



BOLETIN MENSUAL

LA DILATACIÓN OPERATORIA DE LA HILERA GENITAL EN OBSTETRICIA

En realidad, esta cuestión está resuelta habida cuenta de la diversidad de métodos de dilatación que poseemos para atender las múltiples indicaciones que las circunstancias pueden ofrecernos, siendo al parecer temerario insistir en el asunto para añadir algo nuevo, a no ser la apreciación personal de cada método, según sean las condiciones de lugar y tiempo. Sin embargo, yo creo que quienes ejercen en pequeños centros de población y se ven obligados a resolver determinados problemas de obstetricia, que por otra parte bien sabemos que el azar de las circunstancias se presentan en cualquier punto y a todas horas, se encontrarán forzosamente perplejos, según las peculiares condiciones inherentes a cada caso.

A veces, no es nada sencillo, sin ser pecaminoso, dar la preferencia a un método determinado para solucionar con rapidez ciertas cuestiones. En mi sentir, por lo menos es de suma trascendencia tener formado un criterio general sintético para aplicarlo a cada caso concreto, teniendo plena conciencia del mismo a fin de modificarlo y adaptarlo a la diversidad de eventualidades y exigencias del momento, y así ante un estado peligroso pueden evitarse ciertas vacilaciones perjudiciales en grado superlativo para la paciente. Porque nadie puede poner en duda que un caso difícil podrá presentarse al práctico más

modesto y claro está que sin tener éste particulares aficiones tocológicas que le lleven a disponer de un nutrido arsenal obstétrico no fuera nada lícito que se lanzara a determinadas intervenciones, por haberlas leído en los mejores tratadistas, sin que a su alcance estuvieran todos los medios adecuados para ello; pero también es indispensable que en casos particularmente graves el médico salga airoso del conflicto planteado, sino con aquella norma trazada por la pulcritud científico-teórica de los grandes centros docentes, siquiera adoptando una conducta que al cumplimentar los más elementales preceptos del ritual dogmático terológico atienda asimismo cuidadosamente los deberes sociales de nuestra misión, de completo acuerdo con la honradez de un perfecto caballero.

Dividiré la exposición del trabajo impuesto en dos capítulos; uno de ellos, el más interesante en todos conceptos, abarcará el estudio de la dilatación uterina artificial, y el otro, a título de apéndice, comprenderá la dilatación de la vagina y la vulva. — En realidad, el primer capítulo es el más trascendental y el que absorbe la importancia de la dilatación operatoria de la hilera genital, porque el cuello uterino es el escollo contra el cual se estrella la utilidad de nuestros esfuerzos si no se efectúa a tiempo y en las debidas condiciones de técnica y de asépsia, debiendo procurar, a mi ver, ahora como siempre, imitar los fenómenos de la naturaleza en todas sus condiciones y modalidades, pues solo así puede alcanzarse el éxito apetecido. — Además, la experiencia que la práctica proporciona me ha enseñado que la dilatación artificial de la vulva y la vagina tiene también su trascendencia y una indiscutible importancia práctica, no ya para facilitar la espontánea evolución del parto y hasta abreviar su duración, sino también, actuando como medio profiláctico, evitar consiguientes resgaduras del periné y futuras puertas de acceso de la infección en el tramo vulvo-perineal.

I.—LA DILATACIÓN UTERINA ARTIFICIAL. — En más de una ocasión el médico práctico habrá debido vencer el escollo representado por un cuello uterino que no se abre en momento oportuno, siendo ésta una de tantas dificultades que amenudo la naturaleza nos brinda. La dilatación uterina constituye el medio de solventar tal incidente tocológico, pero también constituye una operación preliminar o preparatoria de muchas otras intervenciones obstétricas, y para no citar sino una de las más frecuentes, la aplicación de forceps, la que por decirlo así está al alcance de todos, en más de una ocasión exige la dilatación

previa para no incurrir en la grave falta de intentar una extracción sin que el paso por la hilera genital esté expedito lo suficiente para no exponer a la mujer a serios peligros.

Los medios que poseemos para conseguir la dilatación artificial del cuello uterino son susceptibles de ser agrupados como sigue:

| | | |
|-----------------------------|----------------------------------|---|
| Dilatación cruenta . . . | } | Histero-epicotomia (Pestalozza), Cesárea vaginal (Döderlein). |
| | | Incisiones cervicales (Dührssen, Coen, Krukenberg, etc). |
| | } | Manual |
| | | Digital (Braithwarte). |
| | | Unimanual (Rizzoli, Harris). |
| | } | Bimanual (Bonnaire). |
| Dilatación no cruenta . . . | | } |
| | Instrumental | |
| | Dilatadores metálicos—tipo Bossi | |
| | — de Tarnier, Sims, Collin. | |
| | } | — de Hegar. |
| | | Medicamentosa (?) Laminaria—Taponamiento. |

Para abrirse paso hasta el interior del claustro materno utilizando los medios que acabo de citar, contamos, según las exigencias de cada caso, con dos grandes procedimientos:

I.—El procedimiento lento, por medio del cual se activa la dilatación lánguida del cuello durante el primer período del parto; es lo que se designa bajo el nombre de «aceleración del trabajo».—Algunos de los medios empleados en este procedimiento son indirectamente dilatadores, pues favorecen el proceso natural del parto obrando como excitadores del útero; en tal concepto podemos citar el taponamiento vaginal, el colperinter, la punción de las membranas, irrigaciones vaginales calientes, masaje uterino, electricidad, baños calientes y algunos medicamentos (azúcar, sulfato de quinina); en suma los llamados agentes eutócicos de la materia médica.

II.—El procedimiento rápido en el cual se consigue extemporáneamente la dilatación completa del cuello (para extraer inmediatamente el feto) generalmente conocido en Francia con la denominación de «parto metódicamente rápido». (Tarnier).

Pero considerada de esta forma la cuestión, resulta aceptable para una parte de los casos, o sea en el curso de un parto a término o prematuro; más es indispensable para estudiar el asunto de un modo

completo y en todos sus aspectos, no dejar de lado la interesante cuestión del aborto, sea accidental o intencionado, como también los casos de retenciones ovulares, siendo precisamente esta última circunstancia una de las que con más frecuencia requieren la dilatación cervical, ya que por hemorragia o señales de infección es indispensable vaciar con rapidez el útero y esto no es siempre factible sin dilatación previa, pues en la mayoría de los casos clínicos de esta naturaleza la abertura que conduce al interior del útero rara vez permite el ingreso fácil siquiera de un dedo para practicar la «monda digital», o sea el «curage» de los franceses.

Además, me parece muy oportuno señalar una distinción entre lo que los italianos llaman «bocca uterina» y «collo dell' utero», es decir, entre la existencia total del cuello o tan solo del orificio externo por haber desaparecido aquel como consecuencia del trabajo espontáneo del parto y ello tiene una formal importancia práctica porque la integridad o la desaparición del cuello uterino aconseja o, por el contrario, elimina métodos de dilatación determinados, según sea la data del período de gestación.

Por las razones señaladas, intento la siguiente sinopsis, apreciando una fundamental distinción entre las diferentes edades del embarazo que pueden ofrecernos la indicación de dilatar el cuello uterino, así como entre los momentos propicios de efectuarla en el curso de la evacuación del útero grávido. Quiero decir que la elección de método de dilatar el útero estará supeditada a varias contingencias: ante todo, a la urgencia que requiera la intervención, y también a la primiparidad o multiparidad, si ha o no desaparecido el cuello durante el parto o si tan solo es la escasa o nula dilatación órica la parte en causa, como así mismo si el parto es a término o próximo a él, o bien si la dilatación operatoria es motivada por accidentes posibles sobrevenidos en el curso de los seis primeros meses del embarazo, teniendo siempre en cuenta que la dilatación uterina operatoria podrá ser necesaria tanto en los casos que por variedad de causas nosotros hayamos suspendido el embarazo en épocas diferentes provocando el parto o el aborto, como en aquellos otros casos que parto o aborto la naturaleza nos los ofrece como fruto espontáneo de un proceso fisiológico.

Por consiguiente, teniendo presente estas consideraciones, pudiera plantearse, en mi sentir, una clasificación de conjunto bajo la siguiente fórmula esquemática:

| | | | | | |
|---|---|--|---|---|--|
| Medios de dilatación uterina artificial | en la segunda mitad del embarazo y a término. | parto a término. prematuro. | (cuello íntegro.—Cesárea vaginal. desaparecido o en vías de desaparecer. | D. rápida. | D. lenta |
| | | | | Incisiones de Dührsen. Balones Champetier Dilatadores metálicos Dilatación manual. . . | Dil. metálicos. Balones (metrenrinter) Taponeamiento. Medicamentos. |
| Medios de dilatación uterina artificial | en la primera mitad del embarazo. | abortos y retenciones post-abortivas. | Dilatadores Hegar . . . Dilatadores Bossi. . . Balones (mod. peq) . . . | D. rápida. | D. lenta |
| | | | | Laminarias. Toponamiento. Balones. | |

Las condiciones que permiten la dilatación uterina artificial varían según se trate de una primipara o de una multipara. Naturalmente que a igualdad de condiciones resulta mucho más sencilla en una mujer que haya parido varias veces que en la que lo hace por primera vez. Basta recordar las modificaciones anatómicas que experimenta el cuello como consecuencia de embarazos repetidos que lo vuelven más blando y permeable y de la mayor resistencia que nos ofrece el de la nulipara.

