

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XVIII

Bilbao—Abril—1912

Núm. 208

Sumario

Artículos originales: 1) **M. Salaverri.** Tratamiento de la coxa-vara traumática.

Revista de Revistas.—Bibliografía: 1) **Dr. Jean Charles Roux.** Histerismo digestivo.—Caracteres distintivos y formas clínicas.—2) Cáncer de la mama. Lección dada en clase por el Dr. Lozano y recogida por el alumno D. Constantino Salinas.—3) **Dr. D' Arcangelo.** Infección puerperal-electrargol-curación.

Bibliografía.—**Dr. V. Gardetta.** Formulario de especialidades farmacéuticas para 1912.—**Dr. H. Gillete.** Formulario de nuevas medicaciones, para 1912.—**Dr. Carlos Negrete.** Primera reunión de la Asociación española de Urología.

I.

Tratamiento de la coxa-vara traumática

por

M. DE SALAVERRI

Recibe el nombre de coxa-vara una deformidad de la extremidad superior del fémur que consiste esencialmente en la disminución de la abertura del ángulo que forma el eje del cuello del fémur con el eje de la diáfisis.

Este ángulo que normalmente mide unos 125° puede llegar á 50 ó 60° . Otro componente de esta deformidad es una convexidad anterior del cuello femoral de suerte que la cabeza del fémur mira hacia atrás en lugar de mirar hacia dentro, es decir que ha experimentado una retroversión.

El origen de esta deformidad puede ser congénito ó consecutivo á enfermedades constitucionales que disminuyen la resistencia ósea y aumentan su maleabilidad (raquitismo, osteomalacia) ó á enfermedades al mismo tiempo destructivas como la tuberculosis ósea y osteomielitis, y puede ser también su origen traumático, bien por fractura del cuello del fémur y consolidación defec-

tuosa, bien lo que es mucho más frecuente por epifixeolitis ó disyunción epifisaria, que al fin no es más que una forma particular de fractura del cuello femoral en el niño. Se ha admitido también hasta hace poco la existencia de una forma particular de coxa-vara, la llamada idiopática ó esencial que se considera como una deformidad de gravitación comparable al genu-valgum y pie plano y cuya patogenia se explicaba aplicando la teoría de Kocher del genu-valgum, es decir por una proliferación exagerada del cartílago de conjunción epifisario, precisamente en la parte superior y anterior del cuello, llevando la epifisis hacia abajo y atrás constituyendo así esta deformidad. Las analogías con el pie plano se señalaban especialmente por las contracturas espasmódicas musculares, que en una y otra afección suelen presentarse; pero la existencia de la coxa-vara idiopática se halla seriamente amenazada desde que Sprengel de Braunschweig y su alumno Kempf de Praga descubrieron hace pocos años la existencia de la coxa-vara traumática por epifiseolisis, que es de la que vamos á ocuparnos, pues en los antecedentes de la coxa-vara idiopática se descubre también casi siempre un traumatismo, insignificante muchas veces, pero que basta para aflojar los lazos de unión de la epifisis con su diafisis y constituir luego bajo la influencia de la gravitación una coxa-vara por deslizamiento progresivo de la epifisis.

Las ideas de Sprengel y Kempf, que suponen que la coxa-vara idiopática no es más que un caso particular de coxa-vara traumática por epifiseolesis en que el traumatismo pasó desapercibido, son hoy en día casi generalmente admitidas y apenas hay alguien como Hoffmeister que quiere establecer una diferencia anatómo-patológica muy artificiosa entre ambas variedades, sosteniendo la existencia de la coxa-vara idiopática ó puramente estática.

Como hemos dicho, fué Sprengel quien demostró que bajo la acción de un traumatismo á veces insignificante, se verifica la epifiseolisis y bajo la influencia de la gravitación y de las contracturas reflejas musculares periarticulares que siguen á toda lesión articular, la epifisis va resbalando hacia abajo, y como las contracturas musculares en estas condiciones colocan el fémur en rotación externa y al mismo tiempo en adducción, se verifica la consolidación en esta posición y queda constituida la coxa-vara.

Efecto de este deslizamiento epifisario, naturalmente, el trocánter mayor asciende y puede elevarse unos cuantos c/m sobre la línea de Roser-Nelatón, que va de la espina iliaca antero superior al isquión y cuya línea, como sabemos, es normalmente tangente al vértice del gran trocánter. Esta elevación origina por sí un acortamiento real de la longitud del miembro afecto, y como



al mismo tiempo por aproximación de las inserciones musculares de los glúteos se hallan éstos insuficientes y se atrofian, sobreviene también una contractura en aducción del miembro que origina un acortamiento aparente por necesidad de bascular la pelvis elevándola del lado afecto para que el miembro del mismo lado pueda ponerse en paralelismo con el miembro sano y facilitar así la marcha. (Compárese la figura 1 con la 2 correspondientes al caso tratado para darse cuenta de esa basculación de la pelvis.)

Por un lado este acortamiento que puede ser más ó menos considerable, por otra parte la insuficiencia muscular glútea son causa del llamado fenómeno de Trendelenburg, que consiste en que el enfermo al sostenerse sobre un solo pie, no puede sostener la pelvis horizontal ó elevarla del lado opuesto, sino que cae por el contrario y se ve que la nalga del lado sano queda más baja que la del lado afecto; para sostenerse en equilibrio ha de compensar el enfermo este descenso contralateral de la pelvis por una inclinación de la porción superior del tronco á expensas de

la columna lumbar. Todo esto origina una marcha particular que fatiga mucho al enfermo y le hace cojear en mayor ó menor grado, según el acortamiento. Como mi intención no es otra que exponer ligeramente el tratamiento quirúrgico de la coxa-vara presentando el resultado que he obtenido en un caso operado recientemente, no voy á extenderme en la sintomatología inicial de la coxa-vara establecida, en su diagnóstico, etc., porque esto haría extenderme demasiado y después de todo en cualquier obra puede leerse su descripción mejor de lo que yo pudiera hacerlo aquí; pero sí apuntaré, aunque no sea más que de paso, que muchos de estos casos suelen tratarse en su comienzo como



coxalgias, atendiendo á que la afección se instala á consecuencia de un traumatismo que origina naturalmente al principio una contractura espontánea y acortamiento y que al cabo de algún tiempo se dan por curados y hasta se señala como éxito el que la pseudo-coxalgia ha sido curada con movilidad normal cuando un estudio radiográfico hubiera hecho el diagnóstico precoz exacto y se pudiera haber intentado la curación de esta pseudo-coxalgia, no sólo con movilidad normal, sino con longitud normal del miembro y en absoluto sin cojera.

El tratamiento de la coxa-vara traumática debe de ser, pues, en primer lugar, preventivo, es decir, que tan pronto como se sospeche la existencia de una epifiseolosis, debemos asegurarnos

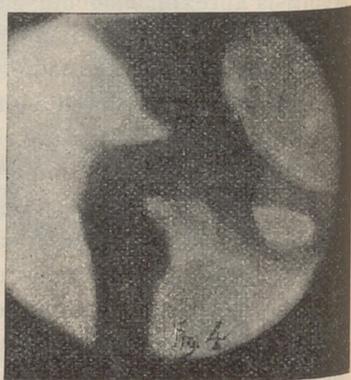
de ella por el diagnóstico radiográfico y excluir la coxalgia, lo que es bastante fácil, porque estas epifiseolisis suelen ocurrir generalmente en la edad de 8 á 16 años en que la epifisis está ya osificada y la radiografía la demuestra muy bien. Dicho está que una epifiseolisis reciente puede muy bien corregirse por una ligera maniobra de enderezamiento bajo narcosis fijando la articulación en abducción externa durante un par de meses en un vendaje enyesado, y consolidándose así la epifisis en su posición normal puede evitarse la formación de una coxa-vara. Una vez constituida ésta, el tratamiento varía. Desde que Sprengel dió á conocer la patogenia de la coxa-vara traumática consideró Lorenz que el tratamiento más lógico es el de corregir la deformidad en el mismo sitio donde se halla, y por maniobras de enderezamiento forzado ha conseguido en muchos casos deshacer la unión anormal establecida entre la epifisis y el cuello del femur y reponer la epifisis aproximadamente en su sitio. Para ello comenzaba la maniobra de enderezamiento lo mismo que para reducir una luxación congénita. Acostado el enfermo en una mesa y narcotizado, flexiona el muslo en ángulo recto sobre la pelvis y le imprime movimientos forzados oscilantes en sentido de abducción, haciendo previamente la miorrexis de los abductores.

