



BOLETIN MENSUAL

LA XVII ASAMBLEA

El día 16 de septiembre tuvo lugar en la sala capitular del Ayuntamiento de la ciudad de Olot la Asamblea general que tenía convocada este Colegio.

LOS CONCURRENTES

Asistieron los Sres. Don: L. Aguilar. — C. Agustí. — J. Amer. — J. Alzina. — E. Barnadas. — J. Blanch y Cufí. — J. M.^a Bofill. — J. Bore. — M. Bosch y Mir. — J. Bosch y Clos. — J. Bosch y Clos. — F. Burch y Sitjar. — E. Cardoner. — B. Carreras y Durán. — J. Codina y Massot. — F. Coll. — A. Coma. — J. de C. Conill. — L. Dalmau y Plá. — J. Danés. — F. de A. Deu. — I. Figueras y Parés. — M. Formosa. — J. Gassiot. — J. Genover y Carreras. — B. Genover y Codina. — J. Jordi. — R. Llistosella. — M. Martínez y Bori. — J. M.^a Mascaró y Castañer. — J. Massa y Corney. — I. Massanet. — R. Mir. — J. Monells y Gou. — A. Moret de Ciurana. — C. Noguer. — E. Obrador. — V. Pagés y Oliveras. — J. Pascual y Prats. — F. Pi y Pi. — J. Quintana. — M. de Roca y Ferreol. — C. Roig y Prats. — F. Ros y Galter. — S. Sala y Juvíná. — R. Salvatella. — R. Sambola. — J. Sau. — C. Schmid. — R. Sors y Casadevall. — M. Verdaguer. — R. Vidal y Mateu. — J. Vila Batlle. — J. M.^a Vila Sabater. — N. Vila Sabater, y R. Vilardell, de esta provincia y los Dres. A. Bassols y Prim.

— A. Pi Suñer. — J. Puig Sureda. — E. Ribas y Ribas, de Barcelona y el J. M.^a Bellido, de Zaragoza.

Escusaron su asistencia por enfermos los Sres. Forras, Oms, y Roca y Planas, y por ocupaciones perentorias los Sres. Ariet, Centellas, Roca Pinet, Sanchez y Tarrús.

LOS ACTOS

Sesión científica:

Dió comienzo poco después de la hora señalada en la convocatoria, ocupando los sitios de la mesa los Sres. de la Junta de Gobierno en unión del Dr. Pi Suñer y el colegiado D. Evelio Barnadas, alcalde de Olot; actuando de presidente el vocal Dr. Marcos de Roca, quien, después de un atento saludo a los Sres. concurrentes, manifestó que un accidente fortuito (*) impedía ocupar el sitio, al presidente del Colegio, y concedió la palabra a D. Emilio Cardoner que tenía el encargo de disertar en esta Asamblea, dicho Sr. dió lectura a unas «*Someras consideraciones al tratamiento de las fracturas*» reflejando en su discurso las sólidas convicciones adquiridas por la práctica inteligente y concienzuda en la curación de los traumatismos óseos, fundamentando la argumentación con casos de observación personal, indicó de paso los perniciosos efectos del curanderismo. Una salva de aplausos premiaron al Sr. Cardoner su labor de indiscutible utilidad para el ejercicio médico rural.

A continuación el expresado presidente Dr. Roca, en breves y sentidas palabras hizo la presentación del joven catedrático de fisiología Dr. A. Pi Suñer quien agradeció la distinción del Colegio al elegirle para dar una *Conversa* científica en esta Asamblea, de la que se consideraba parte integrante, por su abolengo, puesto que su progenitor y antepasados fueron médicos ampurdaneses, y dió comienzo a la Conferencia que estaba anunciada, a poco fué interrumpida por la llegada del presidente del Colegio y demás rezagados el Sr. Pascual pasó a ocupar la presidencia y desde ella presentó sus excusas y dirigió frases de salutación a los concurrentes y de encomio al conferenciante. Acto seguido renovó éste su peroración, dando una síntesis de los innumerables trabajos que viene realizando sobre las modernas

(*) Una avería en el carruaje en que venían los Dres. Bofill, Coll, Ribas y Sr. Pascual retrasó por más de una hora la llegada del Presidente.

orientaciones de exploración funcional del aparato circulatorio; estudio sólido y original presentado con escrupulosa forma didáctica, ilustrándolo con fórmulas y trazos en el encerado, y proyecciones esquemáticas y gráficas. Tal fué su método de exposición, claridad y brillantez de conceptos que nos tuvo por cerca de dos horas pendientes de su palabra.

Al terminar el Dr. Pi Suñer repetidas salvas de aplausos le demostraron el agradecimiento de todos los concurrentes por la magistral lección que nos había dado.

A continuación el Presidente del Colegio manifestó que la conferencia que acababamos de oír seria impresa y repartida a los señores Colegiados y pasó a leer una Nota sintetizando la labor realizada por el Colegio y las aspiraciones que debemos sustentar para persistir unidos.

Seguidamente el Dr. J. M.^a Mascaró manifestó que habia puesto a disposición de la Junta un número de ejemplares de la *Topografía Médica de Bañolas* que le premió la Real Academia de Medicina, (que acababa de imprimir), para que se repartiesen entre los concurrentes a esta Asamblea y por la mesa se procedió a entregar a los mismos un ejemplar de tal obra, junto con tres monografías de los Dres. Pi y Suñer y Bellido (*) que contenían estudios relacionados con el tema desarrollado en la conferencia que acababa de dar el Dr. Pi. Igualmente se repartió un folleto donativo del Dr. Danés, (tirage a parte del estudio de un caso clínico de Colapsterapia, publicado en el BOLETÍN) y un Album con 15 espléndidas fototipias reproduciendo paisajes de la comarca olotense, regalo de los Sres. médicos de la Agrupación comarcal de Olot.

