

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.

diar algunas de las contingencias que pueden presentarse en el curso de la misma. En efecto, no siempre la mujer que lacta reúne las condiciones requeridas y los defectos de su secreción láctea repercuten en el desarrollo del niño dando lugar a diversos trastornos que pueden no ser suficientemente importantes para contraindicar la lactancia materna, pero sí para ocasionar molestias que motiven la consulta del práctico y que fácilmente podrán ser corregidas si éste acierta con el verdadero diagnóstico etiológico del trastorno.

Pero antes de describir el síndrome que tratamos de esbozar, describiremos las características de las deposiciones según el régimen alimenticio del niño.

El examen de las deposiciones del niño de pecho es extremadamente importante ya que la patología en esta edad es casi toda gastro-intestinal; el estudio físico y químico de las heces no es suficiente para indicar ni el sitio ni la clase de lesión intestinal pero de informaciones preciosas sobre el funcionamiento del intestino.

El niño que mama suele hacer durante los primeros meses de tres a cuatro deposiciones al día, número que va decreciendo con la edad hasta quedar reducido a una o dos al finalizar el primer año. Las deposiciones del niño criado al pecho son de color amarillo de oro, semilíquidas, bien ligadas, uniformes, casi inodoras o con un olor ligeramente agrio; algunas veces ligeramente grumosas.

Las del niño sometido a lactancia artificial son muy distintas: menos frecuentes, el color es amarillo, pero mucho más claro, pajizo, de consistencia pastosa, bastante secas, poco brillantes y de un olor pútrido o amoniacal.

La *reacción de las heces* recién evacuadas, depende de la alimentación y según H. TRIBOULET, la reacción normal de las heces en el niño a pecho es *ácida*, si la reacción es neutra o alcalina de una manera persistente, es un signo revelador de un estado patológico. En los niños criados con biberón, la reacción normal es la *alcalina*; toda reacción neutra y sobre todo ácida será indicio de un funcionamiento digestivo defectuoso.

La diarrea es un síntoma muy común en los niños criados al pecho. Cuando es primitiva no va acompañada casi nunca de síntomas de infección o de intoxicación; no modifica profundamente la nutrición; no detiene el crecimiento, casi nunca ofrece gravedad. Todos estos caracteres le separan radicalmente de las diarreas comunes de los niños privados del pecho; éstas repercuten rápidamente sobre la nutrición general y el crecimiento, determinan a menudo la hipotrepsia o la atrepsia, pudiendo complicarse de accidentes tóxicos o de infecciones secundarias.

A pesar de su benignidad, la diarrea de los niños de pecho es una causa de dificultades en la práctica. Preocupa a las madres y da lugar a veces, por parte del médico, a errores de dirección que pueden ser de trascendencia.

La diarrea puede presentarse en todos los períodos de la lactancia, no siendo raro observarlo desde los primeros días inmediatamente después de agotado

el meconio; otras veces se presenta en épocas más avanzadas. Su comienzo puede ser insidioso o por lo contrario brusco, pasando de las deposiciones normales a otras francamente diarreicas.

En general las heces son muco-grumosas, pero pueden convertirse en francamente líquidas. En la diarrea con deposiciones muco-grumosas el aumento del número de deposiciones no es excesivo; en lugar de dos o tres a las veinticuatro horas como en estado normal, hay cinco, seis, ocho o más. La consistencia es semilíquida, mal ligada. El color es verde y la reacción es por lo común ácida. Si la diarrea se prolonga, va adquiriendo la forma líquida, el número de evacuaciones aumenta, hay ocho, diez o más al día. Su emisión es en chorro, son espumosas debido a la presencia de gases. En general son verdosas, mas raras veces amarillentas. Pueden contener pequeños grumos y filamentos de moco que nadan en el líquido. Son muy ácidos, de olor agrio, sin putrefacción. No contienen albumina, pero sí agua, sales, ácidos, cuerpos grasos, bilis y moco.

La flora bacteriana no tiene nada de característica. Generalmente se encuentran las mismas especies que en estado normal; la única modificación que puede comprobarse es el predominio anormal de una o varias especies, pero ello parece más ser la consecuencia y no la causa de la diarrea.

La diarrea puede ser el único síntoma, pero no es raro que vaya acompañada de dolores, cólicos que hacen llorar al niño particularmente después de las tetadas y que van seguidos de evacuaciones.

