SUMARIO .

Un caso de ano-rectal — por el Dr. Pouey.

El drenaje filiforme en las mastitis de la lactancia. — por el Dr. Carlos Stajano.

Pielografías de enfermos inyectados con «Uroselectón» — por los Doctores Varela Fuentes y Rubino.

Presentado en la Sesión del 4 de Junio de 1930

Preside el Dr. Clivio Nario

El doctor Pouey presenta un caso de cáncer ano-rectal operado hace 4 años — por medio de la electro-coagulación.

Además presenta un caso de cáncer de la ampolla rectal, de 11 meses, y otro de 7 meses.

El doctor Pouey insiste sobre el rol de defensa de los ganglios, que puede ser suficiente, quitada la lesión inicial, y quizás sea teórico querer extirpar todos los ganglios.

El doctor García Lagos también manifiesta que ha hecho histerectomía vaginal en vez de Wertheim, — a veces, forzado por los hechos, también en el seno, ha hecho extirpaciones parciales con buen éxito.

El doctor Lamas A. insiste que, en materia de cáncer, se debe extirpar hasta donde se pueda, sin riesgo para la vida.

La novedad de la comunicación radica en el procedimiento usado.

El doctor Stajano manifiesta que la granulación es más eficaz con electro-coagulación que con bisturí.

Presentado en la Sesión del 4 de Junio de 1930

Preside el Dr. Clivio Nario

✓ *El drenaje filiforme en las mastitis de la lactancia*

por el Dr. CARLOS STAJANO

El objeto de esta comunicación no es otro, que el exponer la experiencia recogida en doce años de observación, a la vez que de comparación, entre el tratamiento clásico y el método terapéutico que aconsejamos, en el curso de las Inflammaciones agudas de la glándula mamaria en pleno período de lactancia.

Me refiero al drenaje filiforme en todos los períodos de la retención mamaria.

No hemos querido publicar hasta ahora nada al respecto, y sólo lo hemos divulgado entre estudiantes de la clínica y practicantes del servicio, que han podido valorar en todos los casos, las ventajas de este procedimiento sencillo y siempre eficaz, a parte del valor que le da, la constante conservación de la función mamaria, la supresión de la simple o múltiples heridas operatorias que con sus cicatrices consecutivas, deforman lamentablemente la estética de una glándula tan valorada en la mujer bajo sus múltiples aspectos. No hemos considerado necesaria la incisión en ninguno de los casos, y aparentemente aquellos más poco favorables, han sido los más brillantes. No piensan así los que opinan "a priori" y no lo han utilizado. Ha sido ese el motivo de que demorara en publicar resultados, puesto que deseaba el control de nuevos casos, para dar una opinión sintética y realmente útil a la sociedad al través de algunos años de experiencia.

¿Qué es la mastitis de la lactancia?

Sólo a este tipo nos referimos en este trabajo y dejamos de lado la del recién nacido y la de la pubertad, que son llamados mastitis también, pero cuyo proceso es de otra índole; sus matices anatómicas, etiológicos y de evolución, son esencialmente diferentes al que nos ocupa. También dejamos de lado a la mastitis puerperal, infecciosa, grave; entidad por otra parte menos frecuente y complicación lejana de la infección puerperal, dando en el seno una localización importada por vía sanguínea, donde en general domina el streptococcus virulento.

Por eso es que puntualizamos nuestro proceso con su verdadera y precisa denominación de MASTITIS DE LA LACTANCIA.

Afección preferentemente de primíparas, de iniciación cercana al parto (días o semanas); pudiendo presentarse, sin embargo, en cualquier momento de la lactancia, aunque más raramente.

