

S U M A R I O

Cancerización de Cicatrices - por el Dr. C. Stajano.

Bacilosis de la región mamaria - por el Dr. Diego Lamas.

Inyecciones esclerosantes en hemorroides - por los doctores J. Bado y D. Vázquez

Torsión del testículo ectópico - por el Dr. R. Capurro.

Tuberculosis de la región ileo-cecal - por los doctores Ruvertoni y P. Larghero Ibarz.

Presentado en la Sesión del 5 de Agosto de 1931

Prsside el Dr. Stajano

Cancerización de cicatrices

Por el Dr. C. STAJANO

(Aparecerá en un número próximo de nuestros Boletines)

Presentado en la Sesión del 5 de Agosto de 1931

Bacilosis de la región mamaria

Por el Dr. DIEGO LAMAS

Hemos podido reunir tres casos de tuberculosis de la región mamaria, uno de ellos fué debido a la amabilidad del doctor J. C. del Campo y dos personales.

Es una afección de relativa rareza como localización de infección bacilar y como lesión de la glándula mamaria.

Observación I.—F. D. de C., 45 años, viuda, ingresa a la policlínica quirúrgica de la sala Maciel el 8 de Marzo de 1926.

Antecedentes hereditarios.—Padres fallecidos, el padre a los 65 años, la madre a los 90; ambos, al parecer, de hemorragia cerebral.

Antecedentes personales.—Ha tenido sarampión y gripe en 1917 y en 1922. 8 hijos y 1 aborto, hace cuatro años perdió un hijo de dos meses de meningitis. El marido falleció de muerte accidental. Hace más de un año abceso frío del muslo, que supuró tres meses y se reabrió en Abril de 1926.

Viene consultando por un abceso de la mama derecha, abceso que data, según la enferma, de ocho días. Es indoloro. La piel, está violácea, hay fluctuación neta. El abceso reposa sobre uan zona indurada que capitonea la piel y llega cerca del mamelón con retracción de éste. No hay ganglios axilares. Seno izquierdo normal. En una de las evacuaciones la expresión de la base indurada hace salir unos gramos

de pus cuyo examen histobacteriológico es el siguiente: tejido nodular con células gigantes y bacilos ácido-resistentes (Dr. Lasnier).

Operación, Marzo 24|1926.—Dr. del Campo.—Anestesia local, novocaína al 1|2₄%. Extirpación del seno. Cura por primera intención sin incidentes.

Examen histológico.—Se trata de un proceso tuberculoso con absceso y nódulo (Abril 5|1926, Dr. Lasnier).

La enferma presentaba además una osteitis tuberculosa del cúbito.

Observación II.—P. P. de P., 60 años, viuda, uruguaya.

Antecedentes hereditarios.—Padre falleció a los 36 años, no precisa de qué. Madre fallece a los 48 años de neumonía. ¿Congestión? No ha tenido abortos. Son cinco hermanos, dos fallecidos, de los cuales uno a los 29 años, de tuberculosis pulmonar; otro hermano, murió de pequeño de “ataque a la cabeza” al decir de la enferma. Los demás son sanos.

Antecedentes personales.—Siempre ha sido sana. Menstruó a los 15 años, normalmente. Se casó a los 22 y ha tenido cinco hijos. Niño muerto al nacer, correspondiente al tercer embarazo. El último embarazo se terminó por un aborto.

Enfermedad actual.—Empezó, hace cinco meses, con una tumoración en la región axilar derecha; fué creciendo paulatinamente y duele “cuando el tiempo está malo”. Ha adelgazado diez kilos durante los últimos cinco meses.

Examen.—Estado general bueno. Sobre la línea axilar anterior del lado derecho se nota una tumoración redondeada del tamaño de una mandarina (ver fotografía).

En el borde interno de la arcola derecha se constata la cicatriz de un antiguo absceso del seno. A la palpación la tumoración es dura, poco dolorosa, desliza fácilmente en el sentido transversal, pero no desciende, pareciendo adherida a la parte superior. La masa tumoral parece subcutánea. La glándula está aumentada de volumen, la arcola es más grande y muy pigmentada. Hay retracción del mamelón y piel de naranja. En el pre operatorio la enferma hace un zona intercostal que cede al tratamiento habitual. Reacción de Bordet-Wassermann: H⁰. Azohemia 0 gr. 29. Orina normal. Glóbulos rojos: 3.120.000. Hemoglobina: 70 %. Leucocitos: 15.000.