El trocater choca pronto contra el reborde cotiloideo que impide la abducción; pero al cabo de unos diez minutos de estas maniobras, durante las cuales un ayudante fija del otro lado del operador la pelvis del enfermo, se logra deshacer la unión epifisaria y acto seguido se coloca el enfermo en la mesa de extensión de Schede con el miembro en abducción forzada y rotación interna. Se aplica un vendaje enyesado que abraza toda la pelvis y pierna y á los dos meses en que la consolidación ha sido obtenida, se quita el vendaje y se practican todavía durante cuatro ó seis meses maniobras de movilización y masaje en la articulación afecta. He tenido ocasión de ver en la clínica de Lorenz, de Viena, varios enfermos tratados por este procedimiento, algunos con éxito completo, pero otros, en cambio, de resultado desgraciado, pues no llegó á consolidarse la fractura obtenida y quedaron con luxación del fragmento externo femoral. A mí me ha parecido este un procedimiento demasiado ciego, y conocida como es la dificultad de consolidación de las fracturas del cuello intraarticulares, me parece un procedimiento expuesto á fracasos. Por

eso no me atreví á emplear en mi enfermo este método y recurrí al procedimiento clásico de osteotomía subtrocanterea, y por lo tanto extra-articular, previa tenotomía de los abductores.

El caso que presento fué como tantos otros tratados en sus comienzos como una coxalgia durante dos años, y se consideró como éxito el haber conservado la movilidad articular, aunque con acortamiento bastante considerable.

A los cinco años de comenzar la enfermedad y viendo que el niño cojeaba cada vez más, me presentaron el niño á mi consulta donde hice el diagnóstico de coxa-vara, que comprobé por la radiografía que aquí presento (fig. 1 y 3). En la historia que me hicieron, consta que el niño nació bien conformado y anduvo perfectamente hasta la edad de 7 años, en que sufrió una caída, pero pudo levantarse y marchar á casa, aunque con pena.



El médico que le asistió, en vista de que el niño cojeaba, se quejaba de dolores en la articulación y tenía el muslo en contractura y posición de flexión, rotación externa y abducción, diagnosticó una coxalgia y así fué tratado con extensión y vendajes enyesados.

El estado en que se encontraba al hacer la exploración en mi consulta, era el siguiente: Edad, 13 años; estudiante. Acortamiento de la pierna derecha cuatro centímetros y medio. Elevación del trocánter sobre la línea de Roser-Nelaton dos centímetros, que es la medida del acortamiento real comprobada también con la medida de la espina ilíaca al maleolo interno 65 centímetros en el lado derecho y 67 en el izquierdo. El acortamiento

to aparente era pues de 2 y medio centímetros por la contractura en posición de aducción del muslo. La movilidad de la articulación se hallaba completamente impedida en la abducción, pero libres los movimientos restantes.

La radiografía da idea de la disminución del ángulo del cuello con el cuerpo comparada con el lado sano, que como se ve, también es menor de lo normal (fig. 4). Síntoma de Trendelenburg muy marcado. La atrofia de los músculos del muslo es también considerable.



Fig. 5.

El 28 de Julio se practicó la osteotomía sub-trocanterea y tenotomía de los adductores, aplicándose acto seguido un vendaje enyesado en abducción y ligera rotación interna extendiendo el vendaje como se ve en la figura 5 al muslo sano, para conseguir mejor la inmovilidad de los fragmentos. A los diez días el chico podía levantarse y proseguir el tratamiento ambulante con muletas. A los dos meses se suprimió el vendaje del muslo sano y de la pierna y pie permitiendo la gravitación pero con vendaje corto de pelvis y muslo en abducción.

Para los tres meses se suprimió todo vendaje y se ha movilizad^o la articulación y masado la musculatura glútea durante dos meses.

El resultado anatómico obtenido puede verse en las radiografía que presento (figs. 1 y 2).

El ángulo del cuello con el cuerpo es bastante aproximado al del lado sano, pero todavía algo menor, por no haber exagerado más la abducción con el vendaje. La elevación del gran trocater es apenas de medio centímetro sobre la línea de Roser Nelaton, pero el acortamiento real queda sin embargo de unos dos centímetros casi lo mismo, debido á deslizamiento del fragmento superior y acortamiento de la longitud total del fémur. El acortamiento aparente de dos y medio centímetros se ha corregido en absoluto. Ha desaparecido el síntoma de Trendelenburg y los movimientos de abducción son ahora casi tan extensos como en el lado sano. La función de la articulación es en suma perfecta y la cojera debida solo al ligero acortamiento real que persiste, apenas puede percibirse. Tengo, pues, el convencimiento de que el tratamiento de la coxa-vara traumática por la osteotomía subtrocantérica es susceptible de remediar esta deformidad y los consecutivos defectos funcionales de la articulación sin exponernos á los peligros apuntados que entraña la osteoclasisa manual del cuello propuesta por Lorenz, y debe de conservarse hoy por hoy como procedimiento de elección en el tratamiento de la epifiseolisis de la cabeza femoral ó coxa-vara traumática.

Revista de Revistas.—Bibliografía

1) Dr. Jean Charles Roux.—Histerismo digestivo.—Caracteres distintivos y formas clínicas.

Las manifestaciones de histerismo en el terreno digestivo han sido descritas hasta el presente de una manera insuficiente. Los médicos que se ocupan especialmente de la patología digestiva no han mencionado casi estos accidentes, que no dejan de tener un aspecto especial y que reclaman una terapéutica propia. Los neurólogos tampoco han hecho descripciones muy completas; las

manifestaciones histéricas, gástricas ó intestinales, están bien señaladas, pero en general se desconoce el *substratum* orgánico al que están asociadas.

Este capítulo de patología es de un interés incontestable. Su importancia práctica es innegable: el diagnóstico de estas manifestaciones y el tratamiento no deben ser descuidadas por el médico práctico, y por lo menos deben llamarle la atención tan curiosos desórdenes. El histerismo visceral permite, en efecto, poner en evidencia ciertos caracteres que son la esencia misma del histerismo y en el que no se han fijado bien los neurólogos. La teoría del Histerismo puede ser considerablemente aclarada por un estudio de esta naturaleza. Con el Sr. Dr. Mathieu hemos hecho numerosos trabajos dedicados al estudio de las manifestaciones clínicas del histerismo digestivo. En un trabajo reciente, yo mismo he estudiado de una manera general la histeria y me ha parecido que una exposición de conjunto de esta cuestión no está desprovista de interés.

En Francia se han ocupado de estos trabajos neurólogos Babinski, Déjerine, Janet, Binet y Simón, y esos trabajos han permitido limitar los otros desórdenes neuropáticos los accidentes histéricos. He aquí los caracteres distintivos que los reconoce Babinski:

«Es imposible (dice Babinski) distinguir los trastornos histéricos de los que son producidos por sugestión experimental y que conduce á admitir el resultado de una auto-sugestión. Por el contrario, ninguna de las afecciones clasificadas en la actualidad fuera del histerismo, puede ser producida por sugestión; sólo se puede producir por este procedimiento una irritación muy imperfecta que es muy fácil distinguir del original.

Además, todos estos accidentes son capaces de desaparecer bajo la exclusiva influencia de la persuasión; á la mayor parte de estos accidentes se les ha visto desaparecer tan pronto como se ha puesto á la vista del enfermo algún medio que les haya inspirado esperanza de curación.

Todas las manifestaciones histéricas son susceptibles de ser curadas por persuasión, pero la curación no es todas las veces segura.»

Como he tenido ocasión de decirlo, la sugestión no basta para explicar estos accidentes ó manifestaciones; hay otro carácter

que es especial á los fenómenos histéricos, y la histeria digestiva pone bien de relieve esto que parece haber pasado desapercibido á los neurólogos. La sugestibilidad, ó mejor dicho, la aceptación de las ideas sin intervención de la razón, no se encuentra siempre en el histerismo. La sugestibilidad es una alteración mental de las más corrientes y apenas hay individuos que en circunstancias especiales no pueden llegar á ser sugestionables en extremo. Los neurasténicos parecen tan sugestionables como los histéricos y aceptan con igual facilidad la idea de enfermedad. El carácter propio de la constitución histérica no reside exclusivamente en la aceptación pasiva más ó menos consciente de una idea, sino en la maleabilidad extremada del organismo para la idea aceptada. En el histérico toda idea, toda representación mental, puede realizarse en el organismo, y esto con ó sin la voluntad consciente del enfermo. Pongamos un ejemplo que permitirá distinguir mejor los neurasténicos de los histéricos. Una mujer neurasténica espera ó teme un embarazo. Esta idea puede obsesionarla, invadir su conciencia, determinar una ansiedad extrema, quitarle el sueño y el apetito; tanto tiempo como la enferma espere ó tema el embarazo, eso le durarán los síntomas anteriores con la ansiedad extrema. Una histérica con el mismo estado moral estará más ó menos inquieta, pero además ella realizará en su organismo todos los síntomas del embarazo. El vientre aumentará de volumen, se suprimirán las reglas, hasta se podrá establecer la secreción láctea. Se puede también citar como ejemplo el vómito histérico. A continuación de un pequeño exceso de alimentación un neurasténico puede sentir malestar, quejarse de una distensión ó de un estorbo ó peso en el estómago, procurará hacer desaparecer todas esas molestias eructando voluntariamente. En las mismas circunstancias una histérica sintiendo las mismas molestias y con el deseo de librarse de ellas tendrá fácilmente un vómito espontáneo y este primer accidente es con frecuencia el principio de los vómitos incoercibles.

