

dos litros de expectoración, espumosa asalmonada.

La *disnea* adquiere el carácter de la ortopnea con acompañamiento de gran palidez y cianosis de la *facies*, sudores profusos. El pulso se hace frecuente de 110 a 120 pulsaciones, hipertenso al principio, luego decae la presión y aparece en los extrasístoles y la arritmia. La oliguria y a veces la anuria, acompañan o preceden al acceso.

La evolución de este cuadro a veces es *rapidísima* 15 ó 30 minutos y constituye la variedad *agudísima*, del edema de pulmón es causante de gran número de muertes súbitas y la autopsia, mostrando los datos anatómo-patológicos descritos, nos releva la causa de la muerte.

Otras veces la crisis no es tan violenta, se desarrolla en el curso de 4, 6 u 8 horas y ya pueden apreciarse los signos del edema, por exploración física; por percusión, aumento del ruido claro normal y por auscultación, la inspiración acompañada de estertores crepitantes y subcrepitantes finos que van ascendiendo a planos superiores pulmonares progresivamente y con gran rapidez (marcha de ola). La *disnea* también marcha en progresión ascendente, presentando el enfermo el cuadro ortopnéico que dejamos anteriormente anotado.

Las formas clínicas varían por su evolución en agudas, subagudas y de repetición, siempre con el mismo cuadro sindrómico, con variación de cantidad y presentando un juicio pronóstico *siempre grave, aún en los ligeros y de repetición*.

Si el enfermo no sucumbe del acceso, terminación la más general, es preciso ir a la búsqueda de la causa primordial: riñón, corazón, intoxicación exógena o endógena o bien lesión pulmonar o enfermedad general con repercusión tóxica, generadora del síndrome *edema agudo*.

Sólo así evitaremos una repetición, de pronóstico aún más serio que en el primer acceso.

TRATAMIENTO. Expectoración espumosa muy fina y asalmonada, acompañada del cortejo de la gran *disnea*, exige aplicar inmediatamente la única terapéutica salvadora: *la sangría*; ésta debe ser abundante de unos 500 gramos. Y para practicarla no se ha de tener en cuenta el estado del pulso como ocurre en otras indicaciones de emisiones sanguíneas, sino que debe hacerse: *cualquiera que sea el estado del pulso y el estado general del enfermo, aunque esté en período agónico*. Los que fueron mis alumnos el año pasado recordarán como un día pasando visita en nuestra clínica, encontramos un enfermo recién entrado, que con edema agudo de pulmón agonizaba, y mediante una sangría abundante, practicada en el acto, no sólo el cuadro trágico se difuminó al poco tiempo, sino que a la semana el enfermo era dado de alta y podía emprender su trabajo; se trataba de un aórtico intratado, al que bastó un régimen desclorurado y vaso dilatadores, reposo y dietética adecuada para que mejorase notablemente, una vez vencido el ataque de edema agudo pulmonar.

Recuerdo la cara de asombro de alguno de nuestros escolares, al ver como a medida que la sangre iba fluyendo, la cara del enfermo se animaba desapa-

reciendo la cianosis, la palidez y el enfriamiento de sus extremidades, a la vez que se difumaba la *facies crispada y de ansiedad*. La respiración se regularizaba y, en una palabra, el enfermo *volvía a la vida*.

Debe asociarse la sangría a ventosas escarificadas o grandes compresas sinapizadas en las regiones dorso-lumbares. Tónico-cardíacos difusibles. Aceite alcanforado o sus similares. Éter. Aplicación de oxígeno en inhalación sola o a presión con aparatos especiales, también en inyecciones subcutáneas de fácil y rápida aplicación.

Están contraindicados severamente, el uso de la *morfina* y el de los vasodilatadores: yoduros, nitrito de amilo, ni trinitrina (todos rebajan la energética cardíaca, en casos de edema, y a veces son usados confundiendo estos accesos con los anginosos o los de asma esencial).

Pasada la crisis: evacuación derivativa intestinal; uabaina o digital, según el tipo de insuficiencia cardíaca. Régimenes lacto-vegetarianos no muy abundantes y desclorurados, quietud y reposo del enfermo.

Debe evitarse la nueva crisis, ya lo dejamos sentido, buscar la etio-patogenia y evitar su producción con un estudio detenido del enfermo. En los casos de edema de pulmón por ex-vaquo, el vaciamiento de los exudados, lentamente, por sifón.

