

DELS EXCITANTS CARDÍACS DIRECTES
EN EL TRACTAMENT DEL DEFALLIMENT CARDIAC,
FINS A L'ESTABLIMENT DE L'ASISTOLIA, PER
OBSTACLES PERIFÉRICS

pel Dr. JOAN FREIXAS i FREIXAS

BENVOLGUTS COMPANYYS:

Mes primeres paraules d'aquesta conferència deuen ésser i són d'agraïment per a la *Junta de l'Associació general de Metges de Llengua Catalana*, que m'ha honrat doblement fent-me un dels *Presidents Honoraris* d'aquest IV COEGRÈS DE METGES DE LLENGUA CATALANA, que amb tant d'esplendor ve celebrant-se, i encarregant-me la present conferència.

Hauria volgut desenrotllar un tema que, de fa temps, tinc el convenciment que convindria es desenrotllés, amb l'extensió deguda i, sobre tot, aportar una llarga sèrie de dades que conceptuo absolutament necessàries per a il·lustrar-lo degudament: *Valor real de les xifres estadístiques*. Però fa pocs dies que se m'ha fet l'honrosa designació i, per tant, no he comptat amb el temps absolutament necessari per a ordenar una corrua de dades que tinc recollides. I en tal concepte i en l'obligació en què m'he trobat, d'escollir un tema, a corre-cuita, no estranyeu m'hagi vist precisat a escollir-ne un d'aplicació de cada dia i que'm permet comunicar-vos una sèrie de resultats deduïts d'un sens fi d'observacions clíniques.

És clar que podria aportar com fulles de corroboració, de més o menys vàlua, una sèrie de treballs que tinc recollits de mes observacions en el malalt. Però, entenc que a aquestes conferències els escau més la senzillesa de la divulgació clínica, que la erudició gràfica, que, per oportuna que sigui, exigeix un constant treball de síntesi ràpida, que cansa més que no pas ensenya.

És per això que no he pensat en cobrir les parets d'aquesta sala de notes clíniques gràfiques, pacientment recollides, obtingudes a benefici de l'aplicació de la radiografia, l'esfigmometria,

l'esfigmo-manometria, la viscosimetria, sola, o millor combinada amb l'esfigmo-manometria, l'electro-cardio-diagnòstic, i una col·lecció de paradigmes obtinguts amb els procediments d'investigació clínica clàssica.

Però, just és consignar que els treballs s'han realitzat, llegit i interpretat, i que són ells i les veritats que d'ells es deriven, els que constitueixen la base fonamental de quant penso dir-vos en la present conferència.

I encara vos diré més: vos diré, que malgrat el no haver pogut ni sabut prescindir mai de la pràctica de tots els mitjans que han de conduir-nos a la possessió del meditat diagnòstic, perquè a tots els judico de grossa vàlua, tots els meus afany, tots els meus estudis s'han dirigit sempre a la simplificació en els procediments d'investigació clínica i àdhuc dintre els mitjans d'aplicació de cada dia, he fet tot quant he pogut per a divulgar amb més intensitat aquells que pot dominar més fàcilment i per més temps el clínic. Convençut que l'oïda resulta d'una aplicació i d'una importància excepcionals, he fet quant he pogut per què es dominessin tots els procediments d'auscultació directa sense estetoscop, que amortigua la intensitat dels sons i sorolls cardíacs més que els localiza, i, sobre tot, prescindint del fonendoscop que altera sempre la puresa dels sons i sorolls, malgrat augmentar-ne la intensitat llur.

I he fet més: he fet que, tenint en compte que l'oïda és el sentit que més tard assoleix educar-se i el que més aviat pert el seu delicadíssim domini, i que el tacte és el primer sentit que es consegueix dominar, i per tant, educar, i el darrer que es perd, he procurat ensenyar a quants honoren o han honorat la visita que tinc en aquella joia arquitectònica hospitalària moderníssima, que s'anomena Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, aprenguessin al meu costat i assolissin, amb mi, el domini de la palpació clínica.

No judico del cas explicar-vos els prodigis que s'operen amb l'aplicació deguda de la palpació i sí sols dec manifestar-vos que sota la seva acció es formulen tots els diagnòstics de cardiopaties, inclosos aquells que semblen més allunyats del seu domini.

