



BOLETIN MENSUAL

COLAPSTERAPIA

Cuando le hablé de la colapsterapia como única prueba que se podía tantear, a un colega de esta localidad con quien veíamos en consulta a un pobre tuberculoso afecto de una neumonia caseosa y agarrado ya tan solo a las postrimerías de su vida, me dió esa misma mirada compasiva que se prodiga a los que obedeciendo a una imaginación exaltada sueñan desvaríos muy lejanos de la realidad de las cosas y del terreno de lo práctico. Es posible que yo me envaneciera un algo con aquel *rasgo de erudición*, pero yo llevaba ya unos meses de trabajo en mi tesis de doctorado en la que trataba el asunto, y acababa de redactar el esquema de la última conclusión en la cual afirmaba mi optimismo y mi fé para con las inyecciones intrapleurales gaseosas de Forlanini, y por tanto hablaba de la colapsterapia con el mismo entusiasmo con que hablan de los grandes procedimientos que acaban de aprender todos los médicos noveles. que son como es sabido más académicos. aunque menos prácticos, que los demás

Hablaba con entusiasmo y estaba convencido de lo lógico del procedimiento, y no me parecían insuperables cuantas dificultades había de encontrar cualquier médico rural para ponerlo en práctica; y así no es de extrañar que lo haya propuesto desde entonces muchas veces más, y que sienta en mí una gran satisfacción después de haberle comprobado, mucho más cuando mi enferma ha mejorado de una manera ostensible, superando mis esperanzas, y compensando sobradamente la inquietud del meterse en lo desconocido.

Podemos dejar aparte las disquisiciones históricas, consignando tan solo las observaciones accidentales de *heridas providenciales* y *pleuresias milagrosas*

en algunos casos de tuberculosis pulmonar, de Baglivi (siglo XVIII), Ramagde (1834), Hérard, Pidoux y Gaillard, y podemos afirmar categóricamente que —aparte de la más o menos parecida interpretación de esas revelaciones, que ha llevado ya en la historia del método cierta oscuridad en lo relativo a la prelación de antecedentes— la colapsterapia se debe a Forlanini quien la sentó en principios razonados en 1882 y la ensayó con éxito diez años más tarde; los primeros entusiastas han sido Murphi, en Chicago, Brauer, en Alemania, y Lemcke, Schmidt y Saugmann en América y Europa, y han seguido poco más tarde su ejemplo una pléyade de cirujanos y fisioterapeutas llevados por el entusiasmo de los crecientes éxitos. También en España se ha venido probando frecuentemente la colapsterapia, y entre otros conozco los casos publicados por el Dr. de Riba, de Barcelona, Lozano, de Zaragoza, etc., correspondiendo la mejor e indudablemente la más numerosa y completa estadística a los Dres. Sayé y Reventós, de Barcelona, quienes en verano último llevaban ya tratados más de dos docenas de casos, que han servido al primero para su brillante tesis de doctorado.

Los beneficios que reportan los tuberculosos tratados por el pneumotórax artificial son de tres órdenes: mecánicos, clínicos y anatómicos. Entre los primeros se cuenta el reposo funcional (como en el tumor blanco), el vaciado de las cavernas pulmonares, la supresión de inspiraciones reinfec-tantes, la disminución de la absorción de toxinas por la sangre y la linfa que circulan en el pulmón colapsado, y la disminución de la corriente linfática que provoca una reacción esclerógena. Entre los beneficios de orden clínico hay la disminución o desaparición de la fiebre, la desaparición de la dispnea (lo que parece paradójico, pero es real y positivo), y de la tós, el aumento inmediato de la expectoración y disminución considerable muy luego de la misma, la disminución o desaparición de las fibras elásticas y del bacilo en los esputos, y el aumento de peso sobre todo si las vías digestivas se conservan en buen estado, todo lo cual constituye la *evolución florida* de la tuberculosis pulmonar, como dice Brauer con razón y como recuerda Tuffier al afirmar que «el hecho más constante es el mejoramiento del estado general». Los beneficios de orden anatómico se traducen por la neoformación mínima de tubérculos, y por la proliferación, microscópicamente comprobada, del tejido conjuntivo cicatricial del pulmón colapsado.

Tales son los beneficios que reporta el enfermo, al lado de ningún perjuicio, absolutamente ninguno, y sí tan solo algunos peligros, accidentales, o debidos a impericia y a desconocimiento de la técnica, resueltos casi por completo en estos últimos años con una pequeña pero esencial modificación del aparato inyector.

Tales peligros los divide el Dr. Sayé en accidentes benignos y graves, contando entre los primeros, el enfisema, superficial o profundo, el exceso de presión intrapleurar (que hasta puede ocasionar el desgarrar del mediastino en su dos puntos débiles señalados por Nitsch), las heridas del pul-

món, etc., etc., y entre los segundos, la embolia gaseosa y el reflejo pleural o eclampsia pleurítica.

Esos últimos son los que en realidad importa conocer para mejor prevenirlos y porque han sido causa algunas veces de muertes repentinas en el transcurso de alguna inyección, bajo cuyo punto de vista conviene recordar que de una estadística de más de 500 casos resultó un 6,8% de accidentes graves, con un 2,2% de fallecimientos a causa de los mismos.

Forlanini, experimentando en perros, ha concluido que las inyecciones de pequeñas cantidades de gas en las venas, sobre todo si se inyecta a poca velocidad, no son mortales de necesidad como en el ventrículo izquierdo o la carótida. Pero es bien evidente y sabido lo grave de ciertas operaciones que abren el paso al aire en las venas por ejemplo cuando cierta disposición de los tejidos las mantiene abiertas; por todo lo cual no es de extrañar que a la embolia gaseosa se hayan atribuido algunos accidentes de la colapsterapia.

En el caso de Lyonnet y Piery, que murió a los tres días, la inyección se había practicado en pleno tejido pulmonar cuando al inyectar se elevó mucho la presión manométrica sin previas oscilaciones bien evidentes y en cambio al retirar un poco la aguja se presentaron oscilaciones francas. Lo propio sucedió en un caso que refiere Brauer, en que se inyectaron 100 cm.³ sin oscilaciones manométricas falleciendo el enfermo a las tres horas.

Además de producirse en estas condiciones la embolia gaseosa, puede producirse también por punción e inyección en el sistema venoso de las adherencias pleuro-pulmonares, mucho más cuando a menudo, en los tuberculosos, suele estar constituido por verdaderos senos venosos. En cambio no es de creer que sea muy peligrosa la aspiración de una pequeña cantidad de gas en el momento de atravesarlos la cánula inyectora.

También es lógico suponer, con Brauer y Saigmann, la producción de un enfisema mediastínico en ciertos casos de punción e inyección en pleno tejido pulmonar.

Los accidentes de eclampsia pleural se han observado en toda clase de intervenciones intrapleurales; el simple contacto de la aguja con la pleura puede producirlos, en enfermos muy nerviosos.

En un caso de Brauer se presentaron tres veces, en dos tanteos de punción pleural y en una última punción con inyección. Forlanini en otro caso se vió obligado a suspender el tratamiento por la frecuencia y constancia de producción de este accidente.

Puede durar hasta más de media hora, y se presenta con pérdida de conocimiento y contracciones tónicas.