El síndrome es muy claro, y la terapéutica fácil y eficaz; es preciso diagnosticarlo y sin titubeos practicar la sangría.

CANCER DEL ÚTERO

por el doctor

J. B. COMAS CAMPS

Director del Hospital de la Magdalena

Miembro C. de la Société d'Obstetricque et de Gynecologie de Paris

Pocas cuestiones de Ginecología interesan tanto al médico práctico, a no ser el cumplimiento de una indicación de urgencia, como el tener concepto claro sobre diagnóstico y orientación terapéutica ante un cáncer del útero.

El cáncer del útero se presenta en condiciones totalmente diferentes según sea el cuello su localización primitiva o, al contrario, que su inicial desarrollo tenga lugar en el cuerpo o sea el cáncer de la cavidad uterina.

El médico práctico debe pues conocer las características especiales de cada una de estas localizaciones que comportan síntomas, pronóstico y tratamiento completamente distintos. Los casos de propagación por continuidad de una a otra región del útero, son ya formas avanzadas en que sólo cabrá un intento de alivio y una fórmula de consuelo.

CÁNCER DEL CUELLO UTERINO: La máxima frecuencia es entre los 45 y 60 años; pero el médico debe pensar siempre que su aparición es posible en todas las edades. Esta sospecha siempre presente, hará que lo descubra precozmente y aumente en grado sumo las probabilidades de curación.

Causas predisponentes: Se consideran como tales, los procesos inflamatorios crónicos; cervici-

tis, erosiones del cuello, polipos mucosos, etc.; pensad en ello, formaos vuestra estadística, fortaleced vuestra convicción sobre la importancia o falta de relación de estas afecciones con el ulterior desarrollo de un cáncer cervical, pero jamás sirva su ausencia en el interrogatorio para deshechar la idea de cáncer, no explorar a la enferma y tratar médicamente como *funcionales*, pérdidas de sangre intermenstruales o reaparecidas después de la menopausia.

SINTOMAS: Cuando una mujer pierde sangre fuera de las reglas, debe ser explorada. Las metrorragias provocadas por el cáncer del cuello, tienen en general caracteres y se presentan en condiciones que el médico debe inquirir en el interrogatorio, y que cuando existen son una formal e ineludible indicación de una exploración completa: visual (especulum) y por el tacto vaginal y combinado.

Caracteres de las metrorragias del cáncer cervical.—Metrorragia traumática o provocada: aparece después del coito, de una irrigación vaginal o nos cuenta la enferma que perdió abundante sangre después de un tacto vaginal que le practicó otro compañero o una comadrona. Metrorragias que aparecen después de 1, 2 ó 3 años de la menopausia.

Pequeñas pérdidas que tiñen ligeramente una leucorrea fétida.

A veces, la metrorragia se presenta después de una fatiga, de mucho rato de estar en pie, de un traqueteo en carruaje, de una excursión en auto por malas carreteras.

Aunque las pérdidas no presenten ninguna circunstancia de las indicadas, explorad a la enferma.

Proceded primero al tacto vaginal: Vuestro dedo índice puede hallar el fondo de la vagina ocupado por una masa mamelonada, friable, en la que la uña hace mella fácilmente; sin insistir demasiado, pues os expondríais a que la sangre inunde la vagina y dificulte la exploración, procurareis contornear esta masa y comprobareis su implantación más o menos extensa en uno de los labios del hocico de tenca; o bien invadiéndolo todo; si vuestro hábito de exploración ginecológica es suficiente, palpad los fondos de saco laterales y comprobaréis si están indurados (invasión de los parametrios), haced lo mismo con los fondos de saco anterior y posterior y notaréis si está o no invadida la vagina, el tabique véstico-vaginal o el recto-vaginal. Raras veces en estos casos el solo tacto deja dudas sobre la naturaleza de la lesión; con todo, podréis practicar una inspección visual con el especulum y comprobaréis la masa de tejido neoplásico mamelonado, con zonas de distinta coloración: rojo vivo, rojo oscuro, negruzco, mamezones pálidos (isquemiados). En ocasiones la disgregación es tan fácil que algunas porciones se desprenden y quedan pegadas a la gasa al secar la sangre que vela vuestra visión.