I ara, senyors, una altra importantíssima aclaració prèvia. És evident que el sol enunciat del tema de la conferència: *Els excitants cardíacs directes en el tractament del defalliment car-*

diac, fins a l'establiment de l'assist lia per obstacles perif rics, sembla portar l'aparellament d'un estudi detingut de cada un dels medicaments que consten en el grup corresponent, i res més lluny del meu pensament i de la meva intenció que'l fer-ho. De sobres coneixeu tots l'esmentat grup, les propietats de cada un dels elements terapèutics que l'integren, la manera com actuen, les dosis a qu  deuen usar-se i el modo i ocasions en qu  es deuen aplicar. Per tant, considero superflu quant pogués dir-vos referent a tan important assumpte, que en el moment actual sols ens conduiria a malgastar un temps que ens és absolutament necessari.

Tampoc judico convenient, ni tan sols possible, en una sola conferència, anar esbrinant i comunicar-vos les variad ssimes situacions en què resulta col'locat el centre circulatori en cada un dels casos en què s'ofereix un senzill obstacle en el seu doble paper d'òrgan aspirador i, sobre tot, impulsor. La sola enumeració, que ja no el detall, ens portaria a la necessitat de dedicar-hi algunes conferències.

No  s del cas, tampoc, senyors, entrar en lo referent a l'estudi del concepte fonamental que cal tenir avui en lo relatiu a les consideracions, també fonamentals, a qu  es presta el tractar de les cardiopaties, deixant com a pertinent a temps pretèrits, l'extraordinària i gairebé única importància, que s'havia atorgat al paper preponderant assignat a l'estudi de conjunt de les cardiopaties segons result s una o altra la lesió presidencial de l'endocardi, ja que, avui, devem anar a confondre'ns amb les conquestes de l'escola fisiològica, que ens ha portat el veritable eix al voltant del qual giren tots els coneixements i fixar-nos, preferentment, en el treball del múscle cardíac que amb *excitacions*, qualificades pels fisiòlegs de poder *cromotrop*, amb el de l'*excitabilitat*, poder *bathmotrop*; el de la *conductilitat*, *dromotrop*; el de la *contractilitat*, *inotrop*, i el de la *tonicitat*, tenim  plicat el mecanisme íntim de l'esplendorós funcionalisme cardíac. Com tampoc puc parlar-vos amb l'extensió necessària i gairebé exigida, de si l'*exitaci  peri dica* i l'*excitabilitat*, aquestes dues condicions fonamentals del treball cardíac, són propietats inherents al sistema nerviós o al múscle cardíac, àdhuc si es té en compte que després de molt estudiar-ho, deur em deixar sentada la conclusió que ambdos elements influeixen poderosament perquè s'efectu  la doble funció que hem assenyalat. Just  s que vos signifiqui, però, el meu sentiment per no poder

entrar en l'estudi de les aventatges que ens ha portat l'escola fisiològica en lo referent al funcionalisme cardíac, sobre tot, en lo relatiu a les localisacions al nivell del nus sinusal de KEIT i FLACH i parts conexas i al nivell del nus de TAWARA i del fascicle de HIS, i fins de l'escola terapèutica al considerar p. ex. el tractament de les arrítmies per la quinina, i, sobre tot, al detallar lo relatiu al tractament de la fibril·lació auricular per la quinidina.

De tots modos; crec tant més en que els dos elements, *neurogen* i *miogen* deuen tenir-se en compte, quan deuen acceptar-se com indiscutibles els tres orígens assignats i admesos per tothom, en lo referent al defalliment cardíac fins a la constitució de l'asistòlia, orígens que integren una de les bases fonamentals de la present conferència; l'origen per trastorns en la inervació cardíaca, per lesions en la musculatura cardíaca i per obstacles perifèrics.

Cal fer constar, però, que casos nets de qualsevulla de les varietats acceptades, no existeixen mai. En les tres varietats hi trobem predomini d'un dels tres factors apuntats, però trastorns i àdhuc lesions d'un sol dels tres susdits elements, mai. En el defalliment cardíac, fins a la constitució de l'asistòlia, en el cas d'obstacles perifèrics, quan aquests resulten orgànicament establerts, sempre s'hi troben mancomunats, íntimament i més o menys intensament, trastorns *miogens* i trastorns *neurogens*, de la mateixa naturalesa, lo mateix que en el cas de trastorns purament funcionals.