LOS ACUERDOS

Sesión profesional:

Tuvo lugar por la tarde a las 4 en el propio local que se habia celebrado la científica, presidiendo la Junta del Colegio, siendo objeto de exámen los asuntos señalados en la Convocatoria.

(*) Pi Suñer.—Clínica de l' Arritmia.—Barcelona (1914).—Imp. Badia.

Idem y Bellido J. M.^a—La Electrocardiografía.—Valencia 1914.—Imp. M. Pau.

Ibidem.—L' electrocardiograma.—Toxics anabolics y catabolics del cor.—L' electrocardiograma en l' estat invernal de la tortuga.—Amidacions de la força electromotriu en l' electrocardiograma. (Trevalls de la Societat de Biologia 1913).

Dió comienzo leyendo el Presidente a un escrito firmado por el Sr. Vila, médico de Rosas, que textualmente dice:

«Expontáneamente declaro que obligado por circunstancias de carácter íntimo, he faltado a los compañeros de la comarca en que ejerzo Sres. Forns y Lagrifa, lo que lamento y manifiesto de que de hoy en adelante por mi parte se abrirá una nueva era en la que ajustare mi proceder a las reglas generales de deontología en lo que se refiere al ejercicio profesional.—Y firmo la presente en unión de los Sres. Presidente de Colegio y del Vocal de la Junta del mismo, Presidente de la Junta local del partido de Figueras, en Rosas a 23 septiembre de 1913.—P. Vila Gibert, rubricado.—El Presidente, J. Pascual, rubricado.—El Vocal, J. Vila, rubricado.»

Y aceptando la Asamblea como suficientemente explícita la anterior manifestación, acordó por unanimidad, dejar sin efecto el acuerdo de la Asamblea de Perelada que habia motivado el aislamiento profesional del Sr. Vila Gibert.

Seguidamente el propio Presidente manifestó que habiendo el señor Gelabert publicado una hoja que contenia frases y conceptos que los colegas de Olot estimaban mortificantes, la Junta por conducto del Vocal Dr. Marcos de Roca habia requerido al Sr. Gelabert explicara el alcance de su escrito y que dicho Sr. habia manifestado:

«En contestación a la invitación que tuvo V. a bien hacerme para que a instancia del Sr. Presidente del Colegio explicara de una manera satisfactoria el alcance de los conceptos vertidos en mi *hoja* por haber molestado a algunos compañeros de la *Agrupación comarcal*, me complazco en hacer las siguientes manifestaciones, las cuales suplico a V. se sirva trasmitirlas al digno Presidente del Colegio para su satisfacción y la de los compañeros molestados. Que no está ni estuvo en mi ánimo ofender a ningún médico de esta localidad, toda vez que mi educación moral y social me enseñan a respetar al prójimo y guardarle todas las atenciones y consideraciones a que es acreedor.»

La Asamblea, estimando que era de lamentar la polémica iniciada por el Sr. Gelabert por lo que tenia de personal y agresiva para la *Agrupación comarcal* de Olot era de lamentar vista la manifestación que por escrito habia hecho dicho señor se consideraba satisfactoriamente terminado este incidente.

Acordóse igualmente aprobar las cuentas rendidas por el Tesorero y Contador.

Que la cuota a satisfacer por los Sres. Colegiados en el presente año fuese la de 5 pesetas.

Designar al Dr. José M.ⁿ Mascaró para ocupar el cargo de Vocal 1.^o de la Junta, en sustitución de D. José Fuster (q. e. p. d.)

Acto seguido se puso a debate la proposición presentada por los Sres. médicos del Partido de Olot sobre, si convenia cambiar la forma en que vienen realizándose las Asambleas anuales del Colegio, ampliando su acción al extremo de admitir en ellas comunicaciones de caracter científico para ser comentadas y discutidas por los asambleistas y despues de una amigable controversia entre los Sres. Danés, Pagés, Alzina, Martinez, Mascaró, Moret y Pascual, se acordó que las Asambleas sigan celebrándose en la forma que viene haciéndose puesto que en el BOLETIN del Colegio cabe publicar cuanto se les ocurra a los Sres. Colegiados, con ventaja a no tener que aguardar para dar a conocer sus estudios la celebración de la Asamblea y que reglamentariamente cabe discutir en ella un tema científico o profesional con solo pedir se inclnye en la Convocatoria su enunciado.

Se acordó tambien y como resultado de la discusión del anterior tema que la Junta tomando por norma de lo que se realiza en otros paises, estudie la manera de organizar en épocas de poca morbilidad o por durante las largas veladas de invierno, un curso abreviado o serie de conferencias dadas por catedráticos o personas de reconocida saber de una determinada rama de la práctica médica.

Aprobose por unanimidad que la próxima Asamblea se celebre en la villa de Palamós, encargando el discurso inaugural a don José de C. Conill, médico de Lloret de Mar.

Puesto a discusión el tema presentado por los Sres. médicos del partido de Figueras referente a la actuación del Colegio en el asunto del pago de los titulares por el Estado, se aportaron argumentos en pró y en contra terciando en el debate los Sres. Pagés, Gassiot, Vila y Batlle, Vidal, Moret, Pi y Pi, Schmid, Barnadas y Pascual y por mayoría se acordó: Qué en vista de la corriente de opinión entre los médicos titulares, el Colegio estima justo y necesario que el Estado satisfaga los servicios sanitarios y que el Presidente del Colegio en unión

de un médico por cada partido judicial, designado por los compañeros que ejercen en cada uno de ellos concurren al próximo Congreso de Sanidad Civil.