Polinucleares neutrófilos	70	%
basófilos	1	%
eosinófilos	1	%
Monocitos	14	
Linfocitos	14	%

Policromatofilia y poikilocitosis.

Se interviene con diagnóstico de tumor perimamario derecho muy posiblemente de origen neoplásico.

Operación, Julio 23 1929.—Dr. Lamas - Pte. Campos.—Anestesia ge-



Fotografía de la enferma de la observación II. — Se constata la diferencia entre ambas regiones mamarias, así como el tumor axilar derecho hacia el borde inferior del gran pectoral.

neral al éter. Operación de Halsted: se extirpa en una pieza la glándula y la masa ganglionar. Cierre. A raíz de la intervención la herida toma en su parte media el aspecto típico de la úlcera bacilar con estado general bastante alarmante (fiebre y decaimiento). La herida y el estado general mejoran rápidamente con unas aplicaciones de rayos ultravioletas.

Se sigue con el tratamiento antilúético que se había iniciado antes de la operación. Alta el 6 de Setiembre en perfectas condiciones.

El examen anatomopatológico fué hecho por el doctor Lasnier y demuestra que del punto de vista macroscópico la masa tumoral responde a los ganglios axilares. Del punto de vista histológico los ganglios axilares presentan un proceso tuberculoso típico, en la glándula proceso inflamatorio pericanalicular no específico. En la actualidad, la enferma se encuentra perfectamente, ejerciendo el oficio de mucama en la localidad de Las Piedras.

Observación III.—J. M. de C., española, viuda, de 63 años de edad.

Antecedentes hereditarios.—Madre fallecida de cáncer a la garganta; padre fallecido de lo mismo, al decir de la enferma. Son cinco hermanos, dos fallecidos, no sabe de qué. Una hermana operada de un tumor del seno y del estómago. Los otros dos hermanos sanos.

Antecedentes personales.—En la niñez, sarampión y varicela. A los 22 años, pleuresía serofibrinosa. A los 36 años, pulmonía. A los 55 años, bronconeumonía. Dismenorreica. La menopausa se instaló a los 42 años. Hace diez o doce años que la enferma dice sufrir del corazón, tiene palpitaciones, mareos y fatiga. A veces, en el curso de esos mareos, llega a la pérdida del conocimiento. Edema de los miembros inferiores.

Enfermedad actual.—Hace unos tres meses, al colocarse una prenda de vestir, la enferma siente un dolor en la axila izquierda y le pareció notar una tumoración; no le atribuye gran importancia hasta hace un mes en que siente de nuevo dolor y nota una tumoración bien palpable. El dolor es continuo con exacerbaciones nocturnas, a veces hay irradiaciones hacia el codo.

Examen.—A la inspección nada de anormal, el seno izquierdo es igual al derecho, retracción del mamelón bilateral.

A la palpación se toca una masa dura, irregular, en la parte supero-externa del seno, a la altura del borde inferior del gran pectoral, invadiendo la axila.

Tumoración bastante dolorosa y que no adhiere a la piel, pero sí al gran pectoral. Se palpan ganglios axilares.

Presión arterial: Mx. 14 $\frac{1}{2}$. Mn. 7. Previa preparación se va a la intervención el 22 de Marzo de 1930, con diagnóstico de neoplasma del seno.

Operación.—Dr. Lamas - Pte. Bozzano.—Anestesia general al éter. Operación de Halsted: en las maniobras operatorias se abre una cavidad en la glándula mamaria de la que sale pus bien ligado, haciendo pensar en ese momento que se trata de un proceso inflamatorio, a pesar

de ello se hace un vaciamiento axilar completo. Post operatorio normal.

Examen histológico.—En la glándula mamaria proceso inflamatorio crónico sin caracteres de especificidad. En los ganglios tuberculosis (Dr. Lasnier).

En la actualidad, la enferma se encuentra perfectamente, ejerciendo su oficio de mucama en la localidad de La Paz. Una radiografía hecha hace pocos días, muestra un ligero espesamiento pleural en la base derecha.

CONSIDERACIONES

Hemos creído interesante traer a esta Sociedad, tres casos de una afección que constituye una relativa rareza. No vamos a hacer un estudio bibliográfico completo. Desde hace más de un siglo en que Astley Cooper describió los tumores escrofulosos del seno hasta nuestro días hay una documentación bastante copiosa. En 1854, Velpeau, hizo un capítulo con los abscesos tuberculosos del seno. En 1880, Richet, publicó dos observaciones de bacilosis mamaria.

