



BOLETIN MENSUAL

SOBRE DOS CASOS DE SARCOMA Y SOBRE EL TRATAMIENTO DE ESTA NEOPLASIA

(Conclusión)

El tratamiento del sarcoma puede ser médico, paliativo, tópico y radical. No hay que insistir en que decididamente y en la mayoría de los casos soy exclusivamente partidario del último.

I. TRATAMIENTO MÉDICO.—Parece que el arsénico tiene una influencia bien comprobada sobre algunos tumores, y entre otros los sarcomas; Lesser le recomienda para los sarcomas de la piel. Pero hay que tener en cuenta que los sarcomas de la piel suelen ser a un mismo tiempo muy numerosos, y, en consecuencia, inoperables. Nadie deja de estar convencido de que con el arsénico al interior no puede desaparecer un tumor sarcomatoso, y si solo disminuir un tanto su volúmen y retardar y mejorar la caquexia.

El iodo se ha empleado también; a ese enfermo inoperable que he citado antes de sarcoma de la pared costal, le recetamos la *Iodalose*, y en principio, pareció como si hubiese producido una corta pausa en el desarrollo del tumor.

Modernamente se piensa más en sueros y productos nuevos, y se trabaja mucho en este sentido. Cajal cita a Coley quien en 1899 anunció que había tratado con éxito algunos casos de sarcoma inyectando subcutáneamente un suero que consistía en una mezcla de toxinas del *micrococcus prodigiosus* y el *streptococcus erisipelatis*, pero la poca trascendencia del procedimiento le deja ya calificado. En tanto persis-

ta un duda, por pequeña que sea, en lo que hace referencia al origen parasitario de este tumor, no se puede pensar en sueros y no merecen esos productos ninguna confianza. El mismo Cajal hace una suspensión sobre lo que podría aguardarse de la célula-terapia, como en la rábia.

Soy muy escéptico por lo que cuentan algunas revistas sobre los efectos de la cuprase de J. Gaube du Gers; ayer me decía el Dr. Gassiot que él y Aguilar la habían probado en ese enfermo inoperable de sarcoma costal, a quien dieron inutilmente tres o cuatro inyecciones, sin notar el más pequeño beneficio ni la más remota ventaja, y falleciendo pocos días después de la cuarta inyección.

También se ha recomendado para cánceres y sarcomas el antime-ristem-Schmidt, que tampoco creo haya ido más allá de anuncios y prospectos.

Los Rayos X también se han empleado: recuerdo un caso de osteosarcoma de la tibia que trataba por la rönt-genoterapia el Dr. Comas, sin ningún resultado práctico, teniendo que acudir finalmente a la amputación.

Ignoro si se ha fulgurado algún sarcoma.

Conclusión única: que ni la farmacología, ni la orroterapia, ni la fisioterapia, han dado jamás ningún resultado y que únicamente pueden prestar servicios como a medios de consuelo y engaño contra la irremisible desesperación de los casos recidivados e inoperables.

II. TRATAMIENTO PALIATIVO.—El de siempre: el opio, la morfina y la paciencia para no cansarse de cuidar y consolar al enfermo.

Es el último refugio de los cirujanos: como una *eutanasia* extra oficial.

III. TRATAMIENTO TÓPICO.—Consiste principalmente en el uso de sustancias cáusticas que destruyen los tejidos sarcomatosos. Pero el cáustico, al fin y al cabo, no es más que una parodia del tratamiento radical, y digo parodia porque quiere hacer lo mismo del tratamiento radical exponiéndose muchísimo más a hacerlo incompleto; si a eso se añade que el uso de los cáusticos es un procedimiento calmoso, se comprende enseguida que ha de ser impropio para esos tumores malignos cuya evolución es tan rápida. El Dr. Rusca condenaba en absoluto el uso de los cáusticos, y siempre que sorprendía a un enfermo con una extensa cicatriz encima de una neoplasia aseguraba rotundamente y con toda su autoridad que aquello había sido obra del curanderismo. El Dr. Cardenal, escribe, refiriéndose a todos los tumores en general, que él no niega que hayan dado resultado, alguna vez, los

cáusticos, pero si sostiene que en general constituyen un tratamiento muy inferior a la extirpación.

IV. TRATAMIENTO RADICAL.—El tratamiento radical consiste en la extirpación quirúrgica: esa, naturalmente, según la localización del tumor, es una operación muy variada: una sencilla extirpación, como en la piel, una resección, como en los huesos, una amputación, como en las extremidades; en el globo ocular, donde son los sarcomas tan frecuentes, sobre todo en la coroides, se practica la enucleación del ojo; en el testículo, la castración; y siempre, lo que debe hacerse, es extirpar el tumor con su cápsula y con todos los tejidos vecinos sospechosos y no sospechosos, porque la extirpación del sarcoma ha de ser muy amplia si quieren aguardarse resultados; precisamente ese ha sido el defecto de las operaciones de los dos casos míos; en el de sarcoma vulvo-vaginal, la topografía anatómica de la región no permitía una extirpación tan amplia como exige la naturaleza del tumor, y en el caso de condrosarcoma de la pared torácica, es la gravedad de una intervención demasiado próxima a la pleura y el tratarse de una niña de sólo tres años lo que no permite una extirpación tan extensa como había de ser.

Pero estos detalles de técnica únicamente son de interés para los profesionales de la cirugía; aquí lo que interesa es sentar en conclusión si es lógica o no la intervención quirúrgica en un enfermo afecto de sarcoma.