Y por último, por unanimidad se acordó dar las gracias al Sr. Alcalde y Ayuntamiento de Olot por las atenciones tenidas a los asambleístas y regalar ejemplares del discurso inaugural de esta Asamblea a la Biblioteca pública de aquella ciudad como recuerdo de la fiesta académica del Colegio de Médicos de la provincia de Gerona.

MANIFESTACION DEL PRESIDENTE DEL COLEGIO

SEÑORES:

Al daros en nombre de la Junta las más expresivas gracias por vuestra asistencia a la fiesta anual del Colegio, permitidme añadir algunas palabras para recordaros que hace veinte años fundasteis la Asociación de médicos de esta provincia y si alguno pregunta por vuestra obra podeis manifestarle que los números del BOLETIN y las Memorias de las Asambleas atestiguan vuestra actividad.

De vosotros se dice en una publicación alemana (*) que fuisteis los únicos de España, en aportar de modo completo los datos referentes a una información sobre etiología del *Cancer* y no hace mucho, en otro trabajo de colaboración, disteis pruebas de que cumplis con creces la labor que se os solicita. Los egoistas, os dirán que esto no da para comer, pero los que investigan, estudian o enseñan, os alaban, pues vosotros con inteligencia y esmero desbrozais el camino que ellos han de recorrer para sentar los jalones de la Ciencia.

Podeis igualmente asegurar que hasta los que, aparentan indiferencia por vuestra obra, cuando se ven conminados por la autoridad o por particulares acuden al Colegio y todos sin excepción han hallado en él, el apoyo necesario para salir airoso en su demanda.

Si ya no flamea aquel fuego de entusiasmo que os congregó en septiembre de 1894, en el hogar del Colegio se guarda viva la lumbre que caldea vuestro ánimo y si la muerte ha arrebatado a muchos de los que la cuidaban y por poco fervor alguno se mantiene alejado, los recién salidos de las aulas han venido a llenar los huecos y a su calor

(*) Zeitschrift für Krebsforschung. Jena 1903.

ha nacido la Agrupación de médicos del Partido de Olot, que dada la labor que ha realizado es de esperar se organicen de iguales en las demás comarcas.

Supesteis encarnar en el Colegio el—*Pro Scientia et Decorum*—y el—*Uno para todos y todos para uno*—únicos principios que pueden colocarnos en condiciones para transformar el ejercicio de la medicina en bien de los enfermos y provecho nuestro.

Antes con tomar el pulso, mirar la lengua, percutiendo y auscultando, con más una exhibición de termómetro se ejercía de médico; hoy precisa analizar la sangre, examinar humores y secreciones, se han de ver entrañas y huesos, se han de medir y palpar órganos, a veces hay que incindir tejidos y abrir cavidades y todo esto no puede, por sabio que sea, hacerlo un médico solo; precisa repartir el trabajo, es necesario especializar la técnica para establecer un buen diagnóstico, en que basar un tratamiento racional.

Avenidos para trabajar de común acuerdo, asociados por comunidad de intereses, hermanados internistas y cirujanos, microbiólogos y electrólogos, nos hallaremos capacitados para resistir, no solo al cliente si que también a toda Autoridad, Compañía o Mutualidad que quiera explotarnos.

No hemos de tardar en ver que la *Previsión* y la *Solidaridad* se impondrán oficialmente como primer paso para implantar la Socialización de la Medicina, y tales reformas han de ocasionarnos graves perjuicios si no estamos preparados para adaptarlas en provecho nuestro.

Las corrientes de socialismo de Estado que nuestros estadistas copian de doctrinarios extranjeros, solo podremos resistirlas si persistimos colegiados y que este es el único medio, lo prueba, que desde aquel que fué una parodia de Waldech-Rousseau a todos los políticos actuales, hipócritamente combaten la colegiación y por ello han venido sembrando el cisma y a toda hora nos envían pastores que con diferente cayado nos incorporen a los rebaños innumerables de funcionarios que agotan el *Presupuesto*.

Dice el Dr. Helmes (*) *Cuando las Compañías de seguros, las Mutualidades tengan aprotadas sus tarifas, cuando la asistencia gratuita se implante, el médico, como ya sucede en Inglaterra, no será más que un Asalariado.*

Si los médicos persistimos unidos por el decoro de la profesión y

(*) Presse medicale.

cultivo de la ciencia, si los enfermos solo hallan en nosotros quien les aminore sus sufrimientos, el Estado que tiene la obligación de imponer la Higiene para salvar la salud de todos, se verá obligado a utilizar nuestros conocimientos técnicos, tendrá que reservarnos en sus Consejos, el puesto que nos corresponde y por cualquier clase de servicios que nos demande tendrá que pagarlos, no de un modo igual para todos, sino según lo que cada uno le dé de su saber o sacrificio.

Nosotros más humanitarios que nuestros sociólogos, queremos que cada enfermo conserve el derecho que le asiste de escoger quien le cuide en sus enfermedades, ofreciéndoles para que ello la dignidad y saber de cada uno, avalados por el Colegio.

Creo estar en lo cierto al aseguráros, que si nos acorazamos con nuestros *Deberes* y tenemos al Colegio por baluarte de nuestros *Derechos* en la lucha de clases que se avecina seremos invencibles y si alguno por conocer sus propios defectos no viene, o por perversidad de sus instintos se aleja de él, sufrirán la suerte de los desertores, que son mal vistos en todas partes.

Permitidme antes de terminar que lleve a los labios lo que todos guardais en el corazón un cariñoso recuerdo para los médicos que se hallan en los campos de batalla.

En las hecatombes que a diario se suceden en los países asolados por la guerra, los únicos que tienen el corazón humano son los médicos ya que al cumplir con el ineludible deber que su respectiva patria les reclama, reaniman a los agonizantes, levantan los caídos, restañan la sangre de los heridos, sin mirar el color del uniforme que viste la víctima. Para ellos el odio, la codicia o el orgullo que son lo que mueve a los ejércitos se convierten en deber, honor y caridad.

