitoriamente la ordinaria, deberá elegirse *un agua potable, equi-molecular o lo más isotónica posible, con la que se tenga por acostumbrada.*

Hay quien, algo resabiado del antiguo humorismo o enamorado del moderno hipocratismo, pretende sea conveniente a la salud individual, un efímero trastorno digestivo que barra el conducto y aumente el apetito.

DR. JOSÉ M.^a MASCARÓ

(Continuará)

Consideraciones sobre el hidrocele vaginal y su tratamiento

(Conclusión) (*)

XXVIII. Rdo. J. G. edad 49 años, hidrocele lado derecho, mediano. (En Junio 1910 puncionado paliativamente). Operación radical 26 Enero 1911, líquido citrino, inyecciones vinosas.

13 Febrero. Presenta hidrocele mediano grosor y dice no se le inchó después de la operación, disponiendo las unturas mercuriales. — En la fecha 22 Febrero. Trasparencia en el hidrocele igualmente abultado, aconsejando siguieran las unturas. — 11 Marzo. Testículo igualmente abultado pero sin trasparencia. Se dispone una poción yodurada y una pomada de yoduro de plomo y yoduro potásico con manteca. — 20 Marzo. Adelanta la resolución del derrame, se continúa la medicación. — 4 Abril El testículo muy rebajado. — 8 Mayo. Curación absoluta, testículo duro Resolución muy tardía

XXIX. J. R. edad 62 años, hidrocele mediano en el lado izquierdo y comienzos en el derecho. Operación radical 8 Abril 1911, líquido citrino, inyecciones vinosas al lado operado. — 11 Abril. Ligero hidrocele en ambos testículos. — 12 Abril. Más trasparente el no operado. — 20 Abril. Marcha a su pueblo hallándose muy bajos ambos testículos. (Posteriormente le ví en Oix significándome le había reproducido pero no le examiné). Caso de reproducción si dijo la verdad.

XXX. V. M. edad 46 años, hidrocele izquierdo, mediano. Operación radical 30 Septiembre 1912, líquido citrino, inyecciones vinosas. El nuevo derrame no se reabsorbe más que a medias. — 23 Diciembre 1912. Se punciona nuevamente el mismo hidrocele retirando unos 300 gramos de líquido citrino. — 20 Abril 1913. Viene a mi despacho significándome, que después de la punción paliativa del 23 Diciembre, se le había inchado nuevamente dentro los 8 días siguientes.

En Marzo empezó a notar se le reabsorbía el derrame, rebajando mucho durante aquel mes. 20 Abril 1913. Queda el testículo algo abultado, pero sin trasparencia. — 12 Julio 1913. Comparece al despacho indicando hallarse completamente curado desde últimos de Mayo.

(*) Véase núms. de marzo, abril y mayo.

En este caso no se reabsorbe completamente el derrame después de una intervención radical y en cambio una simple paliativa, posterior hace el efecto de una radical, pero con reabsorción tardía.

XXXI. R. P. de 50 años de edad, hidrocele izquierdo, voluminoso. Operación radical 5 Diciembre 1912, líquido citrino, 2 inyecciones vinosas, la 2.^a adicionada con tintura de iodo, curación.

De mis notas he podido recoger esas 31 observaciones, con 33 operaciones radicales por ser 2 de ellas dobles.

De los datos consignados en las mismas se desprenden las siguientes

CONCLUSIONES

1.^a Que la edad, en el hidrocele oscila entre los 25 años (observación XXIII) y 67 años (observación I) siendo más frecuente entre los 40 y 60 años.

2.^a El hidrocele generalmente afecta un lado solo, pero algunas veces es doble, siendo muchas veces grande en un lado y pequeño en otro, (observaciones XIV y XXVII) y algunas veces desarrollado en un lado e iniciado en el otro (observación XXIX).

3.^a La afección invade indistintamente las dos bolsas, pero indudablemente es más frecuente en el lado izquierdo. De las 33 observaciones corresponden 18 al izquierdo, 8 al derecho, 2 doble y 3 en que no se halla consignado el lado.

4.^a El color del líquido es generalmente citrino, alguna vez algo moreno (observación XV) y alguna muy acafetado (observación XXI).

