

# Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Y DEL COLEGIO DE FARMACEUTICOS DE VIZCAYA

Año XV

Bilbao—Marzo—1909

Núm. 171

## Diagnóstico precoz del cáncer del Estómago

Pocos asuntos ofrecen más importancia á médicos y cirujanos, que la cuestión que voy á tratar en este artículo.

Hoy, que de las estadísticas de cirugía gástrica han desaparecido las aterradoras cifras de hace algunos años; hoy que el optimismo renace entre los cirujanos, presentando como Kausch 30 por 100 de enfermos salvados por la cirugía, se impone que el médico diagnostique lo más pronto posible a estos enfermos y los envíe al cirujano.

En vuestra clientela veréis enfermos en los que el diagnóstico no ofrece ninguna dificultad, por el período avanzado de la enfermedad; otras veces, llegan á vuestra consulta enfermos que sospecháis sean cancerosos, necesitando en estos casos difíciles echar mano de todos los recursos que nos proporciona la clínica y el laboratorio.

Fácil el diagnóstico en presencia de tumor palpable, resulta sumamente difícil en ausencia de tumor palpable; un catarro gástrico con anadenia y catarro intestinal, da los mismos síntomas de insuficiencia de estómago y anemia que una neoplasia maligna del estómago.

En estos casos, ni el análisis del jugo gástrico, ni el examen microscópico de la sangre, nos sacan de dudas.

Existen enfermas histéricas en período de caquexia con trastornos de estómago, y no sabemos si el cuadro gástrico es dependiente de la psicosis, ó de un cáncer del estómago.

Si queremos diagnosticar la enfermedad, no debemos olvidar el consejo de Leube: que puede existir un cáncer, cuando el padecimiento recaiga en una persona que durante 50 ó 60 años ha disfrutado de buen estómago y que, á pesar de no haberle cuidado, toleraba todo alimento.

Esta neoplasia, según su localización, ofrece caracteres especiales; para estudiar con provecho este asunto hay que establecer dos grandes grupos: cáncer del piloro y cáncer no pilórico; en el primer grupo incluimos el piloro y porción pilórica y en el segundo el cáncer de la corvadura mayor y pequeña, pared anterior y posterior y el fundus.

#### Diagnóstico del cáncer del piloro.—Síntomas subjetivos

La inapetencia es muy frecuente en estos enfermos, acompañada de repugnancia á la carne; hay casos excepcionales en que los enfermos conservan el apetito en el curso de la enfermedad, especialmente cuando el tumor se localiza en una úlcera.

Generalmente los síntomas subjetivos se presentan en el cáncer del piloro antes que en los casos en que el tumor se localiza en la grande ó pequeña corvadura, en las paredes anterior ó posterior ó en el fundus; un pequeño tumor localizado en el piloro dificulta el paso de los alimentos al intestino, acusando generalmente el enfermo opresión en el epigastrio, rara vez dolor (el dolor tiene escasisimo valor para el diagnóstico del cáncer del estómago) náuseas, eructos y vómitos.

Los vómitos es un síntoma casi constante; al principio del cáncer del piloro (en periodo avanzado pueden faltar) contienen las materias vomitadas, en algunos casos, además de restos alimenticios, sangre, cuando el humor se ulcera; otras veces moco; ofrecen en algunos casos el aspecto de posos de café. Los vómitos de aspecto de posos de café no pueden considerarse como específicos del cáncer, por poderse presentar también en la úlcera. En el período avanzado de la enfermedad pueden faltar los vómitos en las 24 horas. La cifra de la orina, baja, en muchos casos, á 500 ó 600 cm.<sup>3</sup>

Cuando el vaciamiento del estómago no es completo, se observa en los vómitos restos de comidas anteriores.

#### Síntomas objetivos.

Por la palpación, se aprecia en la línea media ó algo hacia la derecha un tumor duro, de superficie desigual; la respiración no cambia generalmente la posición del tumor, por la insuflación del estómago se corre hacia la derecha y arriba ó desaparece debajo del hígado.

El examen de la función motora del estómago tiene grandísima importancia, siendo preciso investigar cuando se sospeche un cáncer del estómago; cuando se localiza en el piloro ó en las corvaduras, suele estar afectada la función motora; hay casos, sobre todo en el cáncer del fundus, en que la función motora es normal durante toda la enfermedad.

El enfermo debe tomar por la noche 100 gramos de pan, algo de carne y 2 tazas de té, encontrándose por la mañana al introducir la sonda en ayunas restos de la cena, por no haber podido pasar por el piloro estrechado durante la noche.

El ácido clorhídrico y fermentos gástricos se mantienen normales al principio del cáncer del piloro, existiendo casos en que hay hiperclorhidria y secreción normal de fermentos durante toda la enfermedad, por tratarse de cáncer implantado en una úlcera.

La falta de ácido clorhídrico no es un signo específico del cáncer del estómago, primeramente por presentarse en otras enfermedades de esta viscera y de otros órganos, en la gastritis crónica, atrofia de la mucosa del estómago, neurosis del estómago, enfermedades del pulmón: por otra parte hay casos de tumor circunscripto en el piloro en que el quimismo estomacal es normal durante toda la enfermedad.

La presencia de ácido láctico, al cual Boas en otro tiempo concedió grandísima importancia, no podemos considerar hoy como específico en esta enfermedad. Hay gran número de casos en que falta, presentándose en otras enfermedades de esta viscera.

Sin embargo, la presencia de ácido láctico tiene gran valor diagnóstico, presentándose en muchos casos en ausencia de tumor palpable, constituyendo un signo precoz. Para dar el verdadero valor al ácido láctico es necesario saber las circunstancias en que se produce: falta de ácido clorhídrico é insuficiencia motora.

El estudio de los fermentos tiene escasa importancia: la disminución de clorhídrico va generalmente acompañada de disminución de fermentos. Sabiendo que las glándulas del fundus segregan pepsina y lab y las del piloro pepsina, ha utilizado estos datos Glässner para poder localizar el tumor por la cantidad de pepsina y lab: dice: están la pepsina y lab igualmente disminuídas; se trata de un tumor del fundus: está la

pepsina disminuída y el fermento lab normal; hay que pensar en un tumor del piloro.

Por el examen microscópico se observa en muchos cánceres bacilos descriptos primeramente por Boas y Oppler y cultivados por Kaufmann y Schlesinger. Gran cantidad de bacilos se encuentra en los casos de cáncer en que existe retención y falta clorhídrico y en otras enfermedades en que existe ácido clorhídrico. Pequeña cantidad de estos bacilos se encuentra en algunos casos en que existe ácido clorhídrico libre.

Sarcinas se encuentran en los casos en que exista gran insuficiencia motora y falte clorhídrico libre.

Albumina ha observado Muller (en 35,5 hasta 50 por 100 de los casos): mucho más frecuentemente contiene la orina grandes cantidades de indican.

Cuando, repetidas veces, encontramos albumosuria y diazoreacción positiva, hay que pensar en la ulceración del carcinoma.

El examen citológico, en el cáncer del estómago, no deja de tener importancia. En un individuo sano, un lavado de la cavidad estomacal con suero fisiológico, se encuentra después de la centrifugación un número poco considerable de elementos leucocitarios, predominando los polinucleares.

El número de leucocitos aumenta considerablemente en las afecciones ulcerosas y cancerosas del estómago.

En el cáncer, la fórmula citológica es mononuclear; en la úlcera, por el contrario, se encuentran predominando los elementos polinucleares. (Blanche 1906).

Las hemorragias ocultas del estómago tienen grandísima importancia, no solamente en el cáncer pilórico, sino también cuando se localiza en otro punto del estómago. Sobre su importancia se ha ocupado preferentemente Boas, escribiendo en 1905 un trabajo muy bien documentado; en esta Revista apareció en 1904 un trabajo mío sobre este asunto, que fué reproducido en varias otras, entre ellas, en la Revista de «Medicina y Cirugía» de Ulacia.

Entendemos por hemorragias ocultas del estómago, pérdidas pequeñas de sangre que no modifican el aspecto de las heces fecales y cuya presencia se acusa por reactivos químicos.

El examen de las heces se realiza de la siguiente manera:

se toman 2 ó 3 gramos de heces y se mezclan con 20 cm.<sup>3</sup> de agua; más tarde se añade  $\frac{1}{3}$  de ácido acético, y la mezcla, después de agitar, se trata por éter; después de la precipitación por el éter, se decanta y se toman unos centímetros cúbicos de líquido, que se mezclan con 10 gotas de tintura de guayaco (Resina de guayaco 1, por 25 de alcohol absoluto) la tintura de guayaco debe ser fresca; una vez que hayamos agitado la mezcla, se añaden 20 ó 30 gotas de esencia de trementina vieja; en presencia de sangre, toma el líquido un color azul violeta.

En los casos en que se presenta esta reacción, tiene grandísima importancia, especialmente en los casos en que falta el clorhídrico y no hay retención de alimentos.

Boas, entre 124 casos de carcinoma del estómago, encontró reacción positiva en 107, ó sea, en 83,3 por 100.

La reacción falta en las gastritis crónicas conocidas, pudiéndose establecer el diagnóstico diferencial por este importante dato.

La falta constante de sangre en las heces, permite afirmar, casi con seguridad, que no se trata de cáncer del estómago.

Es un síntoma precoz, siendo en muchos casos el primer signo objetivo de cáncer.

Para someter á esta prueba á un enfermo, es necesario seguir algunas reglas generales: en un individuo sano sometido á un régimen mixto en que juega importante papel el régimen animal, la reacción es positiva. El enfermo cuyas heces vamos á examinar, debemos someterle á una dieta especial, que consistirá en el régimen lácteo durante los dos días anteriores al examen y administraremos un purgante para facilitar las deposiciones; es necesario realizar la exploración rectal, pues las hemorragias podían tener otra procedencia que el estómago, ser consecutivas á tumores rectales ó hemorróideos; debe evitarse introducir la sonda por poder producir por este medio ligeras hemorragias, así como tampoco deben utilizarse los vómitos.

Un síntoma de gran valor en el diagnóstico del cáncer del piloro es las contracciones peristálticas de izquierda á derecha visibles al observador: representan el trabajo del estómago para vaciarse.

Se presenta al principio ó cuando existe ligera piloro-estenosis: este síntoma es constante en la piloro-estenosis congénita en los niños.

