

# Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XX

Bilbao—Julio—1914

Núm. 235

## Sumario

**Casos clínicos de úlcera gástrica perforada:** Discurso leído en la sesión inaugural de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, el día 31 de Octubre de 1913, por su Presidente saliente Cesario Díaz Emparanza.—**Dres. Maestre y Lecha Marzo:** Nueva técnica para la espectroscopía y cristalografía sanguínea.—**Academia de Ciencias Médicas de Bilbao:** Actas de las sesiones celebradas los días 6 y 28 de Marzo, y 17 de Abril de 1914.—Bibliografía.—Sección profesional.

## Casos clínicos de úlcera gástrica perforada

Discurso leído en la sesión inaugural de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, el día 31 de Octubre de 1913, por su Presidente saliente Cesáreo Díaz Emparanza.

(Continuación)

*Cuadro clínico de la perforación de la úlcera del estómago.*

—Es costumbre general preceder á estas descripciones de un bosquejo anátomo-fisiológico, pero como además de prolongar este trabajo, no había de hacer más que repetir lo que ya sabéis, me dispensaréis de ello. Lo más importante respecto al particular, es el conocimiento de las relaciones del estómago con los órganos vecinos; la disposición del pequeño epiploon, con el paquete vásculo-escretor hepático que lleva en su espesor y repliegues vasculares; la del mesocodon transverso, verdadero tabique de separación y mediante el cual se relaciona con el pancreas, ángulo duodeno yeyunal, arteria esplénica, etc., y vía de acceso que se utiliza para á su través esteriorizar la cara posterior del estómago; disposición de la transcavidad de los epiploones, epiploon gastro-cólico, las relaciona el diafragma, bazo, hígado, etc., etc.;

todos los que, normalmente limitan espacios y regiones que en el terreno patológico son preferentemente asiento de adherencias, colecciones supuradas, relaciones que frecuentemente están alteradas en el enfermo por procesos inflamatorios y que al cirujano en particular importa conocer

La historia de esta lesión va unida á la de la úlcera gástrica. Ya en el siglo 16, Johann Bahuhi dió cuenta de algunas observaciones. Mattheu y Woiget la describen. Cruvehilier, en 1830 y 35, hace un estudio completo y le da su nombre. Grassius, la describió, lo mismo que Brinton en 1864; Talamon, en 1879; Korach, en 1880, y Gotman en el mismo año. Desde esta época se ha escrito mucho sobre la úlcera y la perforación, sobre todo desde la era quirúrgica abdominal, debiendo recordar los trabajos de Dewove y Renond, en 1890; los de Jayle, en 1891, y los de Diéulafoy, en 1897 (úlcera latente con perforación), etc., etc.

Desde el año 1880, se recogieron estadísticas de resultados operatorios, siendo, puede decirse, ésta, la época en que comenzó su tratamiento quirúrgico. Actualmente, las revistas generales y de la especialidad, están llenas de comunicaciones de úlceras perforadas, tanto del estómago como del duodeno, y para no ser demasiado extenso citaré solo algunas.

M. Hurtin, siete casos de perforación del estómago y duodeno, «Journal Medical de Bruxelles, número 17 Abril 1911; número 18, Mayo 1911.»

Mitcheld, desde 1809, 23 casos.

Archivos de las enfermedades del aparato digestivo, años 1912 y 1913; Souligneux, un caso de perforación en la cara anterior; Richard-Muhsan, 24 casos.

Mayo, Rovson (W. Keen), Mathieu, etc., citan bastantes casos.

Pritsh medical Journal.—Octubre 1900, 28 casos, tres muertos.

The Lancet.—Enero 1910, 2 curaciones y un muerto.

Presse medical, número 251, 1912; M. Schvenholzer, 4 casos, de la clínica de Zurich.

P. Lecene, Presse medical, Octubre 1912; 5 casos de perforación del estómago, duodeno, etc., etc.

*Datos anátomo-patológicos-macroscópicos.*—Este accidente es bastante raro, precisamente á causa de las adherencias que con

tanta facilidad se forman con los órganos vecinos. Cuando la úlcera crece, profundiza y llega á la serosa, ésta se inflama, se adhiere y forma una barrera, llegando á desaparecer la túnica 3.<sup>a</sup>, siendo la adherencia la que forma el fondo de la úlcera y el desgarramiento de aquella es la causa de la peritonitis.

Según Brinton, el 1×100 de las úlceras gástricas se perforan; según Devobe y Remon, el 13×100 mueren de perforación; no puedo citar la frecuencia de la perforación en nuestro hospital, pues solo tengo datos de la clínica de hombres. En esta se han visto en estos últimos cinco años 52 casos de úlcera en actividad, diagnosticadas de tal, sin contar las estenosis pilóricas, siendo 5 el número de perforaciones (el sexto caso presentado es de este año, no sabiendo aun el total de úlceras).

Según Fennvick, es de 28,5×100, Haverson, 18×100; Levert, 12×100, Welch, 6,6×100; la perforación es múltiple en el 20×100 de los casos. Véase cuán diferentes son los datos respecto de este punto.

En los 850 enfermos observados en el hospital Andral y en el de San Antonio, en París, la perforación causa de peritonitis aguda y de muerte, no ha sido señalada por Mathieu más que doce veces: diez en el hombre, dos en la mujer; 1,33×100 de los casos; de estos, cuatro pudieron ser operados, uno solo se curó.

Se comprende la dificultad de hacer una estadística; los enfermos del estómago, hoy, unos están en medicina, otros en cirugía; no se sabe cual es la proporción de úlceras, pues el diagnóstico no es fácil, prueba de ello, que mientras unos dicen que el síndrome de Reichmann es una simple neurosis secretoria, hay muchos que la creen manifestación de una úlcera pilórica; y si vamos á leer á los americanos, éstos ven la úlcera pilórica ó yuxtapilórica tan á menudo, que han limitado por completo la antigua dispepsia, hasta reducirla á muy pequeñas proporciones. No puede, pues, hacerse una proporción verdad.

Respecto á la influencia de la edad y sexo, se ha encontrado un caso de úlcera perforada en un niño de 45 horas. Fenwiot, describe 18 de úlcera infantil, pero la perforación es muy rara. A primera vista parece mucho más frecuente en la mujer, pues 5-6 partes se observan en ellas y en las más jóvenes, pero teniendo en cuenta la mayor frecuencia de la úlcera en la mujer, el tanto por 100 será mayor en el hombre, sobre todo de los 40 años en adelante.

*Asiento de la perforación.*—También es á primera vista paradójico lo que se observa á este respecto: la úlcera gástrica tiene una evidente predilección por la pared posterior, y, sin embargo, el mayor número de perforaciones ocurren en la anterior. De 200 úlceras, 190 se sitúan en la cara posterior, y solo se perforan 4; de 10 en la anterior, se perforan 8 y media. En la figura de Sargent se ven gráficamente estos datos; de 77 casos, 66 se hallan en la cara anterior, y 11 en la posterior; las primeras, la mayoría cerca de la curvatura menor, y algunas pocas en la mayor; y las segundas, muy separadas. El tamaño y forma varía mucho, según sea ó no libre, si es aguda ó sebreaguda su reacción inflamatoria, etc., etc., teniendo importancia para el pronóstico el mayor ó menor diámetro del orificio.

Fuera de los casos en que la perforación ocurre en úlceras de curso latente, que no dan lugar ni á ser sospechadas siquiera, y en las cuales se produce de pronto, con brusquedad, siendo á veces su primera señal de existencia, la mayoría de las veces va precedida de un período de varios días, en los que el proceso ulcerativo ha entrado en una fase de agudización; unas es una verdadera corrosión que hace desaparecer las capas gástricas, dando lugar casi siempre, cuando se acerca á la serosa, á inflamaciones adhesivas; en estas condiciones, una comida excesiva, un cólico, un esfuerzo, caída, un paroxismo doloroso de la terminación de la digestión, el vómito, son causas que ocasionan el accidente, mejor dicho, á mi juicio y según lo que he visto, al despegamiento de adherencias cuyas consecuencias son las mismas que las de la perforación clásica. La perigastritis precediendo á la perforación, no excluye la peritonitis genealizada, á pesar de que Hayen diga que en estas ocasiones lo que ocurre es un absceso por peritonitis local.

Según que el accidente se produzca rápida ó lentamente y sea ancha ó estrecha la abertura, las consecuencias son distintas; una peritonitis aguda, debida á que el contenido gástrico se vierte en el peritórneo, cuando aquella es rápida y suficientemente ancha, y cuando no ocurre esto, dando lugar á la defensa local, es una peritonitis parcial, cuya terminación son diversos abscesos. Ocurre á veces, que el estómago se abre en otros órganos, pero de un modo lento, no dando lugar á la reacción de la serosa; otras, antes que ésta se haya roto, está completamente aislada

por una barrera y solo en la autopsia ó en una intervención se observa la abertura; en ocasiones, pocas horas después del accidente, y aun cuando éste haya dado lugar al escape de materiales infectivos, se cierra espontaneamente, pero el enfermo muere de peritonitis. En una palabra, las formas son muy diversas. En los enfermos descritos en este trabajo, los hay con perforación cerrada en el curso de la peritonitis, con curación de la perforación y con perforación abierta por completo y con peritonitis solo por despegamiento.

