

extranjerías. En enero de 1927, teníamos en tratamiento otros tres niños. La experiencia del primer caso nos indujo a completar el trabajo con investigaciones del valor globular, hemoglobina, oxaluria y oxalemia; los resultados, solamente iniciales, hasta entonces, parecían esperanzadores. Una ausencia prolongada y las modificaciones en la estructura y forma de los servicios de dispensario en el Hospital Clínico durante aquella, han imposibilitado la continuación del estudio. Como dato de orientación, puede mencionarse la oxaluria que se observó en el enfermo de que hoy hablamos, cuando su calcemia era de 6.4 mgr. y que desapareció posteriormente.

No nos queda más que agradecer al farmacéutico asistente al Instituto de Fisiología, Dr. CANDELA, y a los encargados del Laboratorio de Clínica Médica — en especial el Sr. VALLS CONFORTO por su entusiasta colaboración.

RÉSUMÉ

Exposition d'un cas d'hémophilie traité avec succès moyennant de la vitamine et du phosphate tricalcique. En un peu plus d'une année, le temps de coagulation spontanée du sang descendit de deux heures dix minutes à quatorze minutes. La calcémie fut, de même, notablement augmentée.

SUMMARY

A case of hemophilia treated successfully with vitamins and tricalcic phosphates. In little over a year the time of spontaneous blood coagulation fell from two hours and ten minutes to fourteen minutes. Calcemia was notably increased.

ZUSAMMENFASSUNG

Beschreibung eines Falles von Hämophilie, der mittels Vitaminen und trikalzischen Phosphaten erfolgreich behandelt wurde. In etwas mehr als einem Jahre sank die spontane Erstarrung des Blutes benötigte Zeit von zwei Stunden zehn Minuten auf vierzehn Minuten herab. Die Kalcemie wurde eben falls bedeutend erhöht.

PRÁCTICA MÉDICA

CANCER DEL ÚTERO

por el doctor

J. B. COMAS CAMPS

Director del Hospital de la Magdalena
Miembro C. de la Société d'Obstetrique et de Gynecologie
de Paris

TRATAMIENTO: El cáncer uterino es el más curable de los cánceres viscerales; en el tanto por ciento de curaciones ocupa un lugar superior a otros cánceres no viscerales, el de la mama, por ejemplo.

Al resumir en 1925 (1) todo cuanto se venía publicando sobre las ventajas de los dos métodos de

tratamiento del cáncer cérvico-uterino, cirugía y radioterapia, decíamos y creemos aún de actualidad repetir: «La lectura de tanta opinión diferente, de tantas estadísticas, de tantas discusiones académicas, desorienta más bien que instruye al médico general y éste no adquiere un convencimiento para poder aconsejar en conciencia a su clienta, la operación o el radium o rayos X.

La curación del cáncer del útero no puede asegurarla de una manera absoluta, ni la cirugía, ni la actinoterapia, aun con la máxima precocidad diagnóstica, ni con las mejores y más perfeccionadas técnicas. Todos tenemos experiencia sobrada: aquella enferma precozmente operada con la carcinomectomía más perfecta, recidiva y muere antes de los tres años; la otra, mucho más invadida (a la exploración clínica), es operada y libre de recidiva tras-pasa el lustro de prueba. Con el radio y los rayos X, ocurre lo mismo.

Condiciones biológicas de reacción humoral de cada enfermo, la reacción orgánica suficiente ante el carcinoma, a cuya falta atribuye WINTZ su 20 % de fracasos en casos excelentes y técnicamente irreprochables; factores todos regularmente vinculados en la etiología de la neoplasia, que ignoramos casi por completo, y que de poder apreciar y medir nos explicarían, seguramente, el por qué de resultados tan diferentes ante métodos terapéuticos idénticamente aplicados en los casos de éxito y en los que viene el fracaso».

Lo que deducimos de nuestra experiencia en cirugía desde hace más de veinte años y del radium desde 1918, es de que actualmente con las técnicas perfeccionadas de curieterapia y en determinados casos, el complemento con los rayos X, el cáncer cérvico-uterino puede curarse con la cirugía y puede curarse con el radium.