De momento la guerra ha eclipsado a la civilización pero no ha podido arrancar a los médicos la Ciencia que utilizan en bien de los desgraciados.—J. PASCUAL.—M. DE ROCA.—J. VILA BATLLE.—R. VIDAL.—J. SAU.—M. FORMOSA.

DE SALVARSANOTERAPIA

CAUSAS DE INTOXICACIÓN POR EL 606 Y EL 914

(Conclusión)

Milian considera este fenómeno como una exageración de la acción vaso dilatadora del medicamento en sujetos predispuestos, y lo evita mediante una previa inyección intramuscular de $1 \frac{1}{2}$ miligramos de adrenalina.

Cuando hacía uso del salvarsan tuve ocasión de apreciar este fenómeno en dos distintas ocasiones.

Hay quien habiendo observado los fenómenos de idiosincrasia en las inyecciones ulteriores a la primera los explica por anafilaxia adquirida. Pero como en realidad los casos registrados no se presentan en forma regular sino muy irregularmente hay que confesar que esta teoría carece de base sólida.

Neisser apreciando que la idiosincrasia no es precisamente individual sino orgánica la explica por fenómenos de acumulación de los espirochetes. Si estos por ejemplo se localizan en el cerebro el salvarsan, se acumulará en el mismo y sea por acción tóxica directa, o por la de las endotoxinas cada- véricas resultantes de la acción de aquel sobre los espirochetes, se producirán los fenómenos que caracterizan la intolerancia medicamentosa cerebral.

Tomasezerriki admite también la idiosincrasia, como un estado de hipersensibilidad individual vis a vis del salvarsan cuyos efectos dice son siempre inmediatos a su inyección al revés de los producidos por descomposición del medicamento en que formándose los productos tóxicos de un modo progresivo, los fenómenos tóxicos no se manifiestan con esplendidez hasta al cabo de unos días.

Después de la influencia individual hemos dicho que seguía en orden de exposición sino en importancia, la del medicamento en sí en estado de pureza.

De no existir más que el salvarsan, se diría que todo dependería de las dosis, pero habiendo aparecido su derivado el neosalvarsan, se impone un estudio comparativo de ambos.

Obtenido el neosalvarsan por el mismo Eherlich, de la acción de los sulfoxilatos sobre el salvarsan, además de la condición de ser menos tóxico,

tiene las ventajas de ser más rápidamente soluble, y dar una solución perfectamente neutra; de que no coagulando la albumina ni descomponiendo los bicarbonatos y bifosfatos alcalinos de la sangre, resulta un cuerpo fisiológicamente indiferente a la elementos de la misma; y de que siendo sus soluciones neutras y no siendo de consiguiente necesario alcalinizarlas, no se incurre, como en las de salvarsan, en el peligro de los defectos o excesos de sosa.

Tenia conocimiento de la existencia del neosalvarsan y de las ventajas que de él se escribían y no me había atrevido a usarlo ante los temores que la fácil descomposición del medicamento me infundía, tan exajerada era la idea que sobre el particular me había formado. Pero después de haber tenido el honor de escuchar a Ravaut de París (partidario acérrimo del neosalvarsan) y haber presenciado en su propio servicio de Saint Louis multitud de aplicaciones por su procedimiento especial, me convencí de las grandísimas ventajas del nuevo preparado.

Hasta hace cerca de un año venía haciendo uso del salvarsan, utilizando siempre el aparato de doble depósito de Levy Bing que me parecía muy práctico y seguro, aunque hoy le considero muy engorroso y altamente peligroso. Casi nunca, apesar de obtener buenos efectos terapéuticos, dejé de observar fenómenos tóxicos de más o menos cuantía y reacciones febriles que se prolongaban hasta 5 y 6 días después de la inyección.

Recuerdo de entre ellos un caso de ectima generalizado, en un joven de 22 años, rebelde a la medicación mercurial y iodurada, en que cinco días después de una segunda inyección de 60 centigramos de salvarsan, durante los cuales tuvo vómitos y escalofríos diarios con temperaturas que oscilaban entre 37,7, y 39 sobrevino intensa ictericia que fué cediendo paulatinamente.

Desde Septiembre de 1913, solo uso el neosalvarsan como medicación arsenical sifilítica. He seguido invariablemente el procedimiento y técnica de Ravaut y Straus: y he visto desaparecer los fenómenos tóxicos de tal manera que no dudo en calificar el tratamiento de deambulatorio.

No he visto mas, como me sucedió alguna vez con el salvarsan, estas crisis congestivas que ya he descrito y que Milian explica como un fenómeno idiosincrático en sujetos calificados de ectasofilos.

El tercer factor de toxicidad del salvarsan y neosalvarsan está en su disolución y descomposición; y aun cuando lo hemos colocado en el tercer lugar de orden de exposición, es creencia general que debe ocupar el primero.

La descomposición o la oxidación del preparado dando lugar a la formación de productos eminentemente venenosos, es un fenómeno comprobado y unánimamente admitido. Que el neosalvarsan tiene menos fijeza qui-

mica que es más oxidable y que debido a esta circunstancia puede llegar a adquirir una toxicidad extraordinaria, es tan bien cosa aceptada entre todos los venereólogos.

En lo que hay discrepancia y es motivo de diversas teorías, es en las causas tiempo y lugar de esta alteración medicamentosa y en la explicación de la acción tóxica que puede tener la solución inyectable.

Duhot de Bélgica, Straus de Berlín y Ravaut de París, considerando que muchos trastornos tóxicos son debidos a la acción hemolítica del agua destilada vehículo de la solución, y que dicha acción está en razón directa de la cantidad de aquella, se muestran partidarios de las soluciones concentradas.