Al abrir las paredes abdominales pocas horas después de una perforación, sale en general una bocanada de gas; inmediatamente se ve fluir líquido de aspecto vario, gris-amarillento con ó sin restos alimenticios; aparece una región de la serosa gástrica adherida á un órgano vecino, y en caso de que su situación haga imposible esto, se ven agolparse en su proximidad asas intestinales, epiploon; la serosa está engrosada, enrojecida, y al separar la adherencia, si la hay, aparece el orificio, cuya forma y dimensiones varían mucho, sus paredes y las vecinas están engrosadas y reblandecidas, desgarrándose con gran facilidad; el estómago en general está contraído, como queriendo disminuir su volumen. Más tarde, y como hemos visto en el cadáver, las adherencias se hacen extensas, aparecen por todas partes membranas amarillentas, placas de peritonitis, que pueden estar localizadas en esta zona alta, ó extendidas á todo el vientre, como en cualquier otra peritonitis. Por no repetir lo que he descrito en las autopsias, respecto de más detalles sobre adherencias, aberturas en el intestino, bridas, etc., no me extiendo en más consideraciones sobre este particular, pues son innumerables las distintas neo-formaciones que se encuentran.

Es difícil precisar á veces si se trata de un proceso reciente ó antiguo. No se sabe casi nunca cuando ha comenzado una úlcera, y aunque, como hemos indicado ya, el accidente va precedido muchas veces de un trabajo agudo ulcerativo, en que la inflamación intestinal con infiltración embrionaria más ó menos masiva, y la autodigestión clorhidropéptica han jugado el papel más importante. (Mathieu), es casi siempre imposible saber si este brote agudo es el primero en fecha, ó si sobreviene en úlcera ya en actividad anterior; la necrosis masiva de la pared, en el dominio de una arteria, tal como ocurre en algunas infecciones, da-

ría cuenta de los casos de perforación, en estómagos sanos hasta entonces.

Cuanto á la importancia del sitio, hemos dicho antes que las de la cara anterior son las que más á menudo se perforan; esto dicen todos, no sé si será cierto; lo que no cabe duda es, que la peritonitis consecutiva es más frecuente en la perforación anterior, y como esto es lo que llama la atención, bien pudiera ocurrir que sea solo relativa esta frecuencia; mejor dicho, que pueda ser tan frecuente ó más en la cara posterior, solo que siendo allí más fácil su cierre espontáneo, la peritonitis por esta causa se observa menos veces.

Por lo dicho puede comprenderse, que el cuadro sintomático no es uno, que varía mucho, lo que hace difícil su descripción; la primera fase, la de ruptura ó despegamiento, no siempre tiene el mismo aspecto, pudiendo por lo menos, encontrar dos cuadros bastante distintos; la segunda fase, la de peritonitis, casi siempre es igual; á veces no se presenta, pues la rapidez del caso no lo permite, ó una intervención precoz la impide.

*Síntomas.*—Los autores clásicos de medicina interna que se manejan á diario, dan poca extensión al capítulo que estudiamos, y hasta hay tratados muy leídos y no viejos, de hace doce ó catorce años, que no dicen nada: es necesario recorrer libros y revistas de la especialidad y textos de cirugía, para hallar una literatura más detallada.

*Perforación en úlcera latente.*—Puede encontrarse una descripción magnífica de esta forma en las clínicas de Dielafoy y en la obra de Mathieu. (1). Brinton, al estudiar esta variedad, habla de la sorpresa de los asistentes ante el espectáculo del paso repentino de una salud en apariencia excelente al sufrimiento horrible y á la muerte: efectivamente, cuando el individuo menos lo piensa, sin haber notado la más pequeña molestia horas antes ni días antes, es presa de un dolor violento en el epigastrio, dolor repentino, caracterizado perfectamente por Dielafoy con su denominación de puñalada peritoneal (balazo de Baltthazard): es un dolor agudísimo, angustioso, que situado en el epigastrio más ó menos en el centro, se irradia unas á la derecha (úlcera duodenal), otras á los dos hipocondrios (per-

(1) Este cuadro es común á la úlcera latente y activa; nos servirá, pues, como norma, para no repetir.

foración de la pared anterior), otras á la espalda y particularmente al homoplato izquierdo (perforación de la cara posterior, vecindad pilórica).

Los distintos autores al hablar del dolor, todos le dan la gran importancia que tiene, lo califican de fulminante, súbito, atroz. La localización de este síntoma puede variar, siendo una región donde aparece frecuentemente la fosa ilíaca derecha. Cuando escribía estas líneas tuve ocasión de observar un caso: Hombre joven, antiguo gástrico; lleva unos días de agudización de su gastropatía por mal régimen. Un día, á las siete de la tarde, siente un violento dolor en la fosa ilíaca derecha, región cecal: llamado un médico, no da gran importancia al caso, le pone una inyección de morfina; á las once de la noche ve al enfermo su médico, el cual, á pesar de la calma morfnica, sospecha algo grave: á las cuatro de la mañana, diez horas después del comienzo, se agrava el enfermo; á esta hora le veo: su faz es peritoneal, cadavérica, pulso 140, dolor parte lateral derecha del abdomen, el cual está timpanizado, pero hay contractura en la mitad supraumbilical, punto doloroso á la presión en el epigastrio, y á la derecha otro más doloroso en la región cecal, macidez hepática borrada, vómito color poso de café, tenesmo vesical, casi anuria; á las 10 de la mañana, 16 horas después del accidente, falleció. He aquí un caso cuya primera localización obscureció el diagnóstico al primer médico y cuyo curso sobreagudo raras veces se observa.

El aspecto del enfermo en el momento primero, tiene algo de característico: su cara expresa la angustia y el dolor intenso; sus trazos están contraídos, pálido y cubierto de sudor frío, generalmente, sentado y doblado, quieto, fatigoso, y si está echado, completamente encogido; habla bajo y tiene miedo de que le muevan y le exploren. Si podemos reconocerlo entonces en las primeras horas, nos llamará la atención la contractura intensa del vientre, en especial la del espigastrio, que verdaderamente suele estar como una tabla (vientre en tabla se le llama), y á veces el abdomen, como he podido observarlo en algún caso, está dividido en dos partes: una supraumbilical dura y deprimida, y otra infraumbilical algo menos contraída y más abombada.

Sin embargo, en el caso 4.º, á las siete horas del accidente el vientre estaba timpanizado, pero duro, cosa explicada en la operación por la avertura grande del estómago lleno, que se vació

completamente en el peritóneo y lo llenó de gas; pero esto no es lo frecuente. Esta contractura intensa es el síntoma más importante para el diagnóstico dentro del período operatorio; tan es así, que á muchos les basta para operar observar el dolor y contractura.

A los dos síntomas anteriores se une el vómito, no constante, por lo que no tiene importancia diagnóstica; depende de muchas causas: unas veces el estómago está vacío ó se ha vaciado completamente en la cavidad abdominal y falta el vómito; otras, por el contrario, está lleno y no se vacía por ser pequeño el orificio creado; entonces se presenta. En mis casos se ha notado el vómito en los III, IV, VI y VII. Tuffier, sobre 38 casos, lo observó 15 veces, ó sea 45 por 100. En general se admite que es más raro en el comienzo de la peritonitis por perforación estomacal que en las de otro origen. Al mismo tiempo se presenta á veces una hematemesis.

El caso VII es un ejemplo de la perforación en individuo al parecer sano, pues si bien tenía antecedentes gástricos, éstos daban, por lo menos de 20 años atrás, y cuando ocurrió el accidente, si había algo, estaba latente.

A estos síntomas se unen otros que afectan al estado general: ya hemos citado el aspecto de la cara y el cuadro general de apagamiento vital. El pulso, generalmente, está frecuente y pequeño, como en todo shock traumático; sin embargo, á veces como en el caso V y en alguno de Dielafoy, se le puede encontrar normal.