El examen microscópico de la sangre en los enfermos de cáncer no tiene ninguna importancia; Kutner, que ha practicado gran cantidad de análisis, dice que no pueden servirnos estos exámenes como medio de diagnóstico, siendo Ewald de la misma opinión.

Hay casos en que el diagnóstico ofrece enormes dificultades: la vaguedad de los síntomas subjetivos que acusan los enfermos, como inapetencia, opresión en el epigastrio después de las comidas, náuseas, algún vómito, el buen estado de nutrición que acompaña este estado en los casos en que el tumor pilórico es pequeño, resultando imposible percibirlo por la palpación; resultado de esta la estrechez pilórica insignificante, la cena de prueba pasa durante la noche, no encontrándose por la mañana en ayunas ningún residuo, el almuerzo de prueba extraído á la hora contiene ácido clorhídrico, bien quimificado; para estos casos difíciles se impone:

1.º El examen de la sangre en los vómitos y en las heces. Falta constante de sangre permite afirmar casi con seguridad que no se trata de un cáncer en el estómago.

2.º El examen del estómago en ayunas.—Presencia de pus en el estómago, ó sangre y pus deben inclinarnos á pensar en un cáncer.

En el próximo número nos ocuparemos del cáncer no pilórico.

DR. EMILIO CASTIELLA.

Bilbao 21 Febrero 1909.

(Continuará).

---

## Atrofia del nervio óptico por hematemesis

---

(Caso clínico presentado en la Academia de Ciencias Médicas)

Aunque esta afección no es muy común, se han publicado bastantes casos de atrofas del N. O., consecutivas á hemorragias.

Nosotros, en más de 35.000 enfermos que hemos tenido á nuestro cuidado, no recordamos más que otros dos enfermos á quienes hayamos asistido; pero aun es más raro, el que la lesión se presente en un solo ojo, como ocurre en el que tene-

mos el honor de presentar en este momento á la Academia. De nuestras investigaciones, sólo otro caso hemos encontrado, descrito por Nagel en 1878.

El 31 de Agosto de 1907 se presentó en la consulta un individuo de 42 años de edad, casado y jornalero, quejándose de la pérdida de la visión del ojo derecho. El enfermo en cuestión se hallaba en un estado de anemia profunda, con la piel de color terroso, las mucosas extremadamente pálidas y debilidad general grande. Nos dijo que hacía años se hallaba padeciendo una enfermedad del estómago caracterizada por dolores después de las comidas, eructos y, algunas veces, vómitos y acedias; que hacía 17 días había tenido una profusa hemorragia en el estómago, que se repitió al día siguiente, y que el médico que le asistió la combatió con aplicaciones de hielo sobre la región epigástrica. Al día siguiente de la segunda hemorragia, notó que la vista del ojo derecho disminuía con bastante rapidez, tanto que, al tercer día, había desaparecido por completo.

Como se hallaba postrado en cama, nada había hecho para combatir el estado ocular, ni el general, pues le faltó la asistencia facultativa después de la primera y única vista, y viendo que la pérdida de la visión persistía, trataba de ingresar en la clínica.

El aspecto exterior no podía ser más lamentable, pues no tenía, como vulgarmente se dice, más que piel y huesos, pudiendo á duras penas tenerse en pie.

Examinado el ojo, nada presentaba de particular en su aspecto exterior, aparte de una dilatación pupilar, muy grande, con inmovilidad completa del iris á la luz directa; los medios del ojo se hallaban perfectamente transparentes. Examinado el fondo al oftalmoscopio, se veía una papila de color blanco nacarado, con los vasos de la papila, arterias y venas, disminuidos de calibre; los límites de la papila bien definidos. Las membranas del ojo, retina y coroides, perfectamente normales. Agudez visual nula. Movimientos oculares normales. En vista de estos datos se diagnosticó «Atrofia de la papila consecutiva á una hematemesis.»

Sometimos el enfermo al régimen lácteo, purés y pescado cocido, inyecciones de suero Hayen é inyecciones de estrignina en la sien. El estado general mejoró con rapidez, y notablemente, pero en su afección ocular no pudimos observar la más ligera mejoría, recibiendo el alta el 30 de Septiembre.

La explicación de la ceguera post-hemorrágica es muy difícil, pues no está relacionada con la materialidad de la mayor ó menor salida de sangre, puesto que no se la observa consecutiva á los grandes traumatismos quirúrgicos, en los que no se puede hacer una hemostasis perfecta, así como tampoco en las heridas ocasionadas en los campos de batalla, y en las cuales las hemorragias suelen ser muy profusas; se cita el caso de que durante la guerra franco-prusiana no se observó ningún caso de amaurosis post-hemorrágica. Estas amaurosis se observan más comunmente en hemorragias consecutivas á enfermedades de los órganos abdominales, tractus digestivo y enfermedades uterinas, y más rara vez en las hemoptisis y hemorragias nasales y dentarias. Del examen de los casos publicados, y la opinión de algunos autores, se deduce que, aun en los consecutivos á hematemesis, la frecuencia es mucho mayor, así como su gravedad, en las consecutivas á neoplasias.

La sintomatología es muy variable, tanto como lo es la diversidad de las lesiones que producen la afección; así vemos que unas veces las lesiones anatómicas radican en la retina, y se manifiestan por hemorragias venosas más ó menos abundantes, ocupando una área mayor ó menor, y más ó menos alejadas del disco óptico. En otras ocasiones, los síntomas oftalmoscópicos se hallan representados por una palidez acentuada de la papila, con estrechamiento de los vasos, arterias y venas.

En otros casos, las arterias se hallan estrechadas y las venas algo más dilatadas que en estado normal. En muchos, se ha señalado la presencia de una sufusión serosa en derredor de la papila y ligero abultamiento de ésta. Otras veces faltan por completo los síntomas oftalmoscópicos, al menos durante los primeros días de la ceguera, y en algunos casos de una manera permanente. En estos la amaurosis no suele ser completa quedando algún resto de visión, en alguno de los sectores del campo visual.

La primera teoría emitida para explicar esta clase de amaurosis, fué debida á de Grafe, el cual, teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos observados se veían hemorragias retinianas, y síntomas de hemorragia intravaginal, atribuyó la ceguera á una hemorragia intravaginal post-orbitaria, en un punto variable, entre la papila y el quiasma óptico. Más tarde cam-



bió de parecer, adhiriéndose á los que participaban de la idea, de que se trataba de una inflamación del nervio óptico, que es la más principalmente admitida por los autores.

Para explicar esta neuritis dió Samelshon una explicación muy ingeniosa. Suponía este autor que, al verificarse la hemorragia, las arterias del encéfalo quedaban exangües, y por lo tanto el cerebro disminuía de volumen, pero como las paredes del cráneo son completamente rígidas y no se podían adaptar á la superficie encefálica, se producía un vacío, que aspiraba los líquidos de los espacios linfáticos, especialmente de la médula espinal, líquido que, al restablecerse la circulación, era á su vez rechazado á los espacios linfáticos, invadiendo el espacio intervaginal del nervio óptico produciendo un edema de la papila y de la retina y finalmente la neuritis óptica y hemorragias retinianas. Como esta teoría, por muy ingeniosa que fuese no podía sostenerse, porque el edema del espacio intervaginal no es capaz, por sí sólo, de producir una neuritis óptica, el doctor Wecker la modificó, haciendo intervenir en la producción de los trastornos oculares, la presencia, en mayor ó menor grado, de toxinas origen de la hemorragia, que se ha repartido por la economía, actuando sobre los elementos retinianos y las paredes de los vasos de la retina, produciendo su degeneración, y dejándolos, de consiguiente, en un estado de inferioridad muy apto para no poder resistir la presión de la sangre al restablecerse la circulación.

Ninguna de estas teorías puede satisfacernos en todos los casos, pues ni se observan, la mayoría de las veces, síntomas de hemorragia intervaginal, ni la presencia de síntomas de neuritis y hemorragias retinianas es constante. Por otra parte, no es posible explicarnos los casos de lesión monocular, ni aquellos otros en que hay ausencia de todo síntoma oftalmoscópico, en que la pérdida del campo visual, en forma de sector y homónimo, nos indican que el punto origen de la pérdida visual, se halla en los centros visuales superiores.

Después de una serie de experimentos en animales, Holden indicó que el trastorno que nos ocupa es debido, á una alteración de las células ganglionares de la retina, manifestando que, inmediatamente después de la hemorragia, se produce un edema en estas células, que va seguido, más tarde, de una degeneración, alteraciones estas que se propagan á las fibras del

nervio óptico y explicándose de esta manera los síntomas inflamatorios, siquiera sean muy ligeros, que á veces se presentan al nivel de la papila óptica.

Pero hay otros casos en que ninguna de estas teorías es aplicable y son, aquéllos en que los síntomas del fondo del ojo faltan, pero persisten movimientos iridianos á la luz directa, ó pérdidas del campo visual en forma de sector, en ambos ojos. En estos casos, la lesión radica en el cerebro, en un punto superior al quiasma óptico, en todos los casos, y á los tubérculos cuadrigéninos en el primero. Y se comprende que así sea, porque la ambliopia post-hemorrágica de carácter pasajero y de origen cortical, es muy común en las grandes hemorragias que van acompañadas de vómitos y convulsiones, síntomas estos de anemia cortical aguda.

En nuestro caso la explicación no presenta, á nuestro juicio, dudas, pues creemos se trata de una atrofia óptica consecutiva á una degeneración de las células ganglionares de la retina. El carácter de unilateralidad, y pérdida completa de la visión, hace desechar la hipótesis de origen cerebral; la falta de abultamiento de la papila y la ausencia de todo otro síntoma retiniano, hace que no podamos admitir, en nuestro caso, la teoría de Graefe ó la de Samelshon.

Si tenemos en cuenta que la arteria central de la retina es la terminal del árbol carotídeo interno, se comprende que, en la anemia aguda, queden exangües las últimas terminaciones de la arteria terminal y que, si esta falta de riego se prolonga, aunque sea por poco tiempo, las delicadísimas células de la capa ganglionar sufran al principio un edema, más ó menos grande, y más tarde una degeneración de su protoplasma que se propague á todo el neuroma centripeto óptico. Si á estas condiciones añadimos la presencia en los líquidos orgánicos, y por tanto en los humores del ojo, de toxinas procedentes del órgano enfermo, origen de la hemorragia, y que colocan á los elementos anatómicos en condiciones de menor resistencia orgánica, tendremos datos bastantes para comprender el desarrollo de la atrofia que nos ocupa.