En efecto, el accidente histérico una vez realizado, no depende ya de la voluntad consciente. Que se trate de inanición, de vómitos histéricos, una vez producido el estado mórbido, persistirá indefinidamente. La enferma se hallará en la imposibilidad de terminar por sí misma ese estado mórbido. Estos accidentes escaparán á su intervención voluntaria y consciente. Será preciso

una intervención enérgica del médico para despertar esta voluntad dormida y detener los desórdenes que pueden llevar á un estado más grave y en algunos casos hasta la muerte.

Nos ocuparemos ahora de un tercer carácter que el estudio del histerismo visceral pone con mucha claridad en evidencia. Las manifestaciones, ya lo hemos dicho, pueden tener un origen puramente psíquico, pero en el orden de las alteraciones digestivas que nos ocupan, se nota la frecuencia de un substratum orgánico. La alteración psicológica está en general provocada por una ligera alteración del aparato digestivo en la que el enfermo ha fijado con ansia su atención. La deglución de un voluminoso cuerpo extraño producirá una sensación permanente de estrangulación asociada muchas veces al espasmo del esófago. Los vómitos normales del principio del embarazo tomarán una forma automática y darán vencimiento á los vómitos incoercibles. La disminución del apetito al principio, ligera y tan frecuente en las dispepsias, será el punto de partida de una anorexia histérica, algunas veces mortal.

En este estudio de conjunto, sin hacer una descripción completa que nos llevaría muy lejos, querría yo indicar cómo entre las formas tan variables del histerismo digestivo se hallan siempre estos dos caracteres esenciales: la realización de la idea en el organismo y el automatismo consciente.

Los vómitos incoercibles histéricos nos permiten poner de relieve, con gran claridad, la alteración mental primitiva. La causa ocasional de estos accidentes pueden ser de las más variables. Todo vómito ligado á una lesión ó á una alteración funcional del estómago, puede revestir en un sujeto predispuesto los caracteres de vómito incoercible histérico y persistir indefinidamente aun después de curada la lesión ó la alteración funcional del estómago. Una sencilla indigestión puede ser el punto de partida como lo hemos dicho ya. Con más frecuencia se trata de desórdenes dispépticos ligados á una ligera gastritis, otras á una apendicitis crónica; pero si la atención de la enferma se fija sobre ese accidente (y las familias de las histéricas tienen muchas veces la culpa) en lugar de detenerse á medida que la alteración primitiva se va curando, el síntoma vómito se hace más frecuente. Nada es más decisivo para demostrar esto que lo que se observa en las jóvenes histéricas al principio de un embarazo.

Durante los primeros meses del embarazo los vómitos son un síntoma casi normal y sin gravedad. Pero si la joven embarazada se halla rodeada de una familia que le atiende en demasía, si se ocupa ésta de las menores molestias que puede sentir la enferma, si durante la comida á la menor náusea ponen sus allegados una cara mustia, basta esto para grabarse en el espíritu de la enferma predispuesta y que crea que el vómito es necesario. El lanzar los alimentos se reproducirá casi fatalmente á cada tentativa de alimentación y aparecerán así los vómitos incoercibles. No decimos con esto que todos los vómitos del embarazo posean tal patogenia. Muchas veces la auto-intoxicación del organismo puede dar lugar á desórdenes análogos. Pero como hemos visto en un gran número de casos, estos vómitos incoercibles desaparecen en algunos días con un tratamiento psicoterápico y es preciso reconocer que en gran número de casos son una manifestación histérica.

¿Indican algunas veces estos vómitos incoercibles causas morales? Podemos citar algunos ejemplos: hemos visto aparecer estos vómitos en un señor impresionable que imitaba sin darse cuenta las náuseas de su joven esposa embarazada, en una niña sugestionada y que imitaba á su madre en los vómitos producidos por una estenosis pilórica. Muchas veces el fingimiento puede ser la causa productora. Hemos tenido ocasión de ver jóvenes escolares que por obtener algunos días de vacaciones provocaban artificialmente el vómito con los dedos, y poco á poco, si había predisposición mórbida, los desórdenes que fingían se producían de una manera automática y revestían todos los caracteres de accidentes histéricos. Estos accidentes tienen, en efecto en su sintomatología, una marcha especial.

El vómito se realiza con gran facilidad. La idea del mismo produce inmediatamente la evacuación del estómago. En muchos enfermos se produce desde el principio de la comida. El enfermo se retira precipitadamente de la mesa y la regurgitación de los alimentos se efectúa sin esfuerzo, sin náuseas; por lo demás, y este es un signo importante para el diagnóstico, el enfermo vuelve á la mesa voluntariamente enseguida de vomitar. Alguna vez este vómito toma una marcha automática. Una vez instalado se reproducirá siempre que se intente alimentar al enfermo.

Como hemos dicho anteriormente, la voluntad no tiene siempre acción sobre esos desórdenes motores y los vómitos persisten

indefinidamente. Con un tratamiento bien llevado, con algunos días de aislamiento se les puede detener, pero si el médico no sabe dar á esta voluntad decaída nuevo vigor, estos vómitos pueden durar mucho tiempo, hasta algunos años.

La anorexia histérica es otra manifestación, donde los caracteres esenciales de la neurosis se presentan con más claridad. Laségue ha indicado ya esta forma clínica y ha trazado de mano maestra su descripción, por eso tenemos poco que agregar. Mucho antes que la teoría actual del histerismo pudo ser sospechada, supo poner de relieve los rasgos característicos que en medio de las múltiples manifestaciones de las neurosis permiten reconocerla perfectamente y limitar su sintomatología.

La anorexia histérica aparece en general en la mujer, en la juventud, antes de los 25 años. Al principio no hay nada que le haga sospechar. La enferma disminuye su alimentación y ella encuentra una explicación aceptable para explicar esa disminución. Algunas veces son los trastornos dispépticos los que conducen á la enferma á reducir su alimentación. Pero con más frecuencia se encuentra una causa moral, una preocupación, una pena, una exaltación religiosa. En algunos casos la coquetería es la sola responsable: la joven enferma disminuye sus alimentos por conservar un talle fino.

No se puede considerar como patológica una restricción alimenticia que obedece á causas tan naturales. Pero en la joven histérica esta tendencia á la inanición escapará pronto á la intervención de la voluntad. En algunas semanas ó en algunos meses esta restricción alimenticia toma un carácter francamente patológico. El rehusar los alimentos es cada vez mayor. El enflaquecimiento se acentúa y no obedece ya al primer motivo. Si la coquetería pudo ser invocada como causa primordial, ahora ya no es causa; el enflaquecimiento ha hecho rápidos progresos. La enferma no puede ya temer una gordura que le estropee el talle, y sin embargo hay cada día una tendencia mayor á disminuir los alimentos. Lo mismo ocurre con una pena que pudo ser el origen de la disminución de los alimentos, puede atenuarse ó desaparecer y sin embargo la inanición progresar. La tendencia á la inanición es cada vez mayor, sin que la enferma se pueda oponer á un estado que puede llegar á ser amenazador. Laségue ha indicado por qué serie de circunstancias llega la enferma hasta la

idea fija de no comer más. Las personas que rodean á la enferma tienen una gran responsabilidad en el desarrollo de esta afección.