La temperatura está en relación con este estado de cosas; en general es subnormal. En una palabra: es el shock que se apodera del enfermo durante horas. En este primer período, puede en caso sobregado, morir el enfermo, y aunque se lea que antes de las 24 ó 48 horas no hay reacción peritoneal, yo creo que sí, pues el enfermo último antes citado, presentaba tal cuadro. Si no ocurre un desenlace fatal ó cuando el cirujano no interviene evitando la segunda etapa, estalla la peritonitis agudísima y generalizada á diferentes horas; según Mathieu á las 36 ó 48 horas, pero á veces más pronto; ejemplo, el enfermo operado á las 9 horas y que ya tenía peritonitis difusa: y el últimamente citado, que á las diez horas la presentaba. Su cuadro, poco más ó menos es el siguiente: al cabo de unas horas de ocurrida la complicación, el



enfermo parece calmarse, reacciona algo, hasta puede hacer alguna deposición; es que ha desaparecido el shock. Es un detalle este de mucha importancia, pues al que no esté avisado, puede engañarle creyendo que es una mejoría. Poco á poco el vientre se abomba, se meteoriza, borrándose la macidez hepática y apareciendo submatidez en las partes declives. El dolor reaparece; mejor dicho, aumenta en intensidad, se generaliza, no con la agudeza primera; la presión es dolorosísima, á veces el menor contacto hace gritar. Sin embargo, cuando la infección es sobreaguda, hay una verdadera inhibición ó embotamiento nervioso que hace que el dolor no sea tan intenso, ni la contractura tampoco. En general, la región infraumbilical es la más timpanizada y menos contraída; la superior yo siempre la he encontrado más dura y menos abombada, excepción hecha del caso con oclusión, pero éste se sale de la regla general. El pulso, si se había rehecho algo, vuelve á caer, pequeño y frecuente, no deja lugar á dudas. La temperatura en los sobreagudos es subnormal; en los menos violentos puede haber fiebre de 38° y 39°; yo solo la he observado en un caso de 33°, y lo mismo he visto en otras peritonitis agudas por perforación intestinal. Aparecen los vómitos de restos alimenticios, verdosos casi siempre, oscuros, hemáticos muchas veces, la lengua seca, roja, la sed intensa, la cara toma ese aspecto pálido, de piel húmeda, de ojeras pronunciadas, nariz fría y como cubierta de polvillo; en una palabra, la cara peritoneal que es como el retrato de la muerte. Unido á esto, la suspensión de expulsión de heces y gases, la anuria completa y respiración superficial completan el cuadro. Aunque el enfermo en estas condiciones está como algo embotado, pues se le vé que sus ojos se cierran, su inteligencia se conserva clara hasta la última hora, dándose muchas veces cuenta de su marcha hacia la muerte al cabo de dos, tres ó cuatro días, ó antes. En ocasiones puede durar hasta 8, y hasta se citan casos de más duración. Delpuech, en 1881, cita uno de 14 días; Leuderitz, de 17.

Las alteraciones de la fórmula leucocitaria pueden tener importancia. Son precoces, más que las del pulso y la temperatura. Manneimer, ha establecido la fórmula de Arneth en 12 casos de perforación. La leucocitosis inflamatoria ofrece una imagen irregular y menos unívoca que en la apendicitis. Se produce en el momento en que el peritoneo toma participación en la infección.

y es condicionada por la gravedad de la peritonitis. Es mayor, cuando pasa cierto tiempo durante el que el organismo reacciona más. Claro que ni aventaja ni desdeña los otros signos para el diagnóstico, pero puede confirmar y dar una indicación operativa y suministrar un dato para el pronóstico.

(Archivos de Mathieu). No tengo datos personales sobre este asunto.

Este es en general, el cuadro clínico de una perforación gástrica seguida de peritonitis generalizada, si bien los síntomas de la segunda fase se confunden con las peritonitis consecutivas á la perforación intestinal, apendicular, vexicular, etc., fuera de otros elementos que las diferencian.

Pero no siempre encontramos este cuadro así esquematizado. La primera fase cambia algo cuando se trata de un gastrópata más ó menos antiguo. Podemos recordar, fijándonos en los casos relatados, algunas variedades. Unas veces, se trata de individuos con historia clara de úlcera, con períodos de calma, con brotes agudos. Y ocurre que en una de estas fases de agudización, separadas á veces hasta por años, los síntomas se van acentuando, los dolores después de las comidas son más intensos y hasta llegan á hacerse continuos. Pero llega un día en que éste síntoma toma una violencia grande, desusada y se acompaña del resto del cuadro de perforación. Lo demás, varía en violencia, según que haya ó no adherencias, como generalmente ocurre que sí las hay en esta forma. El curso se prolonga más, se nota el período de reacción y, por último, aparece el cuadro peritoneal. En mi primer caso, que no fué precedido de período preparatorio, á las 24 horas se presentó el vómito, á las 48, cuando le ví, había peritonitis; se había cerrado espontáneamente. El tercero, de úlcera antigua, tuvo período prodrómico de varios días, no sabiendo cuando ocurrió la abertura. Cuando le ví tenía ya peritonitis, pero con vientre en tabla. El enfermo cuarto vino preparándose un mes antes, con mayor intensidad del cuadro. Sin embargo, se pudo fijar la hora del accidente, dos de la mañana; la primera fase y la segunda se confundieron, apareciendo la peritonitis á las diez horas por estar abierta la herida.

Otra forma digna de mencionar es la de historia relativamente corta. Las molestias tienen solo unos meses de fecha, al principio poco graves, pronto se acentúa el cuadro, el dolor se

hace fuerte, continuo; días antes de la complicación aparece en el epigastrio una resistencia grande que aumenta de día en día es la úlcera hipertrófica. De pronto, un día puede haber una hematemesis pequeña, el dolor es mayor, pero como los días anteriores también eran grandes, es difícil que el no acostumbrado crea en una perforación, hasta que á las 24 ó 48 horas vemos, con asombro, la peritonitis aguda y fulminante, que en pocas horas le mata. Esto es lo ocurrido en mi quinto caso, una verdadera inflamación aguda de la úlcera, que termina perforándola.

Todavía puede ocurrir, que por brotes de perigastritis, se formen adherencias á otros órganos al intestino, resultando de ello una oclusión parcial, un meteorismo cada día mayor, que todo lo enmascara. De pronto, esta timpanización rompe una adherencia; ya tenemos la perforación silenciosa, pues el enfermo está ya semicolapsado. Solo vemos que este colapso aumenta, y que se muere en poco tiempo, como si de repente se escapara la vida en aquel individuo que ha luchado tantos días con su par-occlusión. Esto ocurrió en mi caso VI. Véase la importancia de su diagnóstico.

Por fin, puede la perforación cerrarse espontáneamente, mejor dicho, cerrarse antes de llegar á producirse, merced á firmes adherencias, especialmente á la cara inferior del hígado, y hasta abrirse al intestino y no da lugar más que al cuadro de la perigastritis, y solo la autopsia ó la operación enseñan lo ocurrido; ejemplo: el caso segundo.

En resumen: las formas más principales son: perforación en individuo que no se queja para nada de su estómago, años hace ó nunca; perforación en un período de agudización de una úlcera antigua á brotes; perforación coincidiendo con un proceso hiperplásico en una úlcera de curso reciente; perforación debida á una oclusión; perforación cerrada por adherencias defensivas; abertura al intestino.

Todo lo que antecede, se refiere exclusivamente á las perforaciones abiertas ó cerradas, seguidas de peritonitis agudísima. Cuando hay adherencias anteriores firmes, en general, el proceso se limita y da lugar á una serie numerosa de consecuencias, abscesos perigástricos, según que el foco se forme al nivel de un órgano macizo, cavitario, del diafragma, ó se forme hacia los es-

pacios más ó menos completamente cerrados que alrededor del estómago existen, dando lugar á colecciones supuradas, enquistadas, en las que queda limitada la infección, si se perfora á su nivel la úlcera.

De aquí resultan todas las combinaciones imaginables, unas diagnosticadas en vida, otras hallazgo en la autopsia; aberturas en el intestino, al exterior dan lugar á fistulas gástricas, abscesos múltiples, de la pleura, pulmón, hígado, subdiafragmáticos, etc., que forman un capítulo interesantísimo y muy extenso, del cual no me he de ocupar, como ya he indicado al principio, y para cuyo estudio recomiendo por lo clara y bien resumida la última obra de Mathieu, Tuffier, etc.

*Diagnóstico.*—Sin que pueda negarse que el de la perforación de la úlcera gástrica sea sencillo y factible en muchas ocasiones, tampoco hemos de olvidar que á veces ofrece dificultades grandísimas, que hay diversos procesos abdominales que pueden llevar las dudas al médico. Este diagnóstico ha de hacerse en primer lugar en lo que se refiere al accidente en sí, y más tarde, en lo que concierne á sus consecuencias. A veces no es posible hacer más que el diagnóstico de perforación, y en el curso de la operación es cuando puede establecerse y poner en claro el sitio. Por otra parte, esto último realmente no tiene consecuencias para el pronóstico, puesto que en lo relativo al tratamiento, diagnosticado un cuadro de perforación, sea donde sea, y en época oportuna, la conducta á seguir es idéntica, intervenir en seguida.

Ante la cabecera del enfermo dos problemas se nos presentan: Primero ¿existe perforación abdominal? Segundo ¿Esta perforación recae en el estómago y aun pudiéramos añadir, pues se confunde casi, en el duodeno?

