

Por exploración se encuentra el vientre ligeramente timpánico, doloroso, el útero reblandecido con el cuello ligeramente entrabierto pero sin permitir el tacto intrauterino y todo él fijo por un empastamiento difuso, doloroso que abarca todo el Douglas y parece insinuarse hacia los parametrios; 37° y 110 p.

Dados los antecedentes de la paciente, creemos encontramos frente un caso de infección puerperal (parametritis y pelviperitonitis) por otro aborto también provocado, y así se lo manifestamos a la paciente la cual lo niega en absoluto; con todo no damos crédito a la enferma.

El estado general va persistiendo con el mismo cuadro de vómitos con ligera temperatura, hasta que a los cuatro días al comprobar más abultada la tumoración retrouterina, practicamos una colpotomía, que dió salida a abundante cantidad de sangre. Se trataba por lo tanto de un embarazo ectópico y tuvimos que confesar que de haber creído a la enferma, fácilmente nos hubiéramos orientado.

Otros casos podríamos exponer, como por ej., de confusiones entre una vulvo-vaginitis banal o gonocócica, etc., pero dejo como final el siguiente caso a tan interesante:

M. N., de 18 a., soltera, sin antecedente patológico alguno. Menstruó a los 17 a., tipo 7/32 francamente menorragia y dismenorréica.

Según refiere la paciente, desde hace 6 meses tiene persistentes metrorragias que no han cedido ni a la medicación ergólica ni a los lavados calientes.

La paciente en cuestión está muy desarrollada, gruesa, apretada de carnes, color y estado general perfectos. Al verificar el reconocimiento llama nuestra atención un marcado veteado en el hipogastrio que nos pone sobre aviso. Con toda cautela intentamos efectuar un tacto vaginal lo que verificamos con mucha facilidad con *dos dedos*, encontrando un útero ligeramente aumentado de volumen con el cuello un poco entrabierto y blando.

En vista del fracaso del tratamiento médico sentamos la indicación de un legrado que a la vez que curativo sería explorador pues nos permitiría examinar las lesiones que localizábamos en el endometrio. Sin decirlo a la familia teníamos el pleno convencimiento que se trataba de una retención placentaria lo cual supusimos con más visos de veracidad cuando después de 24 horas de haber colocado una laminaria, comprobamos por tacto, la cavidad uterina ocupada por unas masas friables.

Nuestro diagnóstico se fundaba: en la existencia de un veteado, de un útero algo grueso y ligeramente reblandecido, ocupado su interior por masas friables y sangrantes, en la entrada vaginal fácilmente dilatada, en las metrorragias persistentes, en la integridad anexial, y en el perfecto estado general de la paciente.

La paciente negó rotundamente tal aseveración; no hicimos por suerte, partícipes de ella a la familia.

Le fué practicado un legrado intra uterino, una cauterización con glicerina creosotada, y un taponamiento que se retiró a las 48 h.

A los 8 días fué dada de alta perfectamente curada.

Examen del endometrio: El estudio de las masas extirpadas demostró que se trataba exclusivamente de una endometritis fungosa sin ningún elemento decidual ni corial.

Al comprobar más tarde que el veteado no sólo era abdominal sino que también existía en los muslos debido al cúmulo excesivo y rápido de grasa, vimos claro el diagnóstico:

Se trataba como se comprende de un caso típico de insuficiencia ovárica que había motivado la hipertrofia e hiperplasia del endometrio por la persistencia en un estado congestivo. El tratamiento opoterápico cuidó de acabar de resolver la afección.

* * *

¿Qué consecuencias tenemos que entresacar de este estudio?

De todo esto se deduce, una vez más, que lo primero que debe hacer el médico es cautivarse la confianza de la paciente. Como dice SAHLI, el médico ha de tener gran diplomacia, mucho tacto, conocimiento y trato de gentes y sobre todo mucha ciencia médica. Si apreciamos escabroso el asunto, es preciso disimular a la enferma la intención de las preguntas, dejando, si así se cree conveniente la resolución de alguna de ellas para otra consulta, pues muchas veces en ésta, la enferma confiere llanamente su dolencia, defecto o lo que sea; y aunque no sea así, ya podemos más claramente dirigirnos al asunto sospechado, bajo la excusa de que, en la anterior consulta ya se nos dejó entrever la verdad, cosa que muchas veces agradecen las enfermas, por querer mejor ser adivinadas que no tener que explicar detalladamente los hechos.

Un ligero interrogatorio superficial servirá ante todo, para darnos cuenta, más que de la dolencia concreta de la enferma, de su carácter o interés en esconder algún punto, o por el contrario manifiesta intención de inculcarnos un hecho, etc.