El empleo de las soluciones concentradas, sin negarle la reducción de su acción hemolítica, ni creer que esta por sí sola pueda determinar los fenómenos tóxicos del último grupo, tiene la grandísima ventaja de simplificar mucho la operación. Solo tiene el inconveniente (que no reza si se practica hábilmente la inyección) que si se vierte, por insignificante que sea fuera de la vena, una pequeña cantidad de solución, determina atroces y prolongados dolores locales seguidos de gran tumefacción que desmoralizan completamente al enfermo.

Neisser de Breslau y Max Müller atribuyen gran importancia a la transformación que sufre el medicamento que se elimina por el intestino en presencia de determinados derivados en él contenidos por los efectos secundarios resultantes de su reabsorción. Por este motivo considera las afecciones crónicas del estómago e intestino, hasta los simples trastornos gastro intestinales como una contraindicación del tratamiento.

Emery en sus notas sobre los accidentes del neosalvarsan publicadas en la *Clinique* de 28 de Febrero de 1913, las atribuye a su facilísima oxidación, al producto eminentemente tóxico que de la misma resulta, y a su descomposición fácil y rápida en presencia de las diversas sustancias contenidas en el líquido de solución.

Teniendo esto en cuenta, aconseja no romper la ampolla hasta el preciso momento de preparar la solución y aplicarla rápidamente.

Gniard apesar de declararse familiarizado y satisfecho del salvarsan, y por lo mismo poco o nada práctico del neosalvarsan abunda también en la opinión de Emery sobre su fácil y rápida descomposición u oxidación; al extremo de afirmar que el tiempo empleado en buscar la vena en los casos difíciles es suficiente para ello.

He tenido ocasión en el transcurso de este año de encontrarme con casos difíciles y entretenidos de punción venosa y en ninguno he tenido ocasión de ver los efectos tóxicos del neosalvarsan oxidado.

Sicard y Leblanch habiendo tenido algún caso grave de intoxicación después de aplicar pequeñas dosis de neosalvarsan empleando agua recién

destilada y observa lo una rigurosa técnica; y habiendo comprobado que el vidrio del aparato de destilación contenía plomo, atribuyeron a éste los efectos tóxicos. Pero Richaud profesor agregado de la Facultad de Medicina de París y farmacéutico jefe del Hospicio de Ivry, demostró que el plomo que contienen determinados vidrios está siempre en estado de silicatos, cuya gran insolubilidad bien conocida elimina del modo más absoluto el factor plomo como causa de intoxicación en salvarsanoterapia.

Algunos autores alemanes invocan argumentos para relacionar los fenómenos tóxicos del salvarsan y neosalvarsan, con los cadáveres de bacterias hallados en el agua destilada que sirve de vehículo.

En resumen la opinión que más predomina por explicar los efectos tóxicos del salvarsan y neosalvarsan prescindiendo de las causas individuales y del medicamento en su estado de pureza, es la fácil descomposición del medicamento, y la acción favorable que sobre la misma desempeña el agua de disolución si no es recientemente destilada.

Pero es el caso, que se hacen aplicaciones de 606 y 914 teniendo presente tal opinión y tomando todas las precauciones posibles de asepsia y aun se registran fenómenos de intoxicación y de muerte.

¿A qué son debidos?

Entre salvarsan y neosalvarsan lievo hechos un número considerable de inyecciones que me permite, sobretodo con las de neosalvarsan, exponer mi modesta experiencia y alguna opinión sobre el particular.

Yo creo que las intoxicaciones por el neosalvarsan correspondiente al último grupo, dependen en gran parte del neosalvarsan oxidado que se inyecta. Pero no del producto de oxidación reciente, sino de los restos de oxidaciones pasadas que quedaron adheridas a las paredes de los útiles de inyección y disolución del medicamento.

El neosalvarsan y sus óxidos se adhieren con tanta firmeza a los útiles de administrarlo que no basta un simple lavado; es como el hiposulfito de sosa en la fotografía que es el constante enemigo del fotógrafo, y solo defiende el éxito de sus fotografías a copia de espurgarlas de esta substancia mediante lavados y baños de larga duración. Pues con el neosalvarsan creo que pasa idénticamente: para defendernos de sus óxidos no precisa obrar con presteza, sino con limpieza, con meticulosa limpieza.

Yo no veo nunca señales de intoxicación a mis inyectados al extremo que considero el tratamiento perfectamente compatible con las ocupaciones del paciente, y lo atribuyo a mis precauciones del orden que acabo de apuntar sin olvidar por esto las no menos importantes indicadas por los eminentes venereólogos que han hecho estudios sobre el particular.

Dependiendo, pues, la importancia de esta clase de intoxicación de la cantidad de medicamento descompuesto u oxidado que haya quedado en el aparato de inyectar y vasija de disolución, estará en relación con lo meticu-

loso del lavado y con el número de inyecciones que inmediatamente antes se hayan practicado.

Así, pues, en las clínicas hospitalarias muy concurridas en que en una sesión se practican como he tenido ocasión de ver 40 y 50 inyecciones seguidas de neosalvarsan, empleando los mismos vasos y la misma jeringa se comprende que abunden los accidentes tóxicos y se registren casos de muerte.

Otro tanto se puede afirmar y quizás a mayor abundamiento respecto a los prácticos que utilizan aparatos que por su volumen o complicación o las dos cosas a la vez, son imposibles de someter a una meticulosa *toilette*. Y a propósito de esto puedo afirmar que mientras usé el salvarsan para el que utilizaba el aparato de Levy Bing en el que entran depósitos, largos tubos de goma y empalmes de vidrio, todo difícil de limpiar siempre registré en mayor o menor escala enojosos fenómenos tóxicos que me inspiraban tal desapego a la medicación arsenical que estuve a punto de renunciar a ella.