Para hacer el diagnóstico de perforación del tubo digestivo en términos generales sin indicar localización, hemos de tener en cuenta diversas afecciones, cuya sintomatología puede dar lugar á confusiones. Algunas gastritis agudas por ingestión de cáusticos enérgicos, ácido sulfúrico, nítrico, que perforan y deshacen el estómago, como he tenido ocasión de observar, originan cuadros violentos y agudísimos, pero cuya diferenciación es fácil por el antecedente. Por el contrario, pueden ofrecernos dificultades la oclusión aguda, cólicos hepáticos y de plomo, pleuresia

diafragmática, rotura del embarazo extrauterino, dilatación aguda del estómago, etc.

Ante un cataclismo abdominal, hemos de recordar la relación de la edad y la frecuencia de aparición de tipos definidos: durante los diez primeros años de la vida, lo ocurrido es una invaginación: entre 15 y 30, apendicitis; entre 25 y 40, perforaciones del tubo digestivo; de 40 en adelante, obstrucción intestinal, llegando entre el 50 y 60 á su máximo; claro es que esto no puede tomarse como regla fija sino como un tipo medio que puede servir de auxiliar.

La oclusión aguda en sus distintas formas y la perforación se parecen en el dolor vivo, vómitos, adinamia, cara peritoneal, ausencia de heces y de expulsión de gases; pero pueden diferenciarse puesto que la mayor parte de las veces la historia gástrica del enfermo nos indica lo ocurrido y el cuadro sintomático también nos da medios de separar ambos procesos. El dolor en la perforación es brusco, intenso, brutal; en la estrangulación es más lento, rara vez localizado al epigastrio, más frecuentemente hacia el ombligo ó fosas iliacas; el meteorismo y los vómitos son precoces y pronto fecalóideos; estreñimiento absoluto.

En la estrangulación del estómago ó duodeno, hay más dificultades, pero la rápida y absoluta intolerancia gástrica, con la mayor tardanza en la aparición del estado hipotérmico y el estado del resto del abdomen, creo que nos sacaría de dudas. En la oclusión incompleta á veces hay diarrea, el vientre suele estar blando y sobre todo su curso es lento. Pueden suceder las dos cosas, como en uno de mis enfermos, pero allí pudo al principio pensarse facilmente en una oclusión parcial, durante la cual apareció de pronto el cuadro de peritonitis, siu que pudiera señalarse el momento de iniciarse. Pero el curso fué largo, pues cuando vimos al sujeto hacia tiempo que presentaba el cuadro de oclusión parcial y de no estar en condiciones de inoperabilidad, se hubiera hecho lo que se debía.

Hay una afección que yo no he observado nunca, y que Mathieu dice que es relativamente frecuente: la trombosis de los vasos mesentéricos, que tiene muchas analogías con el proceso que estamos estudiando. El dolor que apuñala al enfermo es atroz, primero subumbilical, se generaliza de pronto, acompañado de meteorismos y ascitis, pero hay un síntoma importantísimo y pre-

coz que da la clave del problema y es una diarrea sanguinolenta que en esta afección, dicen es típica, falta contadas veces, retrasándose otras hasta tres días; á veces hay también vómitos incoercibles, hematitis; los más importantes son los dolores violentos y la hemorragia intestinal. (1)

El cólico hepático puede á veces dar lugar á dudas; ejemplo: un enfermo de Bajochi, de Bellume, diagnosticado de cólico hepático no se le operó, muriendo á las 24 horas, y la autopsia puso de manifiesto una perforación gástrica cerca del piloro, en la gran curvatura, con peritonitis infrahepático.

Para su diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta, crisis hepáticas anteriores, sitio del dolor al nivel de la vésicula (que ya sabemos cuanto puede cambiar), su irradiación al hombro derecho, que tampoco es exclusiva, aparición de ictericia, que puede faltar, desaparición ó atenuación del cuadro algunas horas después. Esto último es lo más clásico, á no ser que haya crisis subintraentes. El estado general no es frecuente que se altere tanto como en la perforación, pero puede haber ocasiones en que solo la laparotomía exploradora puede resolver el problema, y ante el peligro de que sea una perforación y se muera el enfermo, es preferible operar y llevar la sorpresa de que nos hemos equivocado. Peor sería ver en la autopsia la equivocación contraria.

En el cólica de plomo, aunque típico, hay ocasiones en que el dolor repentino y grandísimo, unido á una contractura exagerada del vientre, con vómitos y estreñimiento pertinaz, llenan de dudas el ánimo del poco acostumbrado. Pero en los que yo he visto he encontrado siempre, que la cara y el aspecto general no responden á la violencia del cuadro local, que el pulso generalmente se mantiene lento y llano, salvo algunas excepciones y, sobre todo, el interrogatorio preciso y otros datos nos darán la clave. Además, el tratamiento apropiado produce en seguida la mejoría, faltando por tanto, la segunda etapa, á no ser que en un saturnino se perfora el estómago ó el apéndice, que bien puede ocurrir, y entonces las cosas cambian. Habrá que descontar también por los conmemorativos, análisis del producto vomitado, etcétera, ciertas intoxicaciones que pueden producir un cuadro de colapso.

*(Continuará).*

(1) Un caso típico se ha observado en la Clínica de Cirugía del Dr. Carrasco, de este Hospital, comprobado con autopsia.

LABORATORIO DE MEDICINA LEGAL DE LA UNIVERSIDAD DE MADRID

DIRECTOR: Prof. T. Maestre

## Nueva técnica para la espectroscopia y cristalografía sanguínea POR LOS DRES. MAESTRE Y LECHA MARZO (1)

Sin duda alguna, la causa principal de que los métodos de hemodiagnóstico médico legal no den resultados evidentes en todos los casos de la práctica, es la dispersión del material sospechoso. Para evitarlo, todos los investigadores trataron de encontrar reactivos que, como el amoníaco, otros álcalis, la piridina, etc., permitan extraer en muy poca cantidad de reactivo gran cantidad de material sanguíneo. Todos reconocemos que, á pesar de estas prácticas, en muchos casos el material sospechoso no se encuentra lo suficientemente concentrado para permitir las pruebas del hemodiagnóstico.

Así, por esta causa, algunos autores recomiendan llevar al portaobjetos los hilos ó partículas sospechosas para someterlos directamente á las pruebas cristalográficas, evitando así la disolución y dispersión. Otros autores se han preocupado en aumentar la sensibilidad de la demostración espectroscópica de la sangre. Citron (1910), ha recomendado un dispositivo que se adapta á todos los espectroscopios de mano: emplea un vasito de vidrio de 4 milímetros de anchura, 36 de longitud y 20 de alto, y lo desliza delante de la abertura del colimador del prisma en una pequeña hendidura entre dos railes; de esta manera, la pequeña cantidad de líquido se puede examinar á gran espesor. Corin (1911), ha propuesto para obtener el espectro por el arteificio del gran espesor el empleo de un tubo capilar. Y así nos sería fácil continuar la demostración de nuestra tesis.

Creemos que estas técnicas pueden simplificarse. Nosotros procedemos de una manera un poco distinta y mucho más práctica. Utilizamos como material el papel gelatinado de los fotógrafos, como los papeles al citrato y también los papeles á la celoidina, que privamos de las sales de plata por un baño de hiposulfito sódico. Empleamos también las películas fotográficas sometidas al mismo tratamiento, y hojas de celuloide que nosotros mismos preparamos extendiendo una delgada capa de gelatina.

(1) Comunicación á la Sociedad Española de Biología.

La técnica sirve para todas las manchas que asientan sobre objetos lisos, como armas, espejos, porcelana, madera, mármol, etcétera. Humedecemos el papel reactivo, la película fotográfica (casi siempre de las dimensiones de un porta-objetos ordinario), sumergiéndola varios minutos en agua, y después de eliminado el exceso de líquido por aplicación de papel secante, aplicamos nuestro porta-objetos sobre la superficie plana, cóncava ó convexa que contiene la huella, aumentamos su adherencia por presión y á los pocos minutos separamos ya la película, que ha traspasado por completo la huella. Si alguna vez la operación fracasa, puede repetirse en el mismo trozo de película varias veces. Una mancha de sangre puede impresionarnos varios porta-objetos. Algunas veces convendrá humedecer la mancha con un fino pincel.

Nuestro amigo el Dr. Eug Stockis ha estudiado el traspaso de las impresiones y manchas con ayuda de los papeles y películas fotográficas. En las dos monografías (1) publicadas por nuestro colega, estudia particularmente el traspaso de las huellas digitales y consigna que los mismos procedimientos sirven para reproducir el contorno y traspasar gotas de sangre y manchas de todas clases.

Esto es una mínima aplicación. Nosotros proponemos un método general utilizando como base el traspaso en la película fotográfica. Una vez traspasada la mancha, podemos fotografiarla reproduciéndola con un papel fotográfico sensible, utilizando la película como placa fotográfica.

Después llevamos á la platina del microscopio la película que contiene la huella traspasada, y el examen demuestra, especialmente en los bordes, glóbulos rojos intactos. Sustituimos el ocular ordinario por el ocular micro-espectroscópico, y en algunos casos, con manchas de alguna antigüedad, hemos podido observar las bandas de la oxihemoglobina. Hasta ahora dos pruebas han sido intentadas y no hemos sometido la mancha á ningún tratamiento.