5.^a La reabsorción del líquido segregado por la intervención tiene lugar generalmente entre los 24 y 30 días. En los hidroceles pequeños, reabsorción rápida (observaciones III, IX, XI y XII) y en los grandes hidroceles, la reabsorción es aveces prolongada más de lo regular, tal vez por falta de poder absorbente de la serosa (observación VI, XXVIII y XXX).

6.^a La reabsorción completa del líquido segregado por la intervención es la regla, pues la reabsorción incompleta la he visto solamente en el caso de la (observación XXX y la reproducción del derrame, después de haberse reabsorbido, tal vez haya tenido lugar en el caso de la (observación XXIX), si el paciente no me engañó.

7.^a En el caso de encontrarse con un testículo abultado, extrayendo poco líquido, estése prevenido, para alguna contingencia si se intenta la cura radical (observaciones XIII y XIV).

8.^a Significan las obras que la intervención radical del hidrocele en ambos testículos, vuelve infecundo al varón, pero no será ello tan absoluto, cuando en la estadística, figura un enfermo operado de ambos lados (observaciones IX y XII) quien con posterioridad tuvo su mujer varios hijos tan parecidos a sus hermanos de antes las intervenciones que patentizan la legitimidad paterna.

9.^a El método para el tratamiento del hidrocele vaginal simple es sin disputa el de las inyecciones.

10.^a En los hidroceles complicados puede tener mayores ventajas el método de la incisión.

11.^a En el procedimiento de las inyecciones vinosas calientes, el factor principal para producir la inflamación de la serosa revelada por los dolores que se dispiertan, es sin duda la temperatura de las mismas. El vino aromático por su parte, no deja de ser un estimulante, aunque no fuera por otra cosa que por el alcohol que contiene.

12.^a La tintura de iodo, adicionando una cantidad al vino aromático caliente, puede tener alguna utilidad, para avivar la irritación de la serosa, especialmente en los hidroceles muy antiguos y voluminosos. Se ha empleado solamente en los casos de las (observaciones I, VI, VIII y XXXI).

13.^a Las unturas y cataplasmas presumo no son necesarias siempre, pero no encuentro superfluo, hacer los posibles para moderar una inflamación, que ha alcanzado el grado necesario para obtener el objeto que se persigue.

He finalizado queridos compañeros, mi compromiso y bien quisiera que a cambio del rato que os he molestado con la lectura del presente trabajo, pudiérais sacar alguna enseñanza provechosa del mismo, cuando os veais obligados a tratar algún enfermo de hidrocele, que como sabeis, exige una intervención de poca monta y de resultados poco menos que seguros, cuando se practica debidamente.

JUAN DANÉS

Olot 29 Diciembre de 1913.

JOSÉ FUSTER Y SEGUI

Médico de Gerona

Los que acostumbrais asistir a las reuniones y asambleas que viene celebrando este Colegio, recordereis al compañero de regular estatura, proporcionado de cuerpo, moreno de color, barba rala cuidadosamente recortada, para desimular inoportunas canas, pulcro en el vestir; reservado de expresión y cauteloso en el habla que se había conquistado las simpatías de todos y por ello repetidamente, sin interrupción, le habiais designado por durante los 20 años que llevamos de Asociación, un puesto en la Junta Directiva; exacto cumplidor del deber, no hallareis quien os diga que hubiese recibido de él un agravio profesional; su estado de soltería y la posición un tanto desahogada que con su trabajo se había logrado le permitían asistir a Congresos y reuniones médicas. Vino a Madrid en 1898 cuando el malogrado Dr. Calleja nos reunió para estatuir la Colegiación, estuvo 1901 en Lérida cuando la reunión de los Colegios de Médicos de Cataluña, asistió a la Asamblea de 1903 en Zaragoza cuando la revindicación de las Patentes, y cuantas veces ha sido necesario que este Colegio, aportara su óbolo para suscripciones o tuviese que figurar con representación personal, Fuster era de los primeros en prestar su concurso.