Sin preguntar por su estado, le pediremos datos de puerperalidad, pues, a una paciente que nos declara su soltería, naturalmente resulta violento preguntarle si ha parido; asimismo, investigaremos los antecedentes blenorragicos (caracteres y molestias del flujo cervical) o sifilíticos (abortos repetidos, cefalalgias, etc.), sin que vea marcado interés o importancia alguna.

Enfocada la dolencia, hacia una parte determinada del aparato genital, vendrá la exploración; preguntaremos durante ella, sin dar importancia y sin indicar la contestación, los datos que nos interesen, y una vez orientado el diagnóstico, unas cuantas preguntas concretas y puntualizadas a las que contestará la enferma categóricamente, nos darán la clave del asunto.

Una vez más se demuestra, que en lugar de enfermedades lo que existen son enfermos, y, que el estudio psico-lógico, de la mujer es lo primero que debe hacer todo médico antes de reconocer a su enferma.

NOTAS Y RESEÑAS

LA VISIBILIDAD RADIOGRÁFICA DE LA VEJIGA BILIAR, POR EL MÉTODO DE GRAHAM

SU IMPORTANCIA DIAGNÓSTICA

Innegablemente, la visibilidad radiográfica de la vesícula biliar, merced a los trabajos recientemente iniciados por GRAHAM, ha causado verdadera emoción en el campo de la medicina. Es tan grande el valor diagnóstico con que este método ha venido a enriquecer la medicina en relación al diagnóstico de las afecciones del hígado y vejiga biliar que bien justamente se considerará mi deseo de dedicarle esta reseña, como lógica consecuencia de su importancia.

La visibilidad de la vejiga biliar a la exploración radiográfica, merced al uso de sustancias de peso atómico elevado que precisamente se eliminan casi totalmente por el hígado fué iniciada con los trabajos del americano GRAHAM el pasado año, usando las inyecciones del tetrayodofenoltaleina y más tarde el tetrabromo suponiendo que la primera sustancia era fácilmente tóxica. Como luego veremos, GRAHAM partía de un error al suponer mucho más peligrosa la sal poliyódica, debiéndose en parte al uso de productos poco puros, químicamente.

La razón de porqué se eliminan estas sales por el hígado casi totalmente, puede explicarse, fisiológicamente con recordar que el parénquima hepático tiene una función especial de síntesis de los fenoles, función que no parece cumpla ninguna otra célula del organismo. COPHER así ha podido recuperar en la bilis del coledoco el 95 % de los fenoles inyectados. Las experiencias de GOSSET y LÖEWY parecen haber probado que la sal penetra en la vesícula por el cístico en su mayor parte y muy poco por los vasos. La bilis cargada de fenoles se concentra entonces en la vesícula durante la digestión. Los fenoles que han penetrado en las vías biliares no pueden salir más que por los conductos biliares. En resumen, que las sales utilizadas en la prueba de GRAHAM son eliminadas por el hígado en la bilis, penetran por el cístico en la vejiga y se concentran en la vesícula biliar, gracias al poder de absorción de la mucosa vesicular, especialmente durante la digestión.

Se comprende entonces que siendo la molécula de estas sales, de un peso atómico elevado, a semejanza de los cuerpos opacos a los rayos X que producen una sombra en la pantalla o una imagen en la placa, la mucosa de la vejiga bañada en aquellas sales deberá traducir su imagen en la placa, cuando el fisiologismo descrito sea normal. En cambio si el cístico está obturado por un cálculo por ejemplo, si existe una atrofia de la vejiga o un déficit de la correspondiente función hepática, no habiendo podido fijarse dichas sales, la placa no revelará imagen ninguna de la vejiga. Es decir que la cistografía mediante dichas sales permite juicios clínicos importantes.

Hemos dicho que GRAHAM prefería el uso del tetrabromofenoltaleína, pero muy pronto dicha substancia volvía a ser sustituida por el tetrayodofenoltaleína, obtenida ya químicamente pura y de toxicidad igual o menor que la sal polibromica, con ventaja de que siendo el peso atómico del bromo 80 y del yodo 127 y conteniendo la sal tetrabromica el 47 % de bromo y la sal tetrayódica 59 % de yodo, resulta que la opacidad del tetrayodo es doble que la del tetrabromo y que por tanto con la mitad de sal poliyódica obtenemos la misma imagen que con el compuesto bromo; gran ventaja si se tiene en cuenta que debemos usar dosis ya importantes de estas sales.

GRAHAM, inició sus trabajos administrando el medicamento por vía intravenosa y solo hasta principios de este año no se inició en el método oral.