Para reducir el minimum los fenómenos tóxicos del salvarsan y sobretudo del neosalvarsan después de una perfecta exploración del sujeto, de la asepsia posible, de una perfecta técnica, de emplear agua recién destilada, y en la menor cantidad posible, precisa emplear un instrumental simple y limpiarlo meticulosamente después de su uso.

Para esto no basta un lavado, sino que precisan varios lavados, intercalados con baños prolongados si puede ser en agua destilada. Esto lleva en sí dos consecuencias: 1.^a que en una misma sesión cada enfermo requiere un aparato de inyección y disolución completo. 2.^a Que este aparato no puede ser nuevamente utilizado hasta al cabo de cinco o seis días.

Yo no pretendo asegurar que esta sea la clave segura para evitar las intoxicaciones por la oxidación y descomposición del neosalvarsan, no hago más que exponer mi opinión más o menos razonada fundada en hechos de observación.

Reconozco que adolece de la base sólidamente científica que le conferiría un concienzudo análisis del agua de los baños de limpieza del instrumental. Pero es un trabajo inaccesible a mi competencia en química y lo invito como estudio complementario a quien la tenga,

J. MASSA

Gerona, Mayo de 1914.

LA DILATACIÓN OPERATORIA DE LA HILERA GENITAL EN OBSTETRICIA

(Conclusión)

La *dilatación vulvar instrumental* puede alcanzarse distendiendo los bordes y partes vecinas del orificio vulvar sin comprometer la integridad de los mismos, o bien se puede conseguir incindiendo o desbrindando el contorno de la vulva, dando lugar a la formación de superficies cruentas y por tanto a pérdidas de sangre, aunque no considerables. Por consiguiente, la dilatación vulvar instrumental puede ser no cruenta o cruenta; a ésta se le dá el nombre de episiotomía. La dilatación incruenta es mas usada en ginecología que en obstetricia, por lo que no debemos ocuparnos de ella a no ser para indicar la acción particular que, como medios dilatantes, pueden ejercer los balones de Charpentier o Brann a su paso por el orificio vulvar.

La *episiotomía* sí que debe fijar por completo nuestra atención. Consiste esta operación, muy recomendada por los alemanes, en el desbridamiento vulvar (profiláctico de las dislaceraciones vulvares y rasgaduras perineales). Como dice Seigneux, de Ginebra, es imposible preveer la extensión que tomará una rasgadura del periné. Además, todas las que no curan por primera intención debilitan necesariamente el suelo pelviano. De manera que tanto en el curso de la expulsión espontánea como en una aplicación de forceps o en una extracción manual de la cabeza última, siempre y cuando la distención del orificio vulvar parece peligrosa y el periné amenaza rasgarse, debe intencionadamente desbridarse la vulva, es decir, practicar la episiotomía que sin efectuarla en los casos extremos como quiere Fabre, de Lyon, sino por el contrario puesta en práctica en el momento oportuno, facilita la expulsión de la presentación fetal y previenen rasgaduras extensas y complicadas.

Es una operación indicada en los casos de la atresia congénita de

la vulva con desarrollo insuficiente del periné, en las estrecheces cicatriciales y cuando el periné haya perdido su elasticidad por retracción cicatricial o por edema. Desde luego está también indicada para facilitar el parto cuando hay determinadas alteraciones del gran labio (ulceraciones, neoplasmas). Por fin, y estas son las circunstancias más frecuentes, hay que recurrir a la episiotomía cuando haya alguna desviación del mecanismo natural del parto o también cuando se trate de una cabeza fetal anormalmente desarrollada.

Los tecnólogos antiguos habían preconizado la incisión de la parte media de la horquilla, prolongándola a todo el espesor del periné, siguiendo el rafe medio. Otros aconsejaban múltiples pequeñas incisiones en el anillo vulvar; vg. Scanzoni practicaba 6 a 12 incisiones en los labios vulvares, de cada lado, consiguiendo así una ampliación del orificio proporcionado a las dimensiones de la cabeza fetal. Este procedimiento de las incisiones varias o escarificaciones podría resultar suficiente en casos determinados de extensa infiltración vulvar por hidramnios, embarazo múltiple, afección cardíaca o renal, etc., para permitir el parto o facilitar un examen completo (Cuggi).

La episiotomía se practica con el bisturí, o mejor con las tijeras rectas fuertes, seccionando la parte lateral de la vulva en unos tres o cinco centímetros. Esta incisión, que, según los casos, puede ser uni o bilateral, parte del tercio inferior de la vulva y se dirige oblicuamente abajo y afuera, interesa la piel el tejido vulvar, la aponeurosis superficial y, a lo sumo, algunas fibras del músculo constrictor de la vagina, dejando intacta la masa principal de los músculos perineales.

Se termina el parto, y, después del alumbramiento, se repara la herida con tres o cuatro puntos de sutura con seda o crin de Florencia, pasados de arriba abajo por medio de la aguja curva de Reverdiu, procurando cuidadosamente que la coaptación sea exacta y así la cicatrización se efectúa con rapidéz. Los puntos se retiran a los 8 ó 9 días y los cuidados consecutivos son los de una perineorrafia.

La técnica que acabo de indicar es la clásica; así todo el mundo la practica hoy, abandonando la incisión media posterior, porque se crearía la lesión que precisamente se trata de evitar, habida cuenta de la proximidad del ano y la mayor facilidad de infección. És. en suma, una operación muy sencilla, que ni siquiera necesita anestesia, pues los tejidos sobredistendidos han perdido la sensibilidad, siendo en cambio una intervención en extremo útil y por demás aconsejable al médico práctico si después de determinadas maniobras laboriosas quiere ahorrarse practicar perineorrafias inmediatas a veces bastan-

te engorrosas, amén de que a menudo las infructuosas e irregulares rasgaduras perineales resultan peligrosas para la mujer.