Si de una parte han fracasado por completo los otros tratamientos y de otra parte con éste se cuenta algún caso de curación permanente, y muchos casos (casi tantos como operados) de curación inmediata y por un tiempo más o menos largo, no hay ninguna duda, es lógico que la extirpación quirúrgica sea el único tratamiento que se ha de recomendar. Lo mejor de lo malo jamás es lo peor, y si todas las terapéuticas dirigidas contra los tumores malignos son malas, es lógico que la menos mala, la que de momento obtenga un resultado esperanzador, aun que no sea más que por una interinidad, será la mejor de todas y la única que debe ponerse en práctica.

Indudablemente es verdad que una cura radical inoportuna puede precipitar la recidiva, pero debe tenerse presente que eso es consecuencia tan solo de una cura radical inoportuna; lo que debe hacerse es no aguardarla esa inoportunidad, dejando pasar miserablemente el tiempo, e intervenir los enfermos inmediatamente después de reconocida una neoplasia, sin dejar lugar a las espectaciones y pruebas, que son las únicas culpables de los fracasos de la cirugía de los tumores.

El criterio de los cirujanos es bien taxativo, para todos los tumores, sobre todo los malignos, y sus únicas excepciones están basadas en aquella diferencia que establecía el Dr. Rusca entre el cáncer y el sarcoma: el primero se propaga inmediatamente por el sistema linfático, y el segundo pocas veces ataca a los linfáticos y tiene en cambio más tendencia a generalizarse por medio del sistema venoso; y es así efectivamente, porque mientras pocas veces se encuentra el cáncer sin ir acompañado de ganglios infartados, prueba inequívoca de la cancerización por medio del sistema linfático, son excepcionales los ganglios infartados en los casos de sarcoma, en los cuales en cambio es más frecuente la metástasis al ligado, el pulmón, intestinos, prueba, también fundamentada, de que el sarcoma se generaliza invadiendo el sistema venoso; ahora bien, así como para el cáncer nadie duda un solo momento en recomendar la intervención quirúrgica cuando no están aun invadidos los ganglios respectivos, y hasta se practica aun cuando hayan infartos ganglionares, así también para el sarcoma debe recomendarse la intervención siempre que la generalización del mal no pueda comprobarse, y de esta manera quedarán excluidos tan solo para el tratamiento quirúrgico los sarcomas múltiples, los generalizados y los metastásicos.

Este es el criterio imperativo de la cirugía bien entendida, justificado por estas lógicas razones, lejos del prurito de operar y guiado por la humanitaria virtud de la caridad.

¡Es muy triste hacer interiormente la sentencia de un enfermo afecto de un tumor maligno, y privados por completo de comunicarle un tan grave pronóstico, cerrarle el único camino, haciendo caso omiso de la indicación quirúrgica, o por temor a la reproducción del mal, o para probar en primer lugar ese o aquel otro fármaco! A más de que lleva sobre él que así obra una responsabilidad grande, inmensa, debe tenerse en cuenta que ningún argumento apoya el que por temor a la repetición del mal, dejemos el mal sin defensa alguna; es lógico además, que entre un mal futuro y un mal presente, que ya se tiene, siempre habrá muchísima diferencia, y mucho más si ese mal se llama cáncer o sarcoma.

Yo siempre he visto más conformidad en los enfermos que han sido operados una o más veces, cuando he dejado de recomendarles la nueva intervención que veo imposible; ese enfermo que había perdido su confianza en los medicamentos, los toma otra vez lleno de fé, convencido del fracaso de la cirugía, y confiando en la morfina el remedio que no tiene, y contemplando con la sangre fría que de la cirugía ha

aprendido su ruina física que le acompaña poco a poco a un fin fatal y próximo.

Yo tengo solo presente delante de esos enfermos el sabio consejo del Dr. Amalio Gimeno, quien dice que al sentar la indicación quirúrgica tan solo debe hacerse cada uno la pregunta de si lo haría igualmente en un amigo, un pariente, un hijo, en él mismo, si tales fuesen los enfermos.

Y francamente, en un caso de sarcoma, si yo fuese el enfermo, yo acudiría inmediatamente a la operación quirúrgica, a una operación quirúrgica muy amplia, que no tuviera para nada en cuenta el sacrificio de la carne. Pero no aguardaría siquiera comprobar la naturaleza de mi neoplasia, ni tan solo casi diagnosticarla; con que fuese neoplasia tendría suficiente. No se porqué, pero estoy convencido de que esa niña de Castellfollit podía tener en principio un encondroma puro que más tarde se dejeara en condrosarcoma. Una operación extemporánea puede haber precipitado algún enfermo, pero el éxito de la intervención de una neoplasia que nace sería innegable, como innegables son los casos de curación de los pequeños epitelomas del labio operados con mucha prematuridad.

Y después de todo, qué hay alguien capaz de demostrar la existencia de otro remedio mejor? Ojalá un día llegara a ser un hecho lo de la vacunación antineoplásica, o la sueroterapia del cáncer y del sarcoma: pero hoy como ayer, la única terapéutica racional, la única lógica, sigue siendo aun, a pesar de sus fracasos, la terapéutica quirúrgica, que al menos por un plazo de tiempo más o menos largo deja a los enfermos con la tranquilidad de no tener el tumor que era su pesadilla.