Proceso glándulo-canalicular excepcionalmente primitivo; corrientemente, en cambio, y nosotros diríamos, siempre, consecutivo a una espina irritativa del pezón. Minúsculas grietas del epitelio, pequeñas paspaduras, discretos excemas, repetidamente irritados por la succión del lactante, despiertan el síndrome doloroso, bien típico de las neuritis y muy semejante al dolor con los mismos nuevos caracteres de la fisura anal. Hay desproporción manifiesta entre la magnitud del dolor y el aspecto y tamaño de la espina anatómica que lo despierta. La lesión

pasa desapercibida, pero la enferma la siente cruelmente, antes, en el momento y después de la succión de cada tetada. Sin esta espina irritativa en el pezón — prácticamente no hay mastitis — es ella la que con dolor condiciona el espasmo del músculo liso disperso, en la areola y el pezón, y esa eontractura, por así decir, esfinteriana, es la determinante de la retención láctea en uno o en varios de los aparatos independientes canalículo-acuosos de la glándula.

La infección ascendente, canalicular primero, intraacinososa después, no es como insisten los clásicos, la faz primera y causante de la mastitis aguda, sino que lejos de ser causa es consecuencia fatal de la retención espasmódica, sobre la cual llamamos la atención y que completa el **Síndrome fisurario del pezón**, cuya comparación más exacta no puede ser mejor planteada que con el síndrome fisurario anal. El espasmo es mamilo areolar puro, y no canalicular, dado que la contextura de éste es puramente elástica.

La retención mamaria simple o infectada se hace en un aparato canalículo acinoso o en varios, en forma simultánea o sucesiva, representando cada uno un sistema anatómico independiente dentro de la glándula.

La infección ascendente hace presa de cualquier glándula en retención, y la galactoforitis primero, y la supuración del contenido glandular es cuestión sólo de tiempo.

El espasmo mamilo areolar, causa primera y determinante principal del proceso, puede ser transitorio — o persistente — y la experiencia clínica enseña los beneficios del calor húmedo aplicado extensamente y no aplicado solamente en forma limitada a un segmento de glándula enrojecida y tensa. Las compresas calientes aplicadas especialmente a la zona areolar, permite la relajación esfinteriana y la desaparición del espasmo, autorizando al vacido por expresión suave del estancamiento acinoso curando sin recidivar, siempre que simultáneamente se trate al pezón en forma eficaz. Esta evolución favorable es sumamente frecuente. En otros casos ésto no se consigue; el espasmo persiste, la retención perdura y la infección sobreviene.

Las más variadas terapéuticas se aplican en este momento álgido y doloroso, de la afección:

- a) Todas las prácticas antiglogísticas.
- b) Vacunas de diversa índole.
- c) Metales coloidales, especialmente el cobre, tan en boga hace pocos años,
- d) Y por último, la ventosa de Bier, que para ser preconizada tuvo indiscutiblemente que dar sus buenos resultados.

Ya los dió en manos de Chassaignac, que la utilizaba antes de la incisión como abortivo de la inflamación y como coadyuvante del drenaje después de incidida la glándula.

Es a nuestro juicio, este último tratamiento, poco simpático, por lo cruelmente doloroso y por lo relativo de sus resultados a tan alto precio, dado que es alto el porcentaje de enfermas que van a ser sacrificadas a pesar de todo, con la incisión, del o de los abscesos acinosos en los días subsiguientes.

La congestión pasiva, obtenida con toda cautela y con la mejor técnica, no sólo no resuelve el drenaje de la glándula, sino que agrava, como lo hemos visto varias veces, el dolor del síndrome fisulario, prolongando la faz de retención. No es la infección la que está en causa en los primeros momentos, es la simple retención. Y es al calor a quien recurrimos, con éxito en la mayoría de los casos.

EL TRATAMIENTO DEL ABCESO CONSTITUIDO

En nuestro medio, sin excepción de acuerdo con los tratamientos aconsejados por los libros de Patología clásica, se procede a la incisión grande o pequeña, siempre en sentido radiado, con colocación de mechas o drenajes tubulares. Se ha aconsejado, teniendo en cuenta la estética ulterior, un verdadero despliegue de cirugía mediante la incisión submamaria aconsejada por Boeckel y Bardenheur, drenando los lóbulos por vía retroglándular.