La familia, dice Laségue, se sirve ordinariamente de dos métodos que llega hasta agotarlos: *ruegos* y *amenaxas*, y que sirven ambos como piedra de toque. Se multiplican los manjares finos en la esperanza de despertar el apetito; cuanta más solicitud, tanto menos apetito. La enferma prueba desdeñosamente los nuevos alimentos y después de haber indicado de esta forma su buena voluntad, se cree ya desprovista de la obligación de hacer más; se le suplica, se le reclama como un favor, como una gran prueba de afecto y la enferma se resigna á tomar un bocadillo declarando ya la comida terminada. La mucha insistencia produce mayor resistencia... una sola concesión transformará la enferma en una niña caprichosa.

La anorexia se hace poco á poco, la preocupación de todos y el único objeto de sus conversaciones; se forma así una atmósfera especial alrededor de la enferma y de esa atmósfera no se escapa en todo el día. Las amigas se unen á los parientes y cada uno contribuye á la obra común, según su carácter y según su grado de afecto por la enferma.

Esta pérdida del deseo de alimentarse, esta anorexia es soportada por la enferma con perfecta indiferencia. Así como un enfermo de cáncer de estómago, por ejemplo, se desespera y atormenta de ver que sus fuerzas disminuyen poco á poco, en las enfermas histéricas (Laségue) en su inanición, se nota una especie de placidez patológica, una quietud completa, semejante á la que se observa en la mayor parte de accidentes histéricos. Los desórdenes revelan una actividad psicológica hasta cierto punto aislada del resto de la personalidad y vis á vis de la cual la enferma es, por decirlo así, indiferente y como extraña.

La inanición puede progresar indefinidamente y hasta producir la muerte, sea por enflaquecimiento progresivo ó por desarrollo de lesiones tuberculosas. Mas se trata de un accidente de fácil curación y esta enferma se resistía á todos los ruegos y amenazas cuando estaba rodeada de su familia; puede en algunos días llegar á la alimentación normal si por su tratamiento enérgico se sabe despertar su voluntad y oponer un dique á esta tendencia irracional á la inanición.

La gastralgia histérica, menos limitada, es de más difícil

diagnóstico. La histeria que puede traducirse por alteraciones motoras en los vómitos histéricos, puede también provocar trastornos sensitivos periféricos. Las zonas de hiperestesia de la piel son bien conocidas y descriptas en los enfermos. Su origen psíquico ha sido señalado muchas veces por los autores y de ellas las más claras son las descriptas por Brodie á nivel de las articulaciones: una ligera artritis en una histérica puede dar lugar á la impotencia completa del miembro y á una hiperestesia muy marcada de toda la piel vecina.

Accidentes análogos pueden observarse en el aparato digestivo. Que la enferma está realmente atacada de una gastritis, de una alteración funcional ligera, ó que sea solo el temor de una afección gástrica, presentará crisis dolorosas que no tienen relación con el estado anatómico del estómago y que depende directamente de su estado psicológico.

La gastralgia histérica se traduce por síntomas que desconciertan. La enferma se queja de un dolor continuo en la región gástrica, presenta de tiempo en tiempo crisis dolorosas de gran intensidad. Se traduce por su fisonomía y todo su aspecto un dolor muy violento. Con frecuencia estas manifestaciones toman un aspecto trágico y todos los neurólogos han notado que todos esos accesos de dolor han terminado por una crisis convulsiva con agitación desordenada, gritos y lágrimas abundantes ó por un estado sincopal: son reacciones emotivas que se observan después de dolores morales ó físicos en las histéricas.

Ciertos caracteres nos permitirán reconocer la naturaleza exacta de éstos accidentes. Estas enfermas tienen gran hiperestesia en toda la región gástrica, tanto á nivel de tegumentos como en el interior. En el curso de las enfermedades orgánicas del estómago acompañadas de fuertes dolores se nota sensibilidad á la presión en puntos conocidos. La mayor sensibilidad se observa en general á nivel del epigastrio en el plexo solar, punto donde se encuentran las fibras sensitivas del estómago. En las perigástricas hay zonas dolorosas que corresponden á la región peritoneal inflamada. No es lo mismo en las histéricas; se observa aquí una hiperestesia difusa de toda la región y que el espíritu de la enferma cree corresponde al estómago. Brodie ha hecho observar en las artropatías nerviosas que un simple pellizco de la piel basta para provocar un violento dolor: la menor presión sobre la masa

muscular del abdomen, y sobre las últimas costillas izquierdas producen la misma sensibilidad anormal. Esta hiperestesia no corresponde de ninguna manera á la disposición de los nervios sensitivos del estómago: es de origen psíquico.

En este examen hay algunos errores que se deben evitar; no se debe confundir esta hiperestesia difusa con las zonas señaladas por Head en ciertas gastropatías á nivel de la región torácica inferior izquierda: en otras zonas la sensibilidad de la piel al dolor y al calor están aumentadas, pero el contacto ó presión no provocan los dolores que se observan en las histéricas.

No se debe olvidar que la gastralgia histérica puede ser producida por una lesión real del estómago, gastritis dolorosa ó úlcera. Pero un examen detenido, la hora de los dolores, su relación con la alimentación, el análisis del jugo gástrico y el análisis coprológico permitirán conocer la existencia de la lesión.

Estas tres variedades de accidentes, vómitos, anorexia y gastralgia, que llevamos señalados en esta corta descripción, no se presentan aislados. Pueden coincidir en la misma enferma ó presentarse sucesivamente. Pueden resultar de ahí modalidades sintomáticas numerosas que pueden dar lugar á un diagnóstico erróneo.

Los desórdenes que acabamos de señalar en el terreno gástrico, se pueden realizar igualmente en el intestino. En éste se encuentra bajo la dependencia de alteraciones psíquicas primitivas desórdenes motores ó alteraciones sensitivas.

La *diarrea histérica* que no ha sido limitada aun muy claramente, reúne todas las condiciones de la diarrea nerviosa donde las evacuaciones intestinales frecuentes se producen de una manera manifiesta bajo la sola influencia de la idea. Vothanagel nos cita un bonito ejemplo en su tratado. Uno de sus enfermos, padre muy cariñoso y tierno, tenía una violenta diarrea cada vez que se le daba aceite de ricino á su hijo. En este grupo se pueden reunir los neurópatas que no pueden ver en la calle un *Water-closet* público sin que se les produzca diarrea. Las formas benignas de la diarrea histérica son muy frecuentes, y aquí como en la gastralgia, se asocia con frecuencia á desórdenes reales del intestino. El enfermo ha sufrido de una verdadera enteritis: la diarrea se producía entonces por la inflamación del intestino, fácilmente conocida por el análisis coprológico; pero un detenido

examen demuestra la desaparición de la enteritis por un tratamiento conveniente, y sin embargo, la diarrea persiste. Se trata de una verdadera diarrea nerviosa. La idea de la frecuente evacuación del intestino se introduce en el espíritu del enfermo y, efectivamente, produce esa frecuencia. Un tratamiento psicoterápico será solo capaz de poner término á esta diarrea incoercible.

El estreñimiento puede observarse en las mismas condiciones. He tenido ocasión de cuidar una enferma histérica, que después de haber tenido accesos de gastralgia y vómitos incoercibles, presentó á la vez una retención de orina y un estreñimiento histérico, rebelde este último á todos los tratamientos. Durante diez días no tuvo la enferma ni una sola deposición, á pesar de los enemas de aceite administrados todos los días. El vientre aumentaba de volumen progresivamente y empezó á inquietarme su estado, cuando hacia el onzavo día tuvo una deposición bien formada, no dura, que no estaba recubierta de mucosidad y cuya longitud era la de casi todo el intestino grueso.

Dolores más ó menos vivos comparables á la gastralgia se han observado en el intestino; ciertos casos descriptos por Albu y Millon con los nombres de rectalgia y neuralgia anal, debe entrar en este grupo de hiperestésias histéricas. En los casos observados por nosotros se trata de dolores semejantes en todo á los de la gastralgia histérica, las mismas crisis dolorosas, la misma hiperestesia de toda la región á nivel de la piel como á nivel de la mucosa; una lesión superficial, inflamación de la mucosa del ano, una fisura curada algunas veces, son el punto de partida de estos dolores. El examen rectoscópico nos permite limitar aquí la parte de la lesión primitiva y la resonancia psíquica secundaria.

La apendicitis crónica puede también dar lugar á algias de idéntica naturaleza. Un ligero dolor á la derecha del vientre, algunas palabras imprudentes del médico, fijarán la atención de la enferma sobre ese punto del abdomen y una hiperestesia nerviosa se localizará sobre lesiones de las más benignas. El dolor constante con crisis más ó menos fuertes, la hiperestesia de la piel y de los planos musculares de esta región, nos permitirán reconocer la parte que en este síndrome toman los accidentes de orden histérico. Será difícil determinar si el apéndice está intacto

y si la atención ansiosa del enfermo ha bastado para dar lugar á todos estos síntomas; solamente una prolongada observación permitirá dilucidar la cuestión y en la incertidumbre muchas veces se llegará hasta la operación, y así se podrá saber si el apéndice está malo ó bueno y muchas veces se verá que es lo segundo.