Esta es la forma *vegetante* o *en coliflor* del cáncer cervical, la más frecuente en las mujeres de 40 á 50 años—y de cuyo pronóstico nos ocuparemos luego.

En otras ocasiones el dedo comprueba en el cuello una ulceración muy excavada, dura, que sangra po-

co, de fondo ligeramente vegetante; estos caracteres los comprobaréis con el especulum y podréis notar que la ulceración cancerosa invade a veces todo el contorno de la porción vaginal del cuello y que se continúa hacia el conducto cervical. Es la *forma ulcerosa* y en ella hallaréis con frecuencia signos de invasión de los parametrios.

Esta forma es a menudo terebrante o sea que progresa en profundidad y en diferentes direcciones. Histológicamente se pueden seguir estas propagaciones progresando como fisuras y formando lejos del foco primitivo centros cancerosos que macroscópicamente parecerían independientes.

En determinados casos comprobaréis por el tacto un cuello hipertrofiado en su dimensión circular y de modo especial en su porción supravaginal, lo que apreciaréis practicando el tacto con dos dedos, uno en cada fondo de saco lateral.

Esta deformación del cuello en barrilete afectando su porción supravaginal hasta el istmo en una mujer con metrorragias y leucorrea fétida, es siempre característica de cáncer endocervical.

Con mucho cuidado y bajo el control de la vista en un examen con el especulum, podréis comprobar con el histerómetro o una pinza de curación introducida en el orificio cervical, la dureza de los bordes de este orificio e insistiendo penetraréis en una como cavidad que sangra. En estos casos se trata de neoplasias malignas endocervicales y las de tipo epitelial o cáncer que son las que nos interesan aquí, ya que el sarcoma de comienzo endocervical es rarísimo, pueden presentarse en forma ulcerosa, masiva infiltrante, terebrante, etc.

La biopsia.—No debe abusarse de la biopsia; solamente en los casos de duda en las formas ulcerosas, los casos muy al principio de las formas vegetantes y en general en todos los casos en que el tacto no nos da impresión definitiva y con el especulum apreciamos lesiones sospechosas en mujeres de más de 40 años.

Al practico que quiera practicar una biopsia no podemos exigirle que disponga del instrumental que utiliza el especialista: pinza de RUAULT, pinza de J. L. FAURE, etc. Como las ocasiones de biopsiar un cuello uterino no se le presentarán con frecuencia, puede perfectamente cumplir la indicación de biopsia disponiendo de un especulum bivalvo, (CUSCO, COLLIN) una pinza de garfios y unas tijeras largas y puntiagudas.

Se hincan los garfios de la pinza en pleno tejido sospechoso y con las tijeras se corta una pequeña cuña de tejido seccionando a cada lado de la pinza.

La hemorragia es pequeña y cede a un taponamiento; si persistiera, podéis tocar la superficie que sangra con el termocauterio al rojo muy oscuro o con la barrita de nitrato de plata.

El fragmento de tejido lo sumergiréis en solución de Formol al 20 % si queréis un diagnóstico rápido por congelación o en alcohol de 90° o de quemar para los métodos de inclusión.

PRONÓSTICO: El pronóstico del cáncer del cuello uterino con los actuales métodos de tratamiento que son solamente de acción local más o menos extensa,

depende de la precocidad en el diagnóstico y es por ello que toda campaña anticancerosa tiene como base la ilustración del público en el sentido de acudir al médico al menor signo de los que en cartillas anticancerosas se han difundido como signos de comienzo en las diferentes localizaciones de las neoplasias malignas.

La confirmación del diagnóstico o el fundamento de las sospechas es siempre una cuestión que debe zanjar el médico general en primera instancia así como la orientación del enfermo hacia la terapéutica más eficaz. Esta convicción es la que nos ha movido a publicar este pequeño resumen que pueda orientar al práctico hacia un precoz diagnóstico y hacia una acertada actuación terapéutica ya de hecho o en consejo.

El pronóstico del cáncer del cuello del útero fundándose en la malignidad de sus variedades anatómicas es un hecho de observación muy de tener en cuenta.

La forma vegetante es la más estable por cirugía y radioterapia, ya que es la que deja libres durante más tiempo los parametrios y los ganglios y la que da signos de alerta más precoces (metrorragias traumáticas).