Ambos métodos de tratamiento tienen éxitos y fracasos, son tratamientos locales que pueden bastar en ciertos casos y son insuficientes en otros; pero que el médico general debe aconsejar, imponiendo toda su autoridad, ya que sin ellos la sentencia de muerte pesa inexorable sobre la enferma, y con ellos puede conseguirse una curación o una mejoría que ningún otro tratamiento puede proporcionar.

Antes de la época en que la actinoterapia se perfeccionase y en sus resultados ofreciera pruebas innegables de su potencia curativa del cáncer, los ginecólogos clasificaban los casos de cáncer cérvico-uterino en tres categorías, bajo el punto de vista de su operabilidad: 1.º, casos que deben operarse; 2.º, casos que pueden operarse, y 3.º, casos que no deben operarse.

Nosotros tenemos hoy nuestra clasificación en dos grupos: 1.º, casos en que puede elegirse entre la cirugía y el radium; 2.º, casos que deben tratarse por fisioterapia (radium, rayos X).

En la primera categoría comprendemos los casos en los que una delicada exploración clínica nos permite apreciar una localización del mal que nos autoriza a suponer y clasificar como *buen caso* para una histerectomía ampliada con técnica perfecta. De este

(1) Los progresos de la medicina en el último bienio.—Ginecología; COMAS CAMPS.—Instituto Médico Farmacéutico.—1925.

grupo operamos los casos con buen estado general y en los que un perfecto funcionalismo renal, circulatorio, hepático y respiratorio nos dan las máximas garantías de un buen pronóstico operatorio. Las enfermas con mal estado general, lesiones cardíacas, renales, bronquíticas crónicas enfisematorias y las grandes obesas, aunque por la extensión de su cáncer sean perfectamente operables, las tratamos con radium. Para que esta conducta que exponemos sirva de orientación al práctico, debemos explicar el por qué operamos aún los mejores casos.

Nuestra convicción íntima es más arraigada en pro de la cirugía en lo referente a resultados definitivos y lejanos, no sólo por nuestra modesta experiencia personal, sino por las estadísticas de las grandes figuras de la ginecología, algunas de las cuales defienden aún y sostienen la preferencia de la cirugía (1).

«Sólo la ayuda del médico de cabecera podrá permitirnos formar el cuerpo de estadística verdad, examinando a las enfermas cada 3 o 4 meses durante por lo menos, 5 años, y esta estadística nos demostrará, con el tiempo, si los éxitos de las radiaciones son iguales, superiores o inferiores a los de la cirugía y trazar, en tanto no dispongamos de otros medios de tratamiento, la vía a seguir en la lucha contra el cáncer—R. SCHRÖDER.—1926».

Los casos dudosos, o sea aquellos en que es posible presumir que la intervención será muy laboriosa, seguramente incompleta y peligrando de dejar reliquias tan molestas como fístulas vesicales, uretéricas, rectovaginales, etc., deben ser tratados con el radium, y los francamente inoperables, con el radium y rayos X.

RESUMIENDO: Operamos aún aquellos casos en que la extensión de la lesión nos permite una operación completa y rápida y obramos así por las razones ya expuestas; pero cuando por estado general o por circunstancias especiales que nos hagan temer un mayor peligro de mortalidad operatoria se nos plantea la elección, aconsejamos y aplicamos siempre el radium.

Para los casos límite o dudosos y para los inoperables, la actinoterapia no puede ni ser discutida, ni parangonada.

Técnica corriente de una aplicación de radium en el cáncer cervicouterino.—Entendemos que el médico general debe conocer el esquema de una aplicación de radium en un cáncer del cuello del útero, ya sea para poder practicarla en condiciones determinadas o para poder comprobar y apreciar la pericia de quien trate a su clienta y con ello contribuiremos a borrar la mala impresión que sobre el médico hayan podido causar los fracasos del radium, que en la mayoría de los casos son fracasos de malas técnicas. ¡Hay quien aplica el radium colocando uno o varios tubos más o menos filtrados en el fondo de la vagina junto a la lesión, como colocaría un óvulo de ictiol!

Radiumterapia por vía uterovaginal.—Consideramos con REGAUD que las mejores posiciones focales

para disponer los focos radioactivos dirigidos contra el cáncer cervicouterino son el canal uterino y la vagina. Las vísceras huecas anterior, vejiga, y posterior recto, por su intolerancia y susceptibilidad de sus mucosas no pueden ser aprovechadas como posición focal.