DR. J. DANÉS Y TORRAS

Olot, 18 de Febrero de 1913

PATOGENIA Y TRATAMIENTO DE LA ECLAMPSIA PUERPERAL

(Conclusión)

Así se comprende que el veratrum, los calomelanos, el ioduro potásico, la pilocarpina, etc., etc., hayan sido preconizados y utilizados siempre con próspero resultado. Lo mismo podemos decir de nues-

tra flamante opoterapia, que utilizando los medicamentos extraídos del organismo animal, constituye uno de los capítulos y no de los menos divertidos de la historia de las aberraciones del espíritu humano, que por una lenta y progresiva evolución, nos ha hecho retrogradar, según comprueba el profesor Cabanés, varios siglos, dándonos como pretendidas novedades, las drogas más estafalarias, relegadas de muchísimos años, en el arsenal de los viejos remedios.

Por lo que se refiere al *veratrum viride*, muy poco conocido entre nosotros (ha sido empleado con resultado variable en la clínica del Pf. Recasens), sería un vomitivo y un purgante drástico; es la vez un depresor del sistema nervioso, produce postración y abatimiento y paraliza los nervios vaso-motores. De ahí una vasodilatación y consecutivo descenso de la presión sanguínea. Tiene además una acción depresiva, sobre el corazón, rebaja el número de pulsaciones, la temperatura y favorece la sudoración y la diuresis. Tales son según los prácticos de la América del Norte, las máspreciadas condiciones del medicamento que le hacen insustituible, para la curación de la eclampsia puerperal. Se emplea en forma de extracto fluido, a la dosis de doce a treinta centigramos, por la vía estomacal, o bien en inyección hipodérmica. de XV á XXV gotas, de una sola vez.

La escuela italiana, que ha sido la primera en introducirle en Europa, nos dice que obra maravillas. Mirto en 61 casos observados en los hospitales de Pavia y de Milán registró 5 defunciones o sea un 8.0'4 % de mortalidad.

Mangiagialli en 17 observaciones, sólo habría tenido una muerte y aun esta ocurrida nueve días después de la última crisis. Parece que la medicación tendría real importancia en punto a una más rápida, desaparición de la albúmina, puesto que René de Contret en una mujer con fuertes y repetidos accesos, y enorme cantidad de albúmina (25 grados) la vió descender a los dos días a un gramo.

Los calomelanos, a que son muy aficionados los prácticos ingleses, fueron preconizados por Wilson, que los administra a dosis fraccionadas de 75 centigramos a 1.25 gramos durante los accesos.

La estadística de este autor es como ya se supondrá, bastante brillante. Explica la acción de los calomelanos, por sus propiedades, colagogas, diuréticas y anti-fermentescibles. No me parece sin embargo que esta sal de mercurio sea tan inocua como dicen, en un organismo cuyo riñón funciona en tan malas condiciones.

La pilocarpina, debería proscribírsela, del tratamiento de la eclámp-

sia, por los graves accidentes a que da lugar (disnea, edema pulmonar, asistolia). En la actualidad, sólo la usa una minoría muy pequeña de prácticos ingleses.

Basándose en un *a priori*, esto es, admitiendo que la eclámpsia es consecuencia de la insuficiencia tiroidea, Nischolson usa el extracto de aquella glándula que administra a la dosis de 30 centigramos hasta completa desaparición de los accesos. Wasale ha curado todas sus eclámpticas (tres observaciones) con extracto patiroideo de buey. Este tratamiento como ya indica el mismo Nicholson sería mejor para usarlo como medio preventivo.

El ioduro potásico, según ya hemos visto al estudiar la teoría mamaria, fué llevado a la práctica por Bolle, en la clínica del profesor Olshausen. Consiste en la inyección en las mamas o en el tejido celular, de la fosa sub-clavicular, de una solución de cinco a seis gramos de ioduro potásico al día. Los efectos de la medicación se manifiestan a las cinco horas. Bolle asegura haber observado sólo tres muertes en los 17 casos tratados, lo que daría 17.6 % de mortalidad. La verdad es, que en su estadística omite otros dos casos desgraciados, a pretexto de haber sido admitidas las pacientes en muy grave estado, lo cual no es justo ni equitativo, porque como ya se le hizo notar, esta conducta se presta en demasía al subjetivismo. Unida su estadística a la del profesor Ed. Martín (50 %) no debe extrañarnos que el tratamiento no haya hecho prosélitos.

De todo lo expuesto, en resolución, se desprende que el tratamiento médico fundamental de la eclámpsia, es por orden de prelación a la hora actual; la sangría profusa, morfina y cloral especialmente método de Stroganoff; cloral sólo, método intensivo, de Fochier; cloral combinado con las sangrías discretas, (clínica de Baudeloque) veratrum viride y cloroformo, sólo para moderar los accesos; los demás medios no han podido tomar carta de naturaleza. Con ello queda dicho que el tratamiento continúa, como antaño, siendo empírico-sintomático y que pese a las múltiples teorías, (no en vano se ha llamado a la eclámpsia, la enfermedad de las teorías), no se vislumbra todavía aquella tierra de promisión, que según se afirmaba, había de convertir la vieja terapéutica, en otra verdaderamente racional y patogénica.