La toxicidad del tetrayodo en inyección intravenosa, ha sido investigada por GRAHAM, WITAKER, MILLIKEN, GOSSET y LÖEWY, OTTENBERG y ABRASON. Las dosis mortales parece ser que serían entre 30 y 40 centigramos por kilo de peso. En el hombre la cantidad máxima, tolerada sin ningún medicamento es de 4 a 5 centigramos por kilo. Hay que advertir que si bien en un principio se usaban las sales cálcicas de la fenoltaleína tetrayodada, hoy se usan solo las sales sódicas y lo mismo pasa con el bromo.

La sal tetrayódica, es bastante soluble al 10 a 15 % y sus soluciones azules pueden esterilizarse con el baño maría, durante algunos minutos, diez a quince. Condiciones parecidas pertenecen a la tetrabromo. Estas soluciones deben ser frescas y estar al abrigo de la luz. GOSSET aconseja usar soluciones al 5 % en agua destilada, MILLIKEN de 2 % al 1 %. GRAHAM usaba soluciones más concentradas, al 12 %. Las inyecciones intravenosas deben ser hechas lentamente y con el sujeto echado, debiendo guardar esta posición un rato después. El enfermo debía estar en ayunas desde la noche antes; la inyección se da a primera hora de la mañana y no debe tomar alimento durante todo el día, excepto bebidas, y éstas, que no fueren ni caldo, ni leche. Ocho horas después y a las veinticuatro horas más tarde se impresionan las radiografías, utilizando radiaciones duras a más de 15 cms. de chispa, y con diafragma Potter-Bucky si es posible.

La literatura americana y francesa que a propósito de esta técnica hemos podido recoger, bien escasa por cierto, habla solo de ligeros accidentes consecutivos a las inyecciones de

las mencionadas sales, principalmente cuando se usaba la sal polibromica. Particularmente puedo añadir después de mis impresiones recogidas en conversaciones con buenos amigos especialistas extranjeros, concurrentes al Congreso Internacional de Radiología último, que han ocurrido algunos casos de accidentes graves, y usando la sales brómicas algún accidente mortal, aunque desde luego excepcional, por eso *debe absolutamente rechazarse por vía intravenosa el uso de la sal brómicofenoltaleína*. Solo de usarse la sal yódica, que en su haber, según parece, no tiene ni de muy lejos la gravedad que el tetrabromo. Los accidentes con la tetrayodofenoltaleína, consisten, cuando no sobrepasan los 3 gr., en inyección intravenosa, en ligera cefalea, náuseas, malestar. Algunas veces excepcionalmente ligeros síncope que deben combatirse con adrenalina.

Todos estos inconvenientes han quedado resueltos administrando la tetrayodofenoltaleína por vía bucal, aunque nuevos inconvenientes, que luego veremos, hacen menos seguros los resultados, pudiendo sentarse el principio de que el resultado obtenido luego de la inyección intravenosa no puede dejar lugar a dudas, y que en cambio un resultado dudoso luego del método oral, obliga a repetir la prueba usando la técnica intravenosa.

Dando la dicha sal por vía oral, es preciso usar píldoras queratinizadas, repartiéndolas en una ligera comida de la víspera, píldoras de 30 centigramos, en número de 15 a 18 según GOSSET; en dosis mucho mayores según los americanos.

En el trabajo publicado por Carlos OAKMAN en *Jour. Am. Rad.* en el número de Mayo último, este autor usaba por vía bucal el tetrabromo porque dice ser mejor tolerado por las mucosas digestivas y dando dosis de 10 a 12 gramos en total. Durante la noche el enfermo no tamará nada más que agua y es radiografiado a las 14 horas de haber ingerido la sal.

Los inconvenientes del método oral que obligan a quitarle certitud técnica en los casos dudosos, son: la facilidad en vomitar la sal, trastornos en el tiempo de absorción por alteración del fisiologismo gástrico y las condiciones de la absorción intestinal.

En resumen. El método oral debe ser el método de elección y en los casos de duda debe usarse la técnica intravenosa y precisamente usando la tetrayodofenoltaleína en este caso.

La sombra normal de la vejiga se refiere a aquellos casos que presentan una correspondiente imagen radiográfica, profundamente homogénea, de contorno normal y regular y de tamaño normal también, imagen que aparece dentro las 14 a 16 horas después de la ingestión.

Cuando la sombra no es homogénea, es debil, de contornos irregulares, obliga a una interpretación patológica en relación a su atipia, frecuentemente se trata de colecistitis ligeras o adherencias perivesiculares, debiendo sin embargo afirmarse que según opinión de todos los que han trabajado en estos asuntos es difícil interpretar estos casos. Frecuentemente es fácil encontrar sombreados más o menos intensos en forma de puntos que corresponden a cálculos vesiculares.