I ara unes poques consideracions necessàries per a acabar amb lo relatiu a les qüestions prèvies i legitimar l'enunciat del tema.

Repetim, una vegada més, que tots els autors convenen en l'existència de tres grups de causes com a determinants del defalliment cardíac fins a la constitució de l'asistòlia: per trastorns de la inervació, per lesions del miocardi i per obstacles perifèrics. Doncs bé; separem els provocats per trastorns d'inervació, els d'ordre moral, que són els més freqüents i els més definitius d'aquest grup; els deguts als efectes nocius de substàncies verinoses (el tabac com a sobressortint), de certes hormones (malaltia de BASEDOW, i, potser, la taquicàrdia paroxística i algunes de les que s'ofereixen en l'època de la menopàusia), les motivades per l'acció de substàncies tòxiques d'origen microbià i les anomenades post-operatòries. Separem també els

provocats per lesions del miocardi tenint en compte l'anomenada hipertròfia cardíaca idiopàtica, tan ben estudiada per STRÜMPPELL, la per acció d'elements principalment tòxics de les malalties toxi-infectives en sos determinismes primitius en l'endocardi o en el miocardi, ambdues constituint l'importantíssim grup de les anomenades malalties valvulars, en les quals les lesions del miocardi es presenten en el darrer període de l'evolució de l'endocarditis, ja que en el curs de la malaltia endocardiaca, generalment, no es tracta més que d'una fatiga passatgera; les miocarditis cròniques i les cardiopaties arterials, de les quals parlarem molt prompte.

En resum, que la majoria de les miocarditis de què havem proposat fer-ne la separació caben al mateix temps dintre de les dues varietats d'asistòlia de causa neurògena o miògena i gairebé totes, per manera franca i definitiva, dintre de la tercera varietat o sigui la deguda a obstacles perifèrics, ja que en principi, és difícil fixar el determinisme dels elements que la produeixen, per manera exclusiva, en sa manera d'obrar respecte als factors miogen o neurogen, deixant sense efecte la llur acció referent als elements que constitueixen els obstacles perifèrics. Tingui's en compte que entre els elements de lesions de miocardi, els del segon grup, s'accepta, per tothom, la varietat dels cardio-arterials, que és el que resulta més netament constituït per obstacles perifèrics.

És perxò, senyors, que he considerat d'importància suma el grup dels malalts de defalliment cardíac, fins a la constitució de l'asistòlia, degut a obstacles perifèrics i és per això, preferentment, que he decidit l'enunciat del tema de la present conferència tal i com queda esmentat.

Divideixo els cardíacs amb defalliment de cor, fins a la constitució de l'asistòlia per obstacles perifèrics, en dos grans grups fonamentals: Quan l'obstacle resideix en la gran circulació es constitueixen els del primer grup o *cardio-arterials*; quan els obstacles s'ofereixen en la petita circulació es constitueixen els del segon grup o *cardio-pulmonars*.

El mecanisme resulta fonamentalment el mateix: un cor que lluita amb un obstacle.

L'efecte és diferent: en els primers, tot el pes constituït per l'obstacle, gravita sobre el cor esquerre; en els segons, els cardio-pulmonars, sobre el cor dret.

Per tant, en la lluita establerta, s'ha de tenir en compte

l'estudi de l'estat en què es troben els dos elements: l'obstacle creat i l'encarregat de vèncer-lo.

Els dos elements, obstacle i òrgan encarregat de vèncer-lo mereixen estudi a part, però compendreu, amb el sol enunciat del problema, que deurem parlar-ne, en més d'una ocasió, confonent-los en un sol tot homogeni, ja que els obstacles, com els trastorns que determinen, són de dos ordres fonamentals: trastorns que resulten *purament funcionals* i altres que resulten de *lesions orgànicament establertes*; cal fer constar, però, que en els casos de lesions orgànicament establertes, hi juguen, sempre, un importantíssim paper, també, els trastorns funcionals; sense aquesta possibilitat, no es pot acceptar la idea de la lluita.