DR. JOSÉ MARÍA DE SOMONTE.

# REVISTA EXTRANJERA

**Las psicosis y las secreciones internas, por el doctor Laignel Lavastine.**—Las recientes investigaciones llevadas á efecto con el objeto de apreciar las relaciones que pueden existir entre los trastornos psíquicos y las perturbaciones glandulares de secreción interna, han dado lugar á la deducción de algunas consideraciones generales:

1.<sup>a</sup> La coincidencia frecuente de trastornos psíquicos en los síndromes glandulares se halla probada.

Parece evidente que todo trastorno psíquico supone una predisposición cerebral, á menos que exista una afinidad especial entre el agente morboso y la corteza del cerebro.

Admitidas estas dos proposiciones, los trastornos psíquicos en los síndromes glandulares se explican, bien por una simple coincidencia, bien gracias á una verdadera relación de causalidad.

En efecto: hay ciertos casos de coincidencia, pero es mucho mayor el número de los debidos á la perturbación de la secreción interna.

Este determinismo, sin embargo, no parece siempre unívoco.

Pueden distinguirse tres maneras de presentación:

1.<sup>a</sup> El trastorno glandular sobreviene en la infancia ó adolescencia, influyendo sobre el desarrollo del organismo y el cerebro, resultando alteraciones psíquicas debidas á ciertas *anomalías de estructura*.

2.<sup>a</sup> El trastorno glandular es *compatible con la existencia* y un funcionamiento relativo del organismo acompaña en la vida orgánica como en la psíquica, imprimiendo modificaciones de intensidad variable.

3.<sup>a</sup> El trastorno glandular no más moderado, pero sí creciente, ocasiona al mismo tiempo alteraciones en el organismo y reacciones cerebrales intensas que se traducen siempre lo mismo por psicosis tóxicas clásicas, cuyo tipo pertenece á la *confusión mental*.

Estas tres maneras pueden explicar los hechos con suficiente aproximación á la verdad.

El primero es el más sencillo por ser del dominio *ontogénico* y *morfológico*. El puerilismo mental del infantilismo es un ejemplo evidente.

El segundo es de orden humoral. El medio interior, hallándose específicamente modificado por la perturbación electiva de una secreción interna determinada, los elementos anatómicos que baña se modifican en su vitalidad, resultando cambios somáticos, anatómicos y funcionales á la vez que psíquicos. Tanto estos como aquéllos, siendo reflejos del trastorno humoral, aparecen en una serie de gradaciones desde el patológico al normal esquemático.

Se comprende de este modo, que existe un estado mental basedowiano, addisoniano, etc., y que á tal temperamento corresponda tal carácter. Sobre este punto debemos insistir. El temperamento es la característica dinámica del organismo como la constitución representa la estática. De aquí el que se pueda decir que una es la fisiología y la otra la anatomía. Entre las funciones cuyas variedades individuales hacen los temperamentos, las correspondientes á las secreciones internas no deben quedar en olvido. El día en que se vuelva á estudiar los temperamentos, al lado de los tipos clásicos, sanguíneos, nerviosos, linfáticos y biliosos, deberán describirse los tiroidianos, hipofisarios, surrenalianos, ováricos y diastemáticos.

El carácter, en mi sentir, no es más que la expresión del temperamento. Constitución, temperamento y carácter, no serán más que tres expresiones anatómica, fisiológica y psicológica del coeficiente racional del individuo.

La importancia de las variedades individuales de las secreciones internas en los temperamentos se volverá á encontrar en el carácter. El dicho vulgar de *tener mal ó buen humor* en su fisiología espontánea, tiene médicamente su causa en los humores, lo cual encierra un sentido profundo que pone en evidencia la importancia de las secreciones internas.

Estas, por sus variaciones, afectan á la vida mental como al organismo en totalidad, engendrando no sólo los *cambios de humor*, que modifican la vida afectiva, sino también influyen en la actividad motriz y sobre todo intelectual.

3.<sup>a</sup> En fin, la tercera modalidad de acción creciente del trastorno glandular sobre la mentalidad y que se caracteriza por la psicosis tóxi-

ca, es á menudo compleja en el sentido de que la intoxicación cerebral no es solamente el efecto de la perturbación de la glándula incriminada á causa del síndrome concomitante, sino el resultado de una serie de insuficiencias funcionales asociadas ó secundarias. De aquí el que en este caso pluriglandular hay necesidad de recurrir á las asociaciones opoterápicas para su terapéutica, si se quiere obtener algún resultado.

2.<sup>a</sup> La existencia de trastornos glandulares en los síndromes psíquicos no se ha llamado suficientemente la atención, pues tienen indudablemente existencia real en algunos casos y deben ser investigados por las vías clínica, anatómo-patológica y opoterápica, á fin de esclarecer más la etiología de ciertas psicosis y poder mejorar, por lo menos, al desgraciado enfermo.

#### **La dermatosis cementaria, por el Dr. René Martial.**

—La extensa aplicación que en las construcciones tienen en el día los diversos cementos, ha sido causa de que el número de obreros afectados por su manejo haya llamado la atención tanto de los médicos como de algunos estados dictando disposiciones sanitarias.

Conócese entre los manipuladores de dichas sustancias con el nombre de *sarna del cemento*, una dermatosis profesional constituida por pápulas pequeñas del tamaño de una cabeza de alfiler en su principio, acompañadas de un intenso prurito creciente. Las pápulas se multiplican rápidamente, se escorian por el rascado, se cubren de costras y aumentan de volumen, dejando debajo al desprenderse una ulceración superficial.

Su asiento suele tener lugar en los espacios interdigitales, sobre la cara dorsal de los dedos, muñeca y mano, pudiendo llegar al antebrazo y pliegue del codo. Como todas las dermatosis artificiales puede generalizarse y atacar á otras regiones no protegidas por el vestuario, tales como la cara, pecho, cuello, ojos, etc.

La erupción, al principio toma carácter agudo, ó subagudo, viéndose hinchazón ó edema de la mano ó antebrazo, aunque no de un modo constante.

El prurito se desarrolla desde el comienzo con gran intensidad é impide el sueño, viéndose obligado el paciente á sumergir el brazo por ejemplo, en agua fría para calmarlo.

Se exaspera, como en la sarna vulgar, con el calor de la cama y es más violento en verano que en invierno.

La dermatosis cementaria obliga bien pronto al obrero á cesar en el trabajo y al cabo de algunos días la agudeza del mal disminuye; pero el prurito persiste si no se interviene médicamente. Los casos leves abandonados á sí mismos, curan fácilmente.

Las complicaciones más comunes son la liquenificación y la eczematización, sólas ó simultáneas.

Pueden asimismo las lesiones infectarse de piodermis por la acción del rascado que prepara y lleva gérmenes diversos.

Esta dermatosis cementaria reaparece en el obrero cada vez que vuelve al trabajo. El primer ataque puede tardar mucho tiempo en aparecer, según las condiciones de la piel y constitución del individuo.

En un caso de mediana intensidad localizado á una mano ó antebrazo, el diagnóstico diferencial hay que hacerlo con la sarna parasitaria; pero se distingue de ésta por carecer la erupción de surcos y si además la cara tiene erupción, ésta seguramente es debida al uso del cemento. Pregúntese al mismo tiempo la profesión que ejerce el enfermo para salir de dudas.

El pronóstico descansará en lo que dure la incapacidad para el trabajo y su duración generalmente no pasa de quince días, si existe el reposo necesario para evitar nuevas irritaciones.

En los casos sencillos, se prescribirá una loción bicutidiana de una solución de coaltar saponificado á razón de una cucharada pequeña por litro de agua; secar cuidadosamente y recubrir de una capa de la pasta del Dr. Lassar, cuya composición es:

Vaselina . . . . .	} á partes iguales.
Lanolina . . . . .	
Almidón . . . . .	
Oxido de zinc . . . . .	

ó bien, si el estado de la piel lo permite, se le añade á esa pasta un 5 ó 10 por ciento de aceite de cade.

Si el enfermo no quiere llevar la cura durante el día, expolvoreará fuertemente la región con talco y aplicará la pomada de noche solamente.

Si el estado agudo aparece, hay que calmarlo con curas húmedas y

emolientes. En caso de liquenización el aceite de cade, la resorcina, el ácido saicílico, etc., á dosis de 1 á 5 por ciento, bastarán para modificarlo.

La profilaxis radical sería el dejar el oficio; pero como esto es muy difícil, se aconsejará al obrero el que no empiece á trabajar sin haberse emadurnado las manos y antebrazo de lanolina pura ó cera; se secará bien antes de desayunar ó almorzar y volverá á engrasar al volver al trabajo, haciendo un nuevo lavado completo al terminar el día. Deberá trabajar con la camisa bien abotonada, con el objeto de que el polvo de cemento no se aglutine en los pelos del pecho y procurará evitar las grietas y erosiones en las manos.

Los contratistas deberán proveer á los obreros de guantes de lana espesa y anteojos protectores de la vista á los que trabajan en los techos y bóvedas de las construcciones.

**Extirpación de un fragmento en una fractura del cóndilo interno del húmero, por el Dr Vignaud.**—

Las intervenciones quirúrgicas cruentas en las fracturas que por su especial naturaleza no han podido ser reducidas Flexión y extensión del brazo después de la operación

en términos que las funciones del miembro, sobre todo, queden en su estado fisiológico, van siendo cada día más frecuentes, gracias á la forma aséptica escrupulosa con que se practican y las exigencias del enfermo que desea á todo

trance el verse sin deformidades que le impidan el trabajo ó le coloquen en un estado de inferioridad perjudicial á sus intereses.

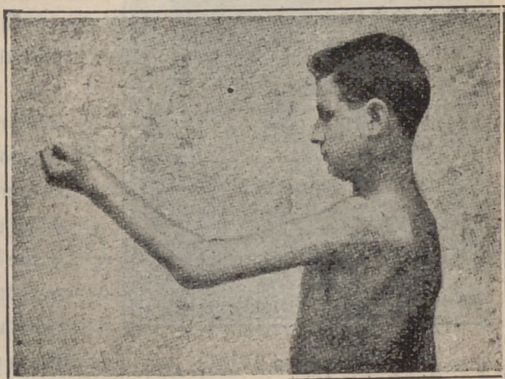


Fig. 1

He aquí una muestra de ablación en una fractura de codo que resistió á otros procedimientos de tratamiento.