El vientre puede estar ligeramente abultado y timpanizado. Los vómitos faltan por lo común.

Es frecuente observar el eritema de las nalgas.

La diarrea puede ser compatible con un crecimiento normal, pero muchas veces la curva de peso sufre un retardo más o menos considerable, pudiendo en algunos casos experimentar ligera pérdida.

La diarrea tal como acaba de ser descrita, no constituye ninguna entidad nosológica definida, no es más que un síndrome que puede obedecer a una etiología muy varia y que merecerá, por lo tanto, un tratamiento muy distinto, según los casos.

En ocasiones, la diarrea del niño criado al pecho es secundaria a algún proceso infectivo (gripe, coriza, sarampión, etc.) y en estos casos se procurará investigar la enfermedad primitiva. Otras veces coincide con una crisis orgánica (dentición). Pero, en general, podremos afirmar que no se trata de una alteración primitiva de los órganos digestivos del lactante sino de una reacción motivada por la alteración (en cantidad o en calidad) del único alimento que el niño toma: la leche de mujer.

Debemos, por consiguiente, al estudiar un enfermo con diarrea, interrogar minuciosamente a la madre y muchas veces podremos comprobar la reaparición de menstruos, el comienzo de un nuevo embarazo, la existencia de desarreglos digestivos, un trabajo excesivo, una vida demasiado emotiva, etcétera, etcétera. Y será curioso observar la coincidencia en la aparición de los trastornos entre madre e hijo; se trata entonces de molestias pasajeras, que desaparecen al mejorarse la madre y que no llegan

a alterar el estado general. En estos casos poca ha de ser la intervención del médico.

Pero existe otro grupo de niños, muy numeroso, por cierto, en los que la diarrea parece que haya adquirido carta de naturaleza. Puede haber comenzado desde los primeros días o haberse presentado más tardíamente, pero lo esencial en estos casos es que no puede atribuirse a ningún proceso concomitante ni a ninguna enfermedad de la madre, tiene todas las apariencias de un trastorno primitivo, muy pertinaz y que no mejora con ninguna de las medicaciones al uso. Se trata de desarreglos alimenticios que pueden ser debidos a la sobre alimentación, o, con mayor frecuencia, a una alteración de la composición láctea ora simple ora acompañada de hipogalaxia.

La sobre-alimentación puede resultar de letadas demasiado frecuentes o demasiado copiosas. Cuando la ración alimenticia diaria está muy aumentada y traspasa el límite de capacidad digestiva del niño queda un residuo no digerido que irrita el intestino ya mecánicamente como un cuerpo extraño ya por la liberación de productos nocivos resultado de su elaboración defectuosa o de su descomposición microbiana.

Si la sobre-alimentación es transitoria y el niño es normal podrá haber simple indigestión y la diarrea ser fugaz, pero si la sobre-alimentación es habitual, continúa, la diarrea se prolonga presentando períodos alternativos de calma y de exacerbación.

Nos falta, por último, la diarrea ocasionada por la alteración de la calidad de leche. Constituye un tipo bastante bien definido: las deposiciones más o menos numerosas, son casi siempre verdes, pero el carácter constante es la acidez muy pronunciada de su reacción. Es, con toda seguridad, la diarrea más pertinaz del niño criado a pecho.

Siempre que nos encontremos con un lactante que presenta una diarrea rebelde a los tratamientos usuales y que no pueda ser explicada por ninguna alteración del niño ni por ningún trastorno del ama, debemos pensar en la posibilidad de una perturbación de la secreción láctea.

Al escribir estas líneas tenemos a la vista una serie de análisis de leche cuyos niños presentaban el tipo diarrea que estamos estudiando, todos ellos ofrecen la misma característica: la disminución absoluta o relativa de las sustancias albuminoideas. En algunos la caseína está conservada pero nos aparecen considerablemente aumentados la grasa y la lactosa; en otros la grasa y la lactosa son normales pero está muy disminuída la caseína; tanto en unos como en otros se trata de lo que se ha convenido en llamar *leches pobres*, en las que las proporciones relativas de los materiales integrantes de su composición se ha alterado con predominio a beneficio de las sustancias fermentables.

La alteración cualitativa de la leche puede coexistir con una galaxia normal pero lo frecuente es que esté asociada a una hipogalaxia más o menos acentuada. En el primer caso la curva del peso puede ser casi normal, en el segundo disminuye o se detiene el crecimiento.