Si los glóbulos rojos se presentan en masas difíciles de examinar, podemos ensayar el reactivo de Virchow (solución de potasa al 32%), que aísla muy bien los glóbulos rojos sin deformarlos; sustituyendo nuevamente el ocular por el micro-espectroscopio, observamos el espectro característico del hemocromógeno. En vez de este método ponemos en práctica otras veces el procedimiento de diascopea de manchas de sangre, recientemente propuesto por De Domini-

(1) *Revue de Droit pénale*, 1910; *Archives Intern. de Me.J. leg.*, 1911.



cis: fragmentación del material sospechoso en una gota de esencia de orégano y acción inmediata de una gota de solución de eosina en parhaldehído.

Sobre las huellas traspasadas al papel y película fotográfica, obtenemos también las reacciones de oxidación, como la reacción de Van Neen y variantes por la tintura de guayaco, la reacción de Schae-Rossel (á la aloina), la de Meyer-Kastle (á la fenoltaleina), la de Adler (á la bencidina), la de Ganassini (á la eosina), etc. Obtenemos también la prueba de Donogany por la piridina y el sulfuro de amonio. De esta manera, algunos modos de operar que habían sido propuestos (Ellermann, 1911) para aumentar la sensibilidad de las pruebas, no son ya necesarios.

Cuando para el traspaso de la huella hemos utilizado el papel gelatinado, para la observación de los glóbulos rojos recomendamos el microscopio que para el examen directo de las manchas de sangre en las armas ha construido la casa Nachet (método de Florence, epimicroscopia), ó el opaciluminador de Leitz, ó el ocular del microscopio del modelo Remtjoe, construido por Reichert.

Sobre las manchas de sangre traspasadas en el celuloide gelatinado, hemos ensayado los métodos de cristalografía sanguínea. Los resultados que obtuvimos con el yodo y con los reductores piridina y sulfuro de amonio, fueron verdaderamente notables. Los cristales de hemocromógeno y de yodo-hematina ó de yodo-hemocromógeno, como quiere llamarlos Leers, aparecen rápidamente y numerosísimos. La sangre adquiere un bello color rojo sanguíneo transparente. El método de la piridina y el ácido pirogálico, para la obtención de cristales fijos, permite también resultados brillantes.

Estos preparados permiten la observación del espectro del hemocromógeno, sobre cuya importancia se insiste ya tanto (Dominicis, Lochte, Kalmus, Ziemke, Dilling, Lattes y otros muchos). Presenta en la zona ultravioleta un espectograma característico que permite reconocer la sangre á diluciones muy grandes.

Las otras pruebas espectrales son también posibles.

Además, el traspaso de la sangre al papel gelatinado ó al celuloide, no impide la ejecución de las pruebas biológicas de diagnóstico de especie.

En conclusión, la ejecución de las distintas pruebas sanguíneas sobre la película fotográfica que contiene el material sospechoso traspasado, permite resultados muy netos, no alterando el material en algu-

na de ellas, y economizando siempre gran cantidad de este último, que reservamos para las pruebas biológicas.

Creemos que estos ensayos servirán para aumentar la confianza que tenemos en los procedimientos de diagnóstico médico legal de las manchas de la sangre.

---

## Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

---

*Acta de la sesión del día 6 de Marzo de 1914*

Preside el Sr. Zuazagoitia

**Sr. Crende.**—*La nieve de ácido carbónico y el cianuro de oro y potasio en el tratamiento del lupus crítematoso.*—Voy á presentar á la Academia algunos casos de lupus crítematoso, tratados localmente por el lápiz de nieve carbónica, é interiormente por las inyecciones endovenosas de cianuro de oro y potasio. De pasada haré una somera descripción de estos medios terapéuticos.

El gas carbónico fué descubierto por Van-Helmont en el año 1648, aislándole y dando á conocer sus propiedades Lavoissier en 1776.

Se encuentra el ácido carbónico en estado libre en el aire, en las aguas, especialmente en la del mar, y en combinación en el suelo formando carbonatos. También se halla en el organismo, sobre todo, en los pulmones y tubo digestivo.

Se obtiene este gas haciendo obrar en un frasco de dos bocas un ácido (clorhídrico, sulfúrico, etc.) sobre un carbonato, que generalmente es el de cal. El gas así obtenido se recoge en la campana de la cuba hidro-neumática, teniendo cuidado de desechas las primeras porciones, pues están mezcladas con el aire atmosférico que contiene la campana.

El anhídrido carbónico cuya fórmula es  $\text{CO}_2$ , es impropio para la combustión y la respiración. Respirándolo en la proporción de un 30 por 100, produce fenómenos tóxicos, y la muerte sobreviene fatalmente á las pocas horas.

Varias son las aplicaciones que al ácido carbónico se le han dado en Medicina. Así Brown-Séquard dice que lo utilizó como

anestésico local. Laconte para favorecer la cicatrización de las úlceras varicosas y Huchar en los baños gaseosos; pero su uso más frecuente fué y es, sin duda, en la preparación de polvos gasógenos y aguas carbónicas. (agua de Seltz artificial).

Estos eran los principales usos de este gas en el campo de la Medicina, hasta que Pusey, de Chicago, se le ocurrió en 1909 utilizarlo bajo la forma sólida como modificador enérgico de algunas lesiones cutáneas. Más tarde han divulgado su uso para cubrir idénticas indicaciones Dana Hubbard, Le Bris, Beix y los hermanos Bernay, en el extranjero, y en España, Peiry, Azua, Sáinz de Aja y otros.

Veamos cómo se obtiene el *lápiz* de nieve carbónica; luego descubriré la forma de aplicarlo, la manera como obra sobre el organismo y sus efectos terapéuticos.

El ácido carbónico se encuentra en el comercio envasado en tubos de hierro, donde se ha encerrado á gran presión. Estos tubos presentan en su parte superior un tornillo micrométrico que ajusta y cierra herméticamente el tubo-envase; á dos ó tres centímetros del tornillo micrométrico y formando un ángulo recto con el tubo, se encuentra un tope de pequeñas dimensiones, en cuyo centro existe un orificio de un milímetro de diámetro aproximadamente, que sirve para dar salida al gas. Seguramente habéis visto más de una vez estos tubos en los cafés y cervecerías, donde los usan para enfriar los líquidos al pasar por un serpentín que se halla rodeado de gas carbónico.

Pues bien: con estos tubos se puede producir la nieve de ácido carbónico. Para ello, se manda construir un taco de madera de forma cónica, de 12 á 15 centímetros de longitud por 4 de diámetro, horadado en su parte interna en la dirección de su eje. Se divide en dos mitades en esta dirección, procurando que la superficie de sección resulte perfectamente lisa, para que puedan adaptarse ambas porciones exactamente; para favorecer el ajustaje y dar solidez al taco, se colocan en su parte externa dos ó tres anillas metálicas que, una vez acopladas, evitan que las dos partes del taco puedan separarse.

Construído en esta forma el taco, se adapta lo más exactamente posible por su base al tope del tubo que contiene el ácido carbónico, se recubre taco y tope con un pedazo de gamuza, que se sostiene á beneficio de unas vueltas de venda; se hace

funcionar el tornillo micrométrico y el gas contenido dentro del tubo-envase se precipita por el orificio del tope, evaporándose rápidamente; evaporación que, unida á la gran descomprensión que en el taco se verifica, produce una temperatura de 90°, causa de que se forme la nieve y, por lo tanto, que el gas pase al estado sólido. Si el taco está bien adaptado al tope, se formará en su interior un cilindro de nieve lo suficientemente duro, que permite cortarse en la forma y dimensiones que se desea, y aplicarlo sobre las partes y regiones que se quieren modificar.

La temperatura del *lápiz* es de 75', y la gran evaporación que constantemente se realiza en su superficie, hace que ésta se halle siempre aséptica, ventaja esencialísima que previene y evita las infecciones en las partes tocadas por el *lápiz*. Es necesario, al manipular con el *lápiz*, evitar que éste se ponga en contacto con las manos del operador, cubriéndolas con un guante de goma, pues la nieve produce exorriaciones y dermatitis, á veces dolorosas y siempre molestas, si no se toma esta precaución.

La presión ejercida sobre el bloque de nieve debe procurarse que sea lo más uniforme y regular posible; porque si así no se realiza, puede muy bien desorientarnos y producir una escara profunda allí donde sólo deseamos que se realice una ligera dermatitis.

La acción modificadora y destructiva del *lápiz*, depende de la naturaleza del tejido atacado, del tiempo gastado en la aplicación, de la región donde ésta se practica y de la presión ejercida por el *lápiz* sobre las lesiones. Claro es comprender que un tejido queloidiano es de más fácil destrucción que un tejido córneo; que la destrucción será más rápida en la piel de la región interna de los muslos que en la piel de la planta de los pies; que si se ejerce una gran presión sobre el *lápiz* destruirá más pronto los tejidos que si ésta es moderada, y por último, que si invertimos en la aplicación 40" la destrucción, á igualdad de condiciones será mayor que si solamente dura 20".