La *dilatacion artificial de la vagina* es generalmente instrumental, pudiendo a su vez dividirse en cruenta y no cruenta.

Para facilitar la salida del feto, preferentemente en primíparas y siempre que se compruebe falta de elasticidad de las paredes vaginales o por simples angosturas, a la vez que ligeras, del conducto, no cabe duda que el cólpeinter es el medio de elección. Actúa al mismo tiempo como estimulante del acto fisiológico del parto y como medio dilatador de la vagina y de la vulva. Dada la facilidad y sencillez de su empleo debiera usarse con mayor frecuencia para preparar esta parte de la hilera genital, en singular aquellos partos que requieren alguna maniobra. Se coloca en la vagina, a semejanza de la manera como se ha indicado para el cuello del útero, resultando muy sencillo, retirándose el balón sin deshincharlo y tirando del tubo, cuando la mujer está con los esfuerzos expulsivos; «primer parto» prepara y facilita la salida de la presentación. Cuando este medio resulta insuficiente, en mi sentir, resultarían también insuficientes los dilatadores metálicos de Ellinger, Collin y otros, aconsejados por algunos tocólogos. No los considero útiles para este objeto, así es que cuando el balón resulta insuficiente, o cuando el dedo no ha podido destruir las bridas o los lijeros retraimientos cicatriciales que angostan la luz de la vagina no hay otro medio verdaderamente eficaz que la dilatación instrumental cruenta.

No creo tampoco necesario entretenerme hablar del taponamiento uterino como medio de dilatación, el cual, si en ginecología puede hallar sus aplicaciones, en obstetricia no es realmente aplicable con este objeto, se usa mejor como medio hemostático.

La dilatación instrumental cruenta de la vagina se conoce con el nombre de *elitrotomia*. Esta puede reclamarse en el acto del parto por estenosis y por atresias adquiridas o congénitas. Por consiguiente, está indicada así por defectos de desarrollo como por alteraciones patológicas adquiridas y como éstas pueden ser diversas y obedecer a variedad de mecanismos patogénicos, resulta que es difícil trazar una norma general en la técnica operatoria, sió que debe atemperarse a las especiales circunstancias de cada caso concreto, según sea la naturaleza y la disposición del obstáculo que impida la expulsión del feto.

Colocada la enferma en posición obstétrica y separadas las paredes vaginales con valvas Doyen para tener amplia luz, se destruyen las bridas o septos con las tijeras o con el bisturí de botón guiados, si es menester por una sonda acanalada. En estrecheces pronunciadas se

practicarán incisiones radiadas, poco profundas (medio centímetro) para evitar lesiones de la uretra, del bajo fondo de la vejiga o del recto. La dilatación cruenta puede asociarse y completarse con la dilatación incruenta. Podrán en ocasiones ser tan extensas las estrecheces, que no es posible destruirlas con estos medios y entonces se hace indispensable procurar el parto por vías extranaturales, recurriendo a la operación cesárea abdominal (Jeaunin).

En la inmensa mayoría de los casos que se nos ofrecen en la práctica corriente basta tan solo favorecer la dilatación vaginal, y aun a veces hay que producirla, pero para ello nos bastan los medios incruentos, el colperínter, el mismo balón de Charpentier de Ribes; con rareza tendremos que recurrir a la elitrotomía, porque las ginatresias son más del dominio de la ginecología e interesan más a la cirugía ortopédica que a la obstetricia.

DR. J. MÁS CASAMADA

Las irrigaciones intrauterinas y el desagüe uterino en la metritis puerperal

(Continuación)

Pasemos ahora a analizar otro punto de capital importancia puesto que el también nos dará razón de porqué las irrigaciones intra-uterinas nos dan en la práctica resultados deficientes en relación con los que aparentemente debiéramos esperar. Hemos dicho anteriormente y repito ahora, que el modo de obrar de los lavados hemos de explicárnoslo principalmente mas que por la acción anti-séptica que puedan tener en virtud de los medicamentos que pueda llevar en desolución el líquido empleado, acción cada día mas discutida, por los efectos mecánicos inherentes a los mismos, por la escurpulsosa limpieza que practicamos en la región afecta sin olvidar el especial cuidado que ponemos en que no queden restos de pus, de exudados y hasta del líquido que empleamos retenidos en contacto con la superficie enferma, teniendo bien presente que estos efectos mecánicos los obtenemos y conseguimos con mayor facilidad y mayor grado de perfección si podemos emplear el líquido a presión relativamente acentuada y que gracias a estas circunstancias es por lo que vemos evolucionar las lesiones dentro de un grado menos de septicidad, consiguiendo de este modo una evolución más favorable

hacia el restablecimiento del estado hígido evitando a la vez complicaciones y hasta propagaciones tan de temer en determinados casos. Ahora bien, todos hemos podido comprobar que en muchos casos de metritis puerperal en plena evolución, las secreciones y exudados existentes en la cavidad uterina son de una viscosidad y adherencia tan manifiesta que ellas por sí solas han de ofrecer serias dificultades para que la acción mecánica y los efectos de arrastre que con el lavado tratamos de obtener puedan desarrollarse con la intensidad necesaria para lograr un lavado perfecto; unamos a esto la poca presión a que como es de regla tenemos que emplear el líquido, de la cual podemos hacernos cargo observando la salida de este por los orificios de la canula antes de introducirla en el conducto genital una vez lleno el depósito del aparato y después de haberlo colocado a una altura de cincuenta centímetros cual es la aconsejada y aceptada como máxima, pues si tal hacemos veremos salir al líquido con una fuerza bastante escasa la que comprenderemos que en muchos casos ha de resultar insuficiente para remover y arrastrar por completo las secreciones que nos hemos propuesto desalojar; sumemos a esto el hecho de que las paredes un tanto flácidas del útero puerperal y enfermo se aplicarán en muchas ocasiones sobre los orificios de la cánula con lo que el líquido en lugar de salir por estos en forma de chorro lo hará rezumando, casi sin energía ninguna y nos haremos cargo de que en repetidas veces lo único que se conseguirá será humedecer los exudados existentes en la cavidad uterina o todo lo más remover pequeñas cantidades de los mismos.