I ja en aquesta situació, compregueu lo heterogeni que resultaria un treball d'exposició que detallés tot lo pertinent als dos grups fonamentals: els cardio-arterials funcionals: els cardio-pulmonars funcionals; els cardio-arterials per lesions orgànicament establertes i els cardio-pulmonars de la mateixa categoria. Però en la situació en què em posa el temps de que dispo i la necessitat de donar-vos-en una idea de conjunt, sintetizada en extrem, permeteu que agafi lo pertinent als dos grups cardio-arterials funcionals o amb lesions orgànicament establertes i deixi que la vostra bondat, tant com la vostra suficiència indiscutible, apliqui lo que en diem als dos grups, de la pròpia categoria, dels cardio pulmonars.

Cardio-arterials funcionals: Resulten constituïts, en síntesi, per aquella lluita, tan magistralment descrita, pel genial HUCHARD, anomenada amb tota propietat, *lluita del cor central amb el cor perifèric*.

I tingueu en compte que, al dir-ne *cardio-arterials funcionals*, sé que fujo de la classificació establerta pel mateix HUCHARD, d'*arterials, cardio-arterials, mitro-arterials* i *en període de dilatació*, per a caracteritzar els quatre períodes d'evolució de les anomenades cardiopaties arterials, ja que, com vaig demostrar en les conferències donades en la Societat Mèdico-Farmacèutica dels Sts. Cosme i Damià, a propòsit dels nefro-cardíacs, jo hi afegeixo un primer període de trastorns purament funcionals, que és, precisament, el que vos dono amb el nom de cardio-arterials funcionals.

Ara, una ullada general respecte als cardio-arterials funcionals. El tipus genuïnament clàssic és el del neuro-artrític, que hi arriba per l'estat de saturació tòxica en què es troba sovint.

L'exemple més clar i més precís el constitueixen tots els estats englobats amb el gràfic nom d'auto intoxicacions d'origen digestiu; auto-intoxicacions que resulten d'una evidència aclaparadora, malgrat l'ésser negades per uns quants analistes pel sol fet que: *no s'han pogut aïllar en els excrements ni en l'orina productes tòxics de caràcter específic que poguessin ésser acusats de produir quadres de malaltia o d'intoxicació especial*. Com si, en lo referent als excrements, no s'hagués de tenir en compte que els elements que proporcionen al gros metabolisme i abasten la crasi sanguínia, procedents de l'intestí, travessen la glàndula hepàtica, la més eminentment modificadora. Jo, a aquest propòsit i per a refermar en vosaltres l'admissió del fet de les auto-intoxicacions d'origen digestiu, sols tinc de recordar-vos el cèlebre experiment d'Eck, que consisteix en lligar la vena porta per sota l'hil hepàtic i abocar-la a la vena cava inferior, o sigui inibir del funcionalisme hepàtic els productes d'origen intestinal, sotmetre els animals subjectats a l'experimentació a dieta d'antitòxia, dieta làctea i segueixen vivint, sens oferir cap trastorn d'ordre tòxic, però afegint una petitíssima quantitat de carn a l'alimentació susdita, els animals subjectats a l'experimentació moren ràpidament, víctimes de saturació tòxica.

I ara, senyors, no podent detallar els fets de preparació, agafem-los en els que s'inicien una vegada travessada la glàndula hepàtica i sofertes insuficientment les modificacions de des-intoxicació que en ella s'operen. I ens trobem que la quantitat de 0'50 grams p. ‰ d'úrea que s'evidencien en la sang normal, pugen als 0'60, 0'70 i mantes vegades fins al gram, per no voler parlar de casos indiscutibles d'urèmia, i aquesta sang arriba així al ronyó, i aquest, sots la influència d'una quantitat potser major de sang i, indiscutiblement, contenint una major quantitat d'úrea, que són els dos estimulants naturals del funcionalisme renal, actuant en tals condicions, es tanca i constitueix aixís el primer graó de l'escala que ha de conduir a la instauració de la nefritis azotèmica inicial, que s'agermana sempre amb la nefritis hipertensiva, i, a voltes, amb la nefritis albuminúrica (en concepte, també, de constitució inicial) i, fins, amb la nefritis hidropígena inicial (més comú de lo que molts se creuen) i tenim constituït així el fet d'inhibició renal, que determina, amb la vaso-constricció generalitzada, que crea el primer obstacle generalitzat i, per tant, l'obstacle veritat i important amb què

topa el centre circulatori per al seu salvador funcionalisme. Llavors és quan, no essent més que inicials els fets que han conduït a la saturació tòxica, es posen els reflexes en acció i no triguen a presentar-se els vòmits aminoradors, les deposicions salvadores i la poliúria decisiva.