Cuando entre las 14 y 24 horas y aún más allá, no se ha destacado ninguna imagen hay que convenir en un obstáculo del cístico, en una atrofia de la vesícula, antigua colecistitis retractil, vejiga repleta de cálculos o una vejiga de paredes muy espesa, reducida a una pequeña cavidad virtual.

Según GOSSET el resultado de estos exámenes permite un porcentaje de diagnósticos precisos en un 35 % de los casos, según OAKMAN en 30 %.

Posteriormente a los trabajos de GRAHAM, CARMAN, OAKMAN, WITKER y MILLIKEN, de GOSSET y LÖEWY, de VOGT, etc., sobre las sales que hemos estudiado, los italianos SABATINI y MILANI han dado una nueva orientación a la colecistografía, haciéndola visible gracias a la administración *per os* de bromuros alcalinos. SABATINI había estudiado en la clínica del profesor ASCOLI, de Roma, la eliminación del bromo, como gozando de una electividad especial para la glándula hepática, encon-

trándole rápidamente en la bilis. Véase pues que fundamentalmente las razones físicas para explicar la impresión de la imagen de la vesícula y las razones fisiológicas para explicarnos la presencia del bromo en la vejiga, poco difieren entre las experiencias de GRAHAM y las afirmaciones de SABATINI y MILANI.

Estos autores dan de 10 a 20 gramos de bromuro de sodio por ingesta disuelto en 150 grs. de agua, en una o en dos veces. El día antes el enfermo se purgará y estará a dieta casi solo toma leche y huevos, desde la noche antes, ya no tomará ni sólido, ni líquido, ni siquiera agua. Se le administrará también en enema de agua salada. A las cinco de la mañana tomará el bromuro y 5, 8 y 12 horas después se harán las radiografías.

Las radiografías presentadas por estos autores, verdaderamente, parecen suficientes y poco tienen que envidiar a las presentadas por GRAHAM, OAKMAN y GOSSET, con el método de las sales fenoladas. La comunicación de SABATINI y MILANI es demasiado prematura para que haya sido aun repetida y comentada. Nosotros mismos hemos iniciado su comparación con los métodos basados en el tetrabromo y yodofenoltaleína. La dificultad que hemos tenido para poder poseer estas sales, hasta muy recientemente, nos impiden añadir de momento comentarios personales hijos de una experiencia que con verdadera fruición hemos iniciado, por esto esta nota, esta reseña, tiene sólo el valor de una recopilación vulgar de lo que principalmente se ha escrito sobre este asunto.

VICENTE CARULLA.

CRÓNICA

LA ACTUACIÓN DE LA LIGA CATALANA CONTRA EL CÁNCER

El jueves 17 del pasado mes de septiembre se reunieron en el Colegio de Médicos numerosas personalidades y representantes de las Corporaciones Médicas de Cataluña, para aprobar los estatutos de la Liga Catalana contra el Cáncer y acordar el manifiesto que se ha de dirigir a la opinión y que a continuación insertamos.

Concurrieron a dicha reunión el Prof. BONAFONTE, Decano de la Facultad de Medicina; los Dres. S. CARDENAL, PUJOL BRULL, V. CARULLA y GARCIA TORNEL, en representación de los Hospitales del Sagrado Corazón, Santa Cruz, Clínico y Cruz Roja; los Dres. PROUBASTA y COLL, Presidentes de los Colegios de Médicos de Barcelona y Gerona respectivamente; los doctores PUIG y SAIS, MORALES LLORENS y DURÁN ARROM, Presidentes del Sindicato de Médicos de Cataluña, Instituto Médico Farmacéutico e Instituto de Medicina Práctica; Profesores PI SUÑER y BELLIDO, Presidentes de la Asociación general de Médicos Catalanes y Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña; los Dres. F. GALLART, EGOZCUE y María L. QUADRAS BORDAS, en representación respectivamente de la Real Academia de Medicina, Academia Médico Farmacéutica de los Santos Cosme y Damián y Academia de Higiene de Cataluña; el Dr. MER y GÜELL, Director del Instituto Municipal de Beneficencia; Dr. E. RIBAS RIBAS, Profesor J. PEYRÍ y Dr. L. GUILERA, del comité directivo provisional y los doctores M. CORACHÁN, A. CARRERAS, SUÑÉ MEDÁN, FORNELLS PUIG, PELLICER SALA y NOGUER MORÉ, pertenecientes a las Comisiones técnicas de la Liga Catalana contra el Cáncer. Aprobados los Estatutos, eligióse de conformidad con lo que en ellos se dispone el Comité Médico directivo de la Liga, integrado por los Dres. E. RIBAS RIBAS, Presidente; V. CARULLA, Vicepresidente, y L. G. GUILERA, Secretario; Profesores PI SUÑER, J. PEYRÍ y PUJOL BRULL, Presidentes de las Comisiones de Investigación, Propaganda y Hospitalización, y los Dres. Profesor BONAFONTE, S. CARDENAL, F. GALLART y J. M. BELLIDO, que ostentan en el Comité las Representaciones anteriormente mencionadas. Por unanimidad fueron designados para formar