Es cierto que casi siempre que practicamos una irrigación intrauterina vemos salir sucias y hasta arrastrando algunas mucosidades las primeras porciones del líquido empleado para ir poco a poco saliendo limpio a primera vista como el que sigue aun en el depósito del irrigador, pero esto que pudiera hacernos creer que hemos verificado y conseguido un lavado perfecto es en la mayor parte de las veces puramente ilusorio y para convencerse de que es así basta hacer lo siguiente. Después de practicada una irrigación intrauterina y después de haber visto salir durante largo rato antes de terminarla, limpio y sin arrastrar detritus de ninguna clase el líquido que ha pasado por la cavidad uterina, retírese la canula e introduzcamos en el interior del útero una pequeña compresa, previamente montada en unas pinzas o en un aplicador uterino, hágase dar a esta

un movimiento de rotación frotando a la vez las paredes de la cavidad en que estamos y saquémosla; al hacerlo observaremos como la compresa ha quedado recubierta de materiales compuestos de mucosidades sanguinolentas, purulentas a veces y hasta en ocasiones de verdaderas pseudomembranas, prueba evidente e indiscutible de que apesar de haber salido limpio el líquido de la irrigación el lavado como antes llevo dicho ha sido imperfecto y de que dentro de la matriz han quedado gran cantidad de los materiales que nos habíamos propuesto y hasta quizás creído desalojar.

Pero no es esto solo, hay aun algo más que a mi juicio y apesar de los fundamentos lógicos en que se apoya la idea de aplicar los lavados al tratamiento de las metritis puerperales es también causa de que los efectos que con ellas obtenemos no nos den motivos para que las miremos con grandes entusiasmos; me refiero a la forma en que se verifica el desagüe del líquido que empleamos ¿es este tan perfecto y completo como debiera ser? tengamos presente la posición que ocupa el utero en la cavidad pelviana estando la enferma en posición decúbito-supino que es en la que suele estar colocada antes de la irrigación y la que adopta una vez terminada, recordemos que la consistencia de las paredes uterinas en caso de metritis puerperal es casi siempre por no decir siempre inferior a la normal y que su contratibilidad está muy disminuida llegando hasta abolirse en ciertos casos, sumemos a esto el hecho de que si bien es cierto que mientras practicamos la irrigación el mismo líquido que sale por la cánula ejerce una presión que aunque sea pequeña es suficiente para ir empujando y haciendo refluir al exterior el líquido salido anteriormente por aquella, en el momento de dárla por terminada y por lo tanto de cesar la presión antes citada. deja de obrar sobre la última porción del líquido y comprenderemos que por más que mantengamos aplicada la cánula por algunos instantes para dar tiempo a se escurra, al retirarla quedará una pequeña cantidad que al quitar las pinzas que nos mantenían al utero en posición favorable y recobrar por lo tanto la que tenía anteriormente quedará en su interior y por lo tanto por más perfeccionado que sea el modelo de cánula adoptado el desagüe pretendido distara por lo menos bastante de ser perfecto.

ANTONIO FERRÁN BRUSES

(Continuará)

RAMON MARTI PUIG

Médico de Port-Bou

El 16 de Septiembre dejó de existir tras breve y dolorosa enfermedad el amigo y compañero D. Ramón Martí y Puig.

Nacido en Palafrugell en 1851; contaba 63 años de edad.

Licencióse en Medicina y Cirugía en 27 Junio de 1878 en la Universidad de Zaragoza, habiendo ejercido la carrera durante 36 años.

Debutó en Rosas pasando más tarde a Cadaqués en cuyas dos poblaciones desempeñó el cargo de Director de Sanidad Marítima del Puerto; por motivos de salud pidió y le fué concedida la excedencia, trasladándose a Port Bou en donde sustituyó al distinguido cirujano D. E. Monturiol y en donde ha permanecido hasta su muerte. Desempeñaba la titular de dicha población desde 1.º de Enero de 1901 el cargo de médico inspector de la Compañía de ferrocarriles de M. Z. A. desde 7 Abril de 1901 y el de Sub-director de la Estación Sanitaria fronteriza desde 31 Agosto de 1909, fecha en que fué creada.

El Ministerio de Marina del Gobierno Italiano le concedió un diploma y medalla conmemorativa por la asistencia y socorros prestados a los tripulantes y pasajeros del vapor italiano «Archimide» que naufragó en Cadaqués el 15-16 de Diciembre de 1889, y poseía, desde Marzo de 1909 el título de «Officier d' Académie», expedido por el Ministerio de Instrucción Pública de la vecina República.

A pesar de sufrir desde unos años una neuralgia del ciático que le molestaba mucho, cumpía escrupulosamente los deberes que sus cargos le imponían, al extremo de que, dos días antes de caer enfermo y sintiéndose indispuesto, acompañó al Dr. Salazar, Director de Sanidad exterior, en la visita de inspección que hizo a la Estación sanitaria de Port-Bou, y no dejó su visita domiciliaria hasta que habatido por la enfermedad que se iniciaba y que le llevó al sepulcro, tuvo que rendirse.

Descanse en paz el distinguido amigo y compañero que supo captarse las simpatías y agradecimiento de sus enfermos por los muchos cuidados que les prestaba, de los cuales será siempre añorado, y reciba su desconsolada familia el más sentido pésame que en nombre de los médicos de la Provincia les manda.

E. A.