Però els fets es repeteixen en un temps i altre i el cor lluita valentment i després d'una sèrie d'evolucions de lluita, aminorats els seus efectes pels períodes de calma, acaben al final per constituir la hipertròfia cardíaca idiopàtica, de què s'ha parlat, i arriben a compensar-se els fets creats per les resistències, pels fets de major possibilitat d'activitat del centre circulatori.

En tal estat de la lluita, esfumada tan sols rapidíssimament i superficial, arribarà a dubtar algú de la importància de la major activitat cardíaca despertada?

El cor, amb la hiperactivitat dels seus elements constitutius, s'ha posat en condicions de l'efectuació d'una grossa lluita, sense que aquestes condicions hagin hagut d'ésser hiperactivades per elements medicamentosos de cap mena.

En tal situació, constituïda la hipertròfia idiopàtica salvadora, pot acudir-se a algú la necessitat d'imposar al centre circulatori un major treball, obligat per l'acció dels excitants cardíacs directes?

Recordem que tots ells; la convallaria maïalis, el cactus grandiflora, l'adonis vernalis, l'estrofantina i millor que ella, l'ouabaïna (substància cristal·litzada, extreta per ARNAUD de l'arrel d'*Acocanthera Ouabaïo*, i, més tart, del *strophanthus liso*) d'acció constant i més noble, l'esperteïna, la cafeïna i la mateixa digitalina o la digalena a dosis petites, tòniques, no donen al cor millors condicions per a la lluita que deu sostenir, més que obligant als elements que l'integren a un major treball i, per tant, a una més probable claudicació per manca d'elements que responguin a la llur acció excitant directa.

Fixeu-vos-hi tots, en lo que acabo d'explicar-vos a correuita, ja que constitueix el fonament de la present conferència.

L'acceptació i propinació de tal medicació, en tals condicions, no fa més que portar el centre circulatori a una major hiperactivació i conduir-lo a un més possible defalliment i a una més probable asistòlia.

El camí a seguir és ben bé un altre. Dreni's el ventre del subjecte malalt, dreni's la seva pell; procuri's l'exaltació del

drenatge hepato-renal i modificacions aportades pels dos elements d'antitòxia; neutralisi's la saturació tòxica generalitzada; sotmeti's el pacient a una dieta d'antitòxia ben tolerada i disminuint els obstacles, disminuïreu primer i borrareu prompte els termes de la lluita i, amb ella, procurareu descans al cor perquè es pugui refer dels efectes de la lluita que, per aquest camí, podrem considerar passada molt aviat, almenys, de moment.

Es clar que per aquest camí podríem anar assenyalant una sèrie de gradacions que van de la iniciació, fins a la constitució del màxim d'intensitat en els trastorns cardio-arterials funcionals, arribant fins a l'establiment del terrible quadre de la urèmia, però el resultat, per lo que es refereix al desenrotllament del tema, és invariablement el mateix: uns obstacles que pugen d'intensitat i un òrgan regulador i impulsar que lluita amb condicions pròpies més que suficients per a sortir-se del mal pas en què la lluita l'ha col·locat.

I ara, Srs., cal que considereu compresos en el mateix pla de fets en què hem col·locat la lluita per auto-intoxicació digestiva, la determinada per les malalties toxi-infectives, amb l'additament que en aquestes, més que en aquelles, els inconvenients de l'ús de certes medicacions excitants cardíacs directes, que fan, demés de l'obra apuntada d'imposar una hiperactivació perillosa del centre circulatori, el d'afegir als efectes de la intoxicació orgànicament establerta per la malaltia, una intoxicació medicamentosa que ageganta la que acabem d'esmentar, i que resulta cent vegades més perillosa i decisiva. No puc detallar, però no puc deixar de recordar-vos l'abús que en tals casos es fa dels preparats de digital, generalment l'infús de fulles, que sistemàticament s'usen en un organisme amb ronyó tancat per saturació tòxica.