La dilatación del orificio uterino (no del cuello) se practica, salvo rarísimas excepciones, en casos en que el cuello ha desaparecido completamente por haber comenzado el trabajo desde algún tiempo; en esta ocasión no es nada peligrosa porque actúa principalmente sobre la porción vaginal del cuello que es la que aún persiste, y si durante el acto operatorio se produce fortuitamente alguna dislaceración es bastante lejana del peritoneo. A veces debemos intervenir sin que el trabajo se haya presentado todavía y, sin embargo, es posible tener que efectuar tan solo la dilatación órica, por haber ya desaparecido el cuello como consecuencia de una excesiva distensión uterina debida a un embarazo múltiple o a hidramnios.—Mucho más importante, más difícil y también más grave es la dilatación del cuello todavía íntegro o en vías de desaparecer, porque se necesita más práctica obstétrica, más instrumental y caso de producirse dislaceraciones son de más consideración y gravedad por estar próximas al peritoneo y susceptibles de poner en comunicación directa la cavidad vagino-uterina con el tejido celular pelviano, de aquí la mayor facilidad de complicaciones de mayor cuantía, como las pelvi-peritonitis y los flemones pelvianos, en singular de la vaina hipogástrica.

Verdad es que en ocasiones el cuello uterino, o mejor el orificio externo del mismo, no se presenta lo suficientemente *dilatado*, siendo en cambio *dilatatable*, condición muy digna de tenerse en cuenta en la práctica. Cuando esto sucede obedece en general a falta de correspon-

dencia de diámetros, siendo por lo tanto frecuente en las pelvis algo estrechas o bien cuando es demasiado voluminosa la parte fetal presentada. Entonces las contracciones uterinas (suponiendo que se presenten con la validez fisiológica) actúan de manera que producen, como sabemos, primero el acortamiento y luego la desaparición del cuello uterino, y la bolsa de las aguas contribuye también poderosamente a conseguir la amplitud del conducto cervical insinuándose en su interior como una cuña y abriéndose paso a cada contracción, de suerte, que en un momento dado, acentuándose la tensión de la bolsa de las aguas, acaba por romperse dando salida a una cierta cantidad de líquido amniótico (las aguas anteriores) cuando la dilatación alcanzada podrá ser, por ej. de 6 a 7 cms. y la presentación elevada todavía. Si la cabeza fetal no desciende, aún por impedírselo el cinturón óseo del estrecho superior, las contracciones se sucederán sin resultado y la fibra muscular se irá fatigando por trabajar en malas condiciones y perder efecto útil, al tiempo que sin el estímulo producido por la presentación al ejercer posiciones en la superficie interna del cuello, faltará el reflejo fisiológico inicial de la contracción, resultando en consecuencia que las contracciones se irán extinguiendo y el trabajo del parto será más largo.—El práctico que sea llamado en este momento, encontrando un cuello uterino en vías de desaparición y un orificio externo poco dilatado, podrá creer de primera intención que se trata de un parto poco adelantado a causa de la rotura intempestiva de la bolsa de las aguas. Si a ello se añade cualquiera eventualidad que haga pensar en la urgente extracción del feto, es posible que se creyera necesaria una dilatación mayor, mientras que en realidad, en un caso como el apuntado, puede existir una dilatabilidad más que suficiente para permitir el paso de la mano y de los instrumentos. Quien quisiera esperar perdería un tiempo precioso en detrimento del resultado final, pero es indispensable conocer bien estos casos para no contraer serias responsabilidades. El diagnóstico no es difícil. Cuando existe dilatabilidad, nos encontramos ante un trabajo iniciado desde muchas horas o algunos días y la rotura de las membranas ha sobrevenido mucho tiempo después de comenzadas las contracciones, según nos atestigua el interrogatorio. A estos datos podemos añadir los suministrados por el examen objetivo: el dedo explorador encuentra todavía elevada la presentación y fácilmente puede separar una de otra las paredes cervicales y llevarlas hasta contactar las paredes de la pélvis.

Quando el parto se desenvuelve con suma lentitud y la mujer fatigada y abatida está al mismo tiempo impaciente, puede estar indica-

do apresurar la dilatación, confiando primeramente en los medios entócicos para ayudar a las fuerzas naturales. Hay que reforzar las contracciones que resultan insuficientes, como ocurre en todos los casos de simple inercia, más o menos acentuados. Pozzi y Bergesio aconsejan el empleo de una faja ventral; puede ser de gran utilidad un baño general tibio de escasa duración o hasta un simple semicupio; inigaciones vaginales calientes, a presión, procurando que el chorro golpee con cierta energía la superficie vaginal del cuello; el taponamiento, o la introducción de un globo de goma en la vagina, en una palabra, cuantos medios se han citado más arriba al indicar los agentes del procedimiento de dilatación lenta. Pero estos medios excitadores del útero son indirectamente dilatadores porque estimulan la contracción y favorecen por tanto el desenvolvimiento del acto fisiológico del parto; más con frecuencia resultan insuficientes, y debido a esto, o bien por las exigencias del caso que reclama urgencia, es indispensable echar mano de otros medios verdaderamente activos, los métodos dilatadores propiamente dichos.

La dilatación artificial uterina se opera de distinto modo según se efectue durante la primera o la segunda mitad del período de dilatación, es decir, según el grado que éste haya alcanzado espontáneamente. Y tiene esto a la vez importancia práctica y pronóstica, porque nos debemos conducir de modo muy distinto según que la dilatación esté por debajo o por encima a 4 cpus. como también según sea el estado del orificio interno, dada su vecindad con la serosa peritoneal. Si la dilatación ha alcanzado ya una abertura de 4 cms. de diámetro, y máxime si es superior a esta cifra, la dilatación digital es amenudo suficiente para completar la abertura necesaria a la extracción del feto que se efectúa por versión y extracción manual, si el encajamiento lo permite, o en otro caso el foneps; pero tanto uno como otro procedimiento de extracción facilitan y completan la dilatación uterina, porque en estas condiciones hay dilatabilidad. Puede también recurrirse en tales casos a las incisiones simples.

Este último manual operatorio, preconizado por Dührsen, se llama por algunos «histerostomatoma». Unos autores aconsejan practicar con el bisturí o las tijeras incisiones que no pasen de 10 a 15 milpus en los puntos del borde del orificio que corresponden al diámetro transversal; otros incinden el orificio en cuatro puntos, correspondientes a los diámetros diagonales; otros, en fin, aconsejan la dirección de los diámetros antero-posterior y transversal (Pozzi). Por mi parte puedo asegurar que en cuanto el diámetro del orificio uterino pasa de 4 cpus,

me decido por las incisiones de Dührsen, sobre todo cuando la presentación está muy encajada y haría imposible la colocación de un balón de Champetier; los puntos que considero elegibles de preferencia son el centro de los bordes anterior y posterior del orificio, por ser la línea media menos vascular, y si acaso considero que estas dos incisiones no fuesen suficientes, práctico cuatro en la dirección de los diámetros longitudinales. Siguiendo esta técnica en varios casos, jamás he observado nada desagradable, pues siempre los resultados no han podido ser más lisonjeros. Por lo tanto, es una práctica sencilla sobre la que recomiendo atención y la aconsejo. Las incisiones transversales jamás me han cautivado por la sencilla razón de residir en estas regiones los pedículos vasculares uterinos sobre cuya importancia no he de insistir y considero que en un caso fortuito desgraciado puede esta circunstancia aumentar notoriamente los peligros.

No cabe duda, sin embargo, que siempre que sea posible deberemos dar la preferencia a procedimientos no cruentos, pues aquellos al fin y al cabo crean aberturas que bien pudieran convertirse en algún caso en puntos de inoculación de gérmenes y por consiguiente en vías de acceso de infección. De aquí que en dilataciones uterinas de esta índole sea preferible, y por regla general suficiente, la dilatación artificial, según la técnica de Boumaire.

J. MÁS CASAMADA

(Continuará)

COLAPSTERAPIA

(Conclusión)

El aparato inyector no es nada complicado.

El Dr. de Riba, en un caso que publicó en la revista *Meriatria* ⁽¹⁾, inyectó aire con unas sencillas peras de Richardson, provistas de un filtro purificador.

En otro caso, Lozano ⁽²⁾, inyectó oxígeno con el aparato Röth-Dräger.

(1) *Meriatria* Noviembre y Diciembre de 1911. Año II. Núm. 10. Barcelona.