Según algunos autores, para producir una ligera dermatitis, basta una aplicación de 10", para originar una flictena 50" y para destruir el cuerpo papilar de 80 á 90". Estas cifras entiendo que pueden aceptarse como buenas; sin embargo, en algunos casos de mi escasa práctica no han sucedido así las cosas; pues la piel reacciona de distinto modo en la mujer que en el hombre, y aun

en individuos del mismo género hay diferencias apreciables. A mi consulta concurren dos hermanos de 10 y 12 años, que padecen ambos tuberculosis verrugosa de la cara dorsal de las manos; y mientras que al mayor una aplicación de 20" le produce una flictena soberbia, en el menor una aplicación de 50" no verifica más que una dermatitis ligera, y para llegar á la flictena he de hacer durar las sesiones 80", 90" y aun á veces más.

Pongo de relieve este contraste, porque creo que es de primordial importancia para que el tratamiento dé el resultado que deseamos obrar en consonancia con la manera de reaccionar la piel en los distintos individuos y las variadas lesiones que intentamos modificar, teniendo muy en cuenta el factor individual y el no menos importante factor lesión; pues si así no obramos, creo nos exponemos á encontrarnos con desagradables sorpresas.

Las aplicaciones son indoloras; sin embargo, algunos enfermos cuando comienza el deshielo se quejan de dolores lancinantes y otros acusan una sensación de ardor que desaparece prontamente. Es conveniente, á pesar de la casi ausencia de molestias y de lo inocuo de las aplicaciones, no atacar de una sola vez una gran superficie de piel; pues es preferible y menos molesto para el enfermo repetir las sesiones, porque así evitamos esos fenómenos de reacción intensa que se presentan en las grandes flictenas, y aunque no son peligrosas asustan al paciente y pueden ser causa de alguna complicación tardía.

Lo que llama realmente la atención son las grandes deformidades transitorias y casi instantáneas que dejan en pos de sí las aplicaciones de nieve; realmente parece que se extirpó con el bisturí una cantidad de tejidos blandos, que recuerda la forma del *lápiz*. Estas deformidades, cuyo fondo se presenta blancuzco y de aspecto acorchado, desaparecen en pocos minutos, apareciendo entonces la piel de un color rosado intenso, debido, sin duda, á la enérgica reacción que se verifica en la red capilar de los puntos atacados por el bloque carbónico.

A las ocho ó diez horas de ocurrir estos fenómenos, la piel y tejidos subdérmicos se inflaman y segregan una pequeña serosidad. Más tarde se presenta, generalmente, una flictena, que luego ha de transformarse en costra para desprenderse al cabo de quince ó veinte días, dejando como secuela una cicatriz blanca y regular.

En los enfermos por mí tratados jamás la aplicación de nieve carbónica fué seguida de elevación térmica ni de trastornos generales.

La patogenia de los fenómenos que la nieve produce en el organismo son todavía muy discutidos, y mientras unos opinan que obra como un agente *a frigore*, otros creen que obra por la acción y reacción que se produce en los tejidos al pasar de una temperatura de  $+37^{\circ}$  á  $-70^{\circ}$ , iniciándose como consecuencia de estos bruscos y rápidos cambios térmicos una dislocación celular que origina la mortificación lenta de los puntos tocados por el lápiz carbónico.

Los cuidados subsiguientes á las aplicaciones son casi nulos; todo se reduce á recubrir las flictenas y costras con una pomada inerte para favorecer su desprendimiento y eliminación. Cuando ésta se ha llevado á efecto, se presenta una cicatriz blanca, blanda, plana y regular, realmente estética, que va pigmentándose paulatinamente, pareciendo á los pocos días que por allí no ha pasado un agente destructor y sí la restauradora mano de un hábil estucador, que ha regularizado deformidades y elevaciones, dando bello aspecto, en lo que cabe, á lo que un mes antes eran repugnantes lesiones.

El caso por mí presentado á esta ilustre colectividad y explorado por alguno de los señores aquí presentes, es un ejemplo elocuente de lo afirmado en el párrafo anterior.

Muchas y variadas son las indicaciones que caen dentro del campo de acción de este agente terapéutico. Yo no haré más que enumerar aquéllas en que tuve ocasión de experimentarlo.

He tratado con éxito dos *nevi maternus*; en tres casos de keratodermia el resultado ha sido admirable; en varios casos de verrugas el tratamiento va siempre unido al éxito. Ya no da estos beneficiosos resultados la medicación en las tuberculides de la piel, pues de seis casos que tuve ocasión de tratar sólo en dos el resultado ha sido favorable. En el lupus critematoso lo he ensayado en siete casos, y realmente confieso que me parece un medio admirable para combatir la dolencia en cuestión.

Pasaré á decir algo del cianuro de oro y potasio. Bien poco, por cierto; pues aunque su introducción en la terapéutica es ya antigua, su uso estuvo relegado al olvido, hasta hace pocos meses que resucitaron su empleo como poderoso agente para combatir el lupus critematoso.

El cianuro de oro y potasio se obtiene haciendo obrar una solución concentrada de cloruro de oro sobre otra recientemente preparada de cianuro de potasio. Es un polvo blanco, cristalino, que se disuelve perfectamente en el agua, alcohol y en el éter. Al calor no deja residuo; sin embargo, sus soluciones al calentarlas toman un color amarillo claro.

Hace tiempo lo utilizó Gabezowski para combatir las manifestaciones sifilíticas, sobre todo, para yugular las lesiones retinianas de la tabes. Creo, según dicen los autores, con buen éxito; pero, á pesar de los buenos resultados, el medicamento cayó en desuso, hasta que hace unos meses empezó á emplearse por la vía endovenosa para tratar el lupus critematoso.

En una de mis pequeñas *tournées* científicas hablé con mi amigo, el doctor Sáiz de Aja, del hospital de San Juan de Dios de Madrid, el que me indicó que tratara el lupus critematoso por las inyecciones de cianuro de oro y potasio como él venía haciéndolo. Regresé aquí, mandé preparar el medicamento según las instrucciones de él recibidas, y en la actualidad estoy inyectando el preparado en la forma dicha á tres enfermos de lupus critematoso, y con sinceridad lo confieso, no me arrepiento de usar la medicación, pues las lesiones, á pesar del poco tiempo que están sometidas á este tratamiento, mejoran ostensiblemente.

El Secretario General,

C. MENDAZA.

---

*Sesión celebrada el día 17 de Abril de 1914.*

Preside el señor Zuazagoitia

---

**Sr. Zuazagoitia.**—*Nota acerca de la acción de los calomelanos.*—Como en una de las sesiones de este curso se ha ocupado la Academia de la acción de los calomelanos en el organismo, el señor Zuazagoitia consideró de oportunidad dar cuenta de un interesante artículo publicado con el título *De algunos efectos tóxicos de los calomelanos*, por el Dr. Crouzel, de la Reol.

Dice dicho artículo:

«¿El protocloruro de mercurio, conocido también bajo los nombres de purgante dulce, mercurio dulce, calomelanos, no tendrá indebidamente estos calificativos?»

He tenido la ocasión de probar acciones diferentes é inesperadas de este producto sobre personas que lo usaban habitualmente con entera satisfacción, y puedo consignar los casos siguientes: Una mujer de 50 años, enferma de anorexia y de embarazo gástrico, ingirió 0,50 gramos, según mis indicaciones.

Dos horas después fué atacada de violentos cólicos, acompañados de evacuaciones albinas prolongadas, que inquietaron á todos sus allegados. El régimen lácteo absoluto, seguido durante veinticuatro horas, remedió completamente esta alarma.

Un niño de tres años, que tomaba habitualmente cada quince días una dosis de calomelanos de 0,20 gramos como laxante vermífugo, fué atacado de vómitos y padeció en el hueco epigástrico una pirosis que se prolongó durante tres días. El enfermito había tenido parotiditis, de la que estaba ya curado.

Una niña de tres años, después de haber ingerido un vermífugo compuesto de 0,10 gramos de calomelanos, de 0,50 de santonina y de 0,50 de lactosa, fué atacada de cólicos bastante intensos, acompañados de deposiciones diarreiformes verdosas, en que la duración no pasó de cuatro ó cinco horas.

¿Cómo se puede explicar esta diferencia de acción del mismo medicamento en los mismos individuos en épocas diferentes?

¿Es una diferencia del grado de acidez del jugo gástrico ó de alcalinidad de los jugos intestinales, que sería capaz de provocar la formación de una nueva sal mercurial tóxica por una combinación con las materias orgánicas al estado naciente?

¿Se debe pensar en un fenómeno de naturaleza anafiláctica? ¿Se puede admitir que aquí las secreciones internas se han encontrado en exceso ó en defecto, en todos los casos en desequilibrio, hasta el punto de modificar profundamente el estado de resistencia del organismo para la intoxicación, que se traduce por los síntomas habituales (diarreas, vómitos, etc.)?