De todos los accidentes que hemos pasado, hemos hallado los dos caracteres más esenciales de los desórdenes histéricos: el origen psíquico, la realización de una idea ó de una tendencia en el organismo; la persistencia indefinida debida á la insignificancia del poder voluntario. Estos mismos caracteres se observan en otras alteraciones que no hemos señalado y que son de la misma naturaleza y que se pueden observar á nivel del exófago, de la laringe ó de la lengua.

Como estos desórdenes se presentan en aparatos que no están sometidos á la acción voluntaria, ponen en evidencia que los desórdenes histéricos no son debidos á un fingimiento. Ciertos neurólogos tienen tendencia en la actualidad á no ver en las manifestaciones histéricas más que una especie de comedia más ó menos sincera. En efecto, es muy difícil diferenciar una parálisis del brazo simulada de una parálisis histérica. El enfermo puede tener su brazo inmóvil tanto si se trata de una alteración nerviosa real como si tiene interés en presentarlo paralizado como ocurre en algunos accidentes de trabajo. Pero la simulación no se puede verificar en los desórdenes digestivos. Un individuo sano no puede porqué le convenga tener vómitos, diarrea ó un estreñimiento invencible. Es preciso un desorden cerebral real que será capaz de producir esos desórdenes en las vísceras.

Ciertos estigmas fáciles de buscar pondrán en evidencia las alteraciones psíquicas ocultas y que dan la explicación de los desórdenes observados. Hemos insistido con el Dr. Mathien en la necesidad de estudiar la sugestibilidad de estos enfermos. Los procedimientos que empleamos son de distinto orden. El medio más sencillo es el de crear sobre la piel del abdomen zonas de anestesia ó de hiperestesia. Se designa anteriormente hablando á la enferma, algunos puntos de la piel donde el pinchazo de un alfiler no se sentirá ó por el contrario se sentirá muy fuerte. Se puede reconocer la histeria subyacente cuando las reacciones de la enferma corresponden exactamente á las indicaciones que se acaban de dar. En esta investigación es preciso evitar la descon-

fianza de la enferma y tener un poco de astucia. Lo mejor es anunciar simplemente que los enfermos atacados de la misma afección, no sienten en tal punto, que se señala con el dedo, y se busca enseguida si la idea así provocada ha bastado para crear una anestesia más ó menos intensa.

Algunas veces, para determinar el grado de sugestibilidad, empleamos una medicación sensacional. Ordenamos á los enfermos píldoras de extracto de amargón con su nombre latino «*taxacum dens leonis*» y á esta substancia inofensiva atribuimos al recetarla una virtud extraordinaria para detener los vómitos ú otro accidente; algunas veces prescribimos las píldoras de azul de metileno que colorean las orinas de verde; otras veces pintamos la region dolorida con colodión fuertemente coloreado con el azul de metileno. La reacción de la enferma á una ó á otra de estas medicaciones permitirá reconocer el grado de sugestibilidad y se debe examinar de esta forma muchos enfermos.

En la mayor parte de los histéricos todas estas pruebas son positivas. Las zonas de anestesia aparecen en el punto indicado. Los medicamentos ficticios producen inmediatamente el efecto deseado. Esta comprobación tiene importancia clínica: estos enfermos son sensibles á una influencia psico-terápica y se puede afirmar la completa curación de los accidentes observados. Pero existe un cierto número de histéricos que son rebeldes á toda sugestión que venga del médico, pero se autosugestionan sin darse cuenta. Las píldoras de amargón ó las pinceladas de azul de metileno, no solamente les alivian, sino que les producen alteraciones variadas y dolores á veces muy fuertes. Estos enfermos son solamente auto-sugestibles. Por una especie de desconfianza y espíritu de contradicción se escudan de toda influencia exterior, y esta actitud durante todo el tratamiento se opondrá á la influencia del médico. El pronóstico aquí debe ser más reservado.

El tratamiento de estas alteraciones histéricas se desprende de la definición misma de la enfermedad. Se trata de accidentes de origen psíquicos, de una representación mental ó de una tendencia que se realiza en el organismo, sin que la voluntad del enfermo pueda oponerle un obstáculo suficiente. El tratamiento deberá ir dirigido á reforzar la energía de la voluntad, y esto se conseguirá por dos medios. Si los desórdenes son poco acentua-

dos, si no son amenazadores, basta con ayudar la sugestibilidad misma de la enferma para hacer desaparecer los desórdenes que dicha sugestibilidad ha creado. Esto es lo que inconscientemente hacen muchos médicos. ¿Qué sería la terapéutica (ha escrito Möbius) si no existiera la sugestión? Un medicamento cualquiera, un método terapéutico físico, como por ejemplo la electricidad, las aplicaciones de aire caliente, etc.; si el enfermo tiene fe suficiente, producirá el pequeño milagro deseado. Hemos recurrido con frecuencia á estos métodos fáciles que en algunos días atenuan ó hacen desaparecer los desórdenes indicados. Pero esto no basta cuando los dichos desórdenes han tomado cierta intensidad ó cuando se trata de esas histéricas que hemos citado anteriormente y que son rebeldes á la influencia psicoterápica y que no creen en su médico. Entonces es preciso levantar la voluntad insuficiente del enfermo, darle nuevo vigor para permitirle oponerse á las alteraciones persistentes. En los niños basta con la amenaza; es raro que la vista de la sonda gástrica y la amenaza de repetidos sondages no detenga los vómitos incoercibles. En los adultos será necesario una emoción más violenta para suscitar el esfuerzo voluntario y el solo medio útil es emplear el aislamiento. Este método está hoy muy en boga en Faancia, y el profesor Dejerine ha contribuido mucho á su vulgarización. El aislamiento ha de ser absoluto. La enferma estará completamente separada de los suyos; no recibirá cartas ni visitas; si es necesario estará en la cama desde los primeros días y se le hará comprender que todo esto no cesará hasta que desaparezcan los accidentes. No se debe fijar fecha á la determinación del aislamiento, porque sinó la misma enferma espera sin curarse la fecha prometida para su libertad. Es preciso que esté persuadida que su salida del sonatorio no es posible hasta la desaparición completa de los accidentes. El alejamiento de la familia y aun de la enferma que juega un gran papel en la persistencia de estos desórdenes, el violento deseo de escapar á una penosa reclusión, bastarían para poner término á los desórdenes observados. En estas circunstancias la anorexia histérica se detiene en general en algunos días y no es raro ver estos enfermos que enflaquecían sin cesar, engordar uno ó dos kilos la primera semana. Los vómitos cesan también fácilmente; lo que persistirá más tiempo son los dolores.

En general, en el tratamiento de las manifestaciones histéricas, el resultado es bueno cuando basta restablecer un mecanismo motor, pero no es lo mismo si se trata de alteraciones de origen psíquico. El resultado también será bueno pero serán necesarias muchas semanas para obtenerlo. El aislamiento deberá ser continuado bastante tiempo hasta que la enferma no esté completamente curada; sin la menor recidiva no se le dejará ponerse en contacto con el mundo exterior ni tener correspondencia ni visitas. Es raro que con un aislamiento bien entendido y suficientemente prolongado, la acción del médico no se halle reforzada para poner término á la anorexia y gastralgias las más graves. Los fracasos no se observan más que en enfermas de herencia muy cargada y que presentan además de los desórdenes histéricos un estado mental degenerado.

La ventaja del aislamiento es que constituye un tratamiento moral enérgico. No sólo cura la enferma de sus alteraciones actuales, sino que bajo la influencia de las conversaciones con su médico, toma nota de las taras de su sistema nervioso y aprende á tener energía y podrá oponerse en el porvenir con más fortuna al desenvolvimiento de las manifestaciones histéricas.

Internationale Beiträge zur Pathologie und Therapie der Ernährungsstörungen Stoffwechsel und Verdauungskraukheiten, Febrero 1912.—(Traducción del doctor Usobiaga).

2) Cáncer de la mama. Lección dada en clase por el Dr. Lozano y recogida por el alumno D. Constantino Salinas.