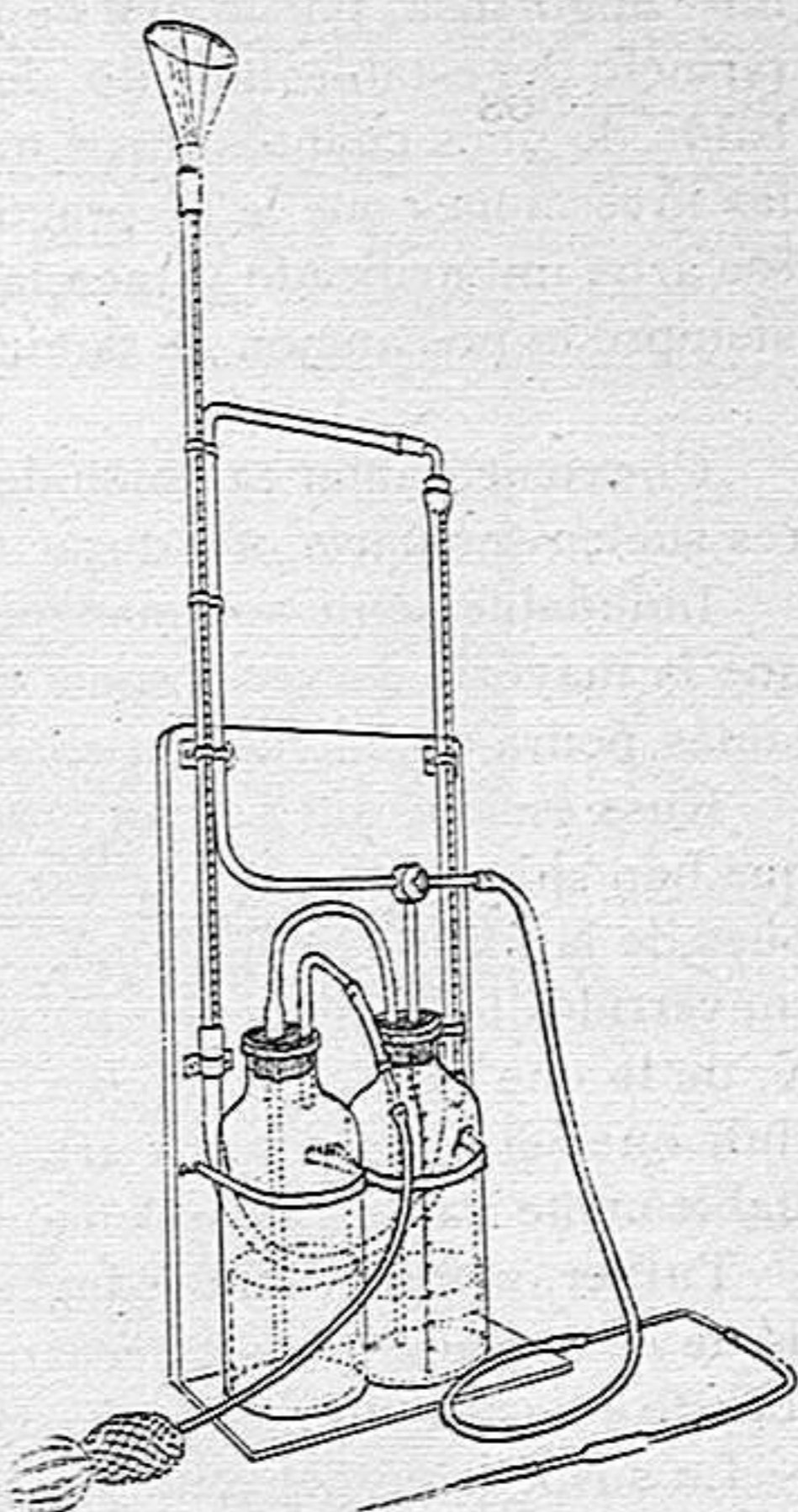
(2) Las nuevas adquisiciones de la cirugía intratorácica. Dr. Ricardo Lozano. Barcelona, Salvat y C.^ª

que emplea para la anestesia, convenientemente dispuesto con una cánula pequeña.

Pero fuera ya de dudas la conveniencia de inyectar nitrógeno, en vez del oxígeno y del aire que se reabsorben demasiado pronto, es también mejor usar un aparato *ad-hoc*, el de Forlanini, por ejemplo, o el modernísimo de Kuss, el de Muralt, o el que ideó el Doctor Pí Suñer el año último.

No dejó de ser para mí una dificultad el procurarme el aparato inyector, por el que me pidieron las casas constructoras un precio fabuloso y un tiempo que no estaba dispuesto a perder, por cuyo motivo me improvisé uno, que no hecharían de menos los prácticos, si fuese ya esa terapéutica cosa muy corriente.

Mi aparato, de fácil improvisación, queda reducido como se vé en la fig adjunta a una sencilla jeringa de agua, montada con dos botellas de cristal en comunicación por medio de un sifón que traslada de una a otra el agua sublimada al milésimo por medio del impulso recibido por el aire que envían unas peras de Richardson; el agua sublimada hace aquí las veces de émbolo propulsor del nitrógeno que a su salida de la botella encuentra una espita que le pone indistintamente, a voluntad del operador, en comunicación con el manómetro, o con la aguja, o con ambos a la vez; el manómetro es de agua y la escala graduada adjunta la mide en centímetros cúbicos, señalando una presión de $+6$ cuando está una de las botellas llena de nitrógeno (a presión, porque sostiene la columna líquida representada por la otra botella llena de agua, si bien es una presión ligera porque mantiene relativamente vacía de aire esa otra botella la válvula de las peras de Richardson), y de -3 á -5 cuando solo está en comunicación con el espacio pleural, puesto que la presión del mismo es negativa, salvo inmediatamente después de la inyección de una relativa cantidad de gas, en cuyo caso no debe nunca rebasarse una presión de $+3,5$ ó $+4$, que en el caso mío he alcanzado siempre con cantidades inferiores a 900 c. m. c. de ázoe, que inyecto poco más o menos cada tres o cuatro semanas según que por la auscultación y la röntgenoscopia sea mas o menos notable la cantidad de gas intrapleural reabsorbido. Únicamente la última vez me he permitido forzar la presión a fin de ver si obraba así más enérgicamente contra algunas adherencias pleurales situadas en el vértice, al



que no dejan en absoluto reposo puncional, como es debido en la colapsterápia.

El nitrógeno podría obtenerse químicamente; pero sería una operación muy engorrosa, por lo que he preferido, por consejo del Dr. Sayé, procurármelo del establecimiento de Aguas Azoadas, de Barcelona, y un solo balón de unos cuantos litros me ha sido más que suficiente hasta ahora para las inyecciones que le he practicado a mi enferma; sólo que al servirme de ese ázoe impurificado y mezclado con una cantidad relativa de aire he tenido siempre la precaución de tamizarlo con un filtro de algodón hidrófilo.

Conviene hablar también del curso de este tratamiento, al que los autores suelen señalarle una duración de uno o dos años.

Indudablemente son más que necesarios, tratándose de una enfermedad que la mayoría de veces suele desarrollarse muy despacio, y cuya curación jamás podrá obtenerse con cualquier tratamiento de duración muy limitada.

Kuss escribe que se han observado enfermos seguidos de 2 á 10 años, y que han sido aptos para el trabajo, conservando el gas (hasta 2 años después de la última inyección), o con el gas reabsorbido por completo, y convertidos los tejidos tuberculizados en un bloc fibroso opaco a los Rayos X, de lo que saca como consecuencia la expresión de su optimismo al concluir que «el pneumotórax artificial ha permitido salvar tísicos que irremediabilmente parecían condenados.»

Tuffier compara esta reducción e inmovilización pulmonar a la anquilosis de una tuberculosis osteoarticular, y dice con razón que la curación se obtiene en estos casos a expensas de la esclerosis del parénquima.

La suspensión del tratamiento como dice Brauer la impondrán la mejora y desaparición de todos los síntomas clínicos; tanto si persiste la reducción pulmonar, como si al fin recobra el pulmón totalmente o en parte su volumen primitivo, si no reaparecen los síntomas clínicos podrá suspenderse el tratamiento, si bien se sujetará al enfermo a una revisión periódica que garantice el éxito.

Fáltanos también hacer un comentario a los casos especiales, en que, a sabiendas o accidentalmente, inyectamos a un enfermo con adherencias pulmonares.

Teniendo bien en cuenta el cuadro de Königer el caso no se presta a confusiones, y la única duda que debe ofrecerse a menudo ha de ser la de si se continua o se suspende el tratamiento, lo cual depende principalmente de la facilidad con que dichas adherencias se dejen desprender.