La forma ulcerosa excava el cuello, invade parametrios y fondos de saco silenciosa y solapadamente, es de aquellos casos en que el dolor, signo de mal pronóstico definitivo, es lo que lleva a la enferma a la consulta.

El cáncer endocervical es también de pronóstico poco favorable cuando el diagnóstico se hace poco precozmente; las formas endocervicales nativas, infiltrantes, son de peor pronóstico que las vegetantes y ulcerosas.

El pronóstico, fundado en la variedad histológica del epiteloma del cuello, merece una aclaración, y para el médico práctico basta el conocimiento de los hechos siguientes:

1.º Por su localización anatómica y recordando las nociones de histología de órganos y aparatos aprendidas en Anatomía, no juzguéis sobre la probable variedad histológica de un epiteloma del cuello. Los epitelomas pavimentosos representan el 90 por 100 de epitelomas cervicouterinos. El origen del epiteloma pavimentoso de la superficie vaginal del hocio de tenca, es el epitelio pavimentoso que normalmente tapiza dicha región; este epitelio puede prolongarse más o menos en el orificio externo del conducto cervical y el punto de transición de esta mucosa pavimentosa y la prismática del conducto, es con frecuencia la primera implantación de un epiteloma pavimentoso. En pleno canal cervical puede un epitelio pavimentoso aberrante dar origen a un epiteloma del mismo tipo.

Histológicamente la diferenciación de los epitelomas epidermoides o espinocelulares y los no epidermoides o tubulados no es base suficiente para un pronóstico de malignidad.

Los no epidermoides del cuello del útero son de crecimiento tan rápido, son tan linfotropos, tan malignos como los epidermoides; al revés del carácter de lentitud, poca tendencia invasora y relativa be-

nignidad de los baso-celulares de la piel, por ejemplo.

El epiteloma cilíndrico del conducto cervical, idéntico al de la cavidad uterina, tiene tendencia a progresar en profundidad, infiltrando las paredes del conducto, a nivel del istmo el tejido uterino se halla con frecuencia casi completamente destruido, esta variedad invade los parametrios y clínicamente resulta de las más graves.

El dolor. A propósito hemos dejado de hablar del dolor como síntoma de cáncer cérvico-uterino, ya que nuestra intención es en este trabajo orientar al práctico hacia un precoz diagnóstico y una eficaz terapéutica.

El dolor no es síntoma de comienzo, no debe ser, por lo tanto, elemento de diagnóstico, sino base de pronóstico.

El cáncer uterino tiene una tendencia constante a progresar, a invadir por continuidad la vejiga, el recto, pero de modo especial la vagina y la base de los ligamentos anchos.

Es esta propagación a las partes vecinas que crea los dolores. La compresión y la invasión de los troncos nerviosos y las ramificaciones que vienen a esparcirse en la base de los ligamentos anchos, es lo que provoca estos dolores de tipo neurálgico que se localizan en la región lumbar y sacra, en el bajo vientre, en las ingles, en el trayecto del ciático.

El dolor es síntoma de mal pronóstico; con todo, ya nos ocuparemos al hablar del tratamiento de lo mucho que en determinadas ocasiones, aún en casos de acentuados dolores, puede conseguirse con la radioterapia.

Estado general. El cáncer del útero afecta siempre el estado general por la anemia que determinan las metrorragias, la toxi-infección que partiendo del foco canceroso afecta la nutrición general. En ocasiones llama la atención el ver el color amarillo pajizo de los tegumentos de enfermas con escasas pérdidas, en tanto que otras con abundantes hemorragias se reponen y conservan buen semblante. Es evidente que existen variedades de cáncer que provocan una toxemia de tipo hemolítico muy acentuada y que son de muy mal pronóstico.

El estado general, como el dolor, no debe ser nunca un síntoma para el diagnóstico, sino un elemento de pronóstico y un factor en el problema de la elección del tratamiento (1).

LA DIARREA VERDE EN LA LACTANCIA NATURAL

por el doctor

S. CODAY

Médico numerario de la Maternidad de Barcelona

No creemos necesario en estos momentos demostrar la bondad de la lactancia natural ni hacer resaltar sus enormes ventajas sobre la artificial, pues estamos convencidos que está de sobra en el ánimo de nuestros lectores, pero sí creemos oportuno estu-

(1) En un próximo número continuará este trabajo con el Tratamiento del cáncer cérvico-uterino y el cáncer del cuerpo.