Y esto sentado, séame permitido pasar al

TRATAMIENTO OBSTÉRRICO. — «Non occides». — Cuando, como acontece la mayor parte del tiempo, estalla la eclámpsia en el último perio-

do del embarazo, si sobre todo se inicia con los dolores del parto, sean éstos o aquella su consecuencia o el efecto, si en una palabra, el cuello verdadero nudo gordiano, dilatado o dilatado, hace preveer que la expulsión, tendrá lugar en un plazo más o menos breve, la conducta del tocólogo está limpiamente fijada; el caso es de una simplicidad lapidaria, y por lo mismo, tirios y troyanos, digo, intervencionistas y conservadores, están de absoluto acuerdo. La intervención es la regla, y unánimemente, se aconseja por los medios más seguros posibles; forceps o versión, que no es de aconsejar en las primerizas, más que en el raro caso de cabeza móvil, en el estrecho superior, o en el caso más raro todavía de presentación transversal. Dentro de la sencillez de este caso, pueden ofrecerse las condiciones de mayor a menor grado en la dilatación. Si ésta es del tamaño de la palma de la mano, el acuerdo continúa siendo perfecto, y por todo el mundo se conviene en practicar, la dilatación gradual y metódica, hasta completarla, bien sea manualmente, estilo Fournier, Bonnaire, bien por medio de instrumentos, balones (metreuresis), dilatador de Tarnier y sobre todo el Bossi (1).

Si la dilatación siendo incompleta tuviese sólo el ruedo de una moneda de dos pesetas, y el segmento inferior, delgado y flexible con canal cérvico uterino reblandecido nos revelará que se puede forzar la dilatación, sin desgarros, hasta alcanzar el grado máximo para la aplicación del forceps, bien que se dibuja alguna que otra vacilación, continúa siendo todavía bastante unánime el parecer de acelerar el parto por los medios de dilatación descritos, sea cual fuere la marcha clínica de la enfermedad; salvo en los contados casos de mejoría pronunciada, que entonces se conviene en que la expulsión se deje a los recursos naturales.

Legítima la intervención en estas condiciones, la nula gravedad

(1) El dilatador de Bossi ha decaído a medida que ha ido perfeccionándose la técnica de la cesarea vaginal. Este descrédito que no nos sorprende por la versatilidad del espíritu humano que se va siempre a lo más nuevo por creerlo mejor, ha alcanzado al dilatador, porque como a los balones se le ha exigido más de lo que podía dar de sí. Han contribuido también al descrédito los franceses que en su entusiasmo por lo suyo, ponderan las ventajas de la dilatación a la Bonnaire, haciéndolo resaltar los inconvenientes de la Bossi. Leopold y tantos otros que no cito mirando a la brevedad, que son hoy sus principales detractores no hace muchos años eran sus principales propagandistas. Todavía no se ha extinguido el eco de los aplausos de Leopold trompeteando las excelencias del Bossi que en 17 casos le proporcionó tan brillantes resultados. Yo lo he aplicado y lo he visto aplicar respondiendo admirablemente a la indicación, en casos que se hubieran cesareado por la vía vaginal. En la práctica privada se hace indispensable y esto lo sabe mejor, el que le haya tocado en suerte acudir a la Bonnaire en una primeriza fie tejidos resistentes.

que comporta el parto metódico acelerado y la inestimable compensación, de obtener vivo al infante, colocando a la vez a la parturienta en buenísimas condiciones, al restarle al *minimum* los riesgos de futuros accesos, tanto más frecuentes, cuanto más aumentan los dolores de un parto prolongado. Y digámoslo también sinceramente; legítima la intervención además de las razones apuntadas, otras que son de orden de pura conveniencia profesional. Yo no sé de ningún tocólogo que al cuidado de una parturienta en las condiciones descritas, y poseyendo técnica e instrumental suficiente para proceder a la dilatación metódica, haya nunca permanecido cruzado de brazos.

Pero si los accesos convulsivos coinciden con los primeros dolores del parto, o a término el embarazo, el cuello no está dilatado ni es dilatatable, ¿se deberá intervenir para hacerlo rápido inmediato?

Los intervencionistas con Dührssen, Bumm y Liepman a la cabeza, contestan rotundamente por la afirmativa sea grave o no el estado de la eclámptica. El punto capital y más importante del tratamiento consiste para aquellos operadores, en la evacuación más inmediata del útero. Es preciso provocar artificialmente el parto, aunque no se haya declarado; la salvación de la madre estriba en la más rápida extracción del feto y placenta, por ser los orígenes del veneno eclámptico, verdaderas fuentes que derraman el filtro tóxico en el organismo materno, y esto con tanto mayor motivo, cuanto que por medio de la cesárea vaginal, el parto rápido inmediato, sobre resultar casi inocuo, permite obtener más infantes vivos.

Examinemos los principales puntos del postulado: no el que hace referencia a la procedencia tóxica del feto, y anexos, cuestión es esta debatida al exponer la teoría tóxicema ovular, sino el de que la cesárea vaginal, sea un salvavidas materno y fetal.

Ya se sabe en qué consiste la histerotomía vaginal. Propuesta por Dührssen, primitivamente seccionaba la pared anterior y posterior del cuello. Bumm ha tenido el medio de simplificarla, contentándose con seccionar el labio anterior del cuello y la pared correspondiente del segmento inferior. Ultimamente Dührssen (1) ha ideado un nuevo procedimiento ó sea el mixto, valiéndose de balones que se arrastran hacia la vuelta y sobre los mismos, que isquemian el cuello, realiza la sección anterior. Yo no he de poner en duda el valor intrínseco de la

(1) Dührssen.—La sección cesárea vaginal, la metreurisis-histerotomía. *L'Obstetrique*, Noviembre 1910.

cesárea vaginal, operación perfectamente reglada y cuya inocuidad parece demostrada. Se engañaría mucho el que creyera que si la excluyo del tratamiento de la eclampsia, y no la considero el *tratamiento heroico*, fuese por los reproches que buena parte de los prácticos le dirige, acerca de los riesgos que corre la mujer cesareada en los partos sucesivos, (roturas uterinas, hemorragias, fístulas vesico-vaginales incurables, ni otras contingencias que tardíamente pueden influir en la vida genital de la mujer). No, puesto que muchas de aquellas objeciones se han basado sobre hechos escasos, y otras veces en simples hipótesis (1). Voy a discutir tan solo el valor de la cesárea vaginal, no como operación en sí como ya llevo dicho, sino como el método propuesto el más eficaz y seguro, para salvar las dos vidas en grave conflicto de perderse por la eclampsia puerperal.