Con prudencia y sólo teniendo la seguridad matemática de la situación anátomo-topográfica de la aguja, podemos proceder a la inyección de una pequeña cantidad de gas, cuya presión se ha de elevar extraordinariamente, aun con sólo unos centímetros cúbicos, llegando a ± 20 , y hasta a ± 30 . En un caso del Dr. Sayé, con adherencias, se inyectaron el primer día

100 c. m. c. de gas, dejándole a una presión de $+ 18$; los tres días siguientes se inyectaron 150, 110 y 245 c. m. c. respectivamente, quedando a $+ 25$ y a $+ 30$; el día siguiente con 315 c. m. c., que representan una cavidad pleural mucho mayor, se llegó tan solo a $+ 10$, después de haber llegado a $+ 15$ cuando se habían inyectado ya 165 c. m. c., en cuyo momento bajó repentinamente la presión, lo que fué expresión clara, gráfica y terminante de la disolución de una adherencia que abrió paso al gas para una nueva cavidad pleural comunicada así con la primera que se inyectaba; el caso es por demás curioso e instructivo, así como las rontgenografías que acompa-

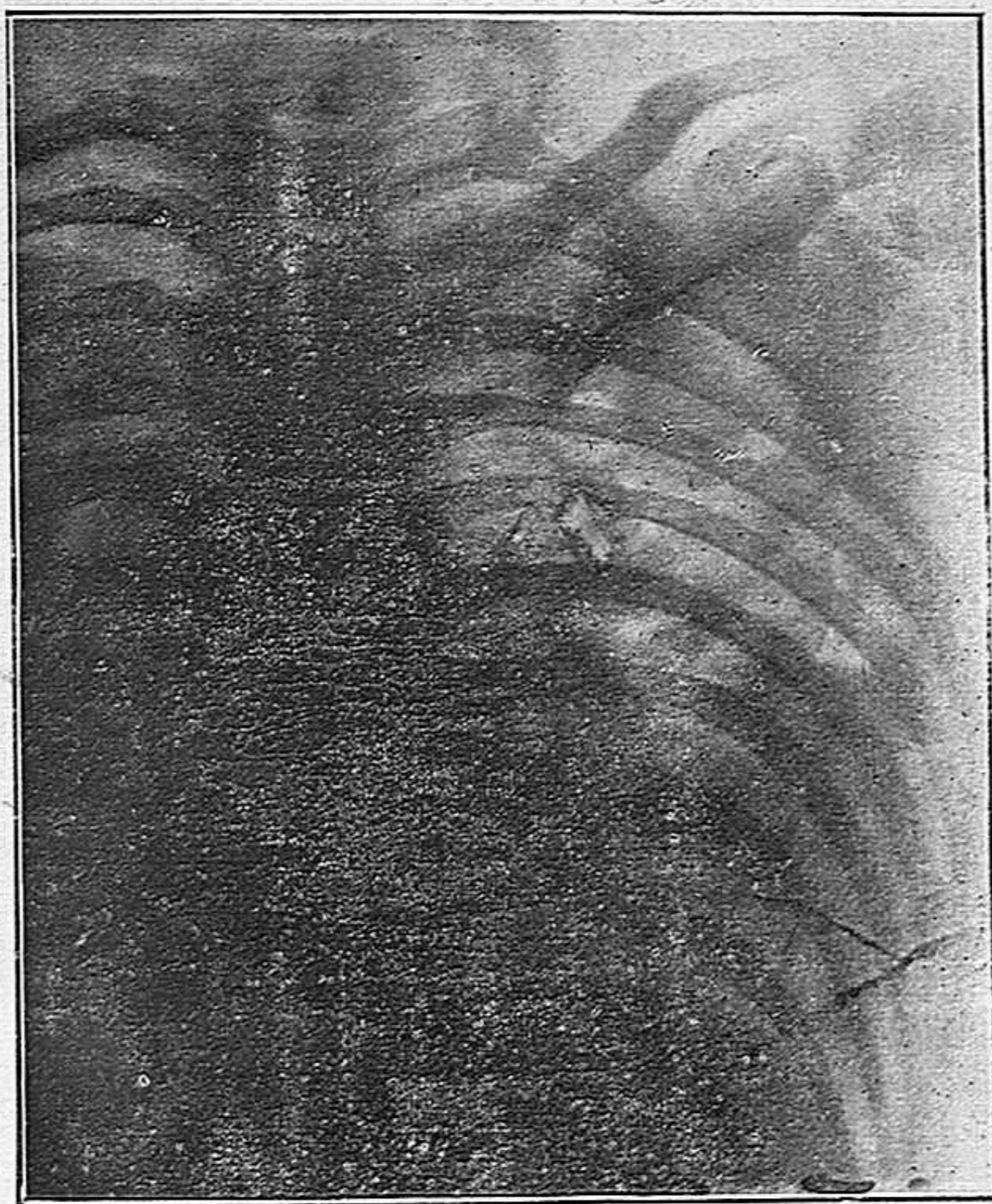


FIG. 1.—Rontgenografía de la enferma A. T. C., antes de proceder a su tratamiento por la colapsterapia; son muy características las cavernas que aparecen debajo de la espina del omoplato.

ñan a la memoria, recientemente publicada en una revista profesional ⁽¹⁾, en alguna de las cuales están de manifiesto curiosas configuraciones de las adherencias de enfermos sujetos a ese tratamiento.

En el caso que he tratado yo, los Rayos X, y la persistencia del murmu-

(1) Revista de Higiene y de Tuberculosis, Valencia, 1913.

llo vesicular (si bien que muy disminuido), en el vértice entermo, hasta después de las últimas inyecciones, han puesto también en evidencia algunas adherencias que podían haberme llevado a un fracaso; las röntgenografías que acompaño, y que debo a la amabilidad del Dr. Gassiot, a quien reitero gustoso desde estas páginas mi agradecimiento, al poner de manifiesto la progresiva reducción pulmonar a medida de las inyecciones, también dejan más indefinido el perfil del vértice pulmonar lo que es pura y exclusivamente producido por la existencia de adherencias (Fig. 2 y 3); contemporáneos

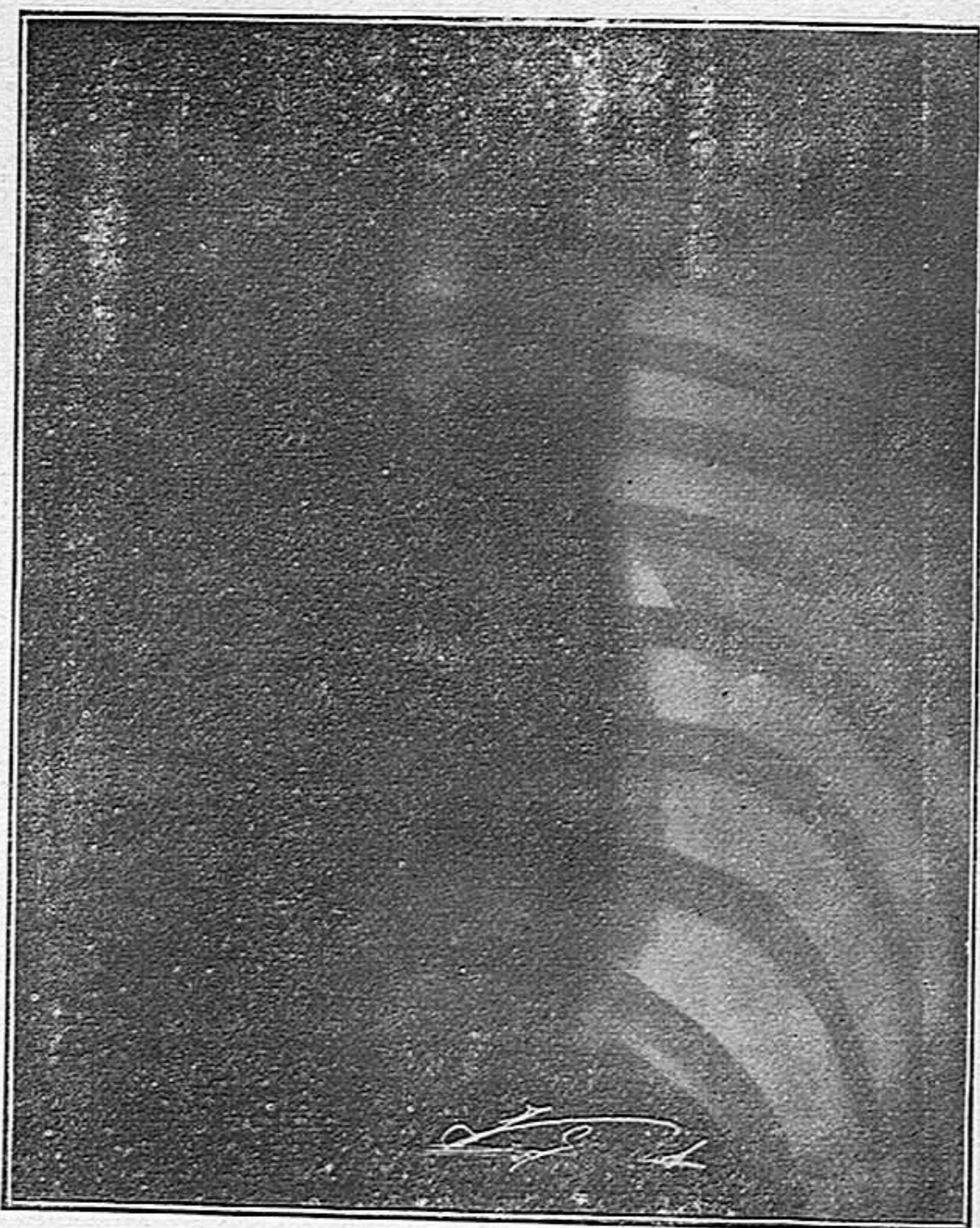


Fig. 2.--Roentgenografía de la enferma A. T. C., antes de la séptima inyección de ázoe; igual que las otras fotografías sacadas del curso del tratamiento, pone de manifiesto el proceso de la progresiva reducción pulmonar.

de la inyección número diez fueron unos dolores del vértice izquierdo que desaparecieron poco después de la inyección, al propio tiempo que el murmullo vesicular disminuía mucho más, lo que significaba un grado más de reducción pulmonar a expensas de algún desgarramiento de la zona de las adherencias.

