

aconsejar la ingestión de un litro o litro y medio de bebida, preferentemente agua de Evian, repartido en varias tomas durante el día.

Los ejercicios físicos serán moderados pero no suprimidos.

Durante los diez primeros días de cada mes acostumbremos a prescribir mañana y tarde un cachet de extracto ovárico puro a la dosis de 20 ó 30 centigramos por cachet. En muchas ocasiones y según los casos lo asociamos al tiroides y a la hipófisis.

Los diez días siguientes del mes: 2 ó 3 gramos de yoduro por día.

Los diez últimos días: de 10 á 15 centigramos de nitrato de sosa diarios por vía bucal o bien por vía hipodérmica si la hipertensión es elevadísima. Al cabo de tres meses de tratamiento aconsejamos un reposo terapéutico de dos meses. También hemos obtenido muy favorables resultados con las inyecciones intramusculares de yoduro en suspensión aceitosa, tales como el Lipiodol, a razón de 2 á 3 centímetros cúbicos cada dos días hasta un total de 12 inyecciones cada cuatro meses.

En los casos más avanzados presentando ya ligeros signos de desfallecimiento cardíaco, el estrofantus y la ouabaina pueden proporcionar positivos servicios. La solubaina cuando la consideramos indicada, la administramos a la dosis de 30 ó 40 gotas diarias durante dos días por semana.

Así, pues, sin negar los buenos resultados de una dietética apropiada, ni los que pueden reportar las medicaciones yodurada y nítrica, nunca insistiremos, sin embargo, bastante sobre la acción realmente preeminente de la opoterapia, ya sea simplemente ovárica, ya pluriglandular (ovario, cuerpo amarillo, hipófisis y tiroides) que es asimismo la base de la terapéutica empleada por nosotros en los obesos en particular.

CONCLUSIONES.—Las observaciones de diferentes casos clínicos algunos de los cuales han sido descritos en este trabajo y los resultados terapéuticos obtenidos, ofrecen un real interés desde el punto de vista de la compleja patogenia de la hipertensión en general.

Desde los trabajos de VAQUEZ, se ha iniciado una marcada tendencia por diferentes autores a considerar la hipertensión arterial como la probable resultante de una modificación de las glándulas de secreción interna dependientes del gran simpático. No se trataría, pues, siguiendo la feliz expresión de LIAN, sino de una perturbación endócrino-simpática.

El hecho bien marcado de que nuestras enfermas hayan sido considerablemente mejoradas y aun muchas de ellas completamente curadas con persistencia de esta curación por espacio de más de dos años, parece mostrar de un modo indubitable el papel del sistema hormonal, no sólo como determinante de la hipertensión ligada a la menopausia, sino también como factor probable en la génesis de la hipertensión en general.

COMO DEBEMOS EMPLEAR LA RADIOTERAPIA PROFUNDA EN EL TRATAMIENTO DEL CANCER DE LA LARINGE (1)

por el Dr. L. VILA ABADAL

Otorinolaringólogo del Hospital Clínico de Barcelona

Sin entrar en detalles de aplicación ni relatar procedimientos particulares empleados por algunos especialistas franceses y belgas, intentaremos nosotros concretar de una manera sintética nuestro criterio sobre estos hechos, fruto de los casos observados.

Si utilizamos únicamente la radioterapia profunda para tratar un cáncer de laringe sin asociar intervención quirúrgica alguna debemos tener en cuenta los siguientes hechos: que los Rayos X actúan sobre las células epiteliales de una manera violenta sobre unas y menos enérgicamente sobre otras; la esterilización y lisis consecutiva del tumor debemos lograrla por una acción de tindelización obrando de una manera continuada pero no de una manera excesivamente enérgica que al esterilizar el tumor destruye las células de los tejidos sanos y, por tanto, disminuye las condiciones de defensa del organismo contra la invasión cancerosa.