Toda esta práctica quirúrgica la hemos considerado excesiva, innecesaria y funesta para la función de una glándula en plena actividad y desastrosa por lo que respecta a su ulterioridad (esclerosis y cicatrices consecutivas). Por otra parte, las fístulas crónicas del seno es una consecuencia frecuente en el curso de esta práctica, muy especialmente cuando nuevos lóbulos glandulares reinician el proceso, ya en la vecindad, ya en sectores apartados. Nuevas incisiones son entonces requeridas, y en muchos otros casos hemos visto que el cirujano pretende drenar por una sola incisión dos o más abscesos vecinos, colocando tubos y más tubos de drenaje. Protestamos contra esta conducta simplista y tan común, porque los abscesos glandulares del seno, no son simples colecciones aisladas de un ambiente celulooso, cosa que justificaría esa práctica, sino que la experiencia y la Anatomía Patológica ha mostrado, de que cada absceso está limitado por paredes glandulares independientes, y la efracción indirecta por pinzas u otros instrumentos no fabrican más que trayectos largos, tortuosos e indirectos para el buen drenaje de un proceso multifocal e independiente entre sí.

Esa es la verdadera etiología a nuestro juicio de las fístulas crónicas del seno, que hacen de la glándula una verdadera esponja de pus, que drena por rebozamiento, haciendo participar secundariamente al tejido grasoso intermediario, de un proceso de celulitis intersticial, que constituye desde ya una nueva complicación que se sobreagrega a los procesos originarios.

Desde varios días o varios meses hemos visto durar a un proceso de esta naturaleza. No sobrecargamos con ejemplos casuísticos este trabajo; presentamos tan sólo en él el resultado sintético de nuestras observaciones, y que es lo que interesa a la Sociedad, que discutirá nuestras afirmaciones.

LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CLÁSICO

Es la curación simple y rápida en general; azarosa y larga en otros casos; pero siempre curación en la totalidad de los casos, por ser benigna la naturaleza del proceso, y a pesar de las múltiples incisiones y fístulas persistentes de meses y años atrás. Mencionaré al pasar la evolución de un raro caso recientemente enviado por el Dr. Piegas en el cual un neoplasma fué el epílogo de un proceso fistuloso crónico de siete años atrás. Pero siempre es una curación costosa por lo que implica de sufrimiento, de material curación, y por sobre todas las cosas, por el sacrificio funcional de la glándula que debe de suspender su función temporariamente, y en no raros casos en forma definitiva para lactancias ulteriores. (Varios casos). La estética de la glándula sería el menos considerado de los elementos, si es que esta consecuencia fuese necesaria; pero hasta ese mismo factor puede contemplarse, mediante la sencilla práctica, que aconsejamos en todos los momentos de las Mastitis de la lactancia (drenaje filiforme), digno de divulgarse por su simplicidad y al alcance de todo práctico, que podrá curar rápidamente, con una terapéutica simple, un afección benigna por excelencia y que sólo las terapéuticas inadecuadas complican y retardan en su evolución.

Viejo procedimiento de la Cirugía (Chaput), con otras aplicaciones, tiene sus indicaciones en el proceso que nos ocupa.

EL DRENAJE FILIFORME

Una aguja de Reverdin o una aguja de larga curvatura de mano, y unas pocas crines de Florencia es todo lo que el práctico necesita, para el drenaje filiforme. En sentido radiado pasamos tres o cuatro crines en el espesor de la glándula ingurgitada, que se fija entre los dedos de la

mano que presenta el lóbulo en retención. Es frecuente que en el momento no drene nada por los pequeños orificios del drenaje, pero invariablemente en las horas que siguen, un profuso corrimento evacuador suprime la tensión de la glándula, hace cesar el dolor apagando rápidamente los síntomas inflamatorios. Abreviamos el dolor de la transfixión mediante el uso del cloruro de etilo en chorro local. La expresión de leche por la areola no sale más que a un chorro de la leche. Una vez disminuida la tensión del acini por el drenaje, la expresión permite ver salir varios chorros de leche, como si hubiese desaparecido un espasmo, mantenido por la tensión acinosa.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DEL DRENAJE F. EN LAS DISTINTAS FASES DEL PROCESO

a)—Faz de ingurgitación o de retención de leche.—Proceso localizado a uno o varios lóbulos de la glándula que se inicia con un dolor progresivamente creciente y empastamiento túrgido, que precede al enrojecimiento de la piel. En todos los casos coexiste con el síndrome fisurario del pezón, que se inicia o que existe ya en toda su expresión. Es menester no apresurar indicaciones, dado que lo frecuente es la resolución por drenaje natural del acini en retención, mediante el calor húmedo de la zona del areola especialmente y del resto de la glándula afectada.