Ese caso mío a que he hecho referencia es un caso corriente de tuberculosis pulmonar unilateral del lado izquierdo, que recae en una enferma de 29 años, que perdió hace dos años a su marido, también tuberculoso, y a cuyo hijo, de 6 á 7 años, aun estoy asistiendo de un tumor blanco de la cadera.

Inútil sería insistir en los detalles de una semeiología de todos conocida; está enferma de 6 años a esta parte, y la declaración franca de su tuberculosis pulmonar databa sólo de cinco meses, al empezar el tratamiento; cabe señalar, por cuanto son síntomas desaparecidos por completo desde las primeras inyecciones, las frecuentes hemoptisis (de más de medio litro, una sola vez), la amenorrea y la fiebre, esa fiebre que tanto exaspera a los tu-

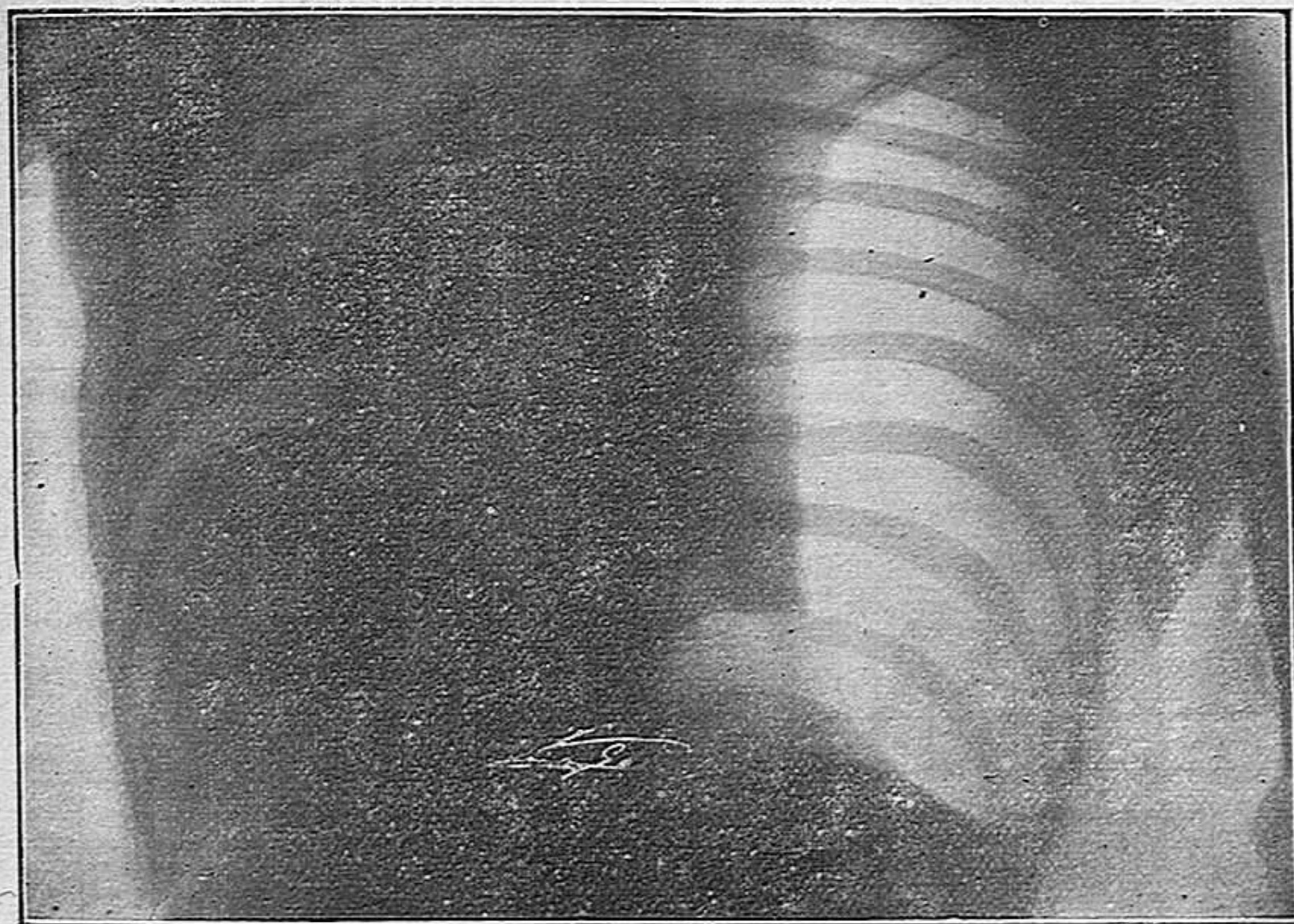


Fig. 3.—Roentgenografía de la enferma A. T. C., después de la 13 inyección de ázoe. La reducción pulmonar es muy notable; en el vértice del pulmón y cruzando la espina del omóplato, y en el borde externo de la base pulmonar se ven algunas adherencias con la pleura parietal.

berculosos cuando aun remotamente sospechan la índole de su enfermedad.

Durante mi asistencia facultativa le había hablado alguna vez de la colapsterapia si bien que con la convicción casi absoluta de que ni ella era capaz de prestarse a la prueba, ni yo sería lo suficiente atrevido para ponerla en práctica, sin haberlo visto jamás y sin más conocimientos que los que acababa de adquirir en las revistas y libros profesionales, y provisto ya en cambio del perjudicial bagaje de lo rutinaria que suele ser la medicina de la mayoría de los prácticos que ejercemos en las poblaciones subalternas y en los pueblos rurales. Pero ella aceptó, y me era fuerza cumplir mi pala-

bra; y en tanto pasaron un par de meses en que aun puse en tela de juicio la sinceridad de mi enferma, vine preparando con calma lo aparatoso de la innovacion, y me fui convenciendo de que en realidad las dificultades no eran tantas como pueda creerse quien lea con demasiada detencion la lista

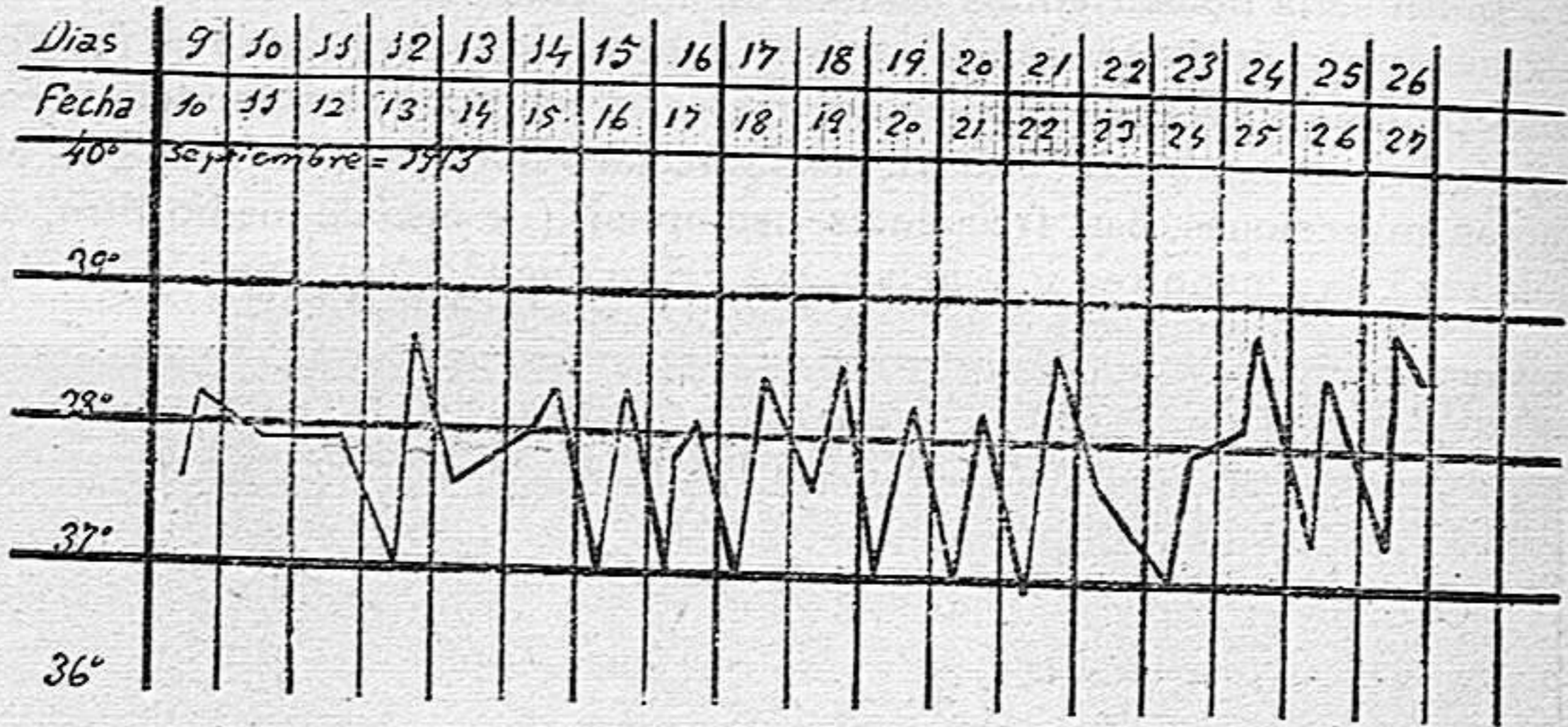


Fig. 4.--Gráfica térmica de los días que precedieron a la primera inyección de azoe. Enferma A. T. C.

de los accidentes desgraciados consiguientes a los primeros tanteos.