Trátase de un muchacho de 13 años afectado de una fractura del cóndilo interno del húmero izquierdo

El antebrazo estaba colocado en *cubitus valgus* exagerado y á media flexión. Al nivel de la región condilea interna se percibía la sensación de un fragmento movable, bajo la presión del dedo que fué confirmada por la radiografía.

Se intentó una reducción pero fué imposible verificarla por completo.

En su vista se decidió una intervención cruenta practicando una incisión sobre el lado interno del codo y se descubrió un fragmento

### FRACTURA CONDILEA DEL HUMERO

Flexión y extensión del brazo después de la operación.

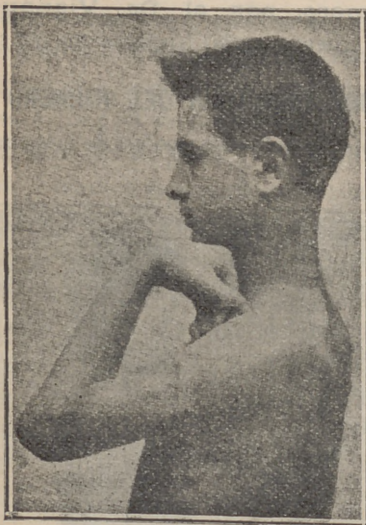


Fig. 2

óseo del tamaño de una nuez, formado por la epitróclea y el cóndilo interno. Se procedió á la extirpación del fragmento que habíase basculado sobre sí mismo, de tal manera que la superficie cartilaginosa miraba hacia la humeral fracturada.

El joven curó sin incidente alguno y reconocido tres meses después de la operación, la flexión era completa y la extensión apenas limitada. Una sola deformación quedó y fué la prominencia exagerada del cóndilo externo y una actitud ligera en *varus* por la ascension del cúbito.

Las figuras adjuntas dan una idea más acabada del resultado obtenido con la operación.

**Las supuraciones y el éter, por el Dr. Marcille.**— Es muy sabido que cuando se trata de combatir una infección locali-



zada en un punto cualquiera del organismo (pequeñas heridas sucias y linfagitis por ejemplo) las inmersiones frecuentes de la región en agua caliente á la temperatura de 40 á 48° C., dan un excelente resultado.

Otro medio más activo aún es el éter, que combate las supuraciones profundas localizadas.

Para ello se frota la piel de la región afecta con un cepillo de uñas, previamente hervido en agua, hasta que el epidermis haya sido bien descapado. El jabón es un buen ayudante del cepillo.

Colóquese luego en el sitio muchas compresas embebidas en éter, cubriéndolas con tafetán engomado ú otra substancia que disminuya la evaporación del liquido y finalmente se sujeta la cura con los medios conocidos.

Recomiéndese al enfermo ó persona que le atienda el que cada hora levante un ángulo de la cura y vierta éter suficiente para mantener embebidas las compresas. Este plan se seguirá varios días.

Los resultados que se obtienen son: la supuración en vías de desarrollo, se detiene y la curación es segura en una semana ó menos tiempo.

¿Cómo obra el éter? Realmente no se puede asegurar el modo de actuar; pero debe consistir en su difusibilidad y penetrabilidad en los tejidos á los cuales estimula valiéndose de los fagocitos é impidiendo la acción micróbica.

No de otro modo actúa el alcohol absoluto empleado en los fórunculos, según el método alemán.

Aunque recomendable esta terapéutica en casos determinados y superficiales, debemos ser cautos en los profundos, pues nos expondríamos á un fracaso, teniendo el bisturí y los lavados con drenaje, medios importantes en que descansa toda la cirugía.

**¿Es racional el ayuno preanestésico? Dr. Hunter.—**

Se halla admitido corrientemente, porque así nos lo han enseñado en la cátedra, el que antes de administrar el éter ó el cloroformo con un fin anestésico-operatorio se someta al paciente á una dieta absoluta 12 ó 18 horas con el objeto de evitar ó disminuir los vómitos antes y después de la anestesia.

Sin embargo, de años acá se han observado accidentes de toxemia

anestésica graves y algunos de los casos han causado la muerte con síntomas parecidos á los del coma diabético.

De éstos han sido individuos en los que existió algún trastorno del metabolismo nutritivo y sus riñones nada ofrecieron de patológico con anterioridad al uso del medicamento.

En el periódico inglés *The Lancet* de 4 de Abril de 1908, el doctor Williams Hunter discute la cuestión de la toxemia clorofórmica tardía. Entre los hechos que expone llama la atención especialmente sobre el ayuno preanestésico, que, á su juicio, predispone á dichos accidentes. Opina que los vómitos anestésicos no son de origen nervioso, sino esencialmente toxémicos y subordinados á una profunda depresión funcional del hígado, especialmente en su parte antitóxica. Además: demuestra que dicha depresión se acentúa más cuando el hígado está alterado por una enfermedad ó una nutrición defectuosa y particularmente si se encuentra debilitado por ayunos recientes; en otros términos, debemos esforzarnos en impedir los vómitos preanestésicos en los individuos debilitados por cuanto los efectos del ayuno pueden traspasar los límites de una manera seria y dar lugar á un cuadro patológico más grave que el de los vómitos aisladamente.

La experiencia le ha demostrado lo inútil del ayuno aconsejado de tradición y en su vista se puede, con ventajas positivas, autorizar al paciente el que tome algunas horas antes de la anestesia algún alimento de fácil digestión y rápidamente absorbible. Al efecto, cuatro horas antes de la operación no hay inconveniente en tomar leche con harina de avena desleída primero y hervida diez minutos después con preferencia á caldos animales ú otras sustancias en razón á que los riñones no suelen poder eliminar sales ú otras materias extractivas más ó menos tóxicas. El hígado queda con la alimentación amilácea, bien provisto de glicógeno y que, como se sabe, asegura mejor la integridad de sus funciones.

Hunter declara que una glicogénesis defectuosa directa ó indirectamente es las más de las veces la responsable de grandes trastornos lesionales ó funcionales en el hígado.

En su consecuencia sostiene las siguientes proposiciones:

- 1.<sup>a</sup> La ausencia ó déficit del glicógeno en las células hepáticas lleva en pos de sí una disminución en la degradación de las proteínas y una consunción subsiguiente.

2.<sup>a</sup> Esta hiperproteolisis lleva á la formación exagerada de sustancias tóxicas y como consecuencia se desarrolla una susceptibilidad grande á la intoxicación provocada por tales sustancias.

3.<sup>a</sup> La ausencia de glicógeno hepático, disminuyendo los procesos de combustión baja la destrucción de sustancias tóxicas y determina la disminución del poder antitóxico del hígado.

4.<sup>a</sup> La pérdida de materiales hidrocarbonados provocada por una glicogénesis defectuosa, ocasiona una modificación profunda en el metabolismo de las grasas: el transporte de la grasa en reserva periférica al hígado para la producción del calor y energía. Esta situación puede dar lugar á la acetonemia y al coma diabético, así como también á degeneraciones estructurales autolíticas caracterizando una ictericia grave la intoxicación clorofórmica y quizá otra afección hepática incurable.

Hasta hace pocos años los cirujanos concedían poca importancia al evitar el enfriamiento de los operados durante la intervención y fué causa de muchos accidentes.

El Dr. Beddard opina casi igualmente en este asunto. El Dr. Rosenfeld y otros experimentadores han probado que si un animal de aquella manera intoxicado se nutre con la *dextrosa*, el transporte de las grasas no se produce.

De todo lo cual se deduce que conviene no solamente alimentar á los pacientes antes de la anestesia con hidratos de carbono, sino también el suministrarles la *dextrosa*, sea por la boca ó por el recto al menor sintoma de intoxicación y en cantidades grandes.

También puede hacerse una inyección intravenosa con una solución de *dextrosa* al 6 % en los casos de gran urgencia ó particularmente intensos que no den tiempo á la absorción y circulación de la sustancia por las vías digestivas.

DR. IGNOTUS.

## ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

*Sesión celebrada el día 18 de Diciembre de 1908*

Preside el Sr. Unibazo

Con la asistencia de los Académicos Sres. Gil y Gorroño Gil é Iburgüengoitia, Alberca, Somonte, Landín, Bolivar, Entrecanales, Díaz, Saralegui y Otaola, se dió comienzo á la sesión.

El Sr. Presidente manifiesta que la Excma. Diputación Provincial de Vizcaya, se ha servido destinar un pabellón de su Casa de Maternidad, para la asistencia á partos á las mujeres casadas, con otra porción de detalles que permiten el acceso en la clínica creada, á embarazadas conpartos distócicos y á mujeres que carecen de los elementos suficientes para ser asistidas en sus correspondientes domicilios, poniendo al frente de estos servicios así como de la consulta de embarazadas que se va á establecer desde comienzos del año próximo, á los Sres. D. Carmelo Gil y Gorroño, como Director, y á D. Carmelo Gil é Iburgüengoitia, como Médico ayudante.

Se acuerda por unanimidad felicitar á la Excma. Diputación por la creación de este servicio.

**Sr. Gil y Gorroño.**—Con motivo de un caso de eclampsia que presenta, habla de la oportunidad de las intervenciones en obstetricia y propone se adopte una línea de conducta en los casos en que hay que obrar con rapidez, señalando las indicaciones de la intervención.

El caso á que se refiere es el siguiente: mujer que se halla en su cuarto embarazo, y á cuyo final sufre algunos trastornos, tales, como escasez de orina, edemas en los párpados y extremidades, etc. Al terminar el 9.<sup>o</sup> mes es acometida una mañana de ataques de eclampsia que cada vez fueron acentuándose en número é intensidad, acompañados de falta absoluta del conocimiento y que obligaron á su familia á llamar un médico. Justamente alarmado este compañero, recabó la ayuda de algún otro, y ya per-

sonados tres médicos junto á la enferma, determinaron el empleo de algún procedimiento, tal como la sangría; según parece, procedimiento que apenas dió resultado y que les obligó á solicitar el ingreso de la paciente en la Casa de Maternidad. Por circunstancias que no son del caso, esta enferma no ingresó en la Maternidad hasta unas cinco horas después de que los facultativos que la asistían, determinaron su entrada. En la Maternidad se le extrajo un feto vivo, pero la madre, cuya temperatura á su ingreso era de 39°, presentaba un cuadro alarmante.