Aprovecharemos la ocasión que nos brinda el hallarnos en nuestra clínica con tres enfermas afectas de epitelioma de la mama, para hacer algunas consideraciones sobre esta lesión, que á más de ser muy frecuente, lleva consigo una gran responsabilidad para el médico, responsabilidad mucho más grande que la que encierra en sí la mayoría de las enfermedades que los médicos tratamos, por cuanto aquí el problema de la vida ó la muerte del enfermo queda resuelto en un plazo muy breve de algunos meses á lo sumo, dependiendo este porvenir tan inmediato de las enfermas, de las resoluciones que el médico haya tomado.

Es por lo tanto el epitelioma de la mama una lesión de extraordinaria importancia para nosotros y por ello su estudio ha de embargar con preferencia nuestra atención.

Me anticiparé á decir á ustedes que el problema más importante de los muchos que encierra el epitelioma de la mama, es el referente á la oportunidad en la intervención. El pronóstico, es totalmente distinto, según que se opere á la enferma á tiempo ó á destiempo.

El día en que la Cirugía haya abandonado el bisturí para atacar estos tumores y pueda servirse de un medicamento ó suero que lo haga desaparecer, ese día nos importará tanto que las enfermas vengan á nosotros un poco más tarde ó más temprano, pero mientras el bisturí sea el recurso supremo, no tendremos otro remedio que pedir á los médicos de cabecera que los enfermos nos sean enviados lo más pronto posible.

La razón de esto estriba en que el epitelioma invade muy pronto los linfáticos y tejidos; todos ellos, hasta el tejidodo óseo, parecen hallarse dispuestos para recibir las células cancerosas, y claro está, que cuanto más tiempo pasa, la difusión de esas células será mayor y habrá mayores probabilidades de reproducción del epitelioma una vez operado además de requerir una operación más extensa.

Todo, pues, queda supeditado en importancia, al diagnóstico precoz del epitelioma de la mama, seguido de la intervención inmediata, y de ahí nuestro propósito de dar á conocer á ustedes la manera de llegar á este diagnóstico precoz.

Pero antes veamos nustras enfermas:

Isabel Gavín Bernad, de Alcubierre (Huesca), 44 años, soltera. Hace seis meses que se halla enferma. Observen ustedes el epitelioma del tamaño de una naranja mandarina, de dureza pétrea, con infartos ganglionares al nivel de la axila, en forma de una plaquita adherida á la piel, y á la vez infartos supraclaviculares. La enferma tiene anemia intensa, con dolores reumatoideos en ambas piernas que se irradian por la región lumbar, así como también dolor al nivel del esternón.

Juana Gil Sánchez de Ateca (Zaragoza), 49 años, casada, con ocho hijos. Hace ocho meses que se encuentra mal. Es un epitelioma algo menor que el de la primera enferma, con un punto reblandecido que ha atacado la piel á que se halla á punto de abrirse, como hubiera ocurrido ya, si aconsejada la enferma por las comadres de los pueblos se hubiera aplicado cataplasmas.

No tiene infartos; mejor dicho, si los hay, son intangibles.

Como se ve, la alteración es solamente local y parece que es menos antiguo que el anterior epitelioma; sin embargo, no es así, y es

que existe una diferencia grande en favor de esta enferma, pues sus resistencias orgánicas son mucho mayores. Enfermas como ésta, conllevan el proceso durante muchos años.

Otra enferma; María Guiu Tadeo, Caspe (Zaragoza), de 38 años. Ha criado cinco hijos. Es una enferma que ha sido operada de un epiteloma pequeño, de más de un año de fecha, con pequeños infartos.

Reanudando mi interumpida conferencia, he de decirles que las enfermas con epiteliomia de la mama que presenté á ustedes, han venido á nosotros tarde; y al decir esto me fundo en los antecedentes y síntomas que ellas presentaban. A la fecha de aparición del tumor, señalado por estas enfermas, debemos añadir cuando menos, un período de dos ó tres meses en que el cáncer ya existía sin que ellas se dieran cuenta, período en el cual el tumor no dolía ó no era perceptible su abultamiento. Entre los síntomas observados, hállanse los infartos ganglionares, y si bien en la segunda de esas enfermas no apreciábamos estos infartos, hacíasenos extraño que dejaran de presentarse en un epiteloma avanzado, de ocho meses de fecha, como era el que nos ocupa.

Efectivamente, la enferma de referencia ha sido operada y en el acto operatorio pudimos comprobar la existencia de infartos y no de uno ó dos como á veces se presentan, sino en número muy elevado, diseminados por la pared interna de la axila y sobre todo siguiendo el borde externo del músculo latísimo y la torácica larga, hasta la vena axilar. Estos infartos, por encontrarse cubiertos de una aponeurosis muy fuerte, eran de difícil percepción.

Resulta, pues, que las tres enfermas, tienen infartos ganglionares y cuando esto sucede es tarde para operar; tarde porque el cirujano se encuentra con una región infiltrada de gérmenes cancerosos que darán lugar casi siempre á la reproducción; los infartos ganglionares no solamente significa que el cáncer ha salido de sus límites sino que en su presencia el cirujano debe tener la probabilidad de que aun extirpando 6, 8, 10, 20 ganglios axilares é investigando cuidadosamente el hueco supraclavicular sin encontrar infartos, queden éstos en los ganglios mediastínicos ó entre la primera costilla y la clavícula ó bien en el periostio de alguna costilla.

Por eso decía yo el día pasado que hasta que la Medicina no encuentre algún medio terapéutico droga ó suero para curar esta lesión y tengamos que acudir al bisturí, necesitaremos hacer una operación radical y existiendo infartos ganglionares, la operación será siempre

incompleta y con excesiva frecuencia dará lugar á la reproducción. De ahí esas cifras tan diferentes, referidas á la reproducción de los cánceres con infartos y de los que no los tienen. En aquéllos el 75 por 100 se reproducen, y en éstos el 60 por 100 se curan; es decir, que de cada cuatro cánceres con infartos se reproducen 3 y en los sin infartos de cada tres se reproduce uno, aproximadamente.

En el diagnóstico precoz, estriba pues, el secreto del éxito operatorio. A él vamos, pero antes he de fijar la atención de ustedes sobre un hecho clínico que sorprendimos en una de las enfermas y que tiene verdadera importancia.

Recordarán ustedes que una de nuestras enfermas, juntamente con el epitelioma del tamaño de una naranja, se quejaba de una neuralgia, como de naturaleza reumatoídea al nivel de las piernas, con todos los caracteres de una ciática doble, á más de dolor en el esternón y costillas del lado derecho. Era una enferma pálida, con anemia general intensa y pregunto yo: ¿no tendría esta enferma algún brote canceroso en la columna vertebral? Recuerden así mismo, que hicimos la prueba que nosotros solemos hacer, cuando nos encontramos ante un caso sospechoso de mal de Pott, esto es, comprimir la columna vertebral de arriba á bajo, sobre los hombros, cuando el enfermo está decubiado, y que dió por resultado una exacerbación del dolor, de manera es que esta enferma no tiene una neuralgia doble de naturaleza indeterminada, de los plexos lumbar y sacro (sabido es que estas neuralgias van siempre asociadas), esta neuralgia lumbar, siendo tal, es consecutiva á una compresión de las raíces lumbares y sacras dentro de la médula, por efecto del cáncer que se ha desarrollado en la columna vertebral.

Esto no puede asegurarse tras un examen ligerísimo de la enferma como es el que aquí hicimos nosotros; hay que observar mejor á la enferma, pero desde luego suspendemos el acto operatorio, hasta ver si se confirma ó no nuestra sospecha, tanto más fundada, cuanto que la columna vertebral es uno de los sitios predilectos para la reproducción del cáncer.

Me permitiré recordar á este propósito, el caso de un cáncer de la mano derecha operado por mí, que se produjo nada menos que ocho años después de ser operado, á nivel de la columna vertebral cervical sin que por fuera se notase absolutamente nada.

Y dicho esto, vayamos sin detenernos en nuevas consideraciones, á la determinación del diagnóstico precoz del cáncer, cuya importancia queda encomiada por lo que llevo dicho.

Ante todo, he de decir á ustedes que este diagnóstico no precoz, es fácil. En el segundo y tercer períodos, se presentan con infartos ganglionares, duele mucho, es muy duro, se adhiere á la piel, no supura ni produce fiebre y cuando esto ocurre no es posible la confusión, pues este cuadro sintomático sólo puede ser propio del carcinoma.

En el primer período, que es cuando realmente interesa al cirujano, tiene su diagnóstico mayores dificultades.