Y mas tarde tuve ocasion de comprobar la realidad de este supuesto, fruto de un conato de optimismo; cuantas inyecciones llevo practicadas a mi enferma, me han sido sumamente fáciles y sencillas, y si bien estoy convencido de que no todos los casos han de ser así, en cambio tengo también

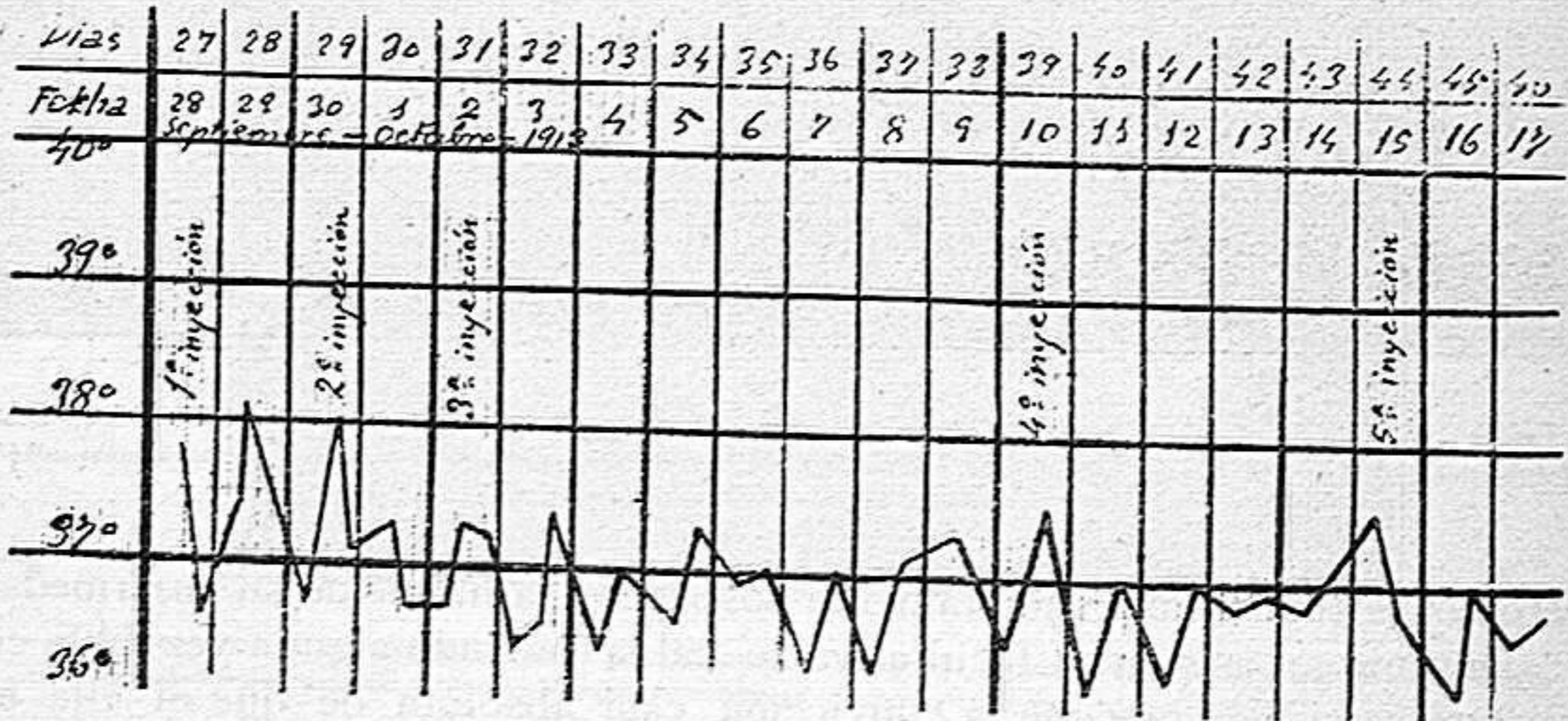


Fig. 5.--Gráfica térmica de los días en que se dieron las cinco primeras inyecciones de azoe. Enferma A. T. C. Poco mas tarde la gráfica ha seguido manteniéndose en absoluto debajó de los 37.° y asciende sólo unas décimas durante las primeras horas consecutivas a cada inyección

la seguridad de que con el manómetro a la vista, y la inyección previa de pantopón o de morfina tal cual la aconseja Schmidt para prevenir los accidentes de eclampsia pleurítica, y procediendo despacio y con delicadeza, se

tienen ya a la mano cuantas garantías pueden pedírsele al procedimiento; lo demás debe ponerlo el cirujano de su parte, no olvidando sobre todo ni un instante las matemáticas confidencias que el manómetro puede revelar.

Con eso, y con la acertada elección de los enfermos, indudablemente el método está llamado a prestar grandes servicios; yo por mi parte puedo aportarles a las numerosas estadísticas de los casos tratados ese granito de arena más, y puedo relatar el caso con orgullo puesto que la mejoría franca se inició enseguida, con desaparición de la fiebre y las hemoptisis, con reaparición de las reglas, con restablecimiento del apetito, con levantamiento de fuerzas, que hasta permiten un ligero trabajo, y con un notable cambio de todos o casi todos los síntomas clínicos, incluso el pulso, cuya frecuencia ha descendido hasta casi la absoluta normalidad.

Ello quedará justificado con el más somero examen de las gráficas térmicas del caso, que acompaño por su carácter demostrativo (Fig. 4 y 5).

También a continuación pongo de manifiesto algunos detalles interesantes de las inyecciones que llevo practicadas; ello podrá servir de norma, y me ahorrará el tratar detalladamente de la manera como he ido desarrollando mi cometido:

Relación de las inyecciones

| Número de inyecciones | FECHA | Cantidad inyectada, en c. m. c. | Presión intrapleural inicial media | Presión intrapleural terminal media |
|-----------------------|------------------|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| 1 | 28 Sepbre. 1913. | 450 | » | + 2 |
| 2 | 30 " " | 450 | - 3 | + 1,25 |
| 3 | 2 Octubre " | 450 | - 2,5 | + 2 |
| 4 | 10 " " | 450 | - 2,5 | + 1,5 |
| 5 | 15 " " | 600 | - 1,5 | + 3,5 |
| 6 | 29 " " | 700 | - 2 | + 3,5 |
| 7 | 23 Novbre " | 875 | - 3,5 | + 3 |
| 8 | 23 Dicbre. " | 900 | - 5 | + 2 |
| 9 | 9 Enero 1914. | 750 | - 4 | + 3,5 |
| 10 | 29 " " | 600 | - 3 | + 4 |
| 11 | 24 Febrero " | 600 | - 4 | + 4 |
| 12 | 26 Marzo " | 700 | - 4 | + 4 |
| 13 | 15 Abril " | 600 | - 4 | + 5 |

Indudablemente debo de hacer mis reservas para el porvenir de mi enferma, y el tiempo debe encargarse de la solución de las mismas; pero por el momento no me cabe ninguna duda para afirmar categóricamente la bondad del método y el entusiasmo con que me he sumado entre los partidarios del mismo.

Tal como seguía el curso de la enfermedad antes de las inyecciones, indudablemente hubiera acabado con la enferma muy temprano; agotados todos los recursos de la farmacología, y perseguidos con fe los beneficios

que podemos prometernos de la higioterapia en semejantes casos, todo no obstante nos llevaba paso a paso a un fracaso inevitable; cuando menos, mi enferma le va a deber a la colapsterapia un indefinido aplazamiento a ese fin desastroso que ella y yo veíamos aproximarse.

Finalmente es justo hacer constar que la colapsterapia ya va saliendo de su período de ensayo; las estadísticas son muy numerosas y los casos tratados se suman ya por millares

En 1908 Forlanini había operado 1.454 casos, con cuatro accidentes operatorios y una sola defunción a consecuencia de los mismos, tratándose aun de un enfermo con granulía y derrame pericardíaco de 200 c. m. c. Cabe sumar a estos casos, los de Fontana, Muralt, Orlandi et Antonini, Lexer, Schmidt, Saugmann, Dumarest, y 53 de Lemke y 60 de Brauer citados por Tuffier en 1910. (1)

Todos los días aparecen nuevos casos publicados en las revistas profesionales; y cuando los fisiólogos de mas fama escriben sobre la colapsterapia, ya no dudan en poner de manifiesto su optimismo; Lenormant escribía recientemente (2): «se ha observado algo más que simples mejorías, existiendo hoy cierto número de casos suficientemente antiguos para que pueda hablarse de curación de la tuberculosis pulmonar».

También en España se han tratado ya muchos enfermos con la colapsterapia, y justo y lógico es reconocerles la autoridad de experimentados a los Dres. Sayé y Reventós, de Barcelona, quienes en Agosto último llevaban tratados ya 25 casos, con 2 solas defunciones (una por hemoptisis), 6 empeorados y 17 mejorías y curaciones bien evidentes. Al primero le debo un sin número de indicaciones y consejos que me orientaron mucho cuando me decidí a probar la colapsterapia, y sería una ingratitud manifiesta. al elogiar su labor, no reiterarle otra vez mi agradecimiento, para lo cual aprovecho gustoso esas páginas.