Los mejores casos susceptibles al tratamiento son los de tuberculosis unilaterales y sin adherencias pleuropulmonares. Eso no quiere decir en ningún modo que no pueda probarse la colapsterapia, alguna que otra vez,

en enfermos con ligera tuberculización del otro pulmón, ni mucho menos en casos de antiguas lesiones pleuríticas y de excursiones respiratorias muy pequeñas (observadas con los Rayos X), en que naturalmente hay que sospechar la existencia de adherencias; lo que significa es que en caso de lesiones bilaterales fácilmente empeorará el otro pulmón, con lo que se hará necesaria la suspensión del tratamiento, y en casos de adherencias pleuro-pulmonares deberá tenerse un absoluto dominio de la técnica para proceder con ciencia y paciencia a su desgarramiento por medio de las inyecciones, si no es mejor acudir a otra terapéutica (*d.collem nt pleural* de Tuffier, inyecciones subpleurales de parafina), o renunciar a todo tratamiento quirúrgico.

Hasta el presente, dicen Tuffier y Martín, la indicación principal del pneumotórax artificial ha sido sobre todo la ineficacia del tratamiento médico e higiénico habituales. También atribuye a este fracaso de la farmacología el secreto del éxito de la cirugía antituberculosa el tisiólogo Renón en un reciente artículo sobre sus experiencias del método de las medicaciones análogas sucesivas. (1)

Haciendo incapié al notable descenso de las temperaturas, después de estas inyecciones, como puede verse en las gráficas que acompañan este trabajo, no dudaría en sentar con fundamento que a mi modo de ver debe ensancharse mucho este campo de acción, para abarcar, lo menos, a la mayoría de los casos hiperpiréticos, en que la fiebre, periódica o constante, abate y deprime en gran manera a los pobres tuberculosos, tratando así simultáneamente su fiebre y su enfermedad y logrando con toda probabilidad poderles suprimir una aglomeración de fármacos que perjudican notablemente su aparato digestivo.

También se ha usado únicamente hasta ahora esta terapéutica para los casos graves; bueno es hacerlo constar para que no siempre sean esperados resultados sorprendentes, pero mejor sería, con los americanos Murphi y Lemcke, tantearlo en los casos del primer período, con lo que también serían las estadísticas mucho mejores, y no contentarnos con practicarlo en los enfermos del período cavernoso, en los cuales, sin embargo, hay la ventaja de la facilidad de convencerles, porque ellos están bien persuadidos de su gravedad, y les consta positivamente la dura realidad de aquel refrán que dice: «a grandes males grandes remedios».

La técnica es muy parecida en todos los que lo han probado.

Murphi opina que hay que inyectar de 1 á 3 litros cada tres o cuatro semanas; Brauer cree que de 100 á 1500 cm.³; Forlanini aconseja pequeñas inyecciones de 200 á 300 cm.³ repetidas cada dos o tres días hasta la completa reducción del pulmón, y proseguidas después, de tarde en tarde, para mantenerle colapsado.

Yo no sé como es posible inyectar de una vez 3 litros cuando con 700 cm.³ he llegado en el caso que estoy tratando por la colapsterapia a una

(1) *Le Monde Médical*. Núm. 454. Febrero de 1914. Paris.

presión intrapleural de $+ 3$ cm³ del manómetro de agua, habiendo inyectado en total en las 12 inyecciones que llevo practicadas poco más de 7 litros y medio; tampoco comprendo la necesidad de insistir en muchas inyecciones de pequeñas cantidades, con lo que todo lo más puede lograrse cansar al enfermo y hacerle renunciar al tratamiento; lo lógico, a mi modo de ver, es no fijar cantidades, y regirse por las presiones intrapleurales, que tendría que procurarse, en lo que fuera posible, que fuesen siempre progresivamente crecientes hasta llegar al máximo de $+ 3$ ó $+ 4$, para en este caso reinyectar tan solo después de haber comprobado la reabsorción de una parte del gas y únicamente la cantidad necesaria para restablecer la máxima presión.

Forlanini hace una sola punción hasta la pleura, con la aguja oblicua o vertical, y en comunicación ya con el gas—para que así la primera cantidad que penetre distienda la pleura y a arte el pulmón - y adaptada a una espita de tres direcciones, una de las cuales comunica con una jeringa de l'ravaz con la cual aspira para que una sola punción le sirva de inyectora y de exploradora. Tuffier, Murphy y Brauer prefieren incidir del 5.º al 7.º espacio intercostal, entre la línea axilar posterior y la línea escapular, llegando hasta la pleura, y perforando ésta con un trócar romo. Schmidt usa una aguja puntiaguda de 1 cm. para que no llegue hasta la pleura, y que permite la introducción de un trócar romo con el que atraviesa la pared pleural. Lemcke punciona con la aguja sola, para aseverarse de que está en la pleura oyendo el silbido característico del aire que penetra al compás de las espiraciones. Saugmann punciona con la aguja ya en comunicación con el manómetro del aparato, guiándose en las oscilaciones manométricas, que deben ser negativas, de -6 á -10 ó -12 , cuando la aguja está en plena cavidad pleural. El Dr. Sayé, en una de sus cartas, me recomendaba que puncionara, como él, con la aguja sola, para pasarle luego un mandril y poderme asegurar de que no contenía sangre y por tanto no había atravesado ninguna vena ni se hallaba en pleno tejido pulmonar. Por mi parte prefiero seguir este buen consejo siempre que al puncionar directamente con la aguja en comunicación con el aparato inyector, aunque no con el gas y sí solo con el manómetro, no haya obtenido estas oscilaciones negativas francas que indican bien a las claras que hemos puncionado en plena cavidad pleural, lo que tal vez permita aprovechar para la primera inyección esa circunstancia a que se refiere Forlanini de que la pequeña entrada de gas—producida aquí por los 4 ó 6 cm.³ del descenso manométrico—aparte un algo la pleura pulmonar y el pulmón del vértice agudo de la cánula inyectora.

Pero esas disquisiciones ya de poco sirven después de haberse precisado recientemente con tanta exactitud la traducción de las indicaciones manométricas. Quien tenga bien presentes en la memoria las indicaciones de la tabla de Königer difícilmente se encontrará embarazado para puncionar la cavidad pleural de un tuberculoso, y más difícilmente todavía tendrá ningún momento de dudas y ansiedades imprevistas al proceder a la primera inyección de gas, la que más peligros lleva consigo, por cuanto la cavidad

de la pleura constituye una cavidad virtual con las dos hojas pleurales en inmediato contacto.

Héla aquí, la tabla de Königer, copiada con las pequeñas modificaciones del Dr. Sayé:

Tabla de Königer para interpretar las indicaciones manométricas en la práctica de la colapsterapia. (1)

	PRESIÓN		Oscilaciones respiratorias		
	Antes de inyectar	Después de la inyección	Antes de la inyección	Después de la inyección	
<i>El orificio de la cánula se encuentra:</i>					
Por fuera de la fascia endotorácica.	No se modifica.				
A) En contacto con la pleura.					A) Se produce efisema.
B) En pleura libre con pulmón poco elástico, o mediastino poco movable, o pleura rígida.	Debilmente negativa.	Rápidamente creciente.	Pequeñas.	Disminuyen rápidamente.	B) La presión se restablece lentamente hasta valores bajos.
C) En una adherencia.					C) Se presentan dolores.
En un espacio encapsulado pleural.	Claramente negativa.	Lentamente creciente.	Medianas.	Lentamente decrecientes.	
En un vaso.	Debilmente positiva.				
En la cavidad peritoneal.	Paradoxal.		Paradoxales.		
En la pleura libre.	Claramente negativa.	Aumentan proporcionalmente a la cantidad inyectada.	Amplias	Aumentan.	Exceptuado el caso de inyectar muy lentamente.
<i>Durante la inyección la presión se modifica:</i>					
Por disolución de una adherencia.		Disminuye rápidamente.			
Cuando se perfora el pulmón.		Disminuye rápidamente.			
<i>En el curso del tratamiento:</i>					
Aparece un exudado.	Relativamente alta	Aumenta rápidamente.			
Se produce un pneumotórax valvular espontáneo.	Aumenta progresivamente.				