En otros casos persiste el mismo estado, la agravación persiste a pesar del calor de la ventosa, aumentando el dolor y el enrojecimiento de la piel, no consiguiéndose evacuar la glándula, y en esta faz, no aún de mastitis supurada, sino de retención lechosa, el D. F. soluciona rápidamente y definitivamente la evolución del mal, dando salida, a leche más o menos modificada, amarillenta, grumosa, muchas veces puriforme. La disminución de la tensión, mejora el espasmo areolar, determinante del síndrome fisurario.

b)—Faz de absceso glandular-Mastitis supurada.—Proceso que ha evolucionado en varios días; es la continuación del proceso anterior al cual está íntimamente relacionado. La mastitis supurada no es sino una retención de leche infectada. Empastamiento duro, rojo, doloroso, raras veces fluctuante, tendiendo a la renitencia, debido a su gran tensión. Jamás incidimos en estos casos. Hacemos el D. F. en uno o en más lóbulos afectados, simultáneamente o en forma sucesiva, a medida que la indicación se presenta. Una pequeña curación que protege el drenaje, permite recoger el contenido purulento, que espontáneamente sale por los orificios de transfixión. En realidad la evolución franca y rápida hacia

la curación nos habla a las claras de la benignidad de este proceso, si es que se le contempla y trata debidamente. No es un absceso vulgar como los que se desarrollan en el tejido celular de cualquier parte. Es un absceso glandular con gruesas paredes limitantes, y con un contenido, aunque supurado, de septicidad escasa. Eso es lo que la observación clínica nos ha enseñado.

RECURSO COMPLEMENTARIO EN CIERTOS CASOS. — CONTRA-INDICACION DEL DRENAJE FILIFORME

Supuraciones crónicas o prolongadas del seno.—Fístulas interminables.—La asociación de la Paramastitis, con la Mastitis propiamente dicha.

Hemos recibido enfermas, que han llegado a nuestras manos después de varios meses de supuraciones inagotables; con una o más heridas operatorias, tunelizadas y comunicantes entre sí, mediante gruesos tubos de drenaje, que intentan drenar no consiguiéndolo.

Son verdaderas esponjas de pus; dado que el contenido purulento está tabicado por paredes glandulares resistentes, que han sido drenadas insuficientemente en forma tortuosa. Por otra parte, alrededor de los tubos una trama esclerosa se constituye en pocos días que contribuye a tabicar más una región anatómica de por sí ya por demás tabicada.

En esos casos nuestra primera medida es suprimir los tubos de drenaje. Procedemos luego a drenar en forma múltiple todos los focos superficiales y profundos, mediante transfixiones con crin, que nos ha permitido agotar, en ciertos casos en pocos días, una glándula deforme, presa de la infección purulenta, a la cual no se le veía fin. No es ésta la indicación ideal del D. F. Es un método adyuvante que a veces contribuye a la evolución de estos casos rebeldes, y es en estas circunstancias que hemos visto su fracaso como el de la cirugía más amplia.

Es indiscutible que las viejas mastitis, complicadas por su larga evolución con procesos de paramastitis, constituyen procesos de gravedad indiscutible, creando situaciones embarazosas para el práctico, que no encuentra a veces otra solución que el sacrificio total de la glándula. En estos casos el Drenaje filiforme no puede dar más de lo que puede y sólo contribuye como adyuvante muy útil de múltiples drenajes — no constituyendo este caso su indicación ideal—, la cual se limita a las dos fases primeras del proceso. (Ingurgitación. Retención acuosa, absceso).