En efecto, se hallaba lívida, con aspecto cadavérico, con pulso pequeño y rapidísimo, en un estado de coma profundo, con respiración estertosa y con ataques eclámpticos, que se sucedían sin cesar. Continuó este estado próximamente 24 horas, hasta que sucumbió la enferma sin haber recobrado el conocimiento un sólo instante.

Presenta este caso vulgar y corriente, para que pueda discutirse la oportuñidad de cualquier tratamiento.

Habla de las teorías que tratan de explicar la patogenia de la eclampsia, y menciona la teoría urinaria, la de la insuficiencia hepática, la de la congestión de los centros nerviosos, la de las toxinas engendradas por la placenta (sincitium, sincitiotoxina, sincitiotoxina, etc.) que no admite, y asegura que el único hecho verdaderamente práctico, es de que todas las eclámpticas presentan trastornos en la orina: no quiere decir esto que todas las albuminúricas sean eclámpticas.

Dejando la cuestión de la génesis de la eclampsia donde está y ya que por lo mismo no sea posible practicar una terapéutica patogenética, su opinión es que en el tratamiento de la eclampsia debe prescindirse de procedimientos médicos, y ya que hoy se cuentan con elementos para poder evacuar fácilmente el útero, lo corriente debe ser la extracción rápida del feto, en cuanto se haga el diagnóstico de eclampsia.

**Sr. Landín.**—*Pilorectomia por cáncer pilórico.*—SEÑORES.—  
Accediendo gustoso á la invitación del Sr. Presidente me voy á permitir distraer la atención de los Sres. Académicos hablándoles del tratamiento de los tumores gástricos en general, reservándome el hacer algunas consideraciones más concretas, cuando

se pongan á discusión los casos presentados por el Sr. Carrasco.

Ante todo adelanto la idea siguiente: me parece que el único tratamiento de los tumores gástricos pertenece en la actualidad al dominio quirúrgico. Esto no obstante, haré la siguiente concesión en favor de los que se oponen á la intervención.

Es lógico suponer que el día que el problema terapéutico del cáncer en general llegue á resolverse, se consiga por un procedimiento no quirúrgico; ante un proceso vital, como el cáncer, es natural que única y exclusivamente pueda contraponerse una reacción orgánica de la misma naturaleza, que inutilice á la célula cancerosa allí donde se origina, impidiéndole desenvolverse y desarrollar sus desastrosas actividades, que atropellando y venciendo todas cuantas defensas orgánicas se le presentan, logra pasar de su fase local á la generalización cancerosa, empleando de preferencia las vías linfáticas. Es muy lógico pensar, que ante una afección de esta naturaleza, es impotente el bisturí y que serán otros los derroteros que debemos seguir para vencer á tan terrible afección.

Pero aun concedido todo esto, lo mejor que puede hacerse con los pobres cancerosos en el estado actual de nuestros conocimientos médicos, es operarlos á tiempo, tan pronto como puedan ser diagnosticados ó sospechados.

Me permitiré hacer algunas consideraciones para aclarar estas ideas.

En la actualidad, los anatomo-patólogos diferencian con gran precisión el adeno-carcinoma de células cilíndricas, del carcinoma medular, del escirro y del coloide y aún dentro de estas variedades admiten una fase adenomatosa y otra sólida, exceptuando el último ó colóideo en el cual parece que esta forma sólida no se presenta. Pero todas estas investigaciones no nos aclaran la cuestión ni nos permiten sospechar, cuál pueda ser el origen del proceso canceroso, cuáles serán las causas, ni mucho menos en qué consisten los fenómenos en virtud de los cuales se desarrollan y generalizan. En esta cuestión estamos completamente entre tinieblas, sin poder precisar la influencia hereditaria de terreno ó diatesis cancerosas, sin haber conseguido disipar nuestras dudas respecto á la patogenia, ni Schroeder Van del Kolk

con su teoría nerviosa, ni Virchow con la irritativa, ni Cohnheim con los gérmenes embrionarios, ni Thiersch con el antagonismo celular, ni la desorientación ó la monstruosidad celular de Fabre Domergue y Bard respectivamente. Ni aun la teoría parasitaria que hizo concebir tan grandes esperanzas, ha formulado conclusiones concretas; todavía no se han puesto de acuerdo los observadores respecto á la clase de agente productor (bacterias, micrococcus, coccideas, etc.)

En esta situación, sin saber por ahora á qué atenernos respecto á la etiología y patogenia, no es posible fundamentar científicamente ningún tratamiento patogenético, y de esto se deduce que sean innumerables los tratamientos de todas clases que se han ido proponiendo y desechando en el transcurso de algunos años. Yo me permitiré enumerarlos nada más para recordar de paso la poca fe que tenemos en su eficacia. Entre los medicamentos bastará señalar el ácido láctico, el clorato potásico, el azul de metileno, la cancroina, el amoniaco, el alcohol, el veneno de las serpientes, las inyecciones, el cinamato de sosa, el ácido acético, las sales de calcio, el ácido fénico, la formalina, la gelatina, el sublimado, etc.

Entre los medios de acción física, los rayos X, el radium, los rayos luminosos ó Finsenterapia, las corrientes de alta frecuencia y tensión, bien por el procedimiento de James Allan ó las combinaciones de estas radiaciones con ejercicios más ó menos amplias, como las emplean en algunos cánceres inoperables, Keating, Hart ó Czerny.

Pero aún hay más; existen otros procedimientos de una acción más compleja. Todos Vs. recordarán que ciertas coincidencias observadas en la clínica permitieron sospechar que los tumores malignos eran favorablemente influidos por algunas infecciones, de entre ellas, por la erisipela, y que esto dió lugar á que se concibieran algunas esperanzas de la aplicación de cultivos del erisipelococo primero, de sus toxinas más tarde, los resultados no respondieron á las esperanzas concebidas.

Lo mismo diremos de otros procedimientos hijos de los modernos estudios de inmunidad adquirida, de los distintos sueros: hemos tenido ocasión de observar algún caso tratado por el

siero Doyen, con resultado negativo. A algunos sueros se les concede un poder citolísico específico, pero por el momento no han conquistado una gran reputación en la terapéutica.

Aún hay más; basados algunos autores en la hipótesis de que las células cancerosas poseen algún fermento en virtud del que destruyen todos los tejidos que son víctimas de su invasión, proponen el empleo de ciertas substancias que sirvieran de contrafermento y en este sentido, Leyden utilizó el fermento hepático, Bumm el placentario, la papayotina Trauch y Lucas, la ereptina extraída de la mucosa intestinal Cohnhem Shan y Mackenzie. En la actualidad parece que la más usada en las investigaciones es la tripsina, en la cual cifran alguna esperanza Riel y Moston. También ha sido empleado el jugo tiroideo. Pero en resumen, podemos decir que es prematuro hacer juicios sobre la utilidad de algunos de estos procedimientos; únicamente diremos que no carecen de peligros, que por ahora no puede vulgarizarse su empleo en la clínica y que á pesar de tanto esfuerzo y de tan meritorios trabajos no tenemos ninguno que aventaje á los quirúrgicos.

Los procedimientos quirúrgicos son los únicos que, empleados oportunamente, pueden curar y en otro caso son indudablemente los que más alivian. Me permito decir que son los únicos que curan, porque tales curaciones se han obtenido; consúltense las estadísticas de Kronlein, Czerny, Haku, Billrot, Kocher, Lanenstein, Joku, Berg y otros y en ellas se señalan casos de curaciones después de dos, cuatro, cinco, siete y diez años de haber sido operados, y tratándose de tumores malignos, esta prolongación de la vida me parece digna de tenerse en cuenta.

Los procedimientos quirúrgicos son los que más alivian, porque seguramente en los tumores de estómago no pueden compararse el lavado del estómago ni los eupépticos con los resultados de las pilorectomias, gastro-enterostomias, etc., etc., cuando estas puedan ejecutarse.

Se me dirá que la morfina es el recurso más poderoso de la terapéutica médica paliativa de los tumores malignos todos, esto es cierto, sus consuelos son insustituibles en los cánceres inoperables, pero con las operaciones gástricas paliativas se consigue



que los enfermos prescindan de su empleo durante muchos meses. Por otra parte, con estas intervenciones, por ejemplo, con la pilorectomía, aunque ésta no tenga más que un fin paliativo, el enfermo queda en una situación tan beneficiosa bajo el doble aspecto moral y material, que no se puede dudar en aconsejar la intervención.

Mi querido maestro el Dr. Lozano, en un artículo publicado recientemente en la Clínica Moderna de Zaragoza, dice lo siguiente: «Pero no es sólo la prolongación de la vida lo que indica la intervención quirúrgica. El bienestar que obtiene el enfermo después de la operación, la desaparición del dolor y de los vómitos, la supresión de la intoxicación levanta de tal modo sus fuerzas y su espíritu, que su situación moral y material mejoran en términos de aconsejar la operación aunque la muerte sobrevenga en el mismo plazo que si el enfermo no se hubiera operado.»

Mikulicz dice: «un día de prolongación en la vida del enfermo es suficiente para justificar la operación.»

Obsérvese el primero de los casos presentado por el Sr. Carrasco; en él pudo apreciarse un pobre enfermo que se consideró curado; aumentó de peso considerablemente, comía y digería de todo, estaba alegre y contento, no tenía dolores ni vómitos; sugestionado por el éxito quirúrgico se creía curado definitivamente y este estado duró varios meses sin la menor molestia. Es digno de tenerse en cuenta este alivio no obtenido por ningún otro procedimiento.

Por otra parte la mortalidad por operaciones gástricas ha disminuído considerablemente desde Pean y Billrot en los años 1879 y 1883 que ascendía por encima del 50 por ciento hasta nuestros días que ha descendido al 14 por ciento.

Esto puede consistir, entre otras causas, del perfeccionamiento técnico, de la mejor elección de casos, etc., etc.