DR. J. DANÉS Y TORRAS.

Olot Abril de 1914.

(1) Hasta en los niños se ha probado ya la colapsterapia: recientemente M. Rist ha presentado un niño de veinte meses a quien se hicieron con éxito 15 inyecciones de 350 á 400 c. m. c. de ázoe, previa cloroformización, y que hasta soportó muy bien una coqueluche intercurrente.

(2) Le Monde Médical. Núm. 442. Octubre de 1913. Paris.

Las irrigaciones intrauterinas y el desagüe uterino en la metritis puerperal

(Continuación)

Creo muy útil obtener este descenso previo de la matriz, pues además de que manteniéndola en esta posición todo el tiempo que dura la irrigación es mas fácil el desagüe, gracias a tal descenso una vez lo hemos logrado evitamos andar casi a ciegas o a tientas por lo menos y rozar por lo tanto con la cánula que hemos de introducir en la cavidad uterina las paredes y fondos de saco vaginales los cuales ya sabemos cuan difícil y cuan hipotético es que hayamos logrado aseptizar lo suficiente para que no nos sea temible su contacto y hago esta pequeña digresión para que luego y en vista de lo que mas adelante exponga no pueda objetarse que podría prescindirse de obtener el mencionado descenso, pues aunque en rigor sea así y esto posible suponiendo en el operador una práctica bastante acentuada, la cual solo después de haber efectuado buen número de irrigaciones intra-uterinas se logra tener, no lo juzgo muy prudente pues por mas cuidado que se tenga siempre son posibles tales toques y rozamientos a los cuales anteriormente hago referencia que considero es muy conveniente tratemos siempre de evitar.

Otra de las precauciones importantísimas que hemos de tener en cuenta al practicar una irrigación intra-uterina, es la de que no podemos emplear el líquido a presión pues de sobras son conocidos de todos los afortunadamente escasos pero demostrativos casos que cita la literatura médica de temibles y serios accidentes provocados por la penetración de líquido en la cavidad peritoneal ocasionándose con esto peritonitis y hasta síncope rápidamente mortales, amen de otras complicaciones mas tardías que pueden sobrevenir cuya causa cabe muy bien en la posibilidad de que radique en una gota de líquido que se haya insinuado por el orificio de una de las trompas.

Analícemos ahora los hechos que derivan de las circunstancias anteriormente citadas. Para ello recordemos en este momento lo dicho en páginas anteriores haciendo referencia a lo favorable que resulta para la curación de las superficies cruentas el mantener a es-

tas en el mayor reposo que podamos obtener y teniendo esto en cuenta preguntémonos ahora ¿Qué resulta de las maniobras que hemos hecho antes de dar una irrigación intra-uterina para lograr el descenso del utero? Basta fijarse en ellas para deducir inmediatamente que tal reposo ha de resultar forzoso y necesariamente perturbado en alto grado y no tan solamente el del utero sino también el de órganos importantes intimamente relacionados con él, ligamentos anchos y por consiguiente trompas y ovarios, órganos todos por lo menos congestionados y resentidos a los cuales hemos de considerar en los casos de infección uterina en un estado de inminencia morbosa, por cuya razón hemos de mirarlos y atenderlos con el mas escrupuloso y exquisito de los cuidados.

Además de tal perturbación en el reposo, no es difícil ni aventurado antes al contrario muy lógico admitir otra índole de hechos que si bien serán la mayoría de las veces de naturaleza microscópica no por esto dejan de tener una manifiesta y acentuada importancia; para hacernos cargo de ellos tengamos bien presente lo que es un útero puerperal, tengamos bien en cuenta que es un órgano poderosamente influido por el embarazo y por el parto, que a consecuencia del primero presenta una consistencia muy inferior a la que tiene un útero no grávido ni en período puerperal y que como hecho consiguiente al desprendimiento placentario presenta una superficie cruenta en el interior de su cavidad, superficie muy rica en boquillas vasculares abiertas aparte de los traumatismos mas o menos extensos e importantes que en el cuello de la viscera han quedado como huellas del paso obligado del feto desde la cavidad uterina al conducto vaginal.

Teniendo todo esto en cuenta comprenderemos y admitiremos sin necesidad de recurrir a razonamientos forzados, que al movilizar el útero lo hacemos siempre e inevitablemente ocasionando cierto grado de violencia que podrá ser mas o menos intensa según la práctica y suavidad que tenga y ponga en uso el que verifica tal maniobra, pero violencia al fin muy capaz de ocasionar no ya solo distensiones sino hasta pequeños desgarros que podrán ser muy pequeños, microscópicos si se quiere, pero desgarros en la superficie cruenta que existe en la cavidad uterina, así como también es lógico admitirlos en las lesiones traumáticas del cuello uterino especialmente en el hocico de tenca, región constantemente bañada por líquidos sépticos existentes en la vagina. El resultado y

las consecuencias de tales desgarros por pequeños que ellos sean son muy fáciles de deducir, por de pronto han de ser otras tantas puertas de entrada que abrimos a los agentes productores de la infección y que añadimos a las ya excesivamente numerosas existentes en la superficie interna del útero, han de ser motivo de que se produzcan pequeñas hemorragias y por ende de la formación de coágulos que serán mas o menos pequeños, pero que constituirán otros tantos focos de terreno abonado para formar verdaderos cultivos de las bacterias que en ellos se instalen y no solamente esto sino que como consecuencia lógica de todo lo dicho han de ser una poderosa causa hondamente perturbadora para que se verifique en buenas condiciones el proceso de reparación de la superficie cruenta, tantas veces mencionada, perturbación muy digna de tenerse en cuenta pues cuanto mayor espacio de tiempo permanezca denudada, mas tiempo habrá para que sobrevengan propagaciones y hasta una generalización de la infección.

Y para que no parezca que pretendo recargar el cuadro, no haré nada mas que mencionar la posibilidad de que los hechos hasta aquí mencionados se produzcan también en los mismos anexos, dando lugar a complicaciones de larga duración y de gravedad acentuada las cuales es difícil por lo tanto preveer cuando y como terminarán.

ANTONIO FERRÁN BRUSES

(Continuará)

La Triquinosis y su tratamiento

Con ocasión de la importante epidemia de Triquinosis desarrollada en El Algar (Cartagena) el Dr. Mas Gilabert, ha publicado en los *Progresos de la Clínica*, núms. 17 y 18, correspondientes a Mayo y Junio últimos, un detallado estudio clínico, y en la imposibilidad de publicarlo íntegro, consideramos de utilidad práctica transcribir

Consideraciones finales y conclusiones clínicas y terapéuticas.

La epidemia de El Algar dió origen, según datos oficiales, a 303 casos de triquinosis, como hemos consignado con anterioridad.

Nuestras observaciones alcanzan a 218 casos, de los cuales 66 fueron

graves; 20 gravísimos; 56 revistieron intensidad media, y 76 fueron leves; de estos últimos, curaron la mitad, próximamente, sin tratamiento, y el resto, con los tratamientos sintomáticos y con la glicerina a dosis masivas.

De los 218 enfermos triquinosos visitados, observamos cuidadosamente y tomamos notas clínicas de 133, que nos parecieron los más interesantes.

Estos 133 enfermos fueron todos ellos inyectados con los agentes químicos antedichos, en la siguiente forma:

| | |
|---|------------|
| Con el clorhidrato de emetina | 3 |
| Con el azul de metileno | 18 |
| Con el neosalvarsan | 19 |
| Con el arsenobenzol | 1 |
| Con el aceite gris | 75 |
| Con el cianuro de mercurio | 22 |
| TOTAL | <u>136</u> |

En realidad, sólo fueron 133 los enfermos inyectados, pues los tres tratados con el clorhidrato de emetina (ante la ineficacia demostrada por el medicamento) tuvieron que ser reinyectados con cianuro de mercurio dos, y con aceite gris uno.

Realza de manera palmaria la bondad del tratamiento por nosotros instituido y preconizado el hecho rigurosamente exacto de lo ocurrido con los enfermos graves.

Fueron éstos 86, entre los 218 que observamos, siendo inyectados 80 con los remedios enumerados y quedando sin inyectar tres, por oposición de los mismos o de sus familias y otros tres por causas diversas, ajenas a la voluntad de los enfermos y a la nuestra.

De los 80 enfermos graves inyectados, fallecieron tres, cifra que acusa una mortalidad de 3,75 por 100, mientras que, de los seis *no* inyectados, fueron igualmente tres los muertos, lo que da una mortalidad del 50 por 100.

Representan, pues, como vemos, entre los que 133 enfermos inyectados: los graves (86), el 61 por 100, y los de la intensidad media (56), el 42 por 100.

Es de observar que los enfermos *no* inyectados casi todos eran leves, y alguno de mediana intensidad, a pesar de lo cual *todos ellos* llegaron a la *fase caquética* de la afección, sufriendo convalecencias lentísimas y penosas.

Entre los graves *no* inyectados, ya hemos visto que murieron tres de seis.