¿Cómo nos explicaremos la patogenia de esta diarrea? La debemos conceptuar como una exageración del tipo fermentativo que caracteriza a las deposiciones del niño criado al pecho. En el rápido estudio coprológico que hicimos al principio de este artículo vimos las diferencias notables que permitían distinguir las heces del niño criado al pecho del sometido a lactancia artificial y la explicación de tales diferencias la encontraremos cotejando la composición de las diferentes leches:

	Caseína	Azúcar	Manteca	Sales
Leche de mujer ...	16	69	35	2-5
Leche de vaca ...	33	55	37	6-0

En la leche de mujer las albúminas (representadas principalmente por la caseína) son escasas, así como las sales, en cambio es elevada la cifra del azúcar. Por lo contrario en la leche de vaca abunda la caseína (más del doble que en la leche de mujer) y las sales, siendo sensiblemente inferior la cantidad de azúcar. La manteca es casi igual en ambas. Vemos, por consiguiente, que en la leche humana hay un predominio de las sustancias fermentecibles y en la de vaca dominan los putrecibles.

La composición cualitativa determina pues, el carácter de las heces: en estado de salud corresponde una reacción ácida para los criados al pecho y una reacción alcalina para los alimentados con biberón. Toda desviación permanente será indicio de una alteración digestiva.

Ahora bien, hemos visto ya que los niños que presentan el tipo de diarrea que venimos estudiando ingieren una leche pobre en caseína, pero rica—absoluta o relativamente—en grasa y en azúcar. No ha de extrañarnos, pues, que resulte exagerada la ligera fermentación normal en el lactante y que al hacerse más intensa y aumentar los ácidos en el intestino sea causa de una exageración del peristaltismo con aumento de evacuaciones y por consiguiente aceleración del tránsito intestinal y aparición de mayores desperdicios alimenticios en las heces, involucradas con líquidos intestinales debidos a la irritación que sobre la mucosa ejercen los ácidos producidos en la fermentación. Es decir, que nos es fácil comprender la génesis de la diarrea.

Tratamiento.—En la diarrea del lactante debida a pobreza de la leche podemos seguir el consejo que dice «tratar patogénicamente». ¿Es debido el trastorno a falta de albúminas? Nuestra misión será aumentar su cantidad en la alimentación del niño. La leche de vaca—rica como sabemos en caseína—nos servirá de recurso terapéutico. El cambio de la lactancia por la mixta nos ha resuelto una infinidad de diarreas que habían adquirido carácter de cronicidad después de haber resistido un complicado y sabio tratamiento farmacológico. Ahora bien estando indicado en estos casos la lactancia mixta será conveniente conocer su técnica. Debemos distinguir dos casos:

1.º Cantidad de leche materna normal pero pobre en albúminas, es decir *alteración cualitativa simple*. En este caso sustituiremos una, dos o más

letadas por otros tanto biberones de leche de vaca adicionada de muy poca cantidad de azúcar.

2.º Cantidad de leche materna disminuída y además pobre en albúminas, es decir, *alteración cuantitativa y cualitativa*. Completar las tetadas con un biberón de leche de vaca poco diluídas y poco azucarada. El volumen del biberón complementario dependerá del grado de hipogalaxia. Pesando el niño antes y después de mamar sabremos lo que ingiere y nos será fácil entonces deducir lo que falta hasta llegar a la cantidad normal.

En la mayor parte de los casos serán suficientes estas normas para corregir el trastorno: la leche de vaca habrá servido de correctivo. Pero otras veces no solamente persiste el síndrome sino que se agrava. Las heces son más frecuentes, más líquidas, más ácidas, el estado general se altera, hay pérdida de peso, demacración más rápida, palidez de la piel, vientre timpanizado y doloroso, inquietud y otros síntomas demuestran una intoxicación alimenticia. La agravación del síndrome es debido a que las albúminas heterólogas no han sido suficientes para detener la dispepsia fermentativa que existía. El trastorno digestivo persiste, no ha cambiado en su esencia, pero la agudización depende de la distinta calidad de los productos secundarios que resultan de la mala digestión. Mientras la alimentación se hacía únicamente con leche de mujer estos productos eran de escasa toxicidad y la sintomatología era casi exclusivamente digestiva con escasa repercusión sobre el estado general, pero al entrar en fermentación la grasa y el azúcar así como otros elementos séricos de la leche de vaca resultan unos productos secundarios mucho más tóxicos, aumentando los síntomas de protesta del intestino y alterando de una manera más o menos seria el estado general.