¿La sal mercurial ha sido como un latigazo ó sacudida para que se manifieste una auto-intoxicación latente?

Estas diversas hipótesis son admisibles, pero ¿cuál es la verdadera? Experiencias de laboratorio metódicamente practicadas, serían las únicas capaces de esclarecer esta cuestión interesante bajo varios aspectos. Se conocen, en efecto, los servicios que el uso razonado de los calomelanos es susceptible de producir en la medicina infantil. Por lo tanto, sería de desear determinar las contraindicaciones de este producto.



Del conjunto de observaciones clínicas que he recogido sobre los efectos de los calomelanos, parece resultar que la acción de esta sal se manifiesta por efectos purgantes ó simplemente laxantes (según la dosis empleada) si este producto atraviesa el estómago sin alteración.»

**Sr Mendaza.**—Celebró que el señor Zuazagoitia haya vuelto á tratar de este asunto, que en mi concepto tiene una importancia de primer orden. Los calomelanos acerca de cuya acción tanto se ha hablado en esta Academia, es un medicamento que se usa con extraordinaria frecuencia en la práctica corriente, y me parece que á pesar de emplearlos con tanta largueza y de usarlos con tanta frecuencia, todavía no está todo el mundo muy conforme ni cómo obra, ni casi cuales son sus dosis. Por lo tanto, individuos como Ide (Profesor de Terapéutica), niegan su acción antiséptica, y ya saben todos ustedes, que una de las indicaciones de esta substancia, es la desinfección del aparato digestivo, de suerte que, ya la duda se apodera de nosotros, cuando de emplearlo como antiséptico intestinal se trata.

Como purgantes, son también los calomelanos un medicamento que deja bastante que desear; para que el efecto purgante se manifieste, es preciso á veces incorporarle alguna otra substancia que le ayude, tal como por ejemplo, la escamonea, lo cual nos demuestra que su acción purgante es muy poco segura.

Acerca de sus dosis es donde reina la mayor confusión, lo cual es perfectamente lógico, pues no estando muy seguros de su modo de obrar, resulta que es casi imposible asignarle dosis fija; los distintos autores que tratan del particular, le asignan dosis muy variables, así por ejemplo: todos estamos conformes en administrarlo como purgante á la dosis de 5 centigramos, por año de edad, y á la de 1 centígramo (también por año) repetida cada hora como antiséptico intestinal, hasta producir efecto evacuante; pues bien, ahora sale el profesor Bosc (de Montpellier) diciendo lo siguiente, que copio íntegro de su obra «Therapeutique Clinique Infantile» (1912). «CALOMEL.—Medicamento precioso, bajo la expresa condición de no administrarlo más que á la dosis única de medio á un centígramo, ó en intervalos prolongados, de 4 á 8 días. Obra como desinfectante (por acción directa mercurial y por aumento del flujo biliar), y como mo-

dificador de la mucosa intestinal (anticatarral, antidisentérico), y su acción se extiende al hígado (insuficiencia hepática). ¡Y más adelante añade este autor!, pasado el período agudo de la infección digestiva, se prescribirá el calomelano á la dosis de un papel de un centígramo *por semana*, lo que permitirá hacer una desinfección crónica del tubo digestivo; por mi parte, confieso que no había oído hablar de los calomelanos de esa manera, y ya comprenderán ustedes que tenga alguna duda acerca de sus dosis. Por lo que atañe á su toxicidad, puedo decir que yo he visto algunas veces intensas estomatitis, imputables á este preparado mercurial; pero además, ya ustedes conocen cuanto se ha fantaseado acerca de su transformación en sublimado, mediante su mezcla con la sal de cocina, por cuya razón se recomienda se abstengan de dar caldo después de la administración de aquel compuesto. Por lo que parece (al menos por ahora) este temor es pueril, pero no faltará más adelante quien revise nuevamente los calomelanos, y prohíba su administración juntamente con substancias que contengan cloruro de sodio, y es que la química de nuestro organismo es tan complicada que, querer compararla con la de laboratorio, es de resultados inciertos.

**Sr. Crende.**—El asunto de la toxicidad de los calomelanos me lleva como por la mano á exponer á la Academia mis opiniones acerca de la toxicidad de los compuestos mercuriales.

El Secretario General,

C. MENDAZA.

---

*Sesión celebrada el día 28 de Marzo de 1914*

Preside el Sr. Díaz Emparanza

---

Es presentado para su admisión como socio don Felipe Leniz y Amézaga.

**Sr. Laguna.**—*Un caso de Mixedema.*—José Monasterio, de 13 años, natural de Dos Caminos, se presentó acompañado de su madre á primeros de Enero del año actual, en la consulta pública de enfermedades de la infancia, del Hospital Civil.

Sus antecedentes hereditarios no acusan nada digno de mención; ha tenido seis hermanos, cuatro varones y dos hembras; murieron dos, uno de meningitis y otro de catarro.

La primera dentición la tuvo á los cinco meses, continuando el resto normalmente; á los dos años pasó la viruela, que duró tres semanas, sufriendo convulsiones; ocho años más tarde tuvo el sarampión, y á continuación, según la madre, tres pulmonías; desde entonces empezaron á notar que su inteligencia disminuía, prestando poca atención á las cosas, quedando como atontado, sin incomodarse por nada, no se le veía ni gritar, ni llorar, ni participar de los juegos infantiles, con la boca entreabierta, sin desarrollarse su estado general más que en el sentido de la gordura, hasta que viendo que, pasando el tiempo empeoraba cada vez más, decidieron traerle al consultorio.

En el estado actual, nos encontramos con un sujeto de cara de niño y cuerpo en apariencia de adulto; la cara es ancha, abotagada, el cuello ancho también, no por lo grueso, sino por la infiltración dérmica, igual morvidez se aprecia en el tórax y abdomen, los brazos, muslos y piernas; el color de la piel es pálido, á la presión ofrece cierta resistencia blanda al dedo, especialmente al nivel de los huecos supra-claviculares; respecto de los trastornos intelectuales, no se da cuenta sino trabajosamente de cómo se llama, tardando en contestar á las preguntas. Hay obtusión de la memoria; no grita ni llora ni ríe; perseguido por los compañeros de juego, se queda quieto, sin oponer la menor resistencia, aunque le peguen; come lo que le dan, no pidiendo nada; todo le parece bien, el sueño es tranquilo, el apetito y las digestiones buenas, la orina y deyecciones normales, la marcha es lenta, perezosa, y el aspecto general de su fisonomía le da un aire de indiferencia casi absoluta; en una palabra, parece un *hombre planta*.

Explorada la región del tiroides, no puede apreciarse bien la presencia ó falta del mismo, por la infiltración dérmica antes mencionada.

En presencia de todos estos signos y pensando en la existencia de un mixedema adquirido en la segunda infancia, nos decidimos á empezar el tratamiento opoterático, el cual con arreglo al aforismo *naturam morborum curationes ostendunt*, nos revela que se trata de una afección de origen tiroideo. En efecto, la talla de este sujeto, que es de 1,10 metros, no sufre variación, pero su peso que en el principio del tratamiento era de 24 kilos, 10 días después desciende á 23 y medio, y 50 días más tarde, baja

á 22 y medio. El estado general mejora ostensiblemente, ya presta atención á lo que se le dice, responde á las preguntas, se alegra y ríe, participa de los juegos y diversiones de los niños de su edad, el aspecto del semblante pierde toda su estupidez, la marcha se hace más ligera y animada, la infiltración dérmica desaparece casi por completo, y, en una palabra, á primeros de Marzo el niño ya parece otro.

Aun descontando lo puesto en apariencia por el tratamiento tiroideo, no cabía pensar que se tratara de un raquitismo, porque ni su edad, ni su aspecto, ni el vientre de batracio, ni las tuberosidades epifisarias hacían pensar en él; ni tampoco cabía pensar en una acondroplasia, pues la longitud de los miembros era la normal, ni en una lipomatosis generalizada, tan característica á simple vista, ni en una acromegalia propia de otra edad, ni en una infiltración dérmica de la esclerosis en placas, por la ausencia de los antecedentes de ésta. ¿Podría tratarse de un enanismo? No lo creíamos verosímil, pues éstos, sean los infantiles del tipo Loraine, sean los aplásicos vasculares, sean los de origen sifilítico, palúdico ó tuberculoso, ofrecen caracteres propios, aunque no ha faltado quien considere todos los casos de infantilismo como de origen tiroideo. Con lo único que podía haber confusión era con los cretinos, pero no había necesidad de hacer la distinción, porque el cretinismo y mixedema son los polos opuestos de la patología tiroidea, bien por exceso ó por defecto.

Finalmente, y como antes hemos dicho, ha sido la opoterapia tiroidea la que nos puso de manifiesto la enfermedad; en este caso hemos usado la tiroidina Merck, dando un comprimido cada uno ó dos días, pues al principio administrada cuotidianamente, se manifestaron síntomas de intolerancia.