(1) Hay en realidad alguna indicación manométrica que no figura en el presente cuadro: supongamos por ejemplo, una caverna superficial y hasta la cual se haya llevado el extremo de la aguja; recientemente Renon, Geraudel y Desbouis, en la «Société Médicale des Hôpitaux de Paris», señalaron esta causa de error que habían comprobado en una autopsia; pero no se hace difícil comprender que en este caso la presión manométrica inicial ha de quedarse fija en el 0° y sin oscilaciones de ninguna clase.

El proceder de Brauer ha sido un tanto discutido: Brauer aconseja no practicar a ciegas la punción, sino puncionar directamente encima de la pleura puesta al descubierto por medio de una incisión en el correspondiente espacio intercostal; ese procedimiento es indudablemente para la primera inyección de una gran seguridad, pero tiene muchos inconvenientes, entre otros, sin duda el peor tratándose de enfermos tuberculosos, el de no poderse despojar de la aparatosidad de una operación quirúrgica.

Es mejor a mi modo de ver la simple punción, y yo la he preferido siempre en el caso que vengo tratando, valiéndome de una aguja de níquel de dos mm. de grueso.

Un consejo nada despreciable es el de dar previamente a los enfermos una inyección hipodérmica de pantopón o de morfina, a fin de prevenir los accidentes de eclampsia pleurítica; yo no he olvidado nunca este detalle a la vista de la insistencia con que me lo recomendaba el Dr. Sayé en una de sus cartas.

DR. J. DANÉS Y TORRAS

Continuará

Un caso de hernia inguinal extrangulada seguida de gangrena del saco e intestino

Considero interesante referir un caso clínico tratado hace pocos días en mi servicio quirúrgico del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona.

Ingresó de urgencia un enfermo afecto de hernia inguinal extrangulada del lado derecho.

Al poco rato de su ingreso, lo reconoce mi ayudante diagnosticando una extrangulación herniaria de la ingle derecha, procediendo acto seguido por vía de ensayo, a practicar la *taxis* ya que solo hacía 36 horas aproximadamente que la extrangulación había comenzado. Con relativa facilidad logró reducir la hernia.

Enseguida aplicó un vendaje compresivo y prescribió reposo, ordenando no se diese alimentación hasta transcurridas 4 ó 5 horas a causa de los vómitos que antes de la *taxis*, sufría el paciente. Por la noche hizo una deposición, descansó a ratos y no vomitó la alimentación líquida administrada.

Al día siguiente, al hacerme cargo de la visita, tuve noticia del caso y procedí al reconocimiento del paciente.

Su aspecto nada de particular ofrecía: el pulso oscilaba entre 80 y

84 por minuto, la respiración era normal, la lengua un poco saburrosa, no aquejando el paciente molestia alguna importante a excepción de un ligero dolor en la ingle provocado al reconocerla. Esta región presentaba un ligero abultamiento, como si a causa de la extrangulación hubiesen los tejidos quedado un poco infiltrados por la congestión: al practicar un minucioso examen se notaba cierto engrosamiento del saco y cordón.

Creí oportuno aconsejar un completo reposo, recubrir la región y esperar cedieran los síntomas inflamatorios para proceder a la cura radical de la hernia.

A los 5 días, considere suficientemente modificado el saco y cordón para aconsejar la cura radical. Aceptada la intervención, la practiqué al día siguiente y me sorprendió encontrar debajo de la piel y recubierto por la *fascies superficialis* el saco de color rojo vinoso y en algunos sitios de color ceniciento con aspecto inequívoco de estar esfacelado. Fué tal mi sorpresa que dudé pudiese tratarse del saco, sospechando la existencia de una asa intestinal gangrenada y salida a través del mismo y en contacto con la fascies y piel:

Pronto pude convencerme de mi error: la bolsa fué abierta y dentro de ella no había mas que líquido fetido, estando recubierta por serosa esfacelada. Al nivel del anillo inguinal existía extraordinaria extrangulación que impedía su comunicación con el resto del peritoneo.

Mi intervención, una vez bien reconocida la región, se redujo a saturar el saco abierto, a la piel, para esperar su eliminación. Evité, dada la septicidad del foco, producir nuevas superficies cruentas.

Taponé la herida y ordené fomentos para facilitar el drenaje y la más pronta eliminación del tejido esfacelado.

A las 48 horas, a través del anillo del saco, salió un líquido fetido, acompañado de trozos esfacelados que no eran más que porciones de intestino, y enseguida empezó la salida de excrementos constituyéndose una fístula estercoracea.

Después de 6 días la eliminación de todo el tejido esfacelado del saco ha tenido lugar y la herida a pesar de estar en contacto con las heces intestinales, granula francamente, reparándose ya las partes extremas de la misma.

Creo la curación será bastante rápida. (*)

Hasta aquí el caso: las consecuencias que de él se deducen me inducen a publicarlo.

(*) El enfermo a los 30 días sale completamente curado del Hospital. (Cirujano del Hospital de Santa Cruz).

Es indubitable que en la hernia reducida estando las paredes intestinales esfaceladas, lo propio que el saco; dentro de las 24 ó 30 horas siguientes al día que la operé, hubiera venido el desprendimiento de las placas con irrupción consecutiva del contenido del saco en el tejido celular subcutáneo originándose con toda seguridad un flemón difuso séptico gaseoso. Este proceso gravísimo hubiera causado la muerte del paciente.

La gravedad del percance y sus posibles fatales consecuencias, son las que abonan mi criterio ya de tiempo defendido, de ser parcos en la taxis y operar toda hernia, cuando está libre o en el mismo momento de la estrangulación. Recordad el caso: el enfermo sufría la estrangulación tan solo de 36 horas: en buen criterio quirúrgico es de suponer que no podía haber esfacelo y al probar la taxis se consigue fácilmente pase a través del anillo del saco el intestino: después de esta maniobra, calma el dolor, tienen lugar deposiciones y cesan los vómitos. Con lo dicho hay que reconocer era natural creyeremos resuelto el conflicto y que solo como buena medida de cirujano, esperamos unos días para proceder a la cura radical,

Los hechos han demostrado quan errónea fué nuestra opinión y que si el enfermo se ha salvado ha sido por casualidad, probando que el esfacelo es posible entre el primer y segundo día y que la taxis, no debe intentarse, sino inmediatamente de la estrangulación; nunca pasadas más de 12 horas.

La conducta a seguir después de este tiempo, no puede ser otra que el desbridamiento del anillo, seguido o no de cura radical.

La salución del conflicto, obtenido por la taxis en los casos tardíos, siempre puede dar sorpresas desagradables.

Lo raro del caso presente, no es la estrangulación del intestino que ha acabado con esfacelo, sino que a pesar de reducirse, las adherencias intra peritoneales han impedido la infección se generalizase a toda la serosa, y al propio tiempo, observar la gangrena del saco a pesar de la reducción intestinal. Confieso ser la primera vez que soy testigo de tal complicación (en 115 hernias estranguladas) y que si ha curado el enfermo ha sido por haber intentado la cura radical, sin sospechar la gravedad del proceso que se estaba fraguando.

Conclusiones:

Toda hernia libre debe ser operada.

Toda hernia estrangulada debe operarse enseguida de encarcelarse a no ser que antes de las 12 primeras horas se pueda *facilmente* reducir por taxis.

La taxis nunca deberá ser laboriosa ni practicarse más tarde de las 12 horas de la extrangulación.