Del detenido exámen de los datos estadísticos que he llevado a cabo, (no se puede cuando de comparaciones se trata, pasarse sin ellos) se desprende que los resultados del parto rápido inmediato serían:

Bumm	8	%
Doederlein.	16-2	»
Fritchs	16-6	»
Dührssen.	13	»
Winter	10	»
Liepman.	13-9	»
Hammerschlag.	42-5	»

Comparando estos datos con los que se obtienen por medio de tratamiento conservador tendremos:

Pfanenstiel	0	%
Ahlfeld, (Tr. expectante).	12	»
Natzmam.	15	»
Stroganoff.	6	»
Bar.	11-62	»
Mirto	8-4	»
Mecé.	2-7	»
Porak	3	»

¡Nunca hubiera creído que las cifras tuvieran tanta elocuencia!!....

Con la misma errónea evidencia, parece haberse demostrado que el parto rápido inmediato salvaguardaba la vida del feto en mayor pro-

(1) Véase Dr. R de Bovis. El tratamiento quirúrgico. de la placenta previa está justificado? Semaine Medicale, Sep. 1911, n.º 36, pág. 421.

porción que los demás métodos propuestos. Se tendrá la prueba en el adjunto cuadro de Daels, basado en 336 casos de la clínica de Bumm. Nos servirá a la vez de tipo de comparación entre los diversos métodos empleados y su eficacia terapéutica (1).

				<u>Madres</u>	<u>Fetos</u>
Eclampsia post-partum.	. 75 casos	— 9 muertes	— 12 %	— 16 %	
Parto espontáneo.	. 19 »	— 3 »	— 15 »	— 6-6 »	
Forceps estr. inf.	. 17 »	— 3 »	— 17 »	— 6-6 »	
Id. sin dilatación.	. 33 »	— 4 »	— 72 »	— 4-4 »	
Metreorisis.	. 42 »	— 8 »	— 19 »	— 25 »	
Versión extracción.	. 21 »	— 1 »	— 4 »	— 25 »	
Dilatación Bossi.	. 31 »	— 5 »	— 16 »	— 25 »	
Incisiones cervicales.	. 6 »	— 0 »	— 0 »	— 20 »	
Cesarea vaginal.	. 76 »	— 9 »	— 9 »	— 36 »	

Sin duda, dice el profesor Commandeur, la cesárea vaginal conserva una ligera ventaja en este cuadro, pero si se agrupan los hechos en dos series.

1.^a.—Parto espontáneo metódicamente acelerado.

2.^a.—Parto rápido inmediato por Bossi, incisiones cervicales, cesárea vaginal, se obtiene el siguiente cuadro:

1. ^a série.	. — 132 casos	— 19 muertes	— 14,39 %
2. ^a id.	. — 113 »	— 14 »	— 12,39 »

En el cuadro anterior se vé que la mortalidad infantil en el parto rápido inmediato, es muy superior a la del parto espontáneo o acelerado; buscando la proporción media de cada serie, tendríamos:

Parto espontáneo o acelerado.	15 - 2 %
Id. rápido inmediato.	27 - 6 »

« No hay duda que corresponde mayor mortalidad a la cesárea vaginal ».

Esta confesión es tanto más de tener en cuenta, en cuanto viene de parte de unos autores que aunque eclécticos, tienen marcada tendencia hacia la escuela Alemana. En consecuencia, lógicamente pensando merece aplausos la mayoría de los tocólogos franceses, de su

(1) Tomado del notabilísimo informe de los profesores Bar y Commandeur sobre el «Tratamiento de la eclampsia puerperal» presentado a la Sociedad Obstétrica de Francia, en Octubre 1911.

profesorado especialmente, que resueltamente se niega a intervenir, por medios cruentos, cuando la dilatación es nula, como en nuestro caso anterior. Tarnier, Charpentier, Budin, Potocki, Porak, etc., estiman mas propio y conveniente, recurrir al tratamiento médico, mas o menos enérgico, según la gravedad del caso, mientras se obtiene espontáneamente el cuello dilatado o dilatado, para intervenir según los medios anteriormente prescritos.

Solo cuando la eclámpsia se declarase a una multipara en aquellas condiciones, se iría el parto acelerando, por consentirlo las fibras relajadas, del cuello a consecuencia de los partos anteriores y de la carbonemia o asfixia que suele acompañar a la eclampsia y de consiguiente permitiendo obtener la dilatación manual o instrumental, sin desgarros o roturas.

Cuando la eclampsia sobreviene durante el embarazo, temible contingencia ya que casi siempre se anuncia con caracteres de mayor gravedad, ¿hay que intervenir?