Dosis.—Debe ser la que pueda alcanzar con un máximo de radiaciones compatible con la integridad de los tejidos normales, toda la masa neoplásica. Para los casos de cáncer cérvico-uterino operables, es decir, *buenos*, y con la técnica utero-vaginal, se considera, esta dosis alrededor de 50 millicuries destruídos, o sea 6.666 miligramos-horas de radium.

Distribución cronológica de la dosis total.—Seguimos la indicación de REGAUD. «En todos los casos en que las condiciones anatomo-clínicas de un cáncer cérvico-uterino, permiten esperar la curación, o por lo menos una norma de tratamiento como si la curación fuese posible (tratamiento con intención curativa), se debe administrar la dosis cancericida en un tiempo relativamente corto y como tratamiento único».

El tiempo del tratamiento único debe ser convenientemente prolongado para que las radiaciones alcancen a todas las células neoplásicas en un momento de máxima radiosensibilidad que corresponde a su división por carioquinesis. Por otra parte, las dosis totales fulminantes provocan reacciones que debemos y podemos evitar.

Aconsejamos la técnica de administrar la dosis total de 50 millicuries=6.666 miligramos-horas, en 5 días.

Distribución de los focos.—La dosis no debe partir de un foco único. Generalmente se distribuye en 3 focos (tubos) intrauterinos, 2 focos vaginales en los fondos de saco laterales) y 1 foco delante del cuello entre los focos laterales vaginales.

Detalle de aplicación típica en un solo tiempo.—Los tubos intrauterinos con su filtro primario de contención y uno secundario de tenue hoja de aluminio, se colocan dentro una sonda de caucho puro que ocupa toda la longitud del canal uterino (previa dilatación, casi siempre necesaria y siempre conveniente). Los focos vaginales con filtración primaria de 1'5 mm. oro, más la que representa un cilindrito de corcho parafinado (amoldado más o menos a los fondos del saco) que los contenga en su centro o eje y de paredes de 6 a 8 mm. Estos estuches de corcho son mantenidos en posición por una laminita elástica que los une (ballena) o por taponamiento con gasa apropiadamente colocado. El foco transversal que se colocará apretado contra el cuello uterino entre los tubos laterales, se filtrará con aluminio, caucho y 3 o 4 dobleces de gasa (recordar que las radiaciones de éste tubo son las que más fácilmente pueden alcanzar la vejiga y el recto) (1). Cada día o cada dos días, se procederá a retirar toda la disposición indicada, lavarla, practicar una irriga-

(1) J. L. FAURE.—Cancer de Uterus.—R. SCHRÖDER, *Ginecología*, 1926, M. BONAFONTE y tantos otros.

(1) Los tubos de radio de que fácilmente se puede disponer por alquiler, son de 5 miligramos, 6'5 miligramos y 13 miligramos de radium-elemento; con ello se puede calcular las dosis de los diferentes focos y en cuyo detalle no podemos entrar.

ción caliente de agua hervida y colocar de nuevo los focos en la misma situación. No podemos entrar en detalles sobre las muchas variantes que pueden exigir las condiciones de desarrollo, asiento y estado del foco neoplásico, ni sobre los incidentes que pueden presentarse durante los 5 ó 6 días que debe durar la aplicación. Pretendemos solamente dar una idea esquemática de lo que debe ser una correcta aplicación de radio, como tratamiento del cáncer del cuello del útero.

Cuando se manejan los tubos de radio, careciendo de un mínimum de conocimientos como los apuntados y algo más ampliados, se contrae una grave responsabilidad, no sólo en el sentido de dejar de hacer el bien que con el tratamiento puede hacerse, sino exponiéndose a producir lesiones irreparables que vendrán a compliar la situación de las desgraciadas enfermas a las que se privará, por haber provocado una radiorresistencia de su neoplasia, de los beneficios de una ulterior y correcta curieterapia, o se les preparará a consiguientes y sobreañadidas molestias (proctitis, cistitis, fístulas).

CÁNCER DEL CUERPO DEL ÚTERO

Muy excepcional en la mujer joven, se presenta en mujeres llegadas a la proximidad de la menopausia y más frecuentemente en las que hace tiempo han pasado la época de la edad crítica: máxima frecuencia del cáncer del cuerpo entre los 50 y 60 años.