Reducida una hernia extranguiada, debe operarse enseguida o dentro pocos días.

DR. E. ESTAPÉ.

Las irrigaciones intrauterinas y el desagüe uterino en la metritis puerperal (*)

Por ser un precepto legal y requisito indispensable para obtener el título de Doctor en Medicina y Cirugía, la presentación de una Memoria que trate de asuntos relacionados con esta importante rama del saber humano, es por lo que me permito someter al fallo de vuestro elevado y justo criterio este modestísimo fruto de mis estudios y de mi experiencia personal, encomendándole a vuestra benevolencia dentro de la más estricta justicia, confiando en que acogeréis con agrado el tema elegido para la redacción de esta Memoria a la que titulo:

ESTUDIO CRÍTICO DE LAS IRRIGACIONES INTRA-UTERINAS Y DE LDESAGÜE UTERINO EN EL TRATAMIENTO DE LA METRITIS PUERPERALES

Difícil en alto grado resulta tanto la elección de tema para la redacción de una Memoria de esta índola como su desarrollo, para los que, al salir de las aulas con el título de Licenciado nos hemos visto precisados a ejercer inmediatamente en pueblos donde es preciso dedicar por igual nuestra atención a todas las numerosas ramas de la ciencia médica; ello es causa de que no se pueda profundizar en el estudio de ninguna de ellas y de que por lo tanto resulte imposible presentar un estudio tan completo y acabado como fuera mi deseo.

Sin embargo en nuestra constante lucha con la enfermedad, tenemos múltiples y diarias ocasiones de comprobar los resultados

(*) Agradecemos al antiguo colegiado Dr. A. Ferrán y Brusés, médico que había sido de Cassá de la Selva y que hoy reside en Madrid el que utilice las páginas de este BOLETÍN para publicar la Memoria que presentó en el acto de graduarse Doctor.

obtenidos con los medios que empleamos para combatirlas y de aquí nace por poco que nos interese conocer el porque de las cosas, un trabajo de crítica de gran importancia clínica, entendiendo que si bien es altamente meritoria la labor del que aporta nuevos conocimientos a la ciencia, no es obra estéril la de aquilatar el valor de las armas que actualmente poseemos para luchar con la enfermedad, ya que de su conocimiento resulta una aplicación razonada de las mismas, evitándonos de este modo las dudas, vacilaciones y muchas veces amargos desengaños que se apoderan de nuestro ánimo, cuando de los recursos empleados con tal fin no obtenemos los resultados que nos creíamos tener el derecho de esperar, evitando a la vez el notorio perjuicio que para el enfermo resulta cuando por emplear un agente terapéutico del que esperamos más de lo que puede dar vemos que se ha perdido un tiempo precioso o que en casos mas lamentables lejos de combatir la enfermedad se ha contribuido a la persistencia de la misma o lo que es peor aún, se ha provocado el desarrollo de serias y temibles complicaciones ocasionadas quizás por acciones secundarias del mismo agente empleado.

En la práctica diaria, a la cabecera del enfermo y de entre el conflicto que resulta del encuentro de la enfermedad y los medios que oponemos a su desarrollo, surgen y se observan muy frecuentemente hechos que nos impresionan vivamente induciéndonos a buscarles una explicación lógica para luego sobre ella basar conclusiones que nos sirvan de norma en la práctica de nuestra profesión. De alguno de estos hechos voy a ocuparme tratando de explicar el porqué de ellos y de fundamentar las conclusiones que el haber reflexionado sobre los mismos me ha sugerido.

Repito que es esto tarea difícil para el que no ha podido dedicar el tiempo necesario al estudio de un solo y determinado punto por cuyo motivo me veo forzosamente obligado a solicitar la benevolencia de los que lean y juzguen estas líneas haciendo previa declaración de que mi propósito es únicamente llamar la atención sobre puntos importantes de terapéutica puerperal, tratando de darles científica explicación para considerarme satisfecho si de entre lo mucho de escaso o nulo valor que escriba se desprende algún dato que sirva para una buena orientación terapéutica o alguna idea que mejor interpretada de lo que yo sepa exponerla, pueda servir de alguna utilidad a la ciencia médica y dentro de esta a la terapéutica verdaderamente práctica que es la más útil y más que útil necesaria-

ria aplicar cuando nos encontramos ante la cabecera de un enfermo confiado a nuestros cuidados.

Durante mi práctica he tenido ocasión de luchar bastante número de veces con las infecciones puerperales; bien conocida es de todos la gran importancia que tiene esta enfermedad bajo cualquier punto de vista que se la estudie y bien conocidos son también los recursos con que contamos para combatirla. El número de estos indica ya bien claramente, que por desgracia no contamos aun con ninguno de éxito tan seguro que nos permita presentarnos ante una enferma de esta índole, con la entereza de ánimo y seguridad en nosotros mismos como lo hacemos por ejemplo, ante un caso de difteria incipiente, gracias a las armas tan certeras que en nuestras manos tenemos para combatirla. Sin embargo tampoco nos encontramos desarmados en absoluto ni mucho menos y si bien no podemos oponer al desarrollo de tal enfermedad medios tan certeros y eficaces como son los anteriormente aludidos, es indudable que nuestra misión ante una infección puerperal resulte provechosa ha de concretarse a la elección de alguno de los medios con que actualmente contamos; todo estriba en que esta elección sea oportuna y en que lógicamente pueda conducirnos al fin deseado, para lo cual nada nos servirá tan bien como el conocimiento, lo más perfecto posible, de tales medios al cual aunque sea muy modestamente tengo la pretensión de contribuir en el curso de estas líneas.

Para ello no voy a ocuparme del diagnóstico de la infección puerperal en las varias formas clínicas bajo las cuales puede presentarse, ni tampoco de todos los agentes o medios terapéuticos a los cuales podemos recurrir para combatirla, pues ello me obligaría a dar a este trabajo una extensión que resultaría impropia a menos de tratar unos y otros con mucha mas brevedad de la que se merecen, aparte de que no es este el objeto que me he propuesto en esta Memoria.

Dejando pues por sentado el diagnóstico, voy a dedicar mi atención al estudio o mejor dicho a tratar de explicar el porqué de los resultados obtenidos con dos recursos terapéuticos cuya naturaleza un tanto distinta, ha sido causa de que por el mayor o menor éxito obtenido mediante su empleo, meditara sobre ellos y formara juicios enjendradores de estas líneas. Me refiero a las irrigaciones intrauterinas y al desagüe uterino.