En los casos de fermentación intensa la leche de vaca resulta insuficiente para neutralizar la fermentación, convirtiéndose en causa perturbadora, entonces debemos acudir a la leche albuminosa. Sólo en los casos muy intensos someteremos al niño a una dieta exclusivamente de leche albuminosa durante 24 o 48 horas, en los demás será suficiente la administración de dos, tres, raras veces más biberones de esta leche entre las tetadas para obtener la aparición de heces jabonosas. A partir de este instante podremos continuar el tratamiento con la alimentación mixta con leche de vaca siguiendo la misma técnica que hemos expuesto para los casos menos intensos.

El tratamiento farmacológico tiene su valor muy escaso y sólo lo utilizaremos como medio auxiliar.

CRÓNICA

LAS JORNADAS MÉDICAS DE MADRID

18-23 de octubre de 1927

Con motivo de la celebración de las Jornadas Médicas, que han constituído el punto culminante del movimiento médico-científico de España, en el presente año, pudimos conocer en Madrid algunas de

las personalidades que constituyen el más elevado linaje de la ciencia médica, reunidas en bello gesto de colaboración mundial desde las más apartadas regiones. Alemanes y franceses, que después de la gran guerra han estrechado en esta ocasión, una vez más, los lazos de sus disciplinas científicas; ingleses e italianos; austriacos y norteamericanos; suecos y checoslovacos, acudieron cual corriente centrípeta aportando de sus tierras los frutos cosechados en el ambiente de sus clínicas, de sus hospitales y de sus laboratorios, teniendo la suerte de ser la capital de España el lugar elegido para la distribución de la semilla que, nuevamente dispersada, ha de prodigar nuevos frutos para nuevas Jornadas, que han de constituir el sólido pedestal del monumento médico científico del porvenir.

España ha tenido el honor de ser de las primeras naciones en la celebración de estas asambleas mundiales, pues creadas en Bruselas se han celebrado más tarde sólo en algunas capitales de Francia.

Las Jornadas han sustituido con ventaja a los antiguos Congresos. El gran valor práctico de las mismas las hará prevalecer en adelante. La limitación del número de ponencias discutibles y la amplitud de demostraciones prácticas que se desarrollan en los distintos centros culturales de la población asociado a la invitación de las autoridades profesionales extranjeras, que acuden a colaborar con nuestros maestros, constituyen las ventajas a que antes aludíamos.

Los que hemos tenido la suerte de vivir estos días en la Facultad de Medicina de San Carlos el ambiente animadísimo y atrayente, circunscrito en un dominio científico, lejos del aspecto rutinario que ofrecen las Facultades en pleno curso, no olvidaremos la atractiva emoción de estas horas de jubileo científico, que ha convertido a la villa de Madrid en el centro mundial de la medicina y albergue generoso de las autoridades científicas europeo-americanas.

El martes, día 18 de octubre, se celebró en el Paraninfo de la Facultad de Medicina la Sesión Inaugural de las Jornadas, bajo la Presidencia del Ministro de Instrucción Pública y de elevadas autoridades civiles y médicas, con asistencia del Cuerpo diplomático, de los representantes extranjeros que tomaron parte en la asamblea y gran número de asistentes nacionales.

El Secretario de las Jornadas, leyó su discurso de salutación y memoria de los trabajos realizados para la celebración de las mismas.

Seguidamente, los Dres. ROBERT MEYER, director del Laboratorio y Clínica de mujeres de la Universidad de Berlín; FAUSTINO JO TROUGE, profesor de la Facultad de Buenos-Aires; FORGUE, catedrático de Clínica Quirúrgica de la Universidad de Montpellier; HARFORD, en nombre de los cirujanos ingleses; SAN VENERO-ROSELLI, de nacionalidad italiana; SHEEHAN, profesor de cirugía plástica de la Universidad de New-York; RODOLFO MATAS, catedrático de Nueva Orleans, en representación del Colegio de cirujanos Norte-americanos; DANIELOPOLU, catedrático de Clínica Médica de Bucarest, y