En aquestes toxi-infeccions, les indicacions fonamentals de drenatge s'imposen de la mateixa manera i amb els mateixos fins de disminució potencial de les resistències.

No puc detallar lo pertinent a la importància dels cardio-pulmonars funcionals, d'aquells en què un afecte respiratori del mateix ordre, posa en el cas de lluita al ventricale dret, de condicions menys positives i d'efectes més definitius. per quant el mecanisme fonamental es idènticament igual al dels cardio-arterials del mateix ordre i, per tant, les indicacions respecte a l'ús dels excitants cardíacs directes, deuen situar-se en el

mateix pla d'acció, si voleu, amb caràcter més superlatiu, per les condicions intrínseques del cor dret.

I anem a tractar ara, senyors, i per fi, també, de quatre generalitats fonamentals relatives a l'ús dels excitants cardíacs directes en el curs *dels cardio-arterials i dels cardio-respiratoris amb lesions ja orgànicament establertes*.

Considero superflu dir-vos que el conjunt de trastorns que intervenen en la lluita, són els mateixos: obstacles i augment en la intensitat del funcionalisme circulatori. També ho considero el dir-vos que ambdós elements adquireixen, desgraciadament, un caràcter fonamental distint, per quant les alteracions anatòmiques constituïdes gràcies a la lluita i per la lluita, donen un caràcter de major intensitat i més grossa persistència als fenòmens morbosos que es presenten.

Respecte a l'arbre arterial, la túnica mitja primer i les internes i de revestiment, molt aviat, són víctimes de lesions que resulten immodificables en concepte de *restitutio ad integrum* i, per tant, cada vegada els obstacles són majors i més reduïdes les condicions de corroboradors en la lluita que s'estableix: la nota de meiopràgia impera arreu i en els òrgans tots, esdevenen també modificacions que acaben per deixar establerta la malaltia orgànica, fonamentalment immodificable. Agafem un determinisme del mal generalitzat, de la poliesclerosi, fixem-nos també en el ronyó, per exemple, i ens trobem que a la iniciació de la nefritis azotèmica amb la hipertensiva, de l'albuminúrica o de la hidropígena, ja hi segueix la constitució d'un o dos o dels tres tipus de nefritis per a anar, més o menys aviat, al darrer temps de l'evolució de las nefritis, a la nefritis hidrúrica. Penseu, per tant, que als trastorns generals de saturació tòxica complexa, hi segueix un domini constant de la intoxicació, complexa també, que hem convingut tots en qualificar d'urèmia; per acabar amb el domini, ja constant, de l'anomenada caquèxia urèmica.

Penseu, senyors, que per part del pobre cor han arribat els períodes de la dilatació, més o menys aguda, però sempre greu símptoma de defalliment, veí de l'asistòlia, per meiopràgia en el funcionalisme dels dos elements, neurògen o miògen, que constitueixen la seva vàlua funcional positiva.

Penseu, senyors, que és llavors que la lluita que s'ha fet constant, inicia l'aparició de l'enmalaltiment primer i de la degeneració prompte de la fibra del muscle cardíac, i, sobre

tot, penseu que si aquesta degeneració s'ofereix, per manera principal, o exclusiva, al nus sinusal de KET i FLACK o en les parts conexas a ell, o al nivell del nus de TAWARA o del fascicle de HIS, per poca importància que abasti, dóna lloc a trastorns importantíssims i fins immodificables.

Respecte a lo neurògen, hauria d'entrar en disquisicions referents, sobre tot, a l'angina de pit, que tantes vegades es confon amb la dilatació aguda i fins amb les pseudo-angines, principalment, per substàncies exclusivament tòxiques.

De tot lo qual en resulten els dos fets característics dels cardio-arterials orgànics: la major intensitat dels fenòmens d'intoxicació i el seu gairebé constant domini i l'estat de meïopràgia, constant també, en què es troba el centre circulatori per a vèncer els susdits obstacles.

I anem ara al criteri clínic que deu presidir el plantejament de la indicació imposada.