SUPLEMENTO AL BOLETIN MENSUAL

Número 223. — Año XIX. — Número 7, correspondiente a Julio 1914

D. Rosendo Pi y Puig

Nació en Pals en 23 Abril 1841

Se graduó en Barcelona el día 20 Junio 1864

Ejerció algunos meses en Pals

y desde 1866 en La Escala

Es S. C. de la Real Academia de Medicina

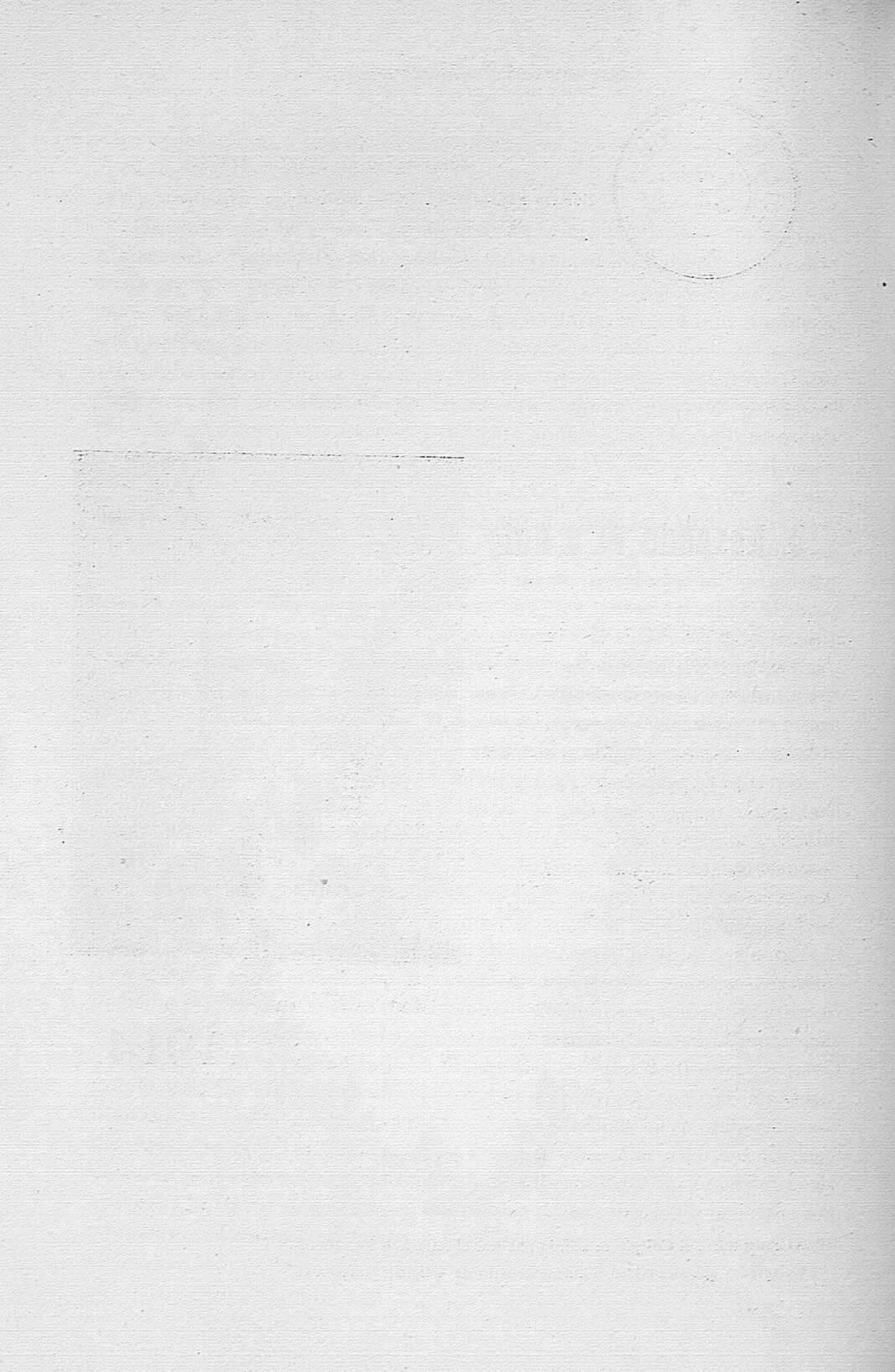
de Barcelona desde 1884, en premio

de su topografía médica de La Escala



1914

Al constituirse el Colegio se acordó publicar el retrato de los señores Colegiados que alcanzasen el cincuentenario de ejercicio profesional.



El origen de ambos recursos terapéuticos hemos de buscarlo en la idea comunmente y con razón aceptada, de considerar como puerta de entrada y primitivo asiento de la infección al aparato genital, vía que sin negar la posibilidad de que no sea la única como algunos estudios y hechos tienen tendencia a demostrar, hemos de aceptar que en la inmensa mayoría de los casos es la recorrida por los gérmenes productores de la enfermedad; además basta tener en cuenta las modificaciones que junto con otros órganos importantes sufre el útero durante el estado de embarazo y muy especialmente las condiciones en que queda después de los trabajos del parto y alumbramiento consiguiente, para comprender y admitir sin reparos de ninguna clase la gran semejanza existente entre una herida cavitaria situada en cualquier otra parte del organismo y la superficie cruenta existente en el interior del útero puerperal. Teniendo presentes estas condiciones y circunstancias es muy lógico tratar de combatir la infección en el lugar donde primitivamente arraiga, así como lo es por consiguiente el que aplicando un criterio de analogía tratemos de contrarrestarla haciendo aplicación de medios que por terapéutica quirúrgica general sabemos cuan valiosos son en el tratamiento de lesiones infectadas; de aquí deriva el uso de los raspados, toques medicamentosos, desagüe uterino, irrigaciones intrauterinas o simplemente vaginales, etc., etc.

En efecto, todos hemos tenido múltiples ocasiones de comprobar los buenos resultados preventivos y curativos obtenidos en el tratamiento de las superficies cruentas por medio de los lavados de las mismas; gracias a ellos, casi siempre logramos limitar rápidamente la infección y vemos que una vez limitada bien pronto cede para iniciarse un proceso de cicatrización que es el camino para obtener el retorno a la salud de la región afecta. Y no haré nada más que señalar los beneficiosos resultados que se obtienen procurando y consiguiendo un desagüe lo más perfecto posible, que evite la estancación y por lo tanto la persistencia de productos sépticos en contacto con las lesiones que tratamos de combatir, pues citar detalladamente sus ventajas y los efectos obtenidos los cuales constituyen hoy día una de las verdades mas conocidas y firmes de la ciencia médica, no sería otra cosa que repetir una vez mas lo que tantas veces hemos oido de labios de nuestros maestros y sobre todo lo que por haberlo comprobado todos nosotros está ya suficientemente arraigado en nuestros ánimos. Teniendo pues en cuenta la excelen-

cia de tales métodos terapéuticos y los conocimientos que actualmente poseemos acerca la patogenia de la infección uterina puerperal, era lógico como antes dije, que se trasladaran a este campo y con ellos se tratara obtener en el tratamiento de las metritis puerperales los bellos resultados obtenidos en el tratamiento de otras lesiones infectadas, abrigando con ello la esperanza de que dado un utero puerperal infectado, por medio de grandes lavados de su cavidad, recurso al que según he tenido ocasión de comprobar en bastantes ocasiones se ha dado una marcada preferencia, viéramos también limitarse rápidamente la infección, acortando por lo tanto la duración de la misma, evitando en gran parte a su vez las propagaciones a los anexos o lo que es lo mismo conseguir una rápida, marcada, y estable defervescencia en la intensidad de los síntomas tanto locales como de caracter general que observamos en esta forma de infección puerperal fueran anuncio verdadero de la curación ansiada. ¿Pero sucede esto en la práctica? ¿han resultado confirmadas por los hechos tales presunciones y esperanzas? Veámoslo.

A pesar de que en virtud de los conocimientos que hoy día tenemos de la infección en general y de que gracias a poner en práctica de una manera lo mas rigurosamente posible los sanos principios de la asepsia, parece es menor cada dia el número de mujeres que, víctimas de la infección puerperal, pagan con la vida o con larga y penosa enfermedad tributo a las leyes de la naturaleza al dar cumplimiento a su noble y hermosa misión de ser madres, todavía en los pueblos en que por carecer de medios tienen que solicitar el auxilio de gentes ignorantes, dominadas por las mas erróneas y funestas ideas, son desgraciadamente aun numerosos en demasía los casos en que tenemos que luchar contra tal enfermedad y si esto sucede en nuestra Patria donde aunque lentamente va llegando hasta los mas apartados rincones la luz de la ciencia, ocurre aun en mayor escala e intensidad mas acentuada en otros paises, donde multitud de gentes y de pueblos se puede decir que viven en la oscuridad mas absoluta, o por lo menos en tinieblas. Al hecho de haber ejercido en estos puntos, debo poder decir que son bastante numerosos los casos de infección puerperal que he tenido que tratar y por lo tanto que han sido múltiples también las ocasiones en que he podido comprobar los resultados obtenidos con el uso de los medios terapéuticos objeto de este estudio.