En la cirugía de los tumores gástricos existen operaciones radicales y paliativas, aunque algunas de las que se consideran en los tratados como radicales, se practican en la clínica sin otro fin que paliar. Pero podemos decir de ellas que unas extirpan el tumor, como la gastrectomía; otras extirpan el tumor y restablecen

la comunicación del tubo digestivo, interceptada por una estenosis tumoral (pilorectomía con gastro-enterostomía); otras restablecen esa comunicación del tubo digestivo sin tocar el tumor (gastro-enterostomía); en otras se abren bocas artificiales ó fistulas para alimentar á los enfermos con estenosis (gastrostomía y más excepcionalmente yeyunostomía), y otros, en fin tratan de evitar la relación del tumor con la cavidad gástrica, como la exclusión pilórica.

Yo no he de entrar en la descripción de los métodos operatorios, porque esto debe fijarse en la mesa de operaciones una vez abierto el vientre y vistas las circunstancias de cada caso; entonces es cuando se decide si se ha de practicar una operación radical ó paliativa y se elije el procedimiento más apropiado.

Como los casos aquí presentados son de pilorectomía, únicamente recordaré que los procedimientos más corrientes son el de Pean Billrot (primer procedimiento), el de Kocher, el de Billrot (segundo procedimiento); el de Kronleim-Mikuliaz y últimamente, el de Doyen con la sutura de estómago en bolsa. Señalaré nada más la exclusión pilórica por el proceder de Eiselsberg, porque tal vez dé lugar á alguna consideración con relación al segundo caso presentado. La técnica es tan conocida y está tan detallada en los tratados corrientes que no me paro á describirla.

El ideal de la cirugía gástrica está en las operaciones radicales, pero para que éstas puedan realizarse es necesario que el caso clínico reúna las condiciones siguientes: 1.<sup>a</sup> Que el tumor sea circunscrito y movable. 2.<sup>a</sup> Que la infección linfática no pase de los primeros ganglios. 3.<sup>a</sup> Que no existan adherencias. 3.<sup>a</sup> Que el estado general del enfermo no contraindique la intervención.

La primera condición es indispensable; sin embargo, será necesario tener en cuenta la diferencia que existe según que el tumor se extienda en el espesor del estómago, ó por el contrario invada la primera porción del duodeno. En primer lugar, los tumores gástricos se originan en gran número en la corvadura menor cerca del piloro, pero tardan en atravesar este límite pilórico para invadir el intestino. Cuando hablemos de la red lin-

fática estomacal, es posible que podamos explicar este fenómeno. Además las extirpaciones en el estómago ó gastrectomias pueden ser muy ámplias, pero en el duodeno no, bastará recordar que el duodeno no es movable más que en su comienzo, que en el resto de su extensión es muy fijo, porque el peritoneo no forma meso; además, sus relaciones con las vías biliares y con el páncreas es necesario respetar, todo lo cual nos indica que cuando el tumor ha invadido el duodeno, debemos abstenernos de toda intervención radical. La condición de movilidad va unida á sus adherencias, por lo tanto, no insistiremos aquí, por evitar repeticiones.

2.º Decíamos que es preciso que no estén infartados más que los primeros ganglios linfáticos; para probarlo recordaremos á grandes rasgos los linfáticos del estómago. Nos dicen los anatómicos, que este órgano posee entre sus distintas capas dos redes linfáticas, independientes entre sí é independientes también de los linfáticos intestinales.

Recordemos que el estómago está formado de dentro afuera de cuatro capas que son; mucosa, submucosa, muscular (con sus fibras circulares y longitudinales) y serosa. Los linfáticos forman dos redes, una en la capa submucosa y otra sobre la muscular, pero estas redes linfáticas no comunican entre sí dentro de las paredes del estómago, pero van á parar á los mismos ganglios linfáticos. Además, una inyección de mercurio no pasa de los linfáticos gástricos á los intestinales.

Estos linfáticos terminan en los ganglios de la corvadura menor y mayor, siendo los primeros los más importantes, y mediante éstos, la corriente linfática llega á los ganglios, que rodean el cardias (cardíacos) y á los suprapancreáticos. Cuando sólo están invadidos los de las corvaduras mayor y menor, permaneciendo sin alteración aparente los demás, podemos pensar en las intervenciones radicales, porque el proceso resulta local todavía, pero si están invadidos los demás, la idea de curación radical hay que desecharla, porque los ganglios del cardias comunican con los linfáticos exofágicos, y los suprapancreáticos, según Sappey, se dirigen al conducto linfático, y según otros, van á los ganglios infra-diafragmáticos y me-

diante éstos se ponen en comunicación con la corriente linfática general.

Los ganglios de las corvaduras son fáciles de extirpar, porque se encuentran separados de las paredes gástricas y junto á los vasos en los repliegues epiplóicos (epiplón gastro-hepático y epiplón mayor). En cambio, los otros dos grupos, y sobre todo, los ganglios supra-pancreáticos, resultan de muy difícil extirpación, porque muchos de ellos se encuentran incrustados en el tejido pancreático y porque por encima de ellos pasa la arteria esplenica que conviene respetar.

Esta arteria da vasos al pancreas; de ella nacen los vasos breves del estómago, la gastro-epiplóica izquierda y su rama terminal se dirige al bazo. Basta señalar estos datos anatómicos para comprender lo difícil que es extirpar estos ganglios cuando están infartados, respetando el tejido pancreático y los vasos mencionados, de cuya sección podían resultar trastornos nutritivos y hasta esfacelos de los órganos por ellos irrigados.

Además, no está justificado el agravar en esta forma la intervención, cuando tenemos la seguridad de que infectados estos ganglios lo están ya los infra-diafragmáticos, los del ileo del bazo, los que acompañan á la vena porta, los de la cavidad retro-epiplóica, etc. Luego toda extirpación radical estará contraindicada cuando la infección invada más allá de los primeros ganglios linfáticos.

Respecto á las adherencias, diremos que ellas dificultan la disección de los tumores, fijándolos á los órganos próximos y además ellas indican un ingerto neoplásico por contigüidad con todas sus consecuencias.

Del mal estado general no haremos más que señalarlo para recordar que en muchas ocasiones es causa suficiente para contraindicar una intervención grave.

Como consecuencia de todo esto se deduce que el éxito de la intervención depende de un diagnóstico precoz. En otra ocasión me permitiré molestar la atención de los Sres. Académicos, señalando las dificultades con que tropezamos en la clínica para obtener ese diagnóstico, por no existir ningún síntoma patogno-

mónico de la lesión y los que podemos observar, los conseguimos cuando las lesiones están bastante avanzadas.

**Sr. Entrecanales.**—Lo esencial á todos los casos de cancer es hacer un diagnóstico precoz, pues las intervenciones quirúrgicas, en los casos avanzados de cáncer, no produce de ordinario más que fracasos. La importancia del asunto es mucho mayor en lo que respecta al cáncer del estómago cuyo diagnóstico precoz es absolutamente imposible con los conocimientos que hoy poseemos, por lo cual pide se pongan de acuerdo los clínicos y tracen un cuadro de cáncer gástrico, que sea fiel expresión de la verdad y á ser posible indiquen á qué síntoma ó á qué grupo de síntomas puede referirse el comienzo del cáncer del estómago para emplear entonces el único tratamiento, que parece eficaz y que es el tratamiento quirúrgico.

Enumera los síntomas cardinales del cáncer gástrico y que son como siguen:

*Anorexia.*—Casi todos los cancerosos gástricos se hallan afectos de una inapetencia absoluta, pero este síntoma no prueba nada, puesto que es común á diversas gastritis, aparte de que, en otros cancerosos, el apetito es caprichoso, disminuído unas veces y aumentado otras.

*Dolor.*—Es muy variable y depende, desde luego, del punto donde asienta el tumor.

*Hematemesis.*—Síntoma variable también y que según las estadísticas se presenta en el 40 ó 50 por 100 de los casos. Puede coexistir asimismo con la úlcera del estómago y dar lugar á confusiones.

*Tumor.*—Bien perceptible unas veces, otras, las más, no se percibe sino en períodos avanzados. Cuando asienta en la cara posterior, hallar el tumor resulta punto menos que imposible.

*Enflaquecimiento.*—Es quizás el síntoma más seguro; es rapidísimo en algunos enfermos, pero tampoco es exclusivo del cáncer del estómago. Asociado á algún otro síntoma, podrá casi seguramente dar validez al diagnóstico.

*Herencia.*—La herencia en este caso, puede ser herencia de lesión ó herencia de órgano; por ejemplo: tal individuo afecto de cáncer del labio enjendra un hijo, que adquiere un cáncer del

estómago; ó tal otro enfermo de gastritis crónica tiene un hijo que enferma de cáncer gástrico. Tampoco es síntoma seguro.

*Edad.*—El cáncer ataca á individuos cuya edad pasa de los 50 años: esto es lo que parece más seguro, sin embargo, no es exclusivo.

De donde resulta, que, á pesar de existir multitud de síntomas que delatan el cáncer del estómago; no hay ninguno patognomónico de él: el mismo análisis del contenido gástrico, es muy poco seguro, pues aunque en la mayoría de los casos acusa una disminución en la cantidad de ácido clorhídrico; en otros casos hay, por el contrario, hiperclorhidria, y uno de los enfermos del Sr. Carrasco así lo demuestra.

Por consiguiente, sería de desear que se procurara dilucidar la cuestión del diagnóstico precoz del cáncer del estómago, para establecer desde luego un tratamiento, que, cuanto más pronto se instituya, será más eficaz.

El Secretario General,  
C. MENDAZA.

---

*Sesión celebrada el día 8 de Enero de 1909*

---

Preside el Sr. Unibazo

Asisten los Sres. Gil y Gorroño, Gil é Ibargüengoitia, Pascual, Bolivar, Alberca, Entrecanales, Moro, Landín y Otaola.

No habiéndose presentado ningún caso práctico, el Sr. Entrecanales intervino en el debate iniciado acerca de la «Pilorectomía por cáncer gástrico.»