La escuela alemana o por lo menos la mayoría de sus profesores, consecuentes y lógicos con sus creencias, feto-vello-toxémicas, va a la evacuación uterina inmediata, con los mismos argumentos anteriormente apuntados y sin contemplación ni distingos de ninguna especie. Es decir provocan el aborto inmediato o el parto prematuro, sea o no el feto viable. Quién no recuerda haber visto o leído observaciones de buen número de eclampsias, sobrevenir durante el embarazo, con crisis acendentes formidable, profundo coma y una marcha clínica tan inquietante, que hacía temer la muerte próxima, resolverse rápidamente como una tempestad de verano, merced a un tratamiento enérgico o no y continuar el embarazo, dando a luz la mujer, un feto vivo? Si se hubiera intervenido como quiere la escuela alemana, hubiérase salvado por eso más y mejor la mujer? Y el infante? Confieso buena-mente que la madre hubiera podido obtener por la cesárea vaginal, la curación, como también hubiese podido obtenerla sin ella; porque ya dije que hay eclampsias que *curan* a pesar del tratamiento; pero es bien seguro que el otro ser, que tiene perfecto derecho a la vida, hubiera sido aniquilado. Por estas razones, además de otras que por no repetirme ómito, creo acertada la decisión tomada por la mayoría de los profesores franceses, cuando desde la Academia de Medicina, (cátedra mundial) lanzó por boca de Gueniot, Tarnier, Pinart y otros conspicuos maestros, en el arte de los partos, la fórmula, «que por regla general, en una mujer eclámpica en el curso de su embarazo, no

había necesidad de recurrir ni al parto prematuro, ni al parto forzado, ni con doble motivo, al aborto». (1).

De lo expuesto se deduce, que el tratamiento obstétrico, tiene que ser pura y exclusivamente un auxiliar del tratamiento médico al que siempre, en toda ocasión, habrá necesidad de recurrir el tocólogo, si tratar quiere debidamente la eclámpsia puerperal.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.— Poco he de decir tocante a la descapsulación renal u operación de Edebohls. Mas que con miras a la eclámpsia, parece que fué ideada, con el propósito de hacer frente a los accidentes graves, que aparecen en el decurso de las nefritis agudas y crónicas. Edebohls efectuó la primera descapsulación renal, en 1903 y Pouson y Chambrelent en 1905, fueron los primeros que la importaron en Francia, variando el procedimiento y practicando la nefrotomía. Según se asegura, su más perfecta indicación, radicaría en la eclámpsia post-partum cuando se acompañara de anuria absoluta. Pero por ser esta indicación limitada, haberse observado que enfermos anúricos curaban espontáneamente y la fuerte mortalidad, 75 %, que hasta hoy se ha registrado, han sido motivos para que la operación decayera sensiblemente y sólo se reservara en contadísimos casos de excepcional gravedad. Es por otra parte operación cuya técnica es únicamente accesible al cirujano experto y hábil y sólo para ejecutarla en clínicas.

La extirpación de las mamas, por una concepción apriorística la cometió Sellheim, en una mujer eclámptica cuyo estado le parecía desesperado; la enferma curó. La teoría patogénica de Sellheim y más que todo su manera de obrar, produjo enorme sensación. El profesor Bokelman, en una violenta diatriba condenaba la operación y tras de una serie de reflexiones, filosófico-sociales, de fina ironía, compadecía a la pobre eclámptica, por haber sufrido el mismo martirio que Santa Agueda. Reproduciendo el martirio de la Santa en una estampa que vió la luz en el *Monatschrift de Obstetricia y Ginecología*, dirigida por los profesores A. Martín y Döderlein dió lugar a una viva polémica en la que el profesor Sellheim no demostró poseer aquella seriedad que debiera constituir, el distintivo de toda cuestión científica. El ridículo hubiera concluido con aquel extraño procedimiento, sin la elevada po-

(1) No he creído conveniente ocuparme de la cesárea clásica, como medio rápido y seguro de evacuar el útero, por los fracasos a que ha dado lugar (shok infección, hemorragias, etc.) Sólo está indicada cuando hallándose la madre in extremis, estuviera el feto vivo.

sición científica del profesor Sellheim (es profesor de Ginecología de la Universidad de Tubinga) que al poco tiempo le deparaba un continuador del método; en la persona del profesor, Herrienschneider, director de la escuela de comadronas de Colmar, (Alsacia). Omito las minucias de aquél caso. Primeriza de 18 años, que después de haber sufrido una cesarea clásica, por estrechez pélvica, viendo que aumentaban las crisis convulsivas, el profesor mencionado creyóse en el deber de amputarle los dos pechos, medio según la teoría mamaria, de hacerlo cesar. La enferma a pesar de su doble mutilación y sección cesarea, curó; y aunque confiese el profesor Herrienschneider que la eclampsia tal vez hubiese curado sin la amputación, pudo por lo menos convencerse, sin explicarselo (lo que no deja de ser una convicción inapreciable) de que la alta tensión arterial descendió 60 a 70 milímetros después de practicada la amputación.

A la verdad son convicciones que no quisiera ver compartidas, para que no se repitieran casos parecidos, en bien de la estética y de nuestro arte. Y si tan convencidos estuvieramos, de la ponzoña del líquido, que es nuestro primer alimento nutritivo, si se demostrase científicamente la identidad de la fiebre vitular, y de la eclampsia, inyectemos aire, oxígeno o yoduro, como se hace en las vacas, pero no mutilemos ni arranquemos, sin su consentimiento, al menos la parte más hermosa de la mujer de que la naturaleza la dotó para subvenir al sustento de sus pequeñuelos.

Llegado al término de este trabajo, he de resumirle en las siguientes:

CONCLUSIONES

PATOGENIA.

1.^a—La eclampsia puerperal no es una enfermedad; es un síndrome, episodio terminal, de una previa auto intoxicación gravídica.