Pues bien y ocupándome ahora de las irrigaciones intra-uterinas

que son el recurso terapéutico que también empleaba con preferencia al principio de ejercer y hablando con entera seriedad y honradez científica, he de manifestar que nunca quede completamente satisfecho de sus resultados en el tratamiento de las metritis puerperales, pues nunca los obtuve tan buenos como me había permitido esperar: desde muy pronto chocaron en mi ánimo lo exíguo de sus resultados en unos casos y el efecto nulo en otros, debido a esto usé con mas asiduidad el desagüe uterino y con este medio he obtenido siempre resultados marcadamente mejores; de aquí nació mi deseo de explicarme el porqué de estos hechos y puesto en el trance de escribir una Memoria voy a tratar de exponer en los párrafos siguientes los razonamientos que me han conducido a limitar el empleo de las irrigaciones intra-uterinas a contados casos y a dar en cambio la preferencia al desagüe uterino.

Es cierto que haciendo uso de las irrigaciones intra-uterinas he visto curar bastantes casos de metritis puerperal, pero en la mayor parte de las veces no ha sido en menos tiempo del que ha sido necesario transcurriera para ver curar otras metritis de igual naturaleza sin haber empleado las mencionadas irrigaciones, es cierto también que, en varias ocasiones he podido comprobar un descenso de la curva térmica y una remisión de síntomas, pero en la mayoría de los casos las esperanzas nacidas al observarlo han sido tronchadas por la decepción al verlas desvanecidas por nuevo ascenso de la temperatura seguida o mejor dicho consecuencia de un recrudecimiento de la enfermedad que por breves momentos pareció dominarse.

En varias ocasiones además de lo dicho, he tenido que combatir diversa índole de complicaciones perimetriticas, apesar de haber empezado la enfermedad por una simple metritis y apesar de haber empleado desde un principio las irrigaciones-intra-uterinas, lo cual prueba que en múltiples ocasiones no tan solo han sido inútiles sino que no han evitado propagaciones de una infección localizada primitivamente en el utero ¿A que se debe esta desconformidad entre lo que teóricamente parece teníamos derecho a esperar y los resultados obtenidos en la práctica? Varias son a mi juicio las causas que contribuyen a la deficiencia de estos resultados; vamos a examinarlas.

Ante todo, si para querer obtener efectos curativos en las metritis puerperales valiéndonos de las irrigaciones intra-uterinas lo

hacemos guiados por un criterio de analogía derivado del conocimiento de los efectos que obtenemos en otro género de lesiones por medio de irrigaciones o lavados, apliquemos también otros conocimientos relacionados de igual manera con este otro orden de lesiones susceptibles de ser tratadas por este medio y sobre todo fijémonos en las circunstancias en que verificamos tales lavados.

Todos sabemos muy bien que el reposo es un medio necesario para obtener una rápida curación y por lo tanto no creo necesario me esfuerce en demostrar que dadas dos superficies cruentas en el mayor grado posible de igualdad de condiciones, cicatrizará mas rápidamente y mejor aquella que haya podido estar en mas acentuado grado de reposo.

Todos sabemos también, que los buenos efectos que obtenemos por medio de los lavados de las superficies cruentas tenemos que atribuirlos casi exclusivamente a la acción mecánica que desarrollan, a sus efectos de arrastre y por este motivo siempre que nos es posible, los practicamos con una presión un tanto acentuada, apesar de la cual todos hemos podido observar lo difícil que nos resulta lograr en ciertos casos de heridas poco amplias unas veces, otras en aquellas que presentan en su superficie exudados adherentes o viscosos, una limpieza perfecta, hasta el extremo de exigir en algunas ocasiones que unamos a la acción del lavado la de suaves fricciones con torundas o compresas y hasta con el auxilio de pinzas para eliminar partes necrosadas convertidas en verdaderos nidos de bacterias.

Otra de las circunstancias que hemos de recordar aquí y de la cual nos preocupamos siempre al practicar un lavado en una superficie cruenta es, la de que el líquido empleado no quede retenido, tanto que en muchos casos, después de haberle terminado y antes de colocar el aposito, nos cuidamos de secar lo mas perfectamente posible la superficie que ha sido objeto del lavado y aunque así no lo hagamos no hay que olvidar que el mismo apósito que después colocamos está compuesto de materiales absorbentes, los cuales además de su acción protectora tienen otra muy digna de tener en cuenta cual es, la de disminuir la humedad que pueda haber quedado.

Es muy cierto que estos principios generales que recuerdo entran ya casi en el terreno de las llamadas vulgaridades científicas, por esto no hago nada mas que indicarlos, pero considero que por mas conocidos que sean no hemos de olvidarlos sino que antes al contrario son dignos de tenerlos en cuenta y de que fijemos nuestra

atención en ellos, pues haciéndolo así nos explicaremos porque las irrigaciones intra-uterinas distan mucho de ofrecernos en la práctica una seguridad relativa en cuanto a los efectos que podemos esperar de ellas como nos la dan los lavados aplicados al tratamiento de otro género de superficies cruentas y por lo tanto los motivos por los cuales no son ni pueden ser iguales ni muchísimo menos, precisamente porque debido a no tenerlos en cuenta se puede hacer un uso exagerado de las mismas o emplearlas en casos en que casi forzosamente han de conducir a un lamentable desengaño al comprobar la escasa eficacia que ha resultado cuando no otra cosa de su empleo.

Hechas ya estas consideraciones veamos lo que ocurre al practicar una irrigación intra-uterina y los hechos que según mi modo de pensar resultan de su aplicación.

Al efecto recordemos aunque sea a grandes rasgos algo de la técnica seguida para la aplicación de las mismas, cosa que no haré detalladamente por ser de todos conocida y por hallarse perfectamente descrita en obras tanto nacionales como extranjeras dedicadas a esta clase de asuntos: por otra parte y para el objeto que me he propuesto en esta Memoria es suficiente recordar muy someramente que previas las manipulaciones indispensables para obtener el mayor grado de asepsia posible, esterilización de instrumental, afeitado y lavado minucioso de la región vulvar, abundante irrigación vaginal etc., etc., una vez colocada en posición conveniente la enferma. lo primero que procuramos es obtener por medio de pinzas apropiadas para ello un descenso del utero, el cual facilita muchísimo la introducción de la cánula adoptada que según sabemos ha de ser de doble corriente y de forma que nos asegure lo mas posible un fácil retorno y franca salida al exterior del liquido empleado.

ANTONIO FERRÁN BRUSES

(Continuará)

HIGIENE DE LAS AGUAS DE MESA

(Continuación)

Sin negar que a veces los desarreglos intestinales subsiguientes a los cambios de agua. obren como aperitivos, nosotros no podemos desearlos y menos hemos de laborar para producirlos; porque, no estando seguros de las benéficas consecuencias que puedan derivarse, al provocar alteraciones digestivas a individuos sanos, por el solo deseo de mejorarles, nos expondríamos a poner en práctica el conocido epitafio castellano:

Aquí yace un español,
Que estando bueno
Quiso estar mejor.