En cambio, los enfermos inyectados con neosalvarsan, salvarsan, cianuro de mercurio y aceite gris no alcanzaron la fase la caquética, con *una sola excepción* (la de un individuo en el que se empezó tarde el tratamiento), y las convalecencias fueron rápidas y nada o poco molestas.

Es curioso también el hecho de que, a pesar del tiempo transcurrido (dos meses), ninguno de los enfermos inyectados con grandes dosis de mercurio haya tenido fenómenos de intoxicación hidrargírica (estomatitis, diarreas, enterorragias, albuminuria, etc.)

Para terminar este trabajo, más extenso quizá de lo que al concebirlo pensáramos, citaremos las conclusiones clínicas y terapéuticas en que, después del estudio de la epidemia de El Algar, hemos convenido (con ligerísimas variantes de criterio clínico) con nuestros compañeros los Sres. Rosique y Sánchez de Val, y que han sido presentadas a la Sociedad de Biología.

Conclusiones clínicas.

1.^a En la epidemia de El Algar faltó la fase clásica inicial de catarro gastrointestinal en la mayoría de los casos y fué casi constante el estreñimiento.

2.^a El síntoma más precoz y constante del período de invasión se halló representado por el edema palpebral y facial. En los casos en que estaba aún apirético el enfermo cuando le vimos, apareció la fiebre a las veinticuatro o treinta y seis horas.

3.^a La intensidad del proceso primitivo gastrointestinal, cuando se presenta, no agrava el pronóstico, ni su presencia o ausencia permiten juzgar de la marcha ulterior de la enfermedad.

4.^a Abandonada a sí misma, la afección recorre casi siempre su ciclo completo, aun en los casos leves, con tres fases que pudiéramos llamar: 1.^a De invasión o edema facial, caracterizada por este síntoma precoz; 2.^a De estadio o tifoídica, caracterizada por la mayor cifra térmica, las contracturas, los dolores musculares violentos, el insomnio, la sed intensa y los sudores profusos: en esta fase es frecuente, aunque no constante, la lengua roja, seca y lisa, y, en los casos graves, de aspecto de fresa; 3.^a Fase caquéctica, caracterizada por la hipotermia, la frecuencia y debilidad extraordinarias del pulso y edemas generalizados. En esta fase son frecuentes la ascitis o el edema pulmonar.

5.^a La posibilidad de invasión del sistema nervioso por la triquina recibe un apoyo con nuestros dos casos: uno de amaurosis y otro de hemiplejía de origen central.

Conclusiones terapéuticas.

1.^a Habiendo sido entre nuestros enfermos la cifra de casos graves igual o superior a la de otras epidemias, y habiéndose reducido la proporción de mortalidad a menos del 3 por 100, cifra no conocida hasta ahora en las epidemias de triquinosis, cabe admitir que se debió esta reducción a los tratamientos empleados por nosotros.

2.^a Los medios terapéuticos a que recorrimos, no sólo nos permitieron

reducir notablemente la cifra de mortalidad, sino yugular la afección en la mayoría de los casos, suspendiendo el proceso, y acortando, por consiguiente, la duración de la fiebre y la convalecencia.

3.^a El número de complicaciones en los enfermos tratados fué muy reducido, y se evitó en gran parte la atrofia muscular, sobre todo en los casos en que se aplicó precozmente el tratamiento.

4.^a En orden de eficacia, el remedio más activo contra la triquinosis resulta ser actualmente el cianuro de mercurio, empleado en inyecciones intravenosas, a la dosis de 3 a 10 centigramos, distribuidos en varios días.

5.^a A este preparado, le iguala casi en eficacia el neosalvarsan, a la dosis masiva de 0,75 a 0,90, en inyección intravenosa.

6.^a El aceite gris se ha mostrado un buen medicamento, de acción segura y de manejo fácil. Debe emplearse a dosis masivas de 0,40 a 0,80 en dos o tres días, y es el agente de elección en las convalecencias pesadas y en los casos de intensidad mediana.

7.^a El azul de metileno, aunque no desprovisto en absoluto de acción terapéutica, resulta poco activo, de acción muy insegura, y expone fácilmente a las supuraciones secundarias. En tal sentido, no debe recomendársele como agente heroico y seguro para tratamiento de los triquinosis.

8.^a El clorhidrato de emetina se mostró en absoluto ineficaz, lo mismo que la glicerina, que el empleo repetido de los purgantes y que otras medicaciones que se ensayaron.

DR. M. MAS GILABERT

JUAN DANÉS COLLDECARRERA

Médico de Olot

Otra vez la muerte, nuestra enemiga de siempre, traidoramente disfrazada de enigmática enfermedad, una de estas enfermedades que por sarcasmo del destino parecen destinadas a nosotros médicos, nos arrebató a uno de nuestros compañeros mas queridos, de condiciones ejemplares, bajo muchos conceptos.

Mas de cuarenta años de vida profesional activísima, de labor jamas interrumpida, de ejercicio de la medicina, practicada con fe constante, con verdadera vocación a prueba de éxitos y desengaños, suponen algo no muy frecuente en nuestra clase y este algo resulta muy digno de nota si lo estudiamos en la persona de nuestro amigo durante muchos años, por las especiales condiciones de caracter que constituyen un verdadero tipo moral de gran relieve.

Pertenecía a este periodo de transición precursor de la revolución científica que impuso el triunfo (tal vez demasiado aparatoso) del Laboratorio, sobre la observación clínica, y en su espíritu analítico por esencia, debía el tránsito de lo viejo a lo nuevo cristalizar en un sano eclecticismo, que se traducía en su práctica en una serena armonía entre la paciente observación del enfermo y el último detalle de Revista.

Algo debían contribuir a esto las circunstancias de lugar y tiempo pues los que ejercemos en poblaciones de tercer orden como la nuestra y sobre todo entonces, tenemos tanto de médico rural, como de ciudad, debiendo por tanto limitarnos a la burda indicación de urgencia en muchos casos cuando de despoblado se trata, como a la media hora, satisfacer la ilustrada? o cursi exigencia del potentado veraneante, que nos agobia a preguntas antes de confiarnos el examen de su pulso y ¡cuantas veces quiere imponernos la simple copia de unas recetas de la *eminencia médica* que en la populosa urbe cuida de su salud!

Difícil es el tránsito de una situación a otra, mucha ductilidad de alma se necesita para que no asome en algo nuestro *amor propio* tantas veces puesto en peligro; pues esa virtud poseíala Danés en alto grado.

Ni la fatiga de muchas horas horas de cabalgadura, y de visiteo en la ciudad, ni el cansancio cerebral de tantos problemas a resolver a un tiempo, desconcertaban su ánimo ni disminuían sus deseos de curar a sus enfermos, consolar a sus familias y complacer a todos dando en cada caso detalladas explicaciones técnicas del diagnóstico a cuantos lo pedían y aun a aquellos que era imposible pudieran comprenderle.

La razón de este proceder era una, siempre la misma. Tenía fé, en su profesión, tenía un criterio rectísimo en todo, una especie de candor de alma que le impedía ver otra cosa que al enfermo y por tanto no veía diferencias sociales en que fundar diferencias de trato.

Algunas veces esta simplicidad de criterio le llevaba a manifestar noblemente su disconformidad en cuestiones que entrañaran reformas para el mejoramiento de la clase, pero jamás obedeció su actitud a egoísmo pues fué siempre el primero en apoyar y aun en iniciar, agrupaciones profesionales precisamente para aquel objeto.

Cuando no se explicaban su especie de desacorde con algo de la mayoría, es porque no se tenía en cuenta su manera de ser, él hablaba de sus enfermos y en materia de honorarios suele entenderse que se habla de clientes, y claro está que si puede seguirse una pauta única para los pacientes considerados como tal, no es posible hacer lo propio en el otro sentido.

Estas bellas condiciones de actividad infatigable, fe en su profesión

intachable rectitud de sentimientos, y amor al estudio, eran conocidos por el público de toda la comarca, que nunca le escaseó su confianza como médico y cariñoso respeto como ciudadano, pues apartado siempre de luchas políticas, con seguridad que no conoció jamás un enemigo y seguramente ha sido el médico que durante más años ha tenido mas numerosa clientela. Prueba de todo ello es el sentimiento que su pérdida ha causado y la imponente manifestación de duelo que fué su entierro.

El Colegio ha perdido un nombre prestigioso entre sus asociados; Olot un médico notable digno de ejemplo, nosotros un querido amigo a quien podíamos dar siempre sin reservas mentales el nombre de compañero.

Descanse en paz.

E. B.

Danés nació en Sebpre. de 1850 en Vall del Bach, pueblo cercano a Olot; estudió primeramente en Olot y terminó su bachillerato en Barcelona y en ella, con solo su esfuerzo y trabajo cursó la carrera, alcanzando en 25 junio de 1873 el título de Licenciado. Por durante sus estudios de facultad ganó en reñidas oposiciones una de las dos plazas de alumno interno que habia vacantes en el concurso a que se presentó. En posesión del Título de médico establecióse en Olot donde falleció el dia 26 del pasado julio. Formó parte de la primera Junta directiva del Colegio y en la Asamblea celebrada en La Bisbal (1896) disertó sobre *Panspermismo* y en las páginas del *BOLETÍN* ha expuesto casos de su práctica profesional. Tenia dadas en varias Asociaciones de Olot conferencias de sabor médico-popular.