Devem en tals casos anar a l'ajuda del pobre cor que coixeja batent-se en retirada?...

Comencem per sentar una premissa indiscutible. Apliquem l'esfigmo-manòmetre de PACHON, al malalt que es troba en aitals condicions: prenguem la mínima i la màxima de la seva tensió arterial i fixant-nos preferentment en la màxima, acceptem que l'esfigmo-manòmetre ens marca una màxima de 15, intermitentment. Injectem amb cuidado a la vena del malalt, evitant la penetració de la solució medicamentosa en el teixit areolar subcutani, un centímetre cúbic de la solució d'ouabaïna (mig mil·lígram en solució en un centímetre cúbic d'aigua), una injecció cada 24 hores per 3 o 4 dies consecutius, (l'excitant cardíac directe més ràpid i d'acció més noble i més constant) i tot seguit veurem pujar l'oscil·lòmetre a 16, 17, 18, 19 i fins a 20, en moltes ocasions: i, és clar, tot seguit direm: ja tenim resolt el problema; el cor defalleix, excitem el cor i tindrem lo que ens és necessari.

Desgraciadament això que resulta tan cert, no ho és més que per un temps més o menys limitat, ja que quan deixi d'obrar la medicació empleada, tornarem, tot lo més, a la pressió màxima que resultava insuficient i, amb ella, a tots els pèssims efectes, tant en lo relatiu a la circulació activa com en lo referent a la de retorn. I a cada nova aplicació de l'ouabaïna més baixa la màxima i menys temps d'acció.

Sé que impunement podem usar tots els excitants cardíacs

directes; la convallaria maialis, el cactus grandiflora, l'adonis vernalis, la inconstant i fins perillosa estrofantina, les injeccions de l'ouabaïna de què s'ha parlat, el sulfat d'esparteïna (l'excitant que ens ajudarà més, 10 centígrams al dia per ingesta) i la digital amb els seus glucòsics (els elements que exigeixen més condicions de preparació per a poder actuar de la deguda manera) i sempre obtindrem l'efecte excito-motriu, per més o menys temps, però per mentre duri la seva acció medicamentosa.

Però, jo pregunto, senyors, aquest efecte pot buscar-se sempre còmptant tan sols amb la bona acció dels medicaments...? Penseu que l'efecte de l'excitant cardíac és el de la xurriacada que es dóna al cavall perquè, obligant-lo a un esforç superior, tregui el carro d'una rodera on se l'hi ha ficat. I tots sabeu, senyors, que després de l'esforç i per haver lo realitzat, ve el cansament, el defalliment, i aquest defalliment, que és el que condueix a l'assistòlia, deu evitar-se sempre.

Tingui's en compte, però, que malgrat lo dit a propòsit dels excitant cardíacs directes, encara és possible, en tals circumstàncies, anar a l'ajuda del centre circulatori amb esperances d'èxit, usant, impunement i amb èxit positiu, el tònic general, oli camforat al 20 % en injeccions subcutànies i fins al voler-ne una major acció i de més durada, en injecció intravenosa i, en últim terme, intracardiaca, i, ademés, l'indiscutible tònic nerviós, estriocina (el sulfat neutre, en injeccions hipodèrmiques), però sé, senyors, que malgrat el no resultar la seva acció la determinant d'agotament ràpid, també poden conduir, a la llarga, al cansament, amb els seus perillosíssims efectes.

¿En tal situació, què fer, doncs? Recordar-nos i aplicar lo que resulta indiscutiblement aventatjós en totes ocasions: la disminució en la intensitat, ja que no és possible en la durada, de les resistències.

Fer el tractament dels determinismes ja orgànicament establerts que condueixen, com s'ha esmentat, a la caquèxia urèmica, amb tots sos fatalíssims efectes. I en tal ocasió, i més que mai, aplicar els mitjans d'acció heroica, que, per no repetir, poden condensar-se en el següents extrems:

règim alimentici d'antitòxia,
drenatge substitutiu de la pell,
drenatge del tram intestinal, sens descuidar la part principalíssima que hi té la glàndula hepàtica,
tractament del determinisme renal, albuminúria, azotèmia,

hipertensiu (si encara resten factors perquè s'ofereixi), hidròpigen o ja hidrúric, i neutralisació i eliminació de la saturació generalisada establerta.