2.º Otra cosa ocurre cuando, por circunstancias sanitarias o de otra índole, sea preciso cambiar de aguas por una temporada. En estos casos, si el agua habitual reúne todas las cualidades favorables al individuo, puede sustituirse por otra equivalente; pero, si aquella tiene algún defecto, que, sin mermar el normal funcionalismo digestivo, introduzca en el cuerpo elementos extraños o lo recargue de principios nocivos, será preciso elegir otras aguas más ligeras o dialíticas, aun cuando la aclimatación cueste algún trastorno emeto-catártrico: p. ej., ciertas poblaciones poseen aguas extraordinariamente calcáreas; los habitantes de estas localidades logran acomodar su tubo digestivo a la calidad del agua disponible; pero, tal adaptación no puede evitar que las sales térreas se vayan depositando incesantemente en las paredes arteriales de los moradores, y por lo tanto, sin que la esclerosis arterial, en estos lugares, sea frecuente y prematura: aquí tenemos, v. g., a San Cugat del Vallés, que ha visto disminuir su mortalidad por apoplejía, desde que trocó sus aguas antiguas, de 22 a 26 grados de dureza, por otras de menor graduación hidrotimétrica.

En consecuencia, siempre que algún habitante de poblaciones surtidas por aguas excesivamente duras, se vea obligado a cambiar de residencia, deberemos aconsejarle aguas más débiles y dialíticas, como p. ej. las

de Piera (que nuestro dignísimo Presidente acostumbra a recomendar a sus clientes, por no tener más que dos grados de valuación jabonosa) u otras, que obrando por lexivación, dejen libre al organismo de elementos extraños o perjudiciales. Con tal de que reunan las condiciones apetecidas, es indiferente que las aguas recomendadas pertenezcan al innominado y extenso grupo de las potables o a la lista oficial de las minerales; porque la inclusión o exclusión de un veneno en los grupos médico-hidrologicos y en los Anuarios oficiales, no da ni quita ninguna de las cualidades inherentes a cada agua; y así tenemos, que mientras la gran mayoría de las alcalinas frías (incluso las de gran mineralización) han sido consideradas como simplemente potables. hasta que un hecho fortuito ha revelado su verdadero carácter a una persona erudita, a otras muchas fuentes entresacadas de los Anuarios oficiales de Hidrología, cabe aplicárseles lo que, de N.^a S.^a de Abella decía su médico director, doctor Centenera, esto es, «que dichas aguas ni son medicinales, ni de ninguna utilidad pública, que no hay establecimiento, ni recursos para vivir en aquella localidad. ni caminos ni nada; siendo un engaño cuanto se ha dicho en los anuncios publicados para llamar concurrencia; y que lo mejor que podría hacer el Gobierno sería mandar cerrar el establecimiento, evitando así que fueran algunos incautos, que llegarán estropeados, con las graneles molestias del viaje peligroso (entonces), para no encontrar allí más que un agua potable muy fresca y agradable, pero sin ninguna propiedad terapéutica».

Y aquí hacemos punto final a las reglas convenientes a los individuos, sanos, para ver si logramos resumir (B) las que hay que aplicar a los enfermos, relativas al uso de las aguas llamadas «de mesa»: y para no separarnos del método preestablecido, comenzaremos por los

ENFERMOS DEL APARATO DIGESTIVO—Asegura el insigne Boas en su obra «Enfermedades del estómago», que «las prescripciones balneoterápicas, sobre todo en las enfermedades digestivas, son de las más difíciles de toda la Terapéutica; puesto que, al lado de casos en los que obtenemos con las aguas minerales efectos tan maravillosos, que casi dejan oscurecidos los de nuestra terapéutica farmacológica, tropezamos con otros que no dejan de proporcionar amargos desengaños a médicos y enfermos»; y añade, que «uno de los mayores inconvenientes con que se tropieza en la práctica, es la falta de indicaciones precisas y sobre todo de contraindicaciones; a fuerza de ampliar mucho las primeras y de restringir las segundas, es frecuente que el médico se halle en un verdadero

embarras de richesse cuando se trata de elegir, para sus enfermos, un determinado sitio curativo o establecimiento termal; de tal suerte, que si no se tiene experiencia personal acerca del asunto, con gran dificultad resolverá el problema en cada caso concreto»; y por eso entiende, «que procederían mucho mejor los médicos de baños, si redujeran todo lo posible, los límites de las indicaciones de sus establecimientos respectivos.»

Estas palabras del gran maestro de la gastro-patología moderna, resumen maravillosamente la doctrina que hay que aceptar como verdadera en el estado actual de la balneoterapia digestiva.

La práctica hidrológica repetida nos ha convencido de la gran verdad que encierran las últimas palabras que hemos transcrito; ¡se ha ensanchado extraordinariamente el campo de las indicaciones, y precisa que los médicos de baños restrinjan las de sus respectivos establecimientos!

Así debería ser: y por lo que del reproche pueda correspondernos, debemos manifestar que cuando dirigimos el Balneario de Ribas, procuramos inquirir los elementos de juicio necesarios para determinar las indicaciones de tales aguas; que adquirimos alguna convicción en la materia: pero que no logramos formarnos un criterio cerrado, porque para rectificar viejos errores y arraigadas preocupaciones, precisan algunos años seguidos de permanencia en la dirección del balneario, a fin de indagar los efectos inmediatos y los resultados tardíos que producen las aguas a un gran número de enfermos que se marchan de los baños sin devolver la papeleta respaldada, ni despedirse del médico que al principio les visitara: dirigiendo los balnearios una sola temporada o en temporadas interrumpidas, puede adquirirse alguna enseñanza útil; pero no se puede tener la autoridad necesaria para fallar el pleito con las suficientes garantías de acierto, ni con la seguridad y amplitud apetecidas. Las aguas de Vichy, como las de Carlsbad, Cestona, Caldas de Malavella y como todas las indicadas en las enfermedades del tubo digestivo, no curan, no pueden curar todos los males gastro-entéricos y hépato-pancreáticos, y el aconsejarlas irreflexivamente, es causa de que se llenen los balnearios de enfermos mal dirigidos, que luego no logran el éxito esperado y desacreditan las aguas; y así tuvimos ocasión de visitar, en Ribas, a muchos miasténicos de etiología extragástrica, sobre quienes ninguna influencia podían tener las aguas prescritas, y en cambio escaseaban los ulcerosos y hepáticos, que generalmente me parecieron ser los más favorecidos por el uso reglamentado de tal remedio hidrológico.

Pero, hay más; todos los días vemos mejorar y hasta curarse muchas digestivopatías con el empleo de aguas no minerales, de montaña, mien-

tras se agravan los enfermos retornados de los balnearios de aguas esto macales; y por eso creo, que en los casos de indicaciones imprecisas, se haría mejor en preferir a las aguas minerales (quizás embotalladas de mucho tiempo), las potables frescas y ligeras que fueran envasadas recientemente.

No pudiendo, en estos breves momentos, apurar el método analítico, sin peligro de caer en graves extralimitaciones, seguiremos esbozando globalmente, la influencia que las aguas de mesa puedan tener sobre el acto digestivo, según esta ostente los caracteres de hiper, hipo y parapepsia.

Hiperpepsia. — Sea cual fuere la relación que guarden, es lo cierto que las ideas de hiperpepsia e hiperclorhídria son perfectamente correlativas; y también lo resultan, en la práctica, las consecuencias terapéuticas derivadas; entre las que debemos colocar, en primer término, la administración de alcalinos, larga mano, a las dos o tres horas de iniciado el trabajo digestivo, a fin de que, neutralizando el exceso de acidez, en el propio acmé de la secreción clorhídrica, cesen, como por encanto, las angustias y dolores de los enfermos. En contraposición; el uso de polvos alcalinos en la mesa puede acrecentar la hiperclorhídria, por la frecuente acción excitosecretora del bicarbonato sobre la mucosa gástrica.