Un año después, Dubar, creó las bases anatomopatológicas de la lesión, describiendo dos formas: confluyente y diseminada. Los autores están hoy de acuerdo en que estas dos formas⁴ no son más que dos estadios diferentes de una misma forma de lesión. Las lesiones diseminadas se harían confluentes por continuidad de unas con otras.

Después vinieron Delbet, Gautier, Scuder, Carrel, Patarroni, en 1907, publica una monografía con 132 casos. Desde el año 1907 al 14. Durante, eleva el número a 150.

La gran guerra marca un período de calma en las publicaciones sobre el tema.

Chauvin, publica en los "Archives Franco - Belges de Chirurgie", 1923, pág. 1000, un trabajo muy completo y su recopilación llega a 158 casos publicados, es una cifra bastante elocuente, pues dice de su rareza.

En 1924, Hartmann, Renaud y d'Allaines, publican en "Gynecologie et Obstetrique", una memoria sobre "La tuberculosis pseudoneoplásica del seno".

Dos de nuestros casos, constituyen bellos ejemplos de esta forma.

No vamos a hacer un capítulo completo sobre un tema bien conocido y perfectamente tratado, haremos notar sí, las particularidades de nuestros casos. El primer caso, constituye un absceso bacilar típico del seno, de diagnóstico fácil y control de laboratorio antes de la operación. Los síntomas claros, las otras localizaciones bacilares y por si esto no fuera bastante, el control biológico hacen el diagnóstico evidente y le

restan por lo tanto, parte de su interés. Nos detendremos un poco más en los otros dos casos que constituyen falsos neoplasmas del seno de origen bacilar.

Fué probablemente Scott, en Inglaterra, que en 1904 publicó esta forma de tuberculosis del seno. Leriche, en 1914, hace un estudio al respecto. Hartmann, comenta en 1924, 12 observaciones de falsos neoplasmas tuberculosos, todos operados con diagnóstico de neoplasma, seguramente el número es tan reducido debido a que deben escapar al examen de laboratorio muchas tuberculosis.

En lo que a la etiología se refiere, los autores están de acuerdo en la rareza de la tuberculosis del seno en el hombre, se conocen 3 observaciones de Poirier, Thiery y Monestier, Swan y Fry, de Londres, estudiadas en 1926, 11 casos publicados.

En general asienta, se dice, en mujeres de 20 a 35 años. Nuestras observaciones no concuerdan con este dato, ya que las edades de nuestras enfermas son una 45 años y dos que tienen más de 60. Posiblemente la forma tumoral pseudonoeoplásica es de las edades avanzadas, las mujeres jóvenes hacen tuberculosis más agudas.

La lactancia anterior, no tiene una influencia preponderante en todos los casos, por otra parte, no parece que la infección pueda venir de la leche, ya que en veterinaria es excepcional la tuberculosis de la mama así como es frecuente la presencia de bacilos de Koch en la leche. En nuestras dos enfermas, ha habido lactancia y en una de ellas infección.

Tres vías parecen repartirse las responsabilidades de infección de la glándula:

- 1.º La vía hematógena parece la más frecuente y la más aceptada.
- 2.º La vía linfática, es decir, retrógrada, los ganglios se toncarían por eso, y la glándula secundariamente. Nuestros dos casos personales pertenecen tal vez, a esta categoría.
- 3.º Por contiguidad con lesiones bacilares, pleura, costillas, etc.

Acompañan en general a otras formas de tuberculosis, de acuerdo con la opinión clásica, trabajos modernos demuestran que a medida que se ha utilizado el diagnóstico de tuberculosis mamaria se encuentran más casos de localización primitiva en el seno. De nuestros tres casos, hay por lo menos uno, en que fué la única localización bacilar.

La asociación tuberculosis-cáncer, puede encontrarse y hay casos descritos que no dejan lugar a dudas.

ANATOMIA PATOLOGICA

Hemos tenido cuidado de no afirmar tuberculosis de la glándula mamaria, dado que al microscopio no se pudo encontrar lesión tubercu-

losa. Se puede pensar que con el tiempo estas glándulas pudieran haberse tuberculizado, dado la proximidad de los ganglios tuberculosos, evolución aceptada por todos los autores, máxime en la observación II, que tiene un grueso ganglio bajo la piel.

En los dos casos hay numerosos ganglios caseosos del tamaño de nueces.