**Sr. Díaz.**—Dice que no ha visto ningún caso de mixedema en niños, sino en un adulto; un caso que él lo califica de hipotiroidismo. Lo vió en el hospital, hace ya algún tiempo: describe el caso y dice que presentaba el enfermo un edema que parecía el de un anasarca, con manos grandes, torpes y edema duro. El enfermo orinaba mucho más de dos litros diarios, con orina clara, muy poco densa, y cuyo análisis no dió nada de particular; la piel de este sujeto era áspera y rugosa y el pelo muy quebradizo; pensó hallarse en presencia de un nefrítico. Lo trató como á tal,

sometiéndole á un régimen vegetal, con ioduros, etc.; el enfermo salió como curado.

El año pasado volvió al hospital, y ya entonces no se atribuyeron aquellos trastornos á la nefritis, á pesar de que el enfermo presentaba el mismo aspecto que anteriormente, con la cara rugosa, ancha y pálida, y edema duro en toda la piel, con torpeza en los movimientos. Estudió bien al sujeto en cuestión, analizó detenidamente la orine, que continuaba siendo poco densa y abundante y se hizo análisis de la sangre, con resultado negativo. Pensó entonces que pudiera tratarse de algún fenómeno de hipotiroidismo y le propinó unas tabletas de extracto de cuerpo tiroides, y el asunto cambió radicalmente, saliendo el enfermo casi curado. Ha ingresado de nuevo, por no haber sido sometido al tratamiento tiroideo mientras ha permanecido fuera del hospital; pero está algo más mejorado que cuando ingresó la primera vez.

Pasa revista á todas las afecciones con las que puede confundirse esta afección y opina que no puede ser otra que la que él ha nombrado, entre otras razones, por la eficacia del tratamiento.

**Sr. Eguituz.**—Habla á su vez de un niño de tres años, que él lo cree afecto de mixedema, aunque no muy típico. Presenta el retrato del niño referido y, en efecto, se trata de una criatura con edema de los tegumentos y piel blanca y dura, escaso desarrollo intelectual y una repugnancia invencible á toda clase de alimentos que no sea la leche. Le administra la glándula tiroides en papilla, dándole dos gramos de glándula fresca por día como si fuera sopa; la criatura vomita todo lo que ingiere, á causa de su repugnancia á toda clase de alimentación, y por eso, así como por el poco tiempo que lleva tomando esta medicación, todavía no han podido observarse efectos de ninguna clase en él.

(Queda este asunto para otra sesión.)

**Sr. Diaz.**—*Caso de enteritis.*—Son cuatro casos de enteritis agudas, parecidas á las enteritis de verano, de forma subaguda, tres de ellas producidas por ingestión de agua, probablemente infecta; el segundo caso, con su gangrena del intestino, parece más bien ser debido á la disentería, aunque por lo demás él no ha visto más que un caso de disentería en un enfermo procedente de América; la disentería de aquí es difícil de diagnosticar. Habla de un caso típico, descrito por Gilbert, pero lo presenta

para hacer resaltar la dificultad de hacer un diagnóstico exacto sin practicar previamente un examen bacteriológico.

De la etiología dice que es un caos, pues no hay microorganismo al que no se le achaque la causa de las enteritis, y va mencionando distintos microbios, entre los cuales el coli es al que se le atribuye la mayor parte de lo que ocurre.

El Secretario General

C. MEMDAZA.

## BIBLIOGRAFIA

**Les Caractères médicaux dans l'Écriture chinoise, par le Dr. LUCIÉE-GRAUX.**—Ce fort curieux ouvrage a le mérite plutôt rare de nous initier à des connaissances inédites pour nos jusqu'à ce jour, et suffisamment élucidées, néanmoins, pour que nous puissions en déchiffrer la clé première, en nous familiarisant du même coup avec ce génie graphique des Chinois qui intervient dans le moindre caractère tracé par leur pinceau.

Le livre du docteur Lucien-Graux jette une clarté aussi vive que nouvelle sur tout un domaine de pensées ou les médecins de l'Europe seront heureux de pénétrer, sans tatonner, pour marcher de surprises en stupeurs, d'étonnements en émerveillements, sur les traces d'un auteur qui ne s'inquiète d'aucun obstacle, sait pénétrer toutes les obscurités et déchiffrer tous les secrets d'une langue élaborée par d'innombrables générations de scribes, fantaisistes, arbitraires, amateurs ou philosophes profonds.

Les *Caractères médicaux dans l'Écriture chinoise* instruisent assurément, mais ils amusent davantage encore. Ingénieux et artistiques, ils subordonnent la désignation de toutes les maladies, par les moyens de l'écriture, à l'utilisation fondamentale d'un radical commun. À côté de ce radical, viennent se ranger tour à tour des éléments descriptifs qui qualifient, expliquent, mettent, pour ainsi dire, en image, la mesure d'un articule bibliographique, de cette algèbre charmante et pittoresque, de ce jeu de dessins souples et étonnamment inventés par le peuple le plus imaginaire de la terre, c'est là une besogne où fatalement, le chroniqueur doit échouer. Pour donner idée de cette fabrication de signes parlants, il faudrait être un peu Chinois soi-même, ou pour le moins peintre et graveur, poète et conteur, calligraphe et liseur de rébus. Le péril est tel que nous ne nous y exposerons pas ici. Il nous suffira de dire que rarement nous avons rencontré, sous les apparences d'un volume qui, de prime abord, peut paraître rébarbatif, plus d'agrément dans l'analyse, plus d'imprévu dans le curieux

et le cocasse, plus de chatoyant dans le contour spirituel de devinettes qui semblent, en la plupart des cas, infiniment supérieures en sagacité á toutes les énigmes que donnait á deviner, á notre pitoyable (Edipe, le Sphinx fléau des campagnes thébaines.

A lire ces pages alertes, dont chacune réserve á qui les consulte l'occasion d'un sourire d'admiration ou d'une exclamation de surprise—que l'on nous permette de mentionner á nouveau ce sentiment d'étonnement qui se dégage d'un si curieux recueil—on voit se lever vers l'Orient le lourd rideau de mystère qui nous en sépare. L'Asie au cerveau ambigu se rapproche de l'ouest épris de certitude et de froide vérité, et le contact sympathique s'établit sur le thème de ces misères communes aux hommes jaunes comme aux hommes blancs, et près du lit des malades qui lá-bas comme chez nous connaissent les memes doulcurs, les memes infirmités, les memes moyens, hélas; de mourir. Mais cette fois, et á l'encontre du langage aprement hérissé de grec et de latin qu'adoptèrent nos therapeutes pour identifier nos maladies, la médecine chinoise apparait sous les dehors de cette écriture quasidansante, humoristique: et la jaunisse fait rire par le dessin qu'elle affecte sous les pinceaux des Célestes, et la calvitie y est supremement comique, et la diarrhée, et l'obésité, et la gale, et le choléra n'y sont plus, semble-t-il, que des traits d'esprit.

Les médecins liront les *Caractères médicaux dans l'Écriture chinoise*. Les intellectuels ne liront pas moins cet ouvrage, si neuf et qu'on peut dire sans précédent parmi nous.

Au résumé, voilà une véritable curiosité bibliographique, digne en tous points de l'intéret du grand public et, par suite, du plus légitime succès.

*Un volume in-8.º: prix 4 francs.—A. Maloine éditeur.  
25 et 27, rue de l'École de Médecine, PARIS.*

---

## SECCIÓN PROFESIONAL

---

**Montenegro y la Guerra.**—Allá, en los Balkanes, hay un pequeño pueblo, cristiano, hospitalario y caballeroso, el montenegrino, que defiende su independencia y su vida, amenazadas por las fuerzas de un adversario cien veces más poderoso.

Los hombres, tanto adolescentes como en la flor de la edad ó viejos, todos á una luchan como héroes que son, mientras las mujeres y los niños, entregados á sus faenas, labran la tierra, cosen y remiendan, hacen el pan, llevan los viveres y cuidan religiosamente, según los nobles principios de la Cruz Roja, á los heridos de ambas partes.

Todo elogio es poco para tanta grandeza, tanto civismo y tan hermosa conducta. Desgraciadamente esta guerra, con el despliegue de tradicional bravura y de indomable ímpetu y energía á que dá lugar, causa muchas víctimas.

El país no es rico, ni mucho menos, y allí, más que en ninguna parte, se siente la necesidad del fraternal socorro que las almas caritativas, sin distinción de nacionalidad, acostumbran á enviar para los soldados que caen, los enfermos, las viudas y los huérfanos y todo el contingente de miserias que engendra el más terrible de los azotes de la humanidad.

---

**Consulado general de Montenegro.**—En las oficinas del mismo, calle de Almagro, 20, Madrid, se ha abierto una suscripción para las víctimas de la guerra de dicho país.

Los donativos se admiten, contra recibo talonario, de 10 á 12 de la mañana y de 4 á 6 de la tarde; de provincias, por giro postal, sobre monedero, letra de fácil cobro, etc.