Las células neoplásicas que sufren la acción física de los Rayos Roentgen degeneran, aumentan de volumen, se vacuolizan, pierden el núcleo y muchas mueren, pero hay otras células que no son influenciadas tan directamente por las radiaciones y sólo se modifican parcialmente conservando su virtud carioquinética, aunque quede en estado latente durante un período más o menos largo.

Consecuencia de estas alteraciones celulares son los cambios anatómo-patológicos observados en el tumor, el cual disminuye de volumen y algunas veces desaparece, se endurece y no tiene tendencia a crecer. Conjuntamente el enfermo se encuentra más eufórico, recobra sus fuerzas, aumenta el apetito, se siente mejorado o curado.

Esta mejoría o curación subjetiva y objetiva dura desde tres meses hasta más de dos años; nosotros asistimos a un paciente, al parecer curado de su neoplasia por tratamiento intenso Roentgen, hace más de dos años. Todos los enfermos, tratados con todas las técnicas, mejoran momentáneamente. Algunos han conservado su curación aparente más de un año en que una recidiva ha venido a enturbiar el resultado halagüeño; la recidiva ha sido tratada con nuevas sesiones Roentgen con aparente curación en algunos casos. Es un problema no resuelto aún, precisar cuando debemos renovar las sesiones Roentgen. Teóricamente debería ser cuando empiezan nuevas fases carioquinéticas en las células. Prácticamente, cuando notamos desarrollo de la neoplasia.

En conjunto, este problema está en estudios y las técnicas evolucionan cada día; no detallaremos. Debemos observar no obstante, que las escuelas de Bruselas y París, muy entusiastas de los procedimientos físicos de tratamiento, por cuanto son poco inclinadas a tratamientos quirúrgicos, unen las operaciones parciales de extirpación de los cartílagos, agujas intra-

(1) Comunicación presentada al CONGRESO DE OTO-RINO-LARINGOLOGÍA de Zaragoza.—Abril 1925.

laríngeas, tirotomías, etc., con el tratamiento Radium y Radioterápico. Dicen que con éxito grande—somos escépticos. Nosotros que no vemos la ventaja de una extirpación de cartílagos sobre la extirpación de una cuerda enferma nos inclinamos a otro procedimiento.

Hasta la fecha todos los enfermos tratados con aplicaciones repetidas Roentgen, por neoplasia epitelial, por nosotros observados, presentan una esclerosis de todos los tejidos de la laringe, especialmente de las cuerdas que quedan inmóviles, la laringe incancerada después de dos años de tratamiento con casi desaparición de la glotis y disnea consecutiva que en algún caso nos ha obligado a un tratamiento dilatador consecutivo y en algún otro a sesiones de diatermia que han mejorado mucho la esclerosis y han devuelto en parte la movilidad de la laringe. Este proceso tan intenso de esclerosis es otro factor que debemos tener en cuenta, por cuanto nos obliga alguna vez a un tratamiento quirúrgico tardío.

Los resultados son poco controlados y seguros, las curaciones escasas y algunas con diagnóstico dudoso. Conocemos dos casos en los que se ha comprobado a posteriori la falta de elemento neoplásico y sí la existencia de sífilis antigua; en uno de ellos la esclerosis de la laringe nos ha obligado a una laringo-fisura y raspado del tejido inflamatorio.

La acción que tiene la radioterapia sobre el cáncer de la laringe es poco eficaz, esclerosa en gran manera los tejidos hasta alterar gravemente la laringe, haciéndola inútil para la fonación y la respiración.

Las operaciones parciales que practican los franceses, especialmente HAUTAUT, que con GOTARD estudian estos fenómenos, así como los usados por PRUNARD, nos dejan poco satisfechos y complican la técnica de una manera nada ventajosa a las intervenciones totales o parciales que nosotros practicamos con fines curativos. Pero si por sí sola la radioterapia no tiene garantía suficiente de curación es un buen colaborador al tratamiento quirúrgico. Es el complemento de una intervención cruenta. Nosotros hasta la fecha no hemos visto recidivas en ninguno de nuestros enfermos tratados por laringectomía o por extirpación parcial de tejidos blandos previa laringo-fisura, sometidos a Radioterapia post-operatoria; es verdad que el primer caso tratado por este procedimiento data sólo de dos años y medio y todos los demás son mucho más recientes.