Los comienzos de su ejercicio profesional los realizó en la rica comarca rural del S. y SO. de Gerona ya que al terminar sus estudios se encargó de la clientela de Masaller médico de Aiguaviva; en esta su primer etapa (1872-75) la comarca en que ejercía Fuster, estaba convertida en un diseminado Hospital de sangre, pues buen número de las alquerías que la pueblan, albergaban los heridos en las escaramuzas y combates que a diario se libraban y ello le dió ocasión a prestar asiduo cuidado a las víctimas de uno de los bandos que enconadamente sostenían la guerra civil que devastaba nuestra provincia; muchos debieron a Fuster la vida o la integridad de sus miembros. A poco de extinguida la guerra, agrandó su esfera de acción pasando a Fornells al lado del achacoso Dr. Mundet quien le traspasó la clientela, y por durante los 15 años que sirvió en esta región supo grangearse al aprecio y consideración de todos los vecinos, al extremo de que al trasladarse en 1887 a Gerona conservó la confianza de sus antiguos clientes y muchos eran los que en casos graves recorrían él para que les cuidara en sus dolencias, y buen seguro que a tal circunstancia puede atribuirse su rápida muerte puesto que instado para visitar en un pueblo cercano a un antiguo cliente de Aiguaviva, le sorprendió un chubasco, que empapó sus ropas, sufrió un enfriamiento al que de momento no se dió importancia, y a los cuatro días le obligó a guardar cama y al segundo de estar en ella, (11 del corrient

mayo) un inesperado episodio cardíaco dió fin a su laboriosa existencia.

En 1887 cansado de las penalidades de la vida del médico rural, con base económica alcanzada por su esfuerzo y espíritu de ahorro, vino a Gerona al lado de su cariñosa madre y de su hermano mayor, el cura-párraco de San Félix, muertos una y otro, acogió a dos sobrinos, quienes animaron su frío hogar de soltero.

La asiduidad, la rectitud, la integridad que le conquistaron la estima de sus clientes de la comarca rural las puso al servicio de sus parroquianos de Gerona y por ello al fallecer ha merecido un pio recuerdo de cuantos le conocieron y trataron. Su vida de médico ha de servirnos de ejemplo a muchos y hasta en su muerte podemos hallar alguna enseñanza ya que aun no estaba rigido su cadáver algunos *colegas* no se daban punto de reposo para solicitar supuestas prebendas y vistosos puestos que ocupara horas antes.

Fuster había nacido en 28 febrero de 1849 en Reus, en dicha ciudad estudió con los PP. Escolapios la primer y segunda enseñanza. Alcanzó el Título de Bachiller en 7 enero 1867. En septiembre del propio año ingresó en la Facultad, alcanzando la licenciatura en 4 julio 1872.

Cuando en 1870 la fiebre amarilla se desarrolló en Barcelona, Fuster fué de los estudiantes que se prestaron a servir en el Hospital de epidemiados instalado en el convento de Arrepentidas, en aquel entonces solitario edificio del Ensanche, de aquella ciudad.

Al fallecer, era vocal de la Junta provincial de Sanidad, y no ignoráis haber sido Tesorero, Secretario y que en las últimas elecciones le reelegistéis para el cargo de Vocal 1.º de nuestro Colegio.

Según manifestación de su heredero, tiene dispuesto que sus libros de medicina pasen al Colegio ya que no quería se desperdigaran, por la estima que les tenía por los ratos de tedio que le habían evitado. El fondo de su biblioteca médica lo constituye las obras publicadas, y son muchas, por la Revista de Medicina y Cirugía Prácticas, avalorada por las colecciones completas (103 tomos) de la propia Revista y 50 de la Revista de Ciencias Médicas de Barcelona, junto con muchos volúmenes de actas de los Congresos internacionales y españoles a que había asistido.

Con la muerte de Fuster todos hemos perdido un compañero, muchos a un amigo y Gerona a un médico de la cepa antigua, de los que sin alardear de *sabio* alcanzan el alivio de muchos enfermos, de los que no vocean sus diagnósticos, ni éxitos, de los que tasan los honorarios por la situación económica del paciente y no por el *auri sacra famés* que informa la práctica de los que industrializan la medicina.

Los 42 años de honrada práctica profesional le habrán servido para que, Dios misericordioso le haya acogido en su seno.

J. PASCUAL.

Gerona, Mayo 1914.