TERAPEUTICA COMPLEMENTARIA

El **síndrome fisurario** siempre en causa,, lo tratamos con calor — que

tiende a relajar el espasmo — permitiendo abortar los procesos subsiguientes. Aplicamos a las fisuras de la areola y el pezón, tópicos a base de tanino y de alcohol, a dosis progresivas, siendo estas sustancias de nuestra preferencia, comparadas con la anodino y poco eficaz de los tópicos boratados en glicerina que no sólo no calman el dolor, sino que tampoco curan las fisuras.

El examen del pus lo hemos hecho casi sistemáticamente, y siempre el estafilococcus puro, estuvo en causa. En algunos casos hemos asociado el uso de vacunas antiestafilococcicas, que no dieron reacción general violenta. (Stalysine). Las cremos de utilidad, pero en forma alguna indispensables. Es una terapéutica de sobra, podríamos decir de lujo, y nunca perjudicial.

CONCLUSIONES

1.º)—Creemos útil el aconsejar en la terapéutica de las Mastitis de lactancia la práctica del drenaje filiforme, correctamente practicado, proscribiendo las distintas incisiones que se practican corrientemente.

2.º)—Sostenemos de que la Cirugía bajo forma de incisiones, no sólo no es necesaria, sino que es excesiva, y es por otra parte perjudicial por sus consecuencias inmediatas (función mamaria actual) y sus reliquias tardías (lactancias ulteriores), esclerosis residuales.

3.º)—Por otra parte no está justificada, a) por la naturaleza anatómica de la región; b) por la naturaleza de la infección glandular; c) por la escasa virulencia del proceso, a pesar de su sintomatología ruidosa.

4.º)—El Drenaje filiforme contempla la función glandular, no impidiendo la lactancia. Contempla la estética del seno. Permite repetir sin consecuencias los drenajes con el mismo resultado, si otros lóbulos participan del mismo mal. Acorta, sin duda, la evolución total del proceso.

5.º)—Evita las fístulas persistentes del seno, consecutivas a drenajes quirúrgicos insuficientes y prolongados, especialmente en aquellos casos de drenajes tubulares, hechos en malas condiciones.

6.º)—Los accidentes de retención de leche y sus consecuencias, son secundariamente mecánicos y por obstrucción. Primitivamente la retención es exclusivamente espasmódica y dominada por el calor (Síndrome fisurario del pezón).

7.º)—La profilaxia de estos accidentes, consiste en la profilaxia de las afecciones del pezón y en el tratamiento de las mismas cuando ya existen.

8.º)—La verdadera práctica indicación del Drenaje filiforme es en:

a)—La faz inicial de retención acinosa de leche.

- b) — La faz supurada y enquistada de la retención lechosa.
- c) — No puede solucionarse con la misma simplicidad los casos de panmastitis. — En estos casos es sólo un precioso adyuvante, favoreciendo el múltiple drenaje, sin los inconvenientes de la múltiple incisión, requerida, — en estos casos muy graves de la patología mamaria.
-

El doctor Turénne, está de acuerdo con la identificación de la galactoforitis con el Síndrome de fisura anal — cree que la grieta depende de dos factores, piel del pezón y boca del niño, y cree poco en la profilaxia, higiene, etc. — Defiende la ventosa de Bier, bien puesta en el período inicial que toma todo el Seno. — Después de 48 horas cree que es inútil. — Discute con Stajano sobre el drenaje filiforme. lo ha usado de 1915 a 1920, luego lo abandonó, sustituyéndolo por el drenaje precoz y amplio, — suprimiéndolo a su debido tiempo. — Hace uno meses usa el bacteriófago con buen resultado. — El doctor García Lagos cree en las curas húmedas y usa el drenaje filiforme en el caso glandular enfermo.

Presentado en la Sesión del 4 de Junio de 1930

Preside el Dr. Clívio Nario

Los doctores Varela Fuentes y Rubino presentan pielografías de enfermos inyectados con "Uroselectón".