2.^a—Los accesos convulsivos son de tal relieve clínico que hoy por hoy, la palabra eclampsiá no tiene sustitución. La propuesta por Binard en 1893 por la de «accesos convulsivos» que han adoptado sus discípulos, es defectuosa por haberse demostrado que la eclampsia puede aparecer sin accesos convulsivos. El término eclampsismo, propuesto por Bar, es más apropiado, porque caracteriza el conjunto de accidentes, que preceden inmediatamente a los accesos convulsivos, pródromos que pueden contituir (sin resolverse forzosamente en crisis)

las únicas manifestaciones de una verdadera auto-intoxicación gravídica.

3.^a—De entre las teorías expuestas hasta hoy para explicar la naturaleza de la eclampsia, no hay una sola que resista a la crítica, de las verdaderas leyes de la experimentación. Todas ellas sin embargo convienen en una sola afirmación, que parece demostrada, «La eclampsia es la resultante de una hemo-intoxicación.»

4.^a—Ni las investigaciones clínicas, ni las anatomopatológicas, ni las bioquímicas, han podido demostrar el origen y naturaleza del tóxico. Pero por razones intuitivas, clínicas y de respetuosa admiración a mis maestros y la enseñanza del profesor Pinard, que se apoya en los experimentos de Bouchard, Hahn, Nassin, Neucki y Paulow, quedó permaneciendo fiel al concepto de la toxemia gravídica por insuficiencia hepática.

5.^a—No se conoce la composición química, de la toxina eclámptica, pero el parecido que tiene con los venenos que contienen los principios de la hemaglutinación, de hemolisis y de endoteliolisis y sobre todo, su perfecta semejanza, con el veneno de la cobra o serpiente de anteojos, hace preveer que si las investigaciones dirigidas en este sentido, logran la obtención de estos prolecididos ayudará al aislamiento del tipo-tóxico, responsable de la eclampsia puerperal.

TRATAMIENTO MÉDICO.

1.^a El tratamiento profiláctico continua siendo, aunque empirico, por consensus universal, el verdadero credo científico, puesto que es el único que ha dado siempre, resultados contestables.

2.^a—El tratamiento médico, es considerado por la gran mayoría, como indispensable para combatir la eclampsia. La sangría figura como antaño, a la cabeza del plan curativo. Obra eliminando una cantidad considerable de toxinas, rebaja la tensión arterial y permeabiliza el riñon. Tiene que ser masiva entre los 500 y 1500 gramos, según los casos de mayor a menor gravedad, y unida a los purgantes, ha dado brillantes resultados, de 0% a 27% de mortalidad. Pero dado su grado de extrema sistematización, debe tenernos prevenidos, porque no se *yugula* ni se cura la eclampsia sino *una mujer* en estado eclámptico. Los baños calientes y el oxígeno, merecen conservarse en la práctica, por los beneficios reales que reportan; lo mismo que la punción lumbar, que tiene su mejor indicación en los casos de compresión cé

falo-raquidea manifiesta. Cuanto a las inyecciones de suero fisiológico, sean o no masivas, o parece que hayan demostrado tener grande eficacia. Teóricamente al menos (hipertensión, edemas, oliguria,) serían contraproducentes.

3.^a—*El cloral* sólo (método intensivo de Fochier) o asociado a la morfina, (método de Stroganoff) continúa siendo la medicación que más curaciones ha proporcionado después de la sangría. La tolerancia del organismo ha llevado a la escuela de Lyon, al método intensivo que en esta condición funda precisamente los buenos efectos de la medicación cloralica.

La morfina, por el método de Voit, no es muy de aconsejar porque hiperhemia, las meninges y centros nerviosos, eleva la tensión sanguínea, disminuya la diuresis y favorece el estreñimiento, circunstancias todas, que concurrirían a reforzar la fenomenología clínica, de la enfermedad. *El Veratrum viride*, de resultados variables podrá utilizarse, ventajosamente en las eclampsias complicadas, con alta tensión arterial y fuerte albuminuria. Ni los extractos tiroideos y paratiroideos; ni los calomelanos, ni mucho menos la pilocarpina, tendrán mucho arraigo en la terapéutica. *El ioduro potásico*, en inyección mamaria, basado en las analogías de la fiebre vitular de las vacas, sólo ha producido fracasos.

Con lo dicho se desprende que el tratamiento médico es empirico-sintomático, y que pese a ciertas afirmaciones, no se vislumbra todavía la tierra de promisión, que había de convertir esta terapéutica vieja, en otra moderna racional y patogénica.

TRATAMIENTO OBSTÉTRICO.

1.^a—Cuando la eclampsia estalle en el acto del parto, caso el más frecuente, el estado del cuello (nudo gordiano de la cuestión) es el que regula la conducta del tocólogo. Si la dilatación es completa y las condiciones del conducto vaginal, hicieren preveer la expulsión en corto plazo, consintiéndolo el estado de la mujer, es lo prudente dejar el parto a los recursos naturales. En caso contrario, forceps o versión. Si la dilatación es incompleta, pueden darse algunos grados de mayor o menor dilatación; en todos los cuales si el segmento inferior y el canal cérvico-uterino indican por su estado, la posibilidad de la dilatación sin desgarros, hay que practicarla a la Bonnaire, balones, (metreuresis) o la Bossi.