Del punto de vista microscópico en la observación II, se ve una mastitis crónica, canalicular y pericanalicular y de retención. La mastitis anterior no ha dejado señales de que fuera tuberculosa.

La observación II, es una mastitis crónica sin caracteres de especificidad.

SINTOMAS

La sintomatología del caso perteneciente al doctor del Campo, es típica y no dió lugar a dudas.

Mucho más difícil es el estudio de las formas fibrosa pseudotumorales que simulan el cáncer a confundirse. Es lo que ocurrió en nuestras observaciones II y III. Se trataba de tumores duros, adherentes, mal delimitados, en mujeres de edad avanzada y con adenopatía muy sospechosa.

Se dice que el dolor es raro en la tuberculosis mamaria, sin embargo, en nuestras dos enfermas era un síntoma muy importante y en una de ellas pudo hacer pensar en un proceso inflamatorio agudo o más bien crónico agudizado. La masa que se palpaba en nuestra enferma II y que tomamos como tumor de una glándula aberrante, correspondía a los ganglios axilares; en nuestra enferma III, la bacilosis asentaba también exclusivamente en los ganglios, pero el proceso inflamatorio evidente en los senos de ambas enfermas nos hacen pensar que no se pueden tomar estas adenopatías como bacilosis ganglionares localizadas. Estos casos apoyarán, tal vez, la noción de que los ganglios son los primeros en ser atacados y que la adenopatía es lo más importante en la clínica de la tuberculosis mamaria. Sin embargo, parece que la mayoría de las bacilosis mamarias empiezan en la glándula, ésta no fué la noción clásica durante mucho tiempo. La fotografía adjunta muestra la importancia de la masa ganglionar.

El diagnóstico en la forma tumoral lleva en general a la noción de cáncer, todo lo hacía pensar en nuestras dos enfermas, II y III. Lo único que, tal vez, no era característico del cáncer era el excesivo dolor, pero bien sabemos que hay cánceres dolorosos. Cuando se ha visto un caso de bacilosis mamaria se piensa en la lesión y, por lo tanto, se puede diagnosticar, es lo que le pasó a Chauvin, que encontró tres casos

en seis meses. El error con el cáncer, no es muy grave, porque el tratamiento es el mismo y nadie está garantido que no puedan estar asociadas las dos lesiones.

En lo que a la terapéutica se refiere, la forma fibrosa merece una exisión amplia igual que el neoplasma, solamente así se estará garantido de extirpar toda la lesión.

Es lo que pasó en nuestras dos enfermas que sufrieron una extirpación completa por pensar en el neoplasma, pero que han sido compensadas por una curación clínica que perdura después de 16 y 24 meses respectivamente.

Presentado en la Sesión del 19 de Agosto de 1931

Preside el Dr. Stajano

Inyecciones esclerosantes en hemorroides

por los doctores J. BADN y D. VAZQUEZ

El objeto de nuestra comunicación es dar a conocer nuestros resultados en el uso de las soluciones de quinina uretano concentradas, para la cura de las hemorroides, en una sola sesión.

Desde que Sicard rejuveneció el procedimiento esclerosante para el tratamiento de las várices, su empleo se fué extendiendo también a otras localizaciones varicosas — hemorroides y varicocele, — para este último, la aplicación del método no fué muy eficaz, tendiéndose en la actualidad a su abandono.

Para las hemorroides, en cambio, su uso fué generalizándose poco a poco, hasta llegar a ocupar hoy un lugar de predilección en la terapéutica hemorroidaria. Desde el empleo de las soluciones diluídas de quinina y uretano al 5 %, practicadas por Bensaude, Oury, Terrel, Delater y Wendel, hasta las inyecciones de glicerina fenicada de Mitchell, Roux, Dumbar, Kennedy-Murphy, las inyecciones de alcohol de Boas, y el empleo del suero glucosado hipertónico, aceite fenicado, salicilato de sodio, etc., numerosos proctologistas han ensayado con éxito estas distintas substancias; pero, su uso, constituía un tratamiento ambulatorio que exigía numerosas sesiones escalonadas durante varias semanas o varios meses, y no excluía la posibilidad de guardar cama, después de la inyección, ni suites dolorosas, ni el empleo de anestesia previa y a veces, riesgos de recidiva. Bellot, en varias publicaciones hechas en los años 28 y 29, relata los resultados obtenidos por él en más de 250 casos, tratados por la quinina y uretano en solución concentrada y en una sola sesión.