parte del Comité médico consultivo de Honor, el Excmo. Señor Decano de la Facultad de Medicina, el Dr. D. Salvador CARDENAL y los Presidentes de los Colegios Médicos de Cataluña, y, finalmente, acordóse dar publicidad al siguiente

MANIFIESTO

Planteada como cuestión de innegable trascendencia social la Lucha contra el Cáncer; es lógico que las personas, corporaciones y centros de trabajos médicos, se esfuercen en fomentar en nuestra patria, las ansias de países que marchan a la cabeza de la civilización.

Y así es como los que suscriben, con su modesta significación personal y con la mucho más valiosa que les presta su carácter de representantes de las Corporaciones médicas de Cataluña, sienten necesidad de dirigirse a la opinión pública, para orientarla mediante este manifiesto.

Comprende la lucha anticancerosa tres aspectos fundamentales: la propaganda del conocimiento del peligro, asistencia al canceroso y el estímulo de la investigación.

El conocimiento del mal canceroso. Es el elemento fundamental, base de la defensa contra la creciente invasión de una enfermedad tan terrible, que aumentando rápidamente la cuantía de sus estragos, produce en Barcelona ochocientas víctimas anuales, cerca de 3.000 en Cataluña y más de 20.000 en España.

La elocuencia de estas cifras exige que del mal nos preocupemos públicamente, luchando con valentía más que contra la ignorancia, contra la incuria. Pero en la propaganda social del peligro canceroso es donde son obligados los mayores cuidados, porque si se exagerase la gravedad del problema, quizá con la intención de hacerlo comprender mejor, se le obligaría a entrar en competencia con otros males sociales aún por resolver en nuestra patria y si se exita demasiado el fácil sentimentalismo del pueblo, correríamos el peligro de crear, con el horror al mal, el histerismo canceroso.

La labor social debe, pues, ser muy serena y discreta, una labor que aspire a la educación del pueblo sin demasiado ruido ni peligrosas exageraciones, y a esta campaña de divulgación deberá acompañar otra de perfeccionamiento cultural, extendida a los médicos y demás profesiones que con estos colaboren en la asistencia a los enfermos y además una implacable persecución del curanderismo.

La asistencia al canceroso. Para la curación del canceroso, contamos hoy, mientras no se descubra un medio específico, con la cirugía, los rayos X y el radium. Con estos medios han sido tratados en el hospital Clínico unos 400 casos de cáncer en el curso del año pasado y aproximadamente otros tantos en el Hospital de la Santa Cruz, sin contar los que sólo pasaron por los dispensarios en busca de un diagnóstico, ni aquellos que por residir el daño en órganos internos o por lo avanzado de su dolencia, han encontrado en sus Salas, si no la salud, un refugio que les ha permitido terminar sus días con el bálsamo de los analgésicos, y con lo dicho se comprenderá la positiva obra anticancerosa ejercida por nuestros Hospitales.

Con ser todo ello tanto, no se dan por satisfechos los beneméritos administradores de estos y de los otros hospitales, sino que aun moviéndose embarazosamente en un ambiente de déficit creciente, los progresos recientes de los medios físicos en el tratamiento del cáncer han servido a las Juntas Administrativas del Hospital Clínico primero y de la Santa Cruz después, de noble estímulo para crear en estos hospitales una magnífica asistencia al canceroso, adquiriendo Radium hasta completar la cifra de medio gramo por cada Hospital y, además, potentes aparatos para las más exigentes aplicaciones de rayos X. Precisamente hace pocos días se inauguró en el Hospital Clínico la instalación definitiva del servicio de terapéutica física que en nada desmerece de los similares del extranjero y dentro de poco se inaugurará en el viejo solar de Santa Cruz un servicio análogo, en espera de proceder más adelante, en el Hospital de San Pablo, a la apertura de un pabellón ya construido en parte y exclusivamente destinado al diagnóstico