En este período, examinando la mana percíbese ya la existencia del tumor y lo primero que nos interesa determinar, es si el tumor está ó no en la substancia de la mama, pues si asienta en el tegido celular, piel ó tegido retromatorio, hay que desechar la existencia del cáncer. Por el contrario, nos inclinaremos á sospecharla, cuando hallándose localizado en la glándula mamaria, se trate de un tumor duro, muy duro. El cáncer de la mama en este primer período, va acompañado de un dolor poco intenso, fugaz é intermitente, que hace decir á la enfermas que sienten pinchazos, espontáneamente ó en ciertos movimientos. Los límites del tumor no son como los de otros procesos de la mama, precisos y bien determinados, sino que á partir del tumor obsérvanse ciertas induraciones estriadas; estas induraciones laterales podremos observarlas aun en aquellos casos en que el tumor revisite forma redondeada, con contornos, á primera vista, bien limitados, pero se hará necesario fijar bien la glándula y para ello se dispone que la enferma apoye fuertemente una mano en el respaldo de una silla, por ejemplo, al mismo tiempo que lleva la otra mano al occipucio con la que se contrae el pectoral mayor y se tiene un elemento de fijeza de la glándula; la mano izquierda del cirujano coadyuva eficazmente á la fijación de la mama atirantándola por sus dos polos, mientras que con la derecha investiga y observa estas induraciones laterales.

Los antecedentes de la enferma serán de tal índole que no harán mención de grietas, traumatismos, ni de nada, en fin, que pueda explicarnos la aparición de aquel tumor.

Así expuestos estos síntomas, del primer período del cáncer de la mama, tumor, dureza, dolor é induraciones laterales, parece ser que el diagnóstico es muy fácil, y sin embargo no es así, por cuanto estos síntomas son muy poco característicos, y unas veces faltan y otras no son lo suficientemente claros para poder descubrirlos.

En efecto; no podemos fiarnos del dolor como síntoma especial del cáncer, porque es síntoma que nosotros no podemos apreciar

para un enfermo que acierte á expresar la manera como se presenta este dolor, habrán muchos que no lo sabrá decir; unos lo exagerarán y otros lo ocultarán. Las estaciones tampoco son características, pues obsérvanse cánceres, muy pocos en verdad, que no las tienen; esto ocurre con esos escirros que comenzaron por una miamitis y al degenerar en cáncer, se han rodeado de una cápsula que evita las emigraciones de la célula cancerosa y con algunos otros cánceres en su primer período. Con mayor frecuencia ocurre, que existiendo esas estriaciones, el cirujano no acaba de convencerse de que existen en efecto; compara una con otra mama, mira, toca y vuelve á reconocer la mama enferma y no se decide á aceptar como verdaderas estriaciones las induraciones que en ella observa.

Por todo esto, repito, el epitelioma de la mama, ofrece en este período dificultades diagnósticas. Para disipar las dudas solo hay un síntoma que unir á los anteriores: las adherencias del tumor con la piel.

Los antiguos, percatados de la existencia de estas adherencias, daban á este síntoma el nombre de *piel de naranja*, por observar en estos procesos una serie de elevaciones y depresiones, con un punteado como de carne de gallina, pero con ella se referían solamente á cánceres muy avanzados, en que la piel se halla pegada y adherida al tumor. Observamos nosotros en este primer período sobre la superficie del tumor, ciertas estrias que van desde el tumor á la profundidad de la mama. No se trata aquí de adherencias de la piel con el tumor, en gran extensión, esto es, en forma de plano, sino que son tabiques, suficientemente largos para enlazar la piel con la profundidad de la mama y es que, cuando se produce un cáncer que no es otra cosa que una infiltración celular, ésta se verifica en todos sus elementos.

Este es el síntoma más decisivo.

Recopilando, tenemos: tumor desarrollado en la mama; tumor duro, de dureza leñosa; dolor intermitente, fugaz y de poca intensidad; tumor con ramificaciones periféricas que impiden trazar sus límites fijos y adherencias, con sus caracteres propios, de la cara profunda de la piel con el cáncer. En ocasiones, se presentan también pequeñas hemorragias, de algunas gotas, á través del pezón, pero esto es más bien síntoma de la mamitis crónica.

¿Cuáles serán las otras enfermedades con las que el cáncer de la mama puede confundirse? En primer lugar, citaremos la mamitis crónica y diré á ustedes que siempre que veamos una mamitis crónica, debemos pensar en la posibilidad de que degenera en cáncer, pues

pasa pronto á mamitis quística y de aquí al cáncer, lo cual nos obligará á vigilar atentamente á la enferma. En la mamitis crónica el proceso es mucho más intenso; fijando el pectoral y comprimiendo la mama de delante atrás, se ve que la induración al revés del cáncer, no forma tumor sino que afecta á toda la mama. Además no tiene las adherencias de que antes hablábamos entre la piel y la cara profunda del tumor. La mamitis crónica afecta por igual á las dos mamas; las hemorragias repetidas y pequeñas, en el pezón, son propias de la mamitis y si bien se ha dicho que estas hemorragias se presentan en el cáncer, es que la mamitis le ha precedido.

Otro proceso es la tuberculosis. Los antecedentes de la enferma, la aparición de infartos ganglionares, muchas veces desde el principio y en ocasiones antes que de la enferma se queje de dolor, la fiebre y finalmente la reacción á la tuberculina, zanjarán la cuestión. La tuberculosis de la mama se presenta con frecuencia de modo parecido al cáncer, sin límites exactos, pero los síntomas dichos bastarán para establecer el diagnóstico diferencial.

Los fibromas tienen límites precisos y forma redondeada; cuando duelen, lo hacen por efecto del peso de la masa fibromatosa, no siendo dolor como de pinchazo.

Los quistes dan sensación de igualdad en la superficie, con límites precisos. De los abscesos no hay que hablar; sólo los poco experimentales pueden confundirlos con el epiteloma, pues van acompañados de escalofrío inicial, fiebre constante, enrojecimiento de la piel, fluctuación inmediata etc., etc.

Pero dirán ustedes; ¿para qué esforzarse en llegar á este diagnóstico diferencial? ¿á qué tanta duda, tanto consejo y tanto síntoma, si invariablemente, sea cualquiera el proceso, mamitis, fibroma, quiste, epiteloma, hay que llegar á la extirpación como mejor procedimiento operatorio?

Pero la cuestión no es esta; y si verdad es que hay que llegar á la extirpación, como mejor manera de curar á las enfermas, no es menos cierto que el acto operatorio es distinto en uno y otro caso, tan completamente distinto, que está justificada la necesidad de saber de qué proceso se trata, antes de tomar el bisturí.

Si se trata de un fibroma, bastará una incisión en la piel y aponeurosis, para enuclearlo. Si es un quiste, bastará la marsupialización, y persiguiendo una cura más radical, se hará la enucleación como en el fibroma. Siempre quedará la glándula mamaria íntegra en condiciones de segregar leche, si la mujer llega á la gestación.

En el caso de una mamitis crónica ó de una tuberculosis de la mama, tendremos que ser más radicales, llegaremos al sacrificio de la glándula entera para evitar la reproducción, aunque prodrá ser suficiente la extirpación.

Si de un cáncer se trata, no bastará con la extirpación de la glándula; es necesario hacer una operación más radical, que ustedes ya conocen y en la que no insistiré para no repetir lo que ya han visto hasta la saciedad. Hay que extirpar la glándula y con ella el pectoral mayor con su aponeurosis, la grasa de la axila, etc., etc., y si por no hacer el diagnóstico cometemos un error de terapéutica, por exceso ó por defecto, sometemos á la enferma á peligros tan grandes como inútiles. Así, por ejemplo, si un cáncer pasa desapercibido para nosotros y creyendo que es una tuberculosis, extirpamos la mama simplemente ó bien el tumor exclusivamente creyéndolo un fibroma, ocurrirá que el cáncer que estaba limitado, invadirá toda la mama, pectoral axila, etc., y si en el caso contrario, tratamos un fibroma ú otro cualquiera de estos procesos como un cáncer, sometemos á la enferma á una operación radical, con la cruencia y peligros grandes que la acompañan, sin necesidad ninguna.

Véase, pues, cuán justificada es la importancia que nosotros concedemos al diagnóstico precoz del epitelioma de la mama. En cuanto al diagnóstico en segundo y tercer período, cuando el cáncer tiene gran volumen, infartos, dolor constante, etc., ya hemos dicho que es fácil y en los libros podrán estudiarlo; en cambio el diagnóstico precoz no se estudia en ningún libro de la debida manera, por lo que su estudio tiene para ustedes incuestionable utilidad.

3) Dr. D' Arcangelo.—Infección puerperal-electrargol-curación.