Farmacológicamente considerada, la indicación es de clavo pasado, y no cabe ni siquiera discutirla; el error estriba en querer asimilar la acción simple y bien determinada del bicarbonato sódico y sucedaneos suyos, a la mucho más compleja de las aguas alcalinas.

Asimilando la medicación hidro-mineral a la farmacológica y fiados en las corrientes médicas modernas, creíamos acertar, oponiéndonos sistemáticamente a que los hiperclorhídricos usaran las aguas alcalinas hasta que lo reclamaran sus molestias hiperquílicas. La resistencia que, para obedecernos, encontrábamos en los concurrentes al Balneario de Ribas, nos hizo transigir con la costumbre de llevar a la mesa botellas de agua recién salida del manantial, y podemos atestiguar que, si bien el uso inconsciente y generalizado del agua resultaba cuando menos inútil en muchos casos, en los de hiperclorhídria la acción moderadora era evidente, y no solo no tuvimos exacerbaciones éxcito-secretoras y píloro-espasmódicas, sino que fácilmente se normalizaba la parábola clorhídrica y, en conjunto, el síndrome hiperpéptico: y esta acción antiácida y sedante de las aguas de Ribas, se manifiesta no solo en las hiperclorhídrias sin posteriores fenómenos intestinales, si que también en las hiperquílicas sintomáticas de gastritis y en las complicadas con la entero colitis mucomembranosa; enfermedad de moda, tributaria del régimen crenoterápico, cuyo

solo nombre parece va unido al de dos balnearios de gran fama: Plombieres y Chatel Guyon. Acabamos de proclamar un hecho de observación que tal vez no parezca bien cimentado; y es natural que me preguntéis: ¿qué tienen las aguas de Ribas que así se comporten? ¿es que la acción excitante del bicarbonato sódico es inapreciable por el fraccionamiento de la dosis, o queda ofuscada por la preponderancia de la base cálcico-magnesiaca?; o ¿es que la presencia de gases raros y de emanaciones radiactivas anulan la primera excitación, y hacen sobresalir, con toda su potencia, los efectos sedantes?

No lo sé, ni puedo saberlo; porque para razonar debidamente la casuística observada, necesitaría que un nuevo análisis me permitiera apoyar con argumentos más sólidos y científicos los resultados obtenidos. Por hoy debemos dejar las cosas como están, y en consecuencia, creo podemos permitir o aconsejar como bebida usual de los hiperpépticos, las aguas bicarbonatadas, preferentemente cálcicas y mixtas, como las de Ribas; a las que, por analogía, debemos añadir las de Pougues, Saint Galmier, Alet, Segura de Aragón, Solán de Cabras, etc., etc.

Las bicarbonatadas parecerían lógicamente menos indicadas en el momento de las comidas; porque, no siendo generalmente su alcalinidad bastante alta para neutralizar todo el Cl H de una hiperclorhidria mediana, parece que con su uso deberían manifestarse preferentemente los efectos estimulantes. Sin embargo, su acción es menos simplista que la del bicarbonato sódico que las distingue; y sea por la glicerina que muchas albergan; por el argon, helium y demás gases raros, que de ellas se desprenden, o por las emanaciones raras, que las activan, los efectos moderadores del trabajo digestivo aparecen pronto, como puede atestiguarlo el gran número de hiperpépticos aliviados con el uso del agua de Vichy en la mesa, sin que tengamos que protestar de su empleo en la hiperclorhidria, siempre que las elegidas sean las fuentes de Chomel y Grande-Grille, que sus médicos Drs. Jardet y Niviere, han preconizado como sedantes; lo cual no debe extrañarnos, porque (según está demostrado) el uso continuado de esas aguas modifica de tal modo las condiciones de la sangre, que a la larga el jugo gástrico se viene a segregar con menor acidez; y todos nosotros habremos tenido ocasión de observar algunas veces, que con el uso de las aguas de Caldas de Malavella y Vilajuiga, se obtienen efectos maravillosos; perfectamente explicables, por la mancomunada acción antiácida de los bicarbonatos que contienen, con la calmante que reciben de ciertos gases y emanaciones; pudiendo recomendar, a más de las indicadas, otras de menor mineraliza-

ción, como las de Geilnau, fuentes Pauline, Marie y Saint-Jean, de Vals, Sobrón, Mondariz, manantial Sousa de Verin etc., etc.

Más claras e indiscutidas se nos ofrecen las indicaciones de las aguas oligo metálicas, por la acción lenitiva y calmante que las distingue; lo cual permite a los hiperesténicos digestivos, beber a pasto, sin temor alguno, las aguas francesas de Envian, fuentes frías de Plombieres, y las españolas, de Riba los baños, Belascoain y Urberuaga de Alzola.

Pero, de todas las aguas minerales, las que más racionalmente deberían ocupar el primer puesto en el tratamiento de la hiperestenia digestiva, son indiscutiblemente las azoadas; y sin embargo, no son las de mayor uso; porque, a la natural limitación de este grupo hidrológico, hay que añadir, que la generalidad se destinan al aprovechamiento de sus gases para las prácticas atmiatricas; y que del exíguo número de manantiales que restan, deben descontarse, las fuentes de Zuazo, Iturri Santu de Betelú, del Estómago en Panticosa, etc.; las cuales, por su marcado carácter sulfuroso, no pueden ser utilizadas en la mesa; quedando un grupito, realmente pequeño y de clasificación varia, que, gracias a una feliz combinación de sus principios mineralizadores, sólidos y gaseosos, responde maravillosamente a la medicación antiácida y sedante que ahora nos interesa. A este pequeño grupo de manantiales, pertenecen las aguas de Caldas de Oviedo (poco usadas), Dama-Iturri de Betelu, fuente del Hígado en Panticosa y, sobretudo, las tan renombradas de Solares; todas ellas oligo-metálicas, de reacción débilmente alcalina, generalmente radioactivas y ricamente provistas nitrógeno.

Si aquí hiciéramos punto final a la relación de las aguas convenientes a los hiperclorhídricos, seguramente la encontraríamos muy defectuosa; no tanto, porque faltaran nombres de balnearios, sino títulos de los diferentes grupos hidrológicos.

DR. JOSE M.^a MASCARÓ

(Continuará)

MIGUEL LLINÁS FÁBREGAS

Médico de Santa Coloma de Farnés.

Hijo de familia de arraigo en la población, adquirió al ser licenciado en Medicina y Cirujía (noviembre de 1874) la clientela del anciano señor Vilaplana a quien sucedió por defunción de éste; en el ejercicio de la profesión bien pronto manifestó sus inclinaciones a especializarse como comadrón, habiendo llegado a ser en la comarca el que habrá *hecho más partos*.

En sus comienzos fué médico forense y al ocurrir su fallecimiento era médico titular. Murió en 26 de Mayo pasado, a la edad de 62 años, lleno de achaques propio de una vida activa, repleta de fatigas, y sinsabores que le depauperaron prematuramente.

Deja numerosa familia con la que nos condolemos de tan sensible pérdida.

J. M.^a B.

AVISO

Debiendo celebrarse, próximamente, la XVII Asamblea general de este COLEGIO, se recuerda a los Sres. Colegiados el derecho que les asiste de presentar las proposiciones que estimen conveniente someter a discusión, con la sola advertencia de que el enunciado y conclusiones de las mismas han de remitirse a esta por todo el presente mes para insertarlas en la Convocatoria.

Gerona 1.º Julio de 1914.—P. A. de la Junta.—*El Secretario*, PEDRO ROCA Y PLANAS.