El cáncer del cuerpo es menos frecuente que el cervical; por cada 100 cánceres uterinos, el corporal se presentaría en un 5 % WEIBEL, 6 % GEBHARD, 10 % HOFMEIER y WINTER, 19 % ORTHMANN, 14 % SCHRÖDER.

SÍNTOMAS: Al principio son poco característicos, es raro poder precisar un diagnóstico sin exploraciones especiales, pero el médico general debe sospecharlo siempre que se presente a su consulta una mujer con pérdidas de sangre, acíclicas en las que aún menstruan, pero que están ya casi al final de su vida de actividad sexual ovogenética y siempre que vengan metrorragias después de la menopausia y cuando una exploración le demuestre que nada existe en el cuello que explique estas pérdidas. Las metrorragias pueden ser escasas, en ocasiones sólo leucorrea sanguinolenta, pero hemos visto casos en que la primera manifestación hemorrágica ha sido una pérdida abundantísima prolongándose por mucho tiempo.

Leucorrea.—Toda leucorrea tenaz de la edad avanzada debe ser muy sospechosa y débese investigar su causa y cuando no pueda explicarse por gonorrea, erosión cervical, etc., hay que sospechar un proceso neoplásico del cuerpo, tanto más si esta leucorrea es mal oliente, acuosa y sanguinolenta (teñida como el agua en la que se ha lavado carne).

Dolor.—No hay que esperar el dolor para intentar precisar un diagnóstico; con todo, aquí pueden en ocasiones presentarse dolores sin que sean indicio de que la neoplasia ha traspasado la barrera del miometrio y nos referimos al síntoma denomi-

nado *dolor de SIMPSON*: son dolores que se presentan en forma de cólico uterino, dolores lancinantes que comparecen a determinada hora del día, que duran desde hace meses y que son provocados por la contracción del miometrio al pretender expulsar el estorbo cavitario y por la tensión a que dichas contracciones someten el peritoneo uterino.

Exploración.—La exploración debe servir ante todo para comprobar la no existencia de lesión que explique las metrorragias y la leucorrea y luego explorar por palpación combinada el volumen, posición, forma y movilidad del útero.

Los datos que nos proporciona la palpación son inciertos en los casos buenos y desgraciadamente cuando se comprueban úteros voluminosos, con deformaciones; tanto peor si han perdido su movilidad y se aprecian infiltraciones de vecindad.

Sólo el logrado diagnóstico y el dictamen del laboratorio puede permitir el precoz y cierto diagnóstico del cáncer del cuerpo.

Las imágenes lacunares de la histero-radiografía con el lipiodol, son aún de interpretación muy discutible.

Resumen.—Metrorragia, leucorrea, cólicos uterinos, útero aumentado de volumen, ausencia de lesiones cervicales o tumorales palpables: indicación de raspado diagnóstico.

Tratamiento.—Siendo en la inmensa mayoría de casos el cáncer del cuerpo, tanto en su forma localizada como en su forma difusa, un epiteloma cilíndrico, hoy por hoy y con los actuales conocimientos sobre radiosensibilidad, no podemos aconsejar el tratamiento por las radiaciones. El cáncer del cuerpo que durante mucho tiempo se conserva puramente uterino, debe ser tratado quirúrgicamente por la histerectomía precoz abdominal y sólo excepcionalmente vaginal.—MAYER, WINTER, JAGLE, WEIBEL, SCHRÖDER, etc.—presentan estadísticas de curaciones comprobadas después de 5 años que alcanzan de un 50 a un 70 % de los casos operados. Nosotros no podemos estar más que satisfechos de los resultados lejanos de la histerectomía en el cáncer del cuerpo.

En circunstancias especiales, ante resistencia invencible a la operación, contraindicación por tara visceral que agrave extraordinariamente el pronóstico operatorio, pueden tratarse estos cánceres del cuerpo por la curieterapia. Nosotros tenemos dos casos libres de recidiva después de 2 y 3 años.

Para los casos que hayan traspasado la fase uterina, puede pedirse a los rayos X que hagan lo que buenamente puedan en sentido paliativo.

La lucha contra el cáncer no revestirá los caracteres de seriedad científica y eficacia práctica mientras el médico general no contribuya con todas sus fuerzas, con toda su autoridad, con todo su leal saber y entender a formular un diagnóstico precoz y a orientar a sus enfermos hacia una pronta y científica terapéutica.