También debemos hacer constar que la mayoría de nuestros operados llevaban neoplasias muy extensas, con invasión de base de la lengua, hioides, o infiltración de glándulas submaxilares, cuerpo tiroideos, ganglios, etcétera, enfermos con lesiones muy extensas y con estado general muy precario; en algunos de ellos no habríamos operado si no contásemos con la ayuda complementaria de un tratamiento Roentgen. Ahora operamos con mucha mayor tranquilidad sabiendo que disponemos de una sólida garantía de tratamiento que destruirá todas las células aberrantes que hayan podido quedar *in situ* después de la extirpación de la neoplasia.

Hay casos que, contrariamente, son tributarios de este procedimiento. Son aquellos con neoplasias muy extensas, inoperables y que sometemos a tratamiento

Roentgen antes de intervenir quirúrgicamente, para buscar una reducción del tumor y hacerlo operable. Nosotros no hemos visto ningún hecho grave y si cicatrificaciones iguales a las de los demás enfermos, en los pacientes que se han sometido a un tratamiento Roentgen previo.

Nuestra particular opinión es que debemos recurrir a la Radioterapia profunda siempre que necesitamos reducir una neoplasia extensa para hacerla operable, y en segundo lugar, aplicaremos la Radioterapia a todos los operados de cáncer de laringe por extirpación total o parcial.

Sintetizando más, afirmaremos, según se desprende de nuestras observaciones, que el tratamiento del cáncer de laringe es quirúrgico, y que previamente debemos esterilizar el tumor en lo posible en los casos de tumoraciones muy extensas y, en segundo lugar, tratar con Radioterapia todos los enfermos operados de extirpación total de laringe o de tirotomía y ablación de una cuerda.

LA PUNCIÓN DIAGNÓSTICA DEL FONDO DE SACO DE DOUGLAS

por el Dr. J. ROURA ROSÉS

de Barcelona

La disposición anatómica del fondo de saco de Douglas, en la mujer, le concede una importancia extraordinaria desde el punto de vista del diagnóstico de un gran número de afecciones de las vísceras pelvianas.

En efecto, situado entre el útero y el recto, descendiendo sobre una buena porción de la cara posterior de la vagina y constituyendo de este modo la parte más declive de la cavidad abdómino-pelviana, este divertículo peritoneal posee una sintomatología muy rica y en extremo variada.

Sólo hemos de ocuparnos de la punción del Douglas desde el punto de vista de la práctica ginecológica que es, por otra parte, en donde tiene sus casi únicas y más importantes aplicaciones.

INDICACIONES.—Fué E. DOUAY, jefe del servicio de ginecología del Prof. J.-L. FAURE de París, quien nos demostró prácticamente la importancia del procedimiento, empleado por él con mucha frecuencia para el diagnóstico del hematocele retrouterino en sus formas disimuladas y de repetición, sin retardo aparente de las reglas y con fiebre moderada, que, simulando un brote de pelviperitonitis, se prestan a errores diagnósticos de importancia, mucho más frecuentes de lo que en general se cree, y tanto más graves cuanto que la terapéutica es completamente distinta en uno y otro caso.

La punción del Douglas es también de gran utilidad en el diagnóstico de las anexitis y de los quistes del ovario y ligamento ancho caídos en dicho fondo de saco, y en general, en todos los casos en que, ante un Douglas ocupado, nos sea necesario precisar la naturaleza del contenido del mismo.

MATERIAL.—Como instrumentos especiales, una aguja de raquianestesia más larga que el espéculum (14 cm.), provista de su mandril, y una jeringuilla de 5 cm. c. DOUAY ha hecho construir material especial,