Dice que la inconstancia de los síntomas en esta afección hace que sea difícil establecer un diagnóstico desde el principio de la enfermedad, que es cuando puede ser de alguna utilidad el tratamiento quirúrgico. Además, esta dolencia puede confundirse con otras parecidas, y recíprocamente algunas otras afecciones pueden dar la sintomatología del cáncer del estómago, tales son los pseudo-cánceres, por ejemplo, la esclerosis de la mucosa del estómago, que si afecta al piloro y logra ocluir éste, pueda dar lugar á un cuadro sindrómico de aniquilamiento y marasmo

parecidos al del cáncer de aquella región, la misma linitis plástica, cuya naturaleza todavía no se ha esclarecido, la arterio esclerosis que afecta al estómago, etc.

Por lo que respeta á la tumoración, dice que no es un síntoma claro, pues tumoración existe en ciertas induraciones de la mucosa y de las paredes del estómago, en ciertas ulceraciones induradas, en la sífilis gástrica (goma, etc.), en los cálculos del colédoco ó en los de la versícula biliar y en la bi-lobulación del hígado, fenómeno que ocurre á veces en la mujer, por el corsé.

La desnutrición no constituye un síntoma, pues distintas afecciones del estómago, muy diferentes del cáncer presentan este síntoma; entre ellas tenemos la enfermedad de Reichman ó gastro-sucorrea, las estenosis pilóricas de distintas especies, y la gastritis nerviosa, así como el espasmo pilórico. Ocurre algo de esto también en la anorexia histérica.

Por lo que respecta al análisis del jugo gástrico, sus resultados no son tampoco muy significativos, pues si bien es verdad que el cáncer acompaña por lo general á la apepsia, también lo es que existe casos de cáncer con hiperclorhidría.

De donde resulta que el diagnóstico del cáncer en sus comienzos, que es cuando es eficaz el único tratamiento lógico (tratamiento quirúrgico), es á menudo imposible y sería de desear que se hallara una sintomatología que permitiera practicarlo á tiempo.

**Sr. Bolivar.**—Aludido en esta discusión, toma la palabra para hablar acerca de la investigación de la sangre en el contenido del estómago y en las heces fecales, y describen los distintos procedimientos que existen para ello y de los que, unos son físicos (espectroscopio) y otros químicos (tintura de guayaco, trementina). En las heces fecales, el procedimiento se halla expuesto á errores, por causas que enumera, y habla del procedimiento de Weber que juzga bueno.

El espectroscopio por su parte, empleado cuando se puede operar en buenas condiciones, es de buenos resultados también, pero el procedimiento que da mejores pruebas, es el de la *hemina*, que describe.

**Sr. Entrecanales.**—También son muy importantes el exa-

men de la orina y de la sangre, que deben efectuarse siempre. La presencia de albúmina en la orina acompañada de profundos trastornos en la digestión estomacal puede hacer sospechar la existencia del cáncer. Debe pensarse asimismo en esta enfermedad, cuando el examen de la sangre revele una anemia muy acentuada (disminución numérica de los glóbulos rojos, ó de una cantidad de hemoglobina) acompañada de una leucocitosis manifiesta; asimismo, es particularmente significativa la naturaleza de los leucocitos (linfocitos).

**Sr. Landín.**—En efecto, no existen síntomas verdaderamente claros del cáncer gástrico, sino cuando éste se halla muy adelantado y entonces la Cirugía procura contentarse con practicar una intervención paliativa.

Enumera los síntomas que más llaman la atención en el cáncer gástrico, tales como las alteraciones del jugo gástrico, la estenosis pilórica y la hematemesis y dice que ninguno de éstos, por sí, es patognomónico, si no variable, y no precoz.

Analiza las causas del dolor, su naturaleza y asiento, investiga la disminución del ácido clorhídrico y aumento del láctico y declara que tampoco estos fenómenos son propios del cáncer.

Termina pidiendo á los clínicos procuren hallar síntomas precoces y exactos para el diagnóstico de esta dolencia, y ya que las modernas corrientes de la Medicina nos llevan por este derrotero, procurar hallar sueros de aglutinación ó precipitínicos que nos den la clave del asunto.

#### EL IODURO POTÁSICO EN ALGUNAS HEMOPTISIS

**Sr. Entrecanales.**—Le parece paradógico el caso presentado por el Sr. Alberca, del cual dice que le basta haber sido observado para creerlo. De todas las maneras es algo raro el empleo de esta substancia en aquel proceso.

**Sr. Landín.**—Asegura que Schleich ensalza el uso de aquella substancia en el tratamiento de ciertos procesos quirúrgicos de marcha crónica; por ejemplo, en las úlceras crónicas, en las cuales, según parece, provoca una hiperleucocitosis.

**Sr. Entrecanales.**—Dice que se ha abusado del ioduro en todos los procesos crónicos, hasta el punto de que apenas existe



enfermedad incurable en la que no se ha empleado. Lo raro no es eso, lo raro es que se haya dado como tratamiento de la hemoptisis y haya producido efecto.

**Sr. Unibaso.**—Piensa acerca del ioduro como el Sr. Entrecanales. Pero en el caso presentado la cosa tiene importancia, y según su modo de pensar cambia de aspecto, pues no cree que se trata de una hemoptisis verdadera, sino de una afección pulmonar, acompañada de hemoptisis.

Para él el ioduro posee una acción vaso dilatadora, resolutive y desinfectante y lo ha usado y usa mucho, quizá de una manera empírica, pero lo halla eficaz en muchos casos. Lo ha empleado también en los tuberculosos, sobre todo al principio, y aunque no se explica su acción, ha notado resultados favorables.

El cree que este medicamento no está contradictado en las hemoptisis.

**Sr. Landín.**—Quizás en el caso de que se trata, hubiera vaso-contricción, y el ioduro produjera efecto como vaso dilatador que es.

El Secretario General,

C. MENDAZA.

---

*Sesión celebrada el día 15 de Enero de 1909*

---

Preside el Sr. Unibaso

Con asistencia de los Sres. Gil y Gorroño, Somonte, Landín, Bolívar, Alberca, Entrecanales y Otaola, se abre la sesión.

**Sr. Otaola.**—*Un caso de onicofagia tratado por un aparato de prótesis dental.*—SEÑORES: Voy á presentar un caso de onicofagia que he tenido ocasión de tratar y conseguir su curación por medio de un aparato de prótesis dental.

Este caso no tiene la importancia de los casos que aquí se suelen presentar, pero no deja de tener un interés muy grande, pues los tratamientos hasta aquí empleados no han dado resultado, y el tratamiento que voy á describir, preconizado por el doctor Didsbury es muy reciente y por lo tanto poco conocido, al mismo tiempo dar á conocer que el campo del dentista se extien-

de cada vez más y como en el caso presente para la curación de dolencias en las cuales los medios médicos son insuficientes.

Me refiero, señores, á la costumbre que los niños contraen y que conservan algunos hasta la edad adulta de *comerse las uñas*, y aparte la fealdad que resulta para la estética de los dedos esta deplorable manía, es bajo otros puntos de vista objeto de disgusto para la familia del sujeto, sin contar los accidentes patológicos que pueden dar lugar, como la artritis temporo-maxilar producido por los movimientos de lateralidad en la región de los molares (caso presentado por el Dr. Frey) y á veces de bastante gravedad, como la apendicitis según lo ha señalado un autor que puede ser ocasionado por los restos de las uñas ingeridas. Esta manía no es innata en el niño como lo han creído algunos, ni tampoco una tara hereditaria, es una costumbre como he dicho al principio que se crea *por espíritu de imitación*. Esta costumbre que se adquiere tan rápidamente, queda tan arraigada en el espíritu del niño que es muy difícil de curar.

La extremidad de los dedos de los comedores de uñas, presentan un aspecto lamentable, sometidos continuamente á los mordiscos, apenas si existe la uña; casi siempre queda reducido á la lunula. La extremidad de la falange es, en general, aplanada, un grueso rodete de carne rodeado de pellegitos que el público les llama *envidias* ocupa los dos lados de la uña; en una palabra, la fisonomía del dedo es horrible.

¿Qué es lo que no se ha hecho, qué no se ha imaginado, qué medios terapéuticos. . y otros tan numerosos como inverosímiles no se ha empleado para llegar á la curación de esta manía insoportable? No citaré, más que por recordar, polvos y substancias más ó menos amargas preparadas por los farmacéuticos con las cuales se embadurnan los dedos de los niños.

A la larga los comedores de uñas envidiados en su manía, encuentran la mostaza deliciosa, el aloes soportable y continúan comiéndose las uñas como antes. No diré más de algunos medios á veces repugnantes que inventa la imaginación de los padres, y el uso de los guantes para tenerlos siempre colocados en las manos de los niños. Después de algunas horas la extremidad del guante es también roída y continúan cortando lo poco que resta

de la uña. Se ha empleado la persuasión, las promesas, las amenazas y nada se consigue, el enviciado en esta manía sigue royendo siempre y teniendo en jaque constante á la familia y á los diversos medios terapéuticos empleados.

Decía y con razón el Dr. Disbury que ha sido el primero en dar á conocer el empleo de los aparatos dentales para el tratamiento de la onicofagia, en una comunicación que presentó en la Academia de Medicina de París, que el mal resultado obtenido hasta ahora se explica por dos razones:

La primera es que esta manía es *involuntaria é incoercible*. Comerse las uñas es para el niño, no solamente una costumbre, sino una necesidad, como una cosa inherente á su vida. En cualquier momento de la vida que se le observe, jugando, estudiando, comiendo, siempre tiene un momento para morder la uña. Si está preocupado esta manía es para él un derivativo, como es para otras personas el retorcerse el bigote, rascarse la cabeza, etcétera.

La segunda razón es que hasta ahora todo lo que se ha hecho para curar este mal ha sido en falso. Todo el tratamiento se ha dirigido contra la víctima que es la uña y nunca por el contrario se ha pensado en buscar el culpable, que como todos habéis comprendido es el diente.

El viejo que ha perdido sus dientes no puede comerse las uñas, como lo dice el Dr. Prudhome en un interesante trabajo que sobre este asunto publicó muy recientemente y cuyas atinadas observaciones me han servido para presentaros este caso. De la misma manera impidiendo al niño ó al adulto por un medio cualquiera de que sus dientes puedan cortar las uñas, queda resuelto el medio de curar esta manía. En esto consiste toda la ingeniosidad del procedimiento que empleamos y partiendo de este principio, hemos tratado de utilizar los diferentes medios y aparatos que pone á nuestra disposición la protesis dental.

Antes de exponerlos voy á recordar en pocas palabras lo que en arte dental se llama articulación.