I així conseguirem un nou amainament dels obstacles i un nou període de repòs, encara que sigui relatiu, del centre circulatori.

Tingui's en compte que les mateixes consideracions respecte a mecanisme i les mateixes indicacions, són exigides en parlar dels cardio-pulmonars orgànics, però amb una major intensitat.

I això, senyors, que és lo salvador, ho conseguirem amb relativa facilitat i sempre per més o menys temps. I això no produeix fatiga i és l'únic camí a seguir per a la consecució de lo indiscutiblement beneficiós, que tenim l'obligació de perllongar tant com sigui possible.

Jo vos en podria referir molts de casos clínics per a provar-vos pràcticament la importància de lo recomanat, però cap com un que de segur recordarà el meu benvolgut amic, antic metge intern de ma visita en l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Dr. D. Lluís Elias Armenter, present en aquest acte, que alguna vegada m'ha fet el favor de visitar a la malalta, quan he hagut d'absentar-me de Barcelona.

Es tracta d'una senyora estrangera, d'uns 70 anys, poliesclerosada, que de fa una desena d'anys viu a la nostra ciutat i en qual temps s'ha vist precisada a passar llargues époques d'inexplicable amargura i de grosses privacions de tota mena. Doncs bé; a aquesta senyora vaig veure-la en junta, per primera vegada, a mitjans del 1916, amb un estimat amic i distingit company de professió, que de temps l'assistia i que, desgraciadament, ha mort fa pocs dies. Era i és la malalta una poliesclerosada, nefro-cardíaca, amb grossa dilatació aòrtica, que es mitralisava sovint, arribant a situacions gravíssimes, dintre de un quadre complet de veïnatge amb el període de dilatació. El meu amic tenia sotmesa la malalta a l'ús sistemàtic dels excitants cardíacs directes i deixant apart la propinació de pocions amb convallaria maïalis, adonis vernalis o digital o els seus derivats (a dosis tòniques), li donava cada dia una injecció hipodèrmica de tres a cinc centígrams de sulfat d'esparteïna, de deu a vint centígrams de benzoat de cafeïna o bé d'un mil·ligram d'estrofantina, essent de notar que hi havia dies en què, veient-se apurat, repetia la injecció.

Vam celebrar la junta perquè el meu amic devia anar-se'n l'endemà de la nostra terra, obligat per haver d'atendre el compliment de compromisos creats respecte a quefers particulars, no mèdics, i en ella va fer-me l'assenyalada distinció que m'encarregués de la malalta.

En honor de la veritat dec dir que no va costar-me gens convèncer al meu comprofessor de la interpretació que vaig donar-li del cas; acceptant i aplicant-hi la explicació i les consideracions que constitueixen l'eix de la present conferència.

En gràcia a la brevetat no haig de fer constar més sinó que han passat sis anys d'aquella junta i viu la malalta i malgrat tot quant ha passat per ella, viu millorada, sense haver ofert en l'evolució del seu complex estat, més que lleugers esfumaments d'aggravació de la mitralisació, que fàcilment s'han fet desaparèixer, sense que fins avui m'hagi vist precisat a usar cap dels medicaments excitants cardíacs directes.

Retingeu lo esmentat en ma conferència, apliqueu-ho amb constància i decisió i esteu segurs que obrant així, no fareu més que bé, tot i fent ressaltar la importància i transcendència d'una elemental veritat que existeix des de que el món és món; tal és la de que és molt més fàcil i resulta molt més profitós saber afliuixar que haver d'empènyer.

Dues paraules per a pendre comiat de vosaltres, agraint-vos l'atenció que heveu prestat al desenrotllament del meu humil treball.

I com a mot final, permeteu que així com en el TERCER CONGRÉS DE METGES DE LLENGUA CATALANA vaig dedicar la meva conferència al meu fraternal amic, l'exemplar i originalíssim cirurgià el Dr. D. Antoni Raventós, dediqui la present al que fou el meu admirat company i mestre en cirurgia, l'home perseverant, el caràcter exemplar, el Dr. Alvar Esquerdo Esquerdo, que dissortadament acaba de deixar-nos.

HE ACABAT.