Me satisface en extremo poderos dar á conocer los brillantes resultados obtenidos con el Electrargol en un caso típico de infección á consecuencia de parto, ó, por mejor decir, en un caso de piemia por retención placentaria á consecuencia de aborto.

Fuí llamado á casa de la enferma, quien, tras de un escalofrío sufría de una fiebre muy fuerte (41°1) con aspecto tífico y abundante secreción pútrida de las vías genitales.

En seguida hice (eran las 2 de la tarde) una inyección de 5 c. c. de Electrargol, y dos horas después quedé sorprendido y contento al comprobar que la temperatura había descendido á 38°9.

Al día siguiente por la mañana (6 de Octubre), á las nueve, encontré el estado general muy mejorado, secreción menos abundante y menos pútrida, temperatura, 38°3.

Repetí la inyección de 5 c. c. de Electrargol.

Por la tarde, á las seis, la temperatura era de 37°1; reintegración completa de todas las facultades psíquicas, secreción menos abundante aún y sin olor.

El 7 de Octubre, por la mañana á las nueve, temperatura, 36°8; secreción casi nula. No hice inyección.

La noche del 7 al 8 de Octubre fui llamado con urgencia.

Encontré á la enferma en un estado de postración general. Temperatura, 40°4 con secreción aumentada y fétida.

Nueva inyección de 5 c.c. de Electrargol.

Por la mañana, á las diez, temperatura, 38°5; todos los fenómenos atenuados, así como la secreción.

Por la noche, temperatura, 38°1.

El 9 de Octubre, temperatura, 37°5. Inyección de 5 c.c. de Electrargol. Por la noche, temperatura, 37°.

El 11 de Octubre, por la mañana, temperatura, 36°8. Nueva inyección. Por la noche, 37°.

El 12 de Octubre, por la mañana, temperatura 36°5. Por la noche temperatura, 37°.

Desaparición completa de la secreción. Curación perfecta.

Prescindo de todo comentario; los hechos son lo bastante eloquentes si se piensa en que nada, ni siquiera un lavado de agua esterilizada, fuera del Electrargol, fué empleado.

Estoy en vías de experimentar el Electrargol, en solución quirúrgica en un caso de fístula ano-rectal: la experiencia ha sido satisfactoria.

Habiendo leído las comunicaciones de las diversas aplicaciones del Electrargol, desearía hacer amplios ensayos y quisiera emplearle en un caso muy interesante de endometritis catarral crónica.

Bibliografía

Formulario de especialidades farmacéuticas para 1912, por el Dr. *V. Gardette*. 1 vol. en 8.º de 400 pag. 3 francos. (Librairie de P. B. Bailliere et fils. 19, rue Haute-feuille, París) en francés.

El objeto del Dr. Gardette, ha sido procurar ser útil á sus compañeros, dándoles á conocer aquellas especialidades farma-

céuticas más usadas, con todos los detalles más precisos para que las puedan prescribir con entero conocimiento, siempre que lo deseen ó las necesiten.

El éxito obtenido por este libro, que ha alcanzado ya la 6.^a edición, demuestra de que manera ha respondido al objeto propuesto.

Las noticias que mencionan la aparición de una especialidad nueva ó las que recuerdan una ya antigua, resultan inútiles la inmensa mayoría de las veces, á causa de que apenas señalan en ellas ni las indicaciones ni la composición ni la dósís de la especialidad, omitiendo también dar cuenta de la forma en que se presentan, granulado, jarabe, solución, píldoras, etc.

Los prospectos explicativos, de los que se reparten con tanta profusión en casa de los médicos, son largos, difusos y apenas se llegan á leer. Por eso, pues, en el momento de prescribir la especialidad, si la memoria no es muy fiel, conviene tener á mano algo que la refresque y que de una noticia suscita á la par que completa de la especialidad que se quiere formular.

La nueva edición de este formulario, lo divide en tres partes: en la primera parte se hallan indicadas las especialidades por orden alfabético: es en esta primera parte donde debe buscarse la composición y las dósís.

La segunda parte indica también, por orden alfabético, el nombre del fabricante, su dirección y la indicación de todas las especialidades que le pertenecen.

La tercera parte comprende un extenso repertorio de las especialidades, siempre por orden alfabético, é indicación de su fabricante dentro de un paréntesis que figura después del título de la especialidad, si el nombre del fabricante no se halla comprendido en el título.

Formulario de nuevas medicaciones, para 1912,
por el Dr. H. Gillete, antiguo interno de los hospitales de París; 7.^a edición, 1 vol. en 8.^o de 300 páginas, encuadernado y con figuras, 3 francos. (Librairie P. B. Baillere et fils 19, rue Hautefeuille á París).

La terapéutica es rica en medicamento; en cambio, es muy pobre en medicaciones.

Viviendo á la sombra de las doctrinas reinantes, como ellas las medicaciones se modifican, se transforman, se completan incesantemente, de manera que el práctico necesita poseer, no solo en su biblioteca, sino encima de la mesa de su despacho y al alcance de su mano, junto á un ejemplar de medicamentos nuevos otro de nuevas medicaciones.

Rápida y claramente en 300 páginas ó poco más, podemos hallar todo lo que nos conviene saber bajo el punto de vista práctico acerca de la medicación anti-cancerosa, anti-infecciosa, anti-neurálgica, y anti-reumática, anti-sifilítica y anti-tuberculosa, sobre las medicaciones coloidales, declarurantes, hipotensivas raquidiana, recalcificante; la bacterioterapia intestinal, la ionoterapia, las diversas opoterapias, la fototerapia, la seroterapia, los sueros antidiftéricos, antipneumónico, antiestreptocócico, anti-tuberculoso con las diversas tuberculinas, los sueros artificiales y las nuevas medicaciones contra la sífilis, como la hectina, el 606, etc., etc.

He aquí, pues, este libro tan deseado y tan solicitado; su aparición obedece á la idea nuestra que erige todos nuestros trabajos y todas nuestras acciones. «Todo por y para la práctica.»

A esto se debe el éxito de todas las obras que se inspiran en este pensamiento saber unir la brevedad y concisión, con la claridad; este es el secreto del éxito considerable obtenido por su hermano, el *formulario de los medicamentos nuevos* de Bocquillan, que ha llegado á la edición 24; tal creemos llegará á ser el del Dr. Gillet sobre las nuevas medicaciones que todos los prácticos leerán con interés y con provecho para ellos y para sus enfermos.

Primera reunión de la Asociación española de Urología.—Temas oficiales, comunicaciones y discusiones, publicados bajo la dirección del Dr. Carlos Negrete.—Secretario General.—Madrid, Mayo de 1911.

Con este título ha publicado la «Casa Vidal» (Imp. y Lib. médica, Atocha 98.— Madrid) un libro en 8.º mayor, en el que se da cuenta de todo lo presentado en este primer Congreso que se celebró en Madrid en Mayo de 1911 la «Asociación española de Urología.»

Tan solo leyendo el índice, basta para darnos cuenta de la

importancia de los temas desarrollados, y por ende, de la que ha revestido el mismo Congreso que los urólogos denominan modestamente reunión.

Entre los temas figuran los dos importantísimos siguientes: «Tratamiento quirúrgico de la hipertrofia de la próstata. Ponentes: Doctores Serrallach y Parearnau, de Barcelona, y tratamiento de la uretritis crónica. Ponentes los doctores González Bravo y Negrete, de Madrid, y en la lista de comunicaciones existen algunas en extremo interesantes. No las mencionamos por no hacer excesivamente largo este trabajo, y nos limitaremos tan solo á señalar tres de ellas, que para nosotros tienen además del interés científico propio del asunto, el haber sido presentada por dos queridos compañeros nuestros de la localidad, habilísimos y muy compatente urólogos. Nos referimos á los Doctores Arrese y Camiña: el primero, con sus dos notables trabajos, uno referente al «Diagnóstico de los cálculos vexicales por el instilador olivar», y otro con el título «Contribución al estudio del tratamiento quirúrgico de la epididimitis blenorragica»; y el segundo con la notable comunicación acerca del «Tratamiento de la blenorragia crónica por medio de la aspiración» trabajos, todos ellos muy concienzudos y muy uruditos, y en cuyo análisis no nos queremos detener por no herir las naturales modestias de sus notables autores.

Con todo lo dicho basta para darse una idea de la extraordinaria importancia que ha tenido el Congreso de referencia así como lo tiene el libro que de aquel trata y al que remitiremos á quien desee adquirir datos más concretos para esta clase de estudios.