La articulación normal es la que se produce en los movimientos de la masticación y pueden definirse de la manera siguiente: Las relaciones que existen en el estado de oclusión nor-

mal de las mandíbulas entre los dientes del maxilar superior y los del maxilar inferior.

Esta articulación puede ser de cuatro modos distintos:

1.º Los incisivos superiores recubren como un tercio á los dientes correspondientes.

2.º Los dientes de boca se encuentran en sus bordes cor-  
tantes.

3.º Los dientes del maxilar inferior se proyectan por delante de los dientes del maxilar superior (prognatismo inferior).

4.º Los incisivos superiores reciben y tapan completamente á los dientes correspondientes (prognatismo superior.)

Estos cuatro casos se subdividen en casos anormales ó patológicos que no son del caso citarlos aquí.

El comedor de uñas puede satisfacer su deseo en cualquiera de estos cuatro casos y hacer imposible esta articulación es el objeto del tratamiento de la onicofagia.

Para esto se necesita hacer lo que en Odontología se llama evantar la articulación, más ó menos según las necesidades de la causa, pero sin alterar la articulación normal para no perjudicar á la masticación y á la fonación.

Como nos dice el Dr. Didsbury la prótesis dental nos da una porción de recursos, como son las coronas de oro, las coronas de porcelana, los aparatos de cauchú, análogos á los que se emplean para correcciones, que pueden ser movibles por la facilidad de la limpieza y fijos si se trata de un niño rebelde.

Hace unos dos meses se presentó en mi casa un niño de doce años con objeto de obturar un diente y al observar que tenía esta costumbre le propuse á su madre el tratamiento para corregirla, que fué aceptado desde luego.

Le coloqué un aparato de cauchú en la mandíbula inferior, recubriendo las superficies masticantes de los molares, no pudiendo de esta suerte hacer uso de los dientes para cortarse las uñas, enseguida se acostumbró al aparato y sin esfuerzo alguno ha olvidado esa manía, para cuya curación habían empleado todos cuantos medios se puedan imaginar y sin resultado alguno.

Ha llevado el aparato en la boca cerca de un mes, las uñas

presentan su aspecto normal y no ha vuelto desde que dejó de llevar el aparato, á roer la uña; esto hace un mes, por lo que creo que ha quedado completamente curado de esta manía.

No tiene otro objeto esta pequeña comunicación que el de dar á conocer los buenos resultados que se pueden obtener contra la onicofagia por medio de los aparatos de prótesis dental, y no tengo más que decir.

**Sr. Entrecanales.**—El caso presentado por el Sr. Otaola lo juzga interesante, sobre todo si se tiene en cuenta la manera de terminar.

Conceptúa la onicofagia como una neurosis familiar, no de imitación y parece que es debida á un estado de hiperemia é irritación de la terminación de los dedos. En cuanto al tratamiento le parecé muy bien.

#### EL IODURO POTÁSICO EN EL TRATAMIENTO DE ALGUNAS HEMOPTISIS

**Sr. Entrecanales.**—Afirma que el caso presentado por el Sr. Alberca se halla en contradicción con lo observado acerca de la acción del ioduro potásico. Este medicamento da lugar á un proceso congestivo de la mucosa traqueo-bronquial, razón por la que debe hallarse contraindicado en los estados hiperémicos del arbol aéreo, No obstante, se le ha prescrito en la misma tuberculosis pulmonar, pero en muy pequeñas dosis.

En cuanto á la acción vaso dilatadora de esta substancia, asegura que todavía se halla en duda, pues para llegar á obtenerla es preciso alcanzar grandes dosis que pueden ser tóxicas. Habla de la acción del nitrito de amilo y de sus efectos vaso-dilatadores que llegan á la piel y no alcanzan al pulmón, y menciona las experiencias hechas con el ioduro potásico y con el nitrito de amilo.

Termina insistiendo en que el ioduro se halla contraindicado en los procesos agudos bronco-pulmonares.

**Sr. Alberca.**—Describe á grandes rasgos el caso en cuestión y cree que pudiera tratarse de un infarto hemorrágico y que su punto de origen estuvo en la bronco-pneumonía que el enfermo padeció, y á su juicio aquel infarto fué producido por un émbolo que partió del foco bronco-pulmónico.

Opina que el ioduro no actuó en este caso como medicamento vaso-dilatador, sino como modificador de las paredes arteriales y venosas.

**Sr. Gil y Gorroño.**—No le parece paradójico el tratamiento que se discute y cree que una congestión pulmonar de carácter pasivo puede curar aunque se emplee el ioduro potásico.

Esta es cuestión de ideas y de épocas, pues refiriéndose al tratamiento de dichas congestiones, en la época de Brounais se trataban con aquel método y se atribuían á él todas las curaciones obtenidas.

Entiende que el caso presentado por el Sr. Alberca, pudiera ser el de una congestión pulmonar que recayera en terreno artrítico y no le parece inoportuno el tratamiento por el ioduro potásico.

No cree que se tratara de una embolia, ni tampoco opina que todos los infartos pulmonares, sean debidos á embolos; para él se trataba simplemente de un proceso congestivo pulmonar, de naturaleza grippal y sabido es la movilidad de estos procesos y le característica especial de la grippe.

**Sr. Alberca.**—Para él no se trataba de una congestión pulmonar, sino de una embolia y aduce razones en este sentido.

**Sr. Landín.**—Entiende que tal vez se pueda explicar todo por la acción vaso-dilatadora del ioduro que descongestiona el pulmón. Hoy se tratan las hemoptisis por los vaso-dilatadores; ejemplo el nitrito de amilo.

Respecto del caso que se debate opina que no se trataba de una embolia, sino de un proceso congestivo que se resolvió por que sí.

**Sr. Somonte.**—El nitrito de amilino se usa en oculística, en los casos de escotoma centelleante, cuando los vasos se hallan contraídos. Su objeto es el de favorecer la dilatación de estos vasos.

**Sr. Entrecanales.**—En un éxtasis sanguíneo activo, como es el de los tuberculosos y aun el de los artríticos, cree que no se debe usar el ioduro potásico; la cosa cambia de aspecto en los procesos congestivos de naturaleza pasiva.

**Sr. Alberca.**—Respecto á que, habiendo existido una em-

bolia producida por substancias manifestamente sépticas no hayan dado lugar á un absceso metastásico, dice que no es posible esto, por razones que expone.

### SÍFILIS PULMONAR

**Sr. Entrecanales.**—A pesar de la importancia que reviste el asunto, suele ser difícil el diagnóstico diferencial entre la tuberculosis y la sífilis pulmonar, pues los síntomas de esta enfermedad corresponden absolutamente en general á los de las otras afecciones pulmonares crónicas.

Indudablemente que uno de los medios más poderosos para hacer el diagnóstico, es el tratamiento, pues el ioduro potásico ó los preparados mercuriales empleados en el sífilítico darán buena cuenta de la afección, mientras que la agravaran ó no harían nada en la tuberculosis.

La coexistencia de las dos afecciones no es infrecuente, pero aquí lo difícil es averiguar la parte que corresponda á una ú otra, y hacer el diagnóstico correspondiente á la infección principal.

Por lo demás preconiza como tratamiento el mercurio, pues el ioduro potásico produce brotes agudos.

**Sr. Alberca.**—Al presentar estos casos lo hizo con el exclusivo objeto de ver si es posible hacer un diagnóstico diferencial entre la sífilis y la tuberculosis pulmonar, sin necesidad de practicar un examen microscópico. El cree que sí, pues ciertos síntomas, tales como la dispnea y la hemoptisis son diferentes en ambas afecciones.

El Secretario General,  
C. MENDAZA.

---

## SECCION PROFESIONAL

---

**Centro Farmacéutico Vizcaíno.**—Prosiguen activamente los trabajos de constitución de esta Sociedad, que tantos y tan útiles servicios ha de prestar á todos los farmacéuticos de la provincia.

Están ya terminadas las obras en el hermoso local de la calle de Luchana, habiendo sido ya montadas las amplias estanterías para la colocación de los productos y Especialidades que han empezado ya á recibirse.

El Gerente, Sr. Soto, ha pasado unos días en San Sebastián haciendo algunos pedidos en combinación con aquel Centro, para obtenerlos en mejores condiciones.

El Centro se propone, á la mayor brevedad, comenzar sus operaciones, para lo cual irá avisando por medio de Boletines, Circulares, etcétera, á todos los farmacéuticos, según se vayan recibiendo los artículos, para que aquéllos puedan solicitar los que necesiten.

Está ya, pues, casi todo el camino andado; ahora se necesita la cooperación entusiasta y decidida de todos los compañeros para dar á la naciente Sociedad el impulso necesario á su mejor y más rápido desarrollo, adquiriendo de ella todo lo necesario á su consumo, no dejándose seducir por el señuelo de ofertas á menos precio que tendrán tanto de fugaces como de interesadas, pues los que no han podido ver con tranquilidad la realización de este hermoso ideal que jamás pensaron llegaría á ser un hecho, no dudarán en apelar á todos los medios para desacreditarla en sus comienzos.

Los Farmacéuticos de Vizcaya, que con tanto entusiasmo han contribuido á fundar tan importante Centro, no se han de detener, seguramente, á mitad del camino y seguirán prestándole, no lo dudamos, su más decidido apoyo.

\*  
\* \*

La Dirección del Centro Farmacéutico Vizcaíno, veía con agrado que todos los Farmacéuticos visitaran su local y que examinaran la buena calidad y pureza de los productos que van recibiendo.

Para este objeto, las puertas del Centro están abiertas para todos y su Gerente á la disposición de todos los compañeros para facilitarles toda clase de datos y recoger cuantas observaciones se le hagan.

**A los suscriptores.**—Rogamos á nuestros suscriptores de fuera de Bilbao que tengan pendiente el pago de su suscripción, lo hagan á la mayor brevedad, con objeto de que sigan recibiendo sin interrupción nuestra Revista.

**A los nuevos suscriptores.**—Todos aquellos nuevos suscriptores que abonen su suscripción dentro del primer trimestre del año corriente, tendrán derecho á recibir un ejemplar de nuestro número extraordinario.

Igualmente recordamos á nuestros suscriptores que se hallan en descubierto con esta administración, que si desean recibir nuestro extraordinario, deberán ponerse al corriente en el pago de sus suscripciones.