Terminar el parto acelerado por forceps o versión, que no es aconsejar en primerizas, más que en el raro caso de cabeza movable, sobre el estrecho superior, o en el más raro de presentación transversal. Si la dilatación es nula, con cuello entero y rígido, con la escuela francesa creo no hay necesidad de recurrir a la Dürhssen, porque registra mayor mortalidad, que la simple expectación o tratamiento médico. Tampoco se practicara la cesarea vaginal, para el parto rápido inmediato, ni para conseguir el aborto, porque es frecuente observar en eclampsias en el principio, comedio y fin del último tercio del embarazo, curarse pariendo a tiempo la mujer un feto vivo. La cesarea clásica, apenas se practica por su fuerte mortalidad (shock, hemorragias, infección, &); sólo debe recurrirse a ella cuando la madre, *in extremis* tuviera el feto vivo. El tratamiento obstétrico ha de ser siempre un auxiliar del tratamiento médico.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

1.^a—La descapsulación renal, y la nefrotomía sólo tienen indicación precisa en la eclampsia post-partum, cuando viniese complicadas de auuria absoluta. La fuerte mortalidad de la Edebohls 75^o/_o hace que apenas la practiquen los mismos que con tanto entusiasmo la habían aconsejado. Es operación de cirugía y sólo para ser ejecutada en clínica.

2.^a—La extirpación de las mamas es ineficaz, antiestetica y antihumana. Dado caso que la observación positivamente científica, demostrara la identidad de la fiebre vitular y de la eclampsia, nuestra conducta debería atemperarse a la de los veterinarios que curan sus vacas sin recurrir a la amputación.

DR. FRANCISCO ALBAREDA

BIBLIOGRAFÍA

Acabamos de recibir la «Reseña de las tareas en que se ocupó la *Real Academia de Medicina y Cirugía* de Barcelona, durante el año 1912, leída en la sesión pública inaugural del día 26 enero de 1913, por el Académico Secretario perpetuo D. Luis Suñé y Molist», y en la pág. 44 hemos leído «Concurso de premios». — 2.^a *Topografía médica de la villa de Bañolas* Esta es indudablemente y sin disputa la mejor topografía médica que se ha presentado desde muchos años acá. Tiene por lema un verso del poeta Verdaguer que hace referencia al conocido lago o *estany* de Bañolas, tan elogiado por los turistas y del que se muestran tan ufanos los hijos de aquella comarca:

«L' Estany estava llis, sens una arruga,
com un front de quinze anys, la marinada
nos duya olors de romani y d' espigol
suaus cansons y música llunyana.»

La Memoria ofrece todos sus capítulos extensos, claros y bien meditados. Ocupa dos grandes tomos en 4.^o mayor, dactilografiados (el 1.^o de 235 páginas y el 2.^o de 267). Es un trabajo bueno y completísimo, modelo en su género, con un estudio demográfico de la villa digno de especial mención. La Comisión de Geografía Médica que lo examinó, después de prodigarle justos y entusiastas elógios, lo considera con mérito sobrado para alcanzar el galardón de la Academia. Su autor recibirá con la medalla de oro y el diploma de académico corres-

ponsal el aplauso de todos los médicos y de cuantos tengan amor a Cataluña.»

Resultando según consta en el acta que de la mentada Sesión se publica en la pág. 10 del folleto que contiene la Reseña, resultó ser autor de la *Topografía médica de Bañolas* D. José M.^a Mascaró y Castañer, a quien entregó el Sr. Presidente la medalla de oro y el diploma de académico correspondiente, en medio de nutridos aplausos.»

Al transcribir lo publicado por la *Real Academia de Medicina y Cirugía* de Barcelona, lo hacemos para que conste en las páginas de este BOLETÍN otra ejecutoria de la valía de los médicos de esta provincia. De hoy mas, el Dr. Mascaró, al igual de los Sres. D. José Oliu y Pagés, de Castillo de Aro; D. Rosendo Pi y Puig, de La Escala; D. Manuel Martínez y Bori, de Llagostera; D. Bonfilio Garriga y Puig, de Figueras, residente en S. Culgat del Vallés; es otro de los colegas de esta provincia laureados con el honroso título de académico correspondiente, y con su topografía ha contribuido al aumento de los estudios de geografía médica de nuestra región, iniciados por F. Gelabert y Riera en 1803, con su *Essai de topographie medicale de Girone. — Montpellier 1903*; y acrecentados por las topografías médicas de Caldas de Malavella, Gerona, La Escala, Olot y San Feliu de Guixols, premiadas por la propia «Academia de Medicina y Cirugía» de Barcelona en anteriores concursos.

Terminaremos rogando al Dr. Mascaró que no deje inédita su *Topografía*.

Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona.

61.06

Sesión pública inaugural celebrada el día 26 enero de 1913.

— Barcelona 1913. — Imp. «La Academia». — 110 páginas 11 × 19.

Batlles y Bertrán de Lis

Mariano

611.09

Ligeras consideraciones acerca de *La Anatomía de antaño y la de ogaño*. — Discurso académico. — Véase R. Acad. de Med. y Círg. de Barcelona, sesión inaugural de 1913 — págs. 57 á 87.

A V I S O

Debiendo celebrarse, en el próximo mes, la XVI Asamblea general de este COLEGIO, se recuerda a los Sres. Colegiados el derecho que les asiste de presentar las proposiciones que estimen conveniente someter a discusión, con la sola advertencia de que el anunciado y conclusiones de las mismas han de remitirse a esta Junta antes del día 25 del presente mes para insertarlas en la Convocatoria.

Gerona 1.º Agosto de 1913.

P. A. de la J.

El Secretario,

PEDRO ROCA Y PLANAS.