



27



EL CÁNCER DEL CUELLO DEL ÚTERO

Y SU

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

EL CÁNCER DEL CUELLO DEL ÚTERO

Y SU

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PEDRO LISCHETTI

Ex-practicante de la Asistencia Pública (Instituto Jenner)
Ex-practicante externo del Hospital San Roque
Ex-practicante menor interno del Hospital Vecinal Las Heras
Ex-practicante interno del Hospital Nacional de Alienadas
Ex-practicante mayor del Hospital E. Tornú



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
845 — Junio — 845

1915

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

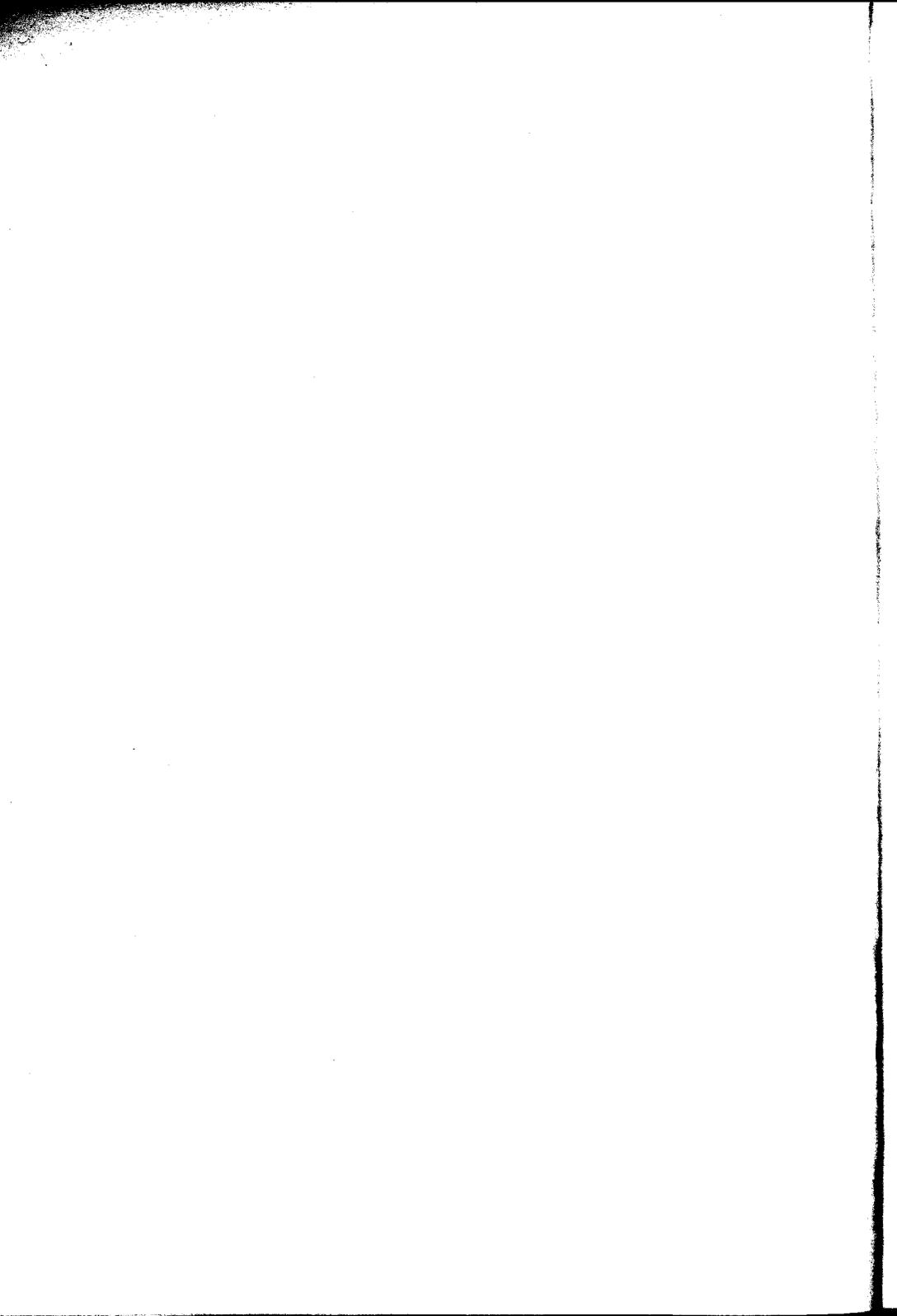
DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » PEDRO LAGLEYZE
5. » » JOSÉ PENNA
6. » » LUIS GÜEMES
7. » » ELISEO CANTÓN
8. » » ANTONIO C. GANDOLFO
9. » » ENRIQUE BAZTERRICA
10. » » DANIEL J. CRANWELL
11. » » HORACIO G. PIÑERO
12. » » JUAN A. BOERI
13. » » ANGEL GALLARDO
14. » » CARLOS MALBRAN
15. » » M. HERRERA VEGAS
16. » » ANGEL M. CENTENO
17. » » FRANCISCO A. SICARDI
18. » » DIÓGENES DECOUD
19. » » BALDOMERO SOMMER
20. » » DESIDERIO F. DAVEL
21. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
22. » » DOMINGO CABRED
23. » » ABEL AYERZA
24. » » EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » MARCELINO HERRERA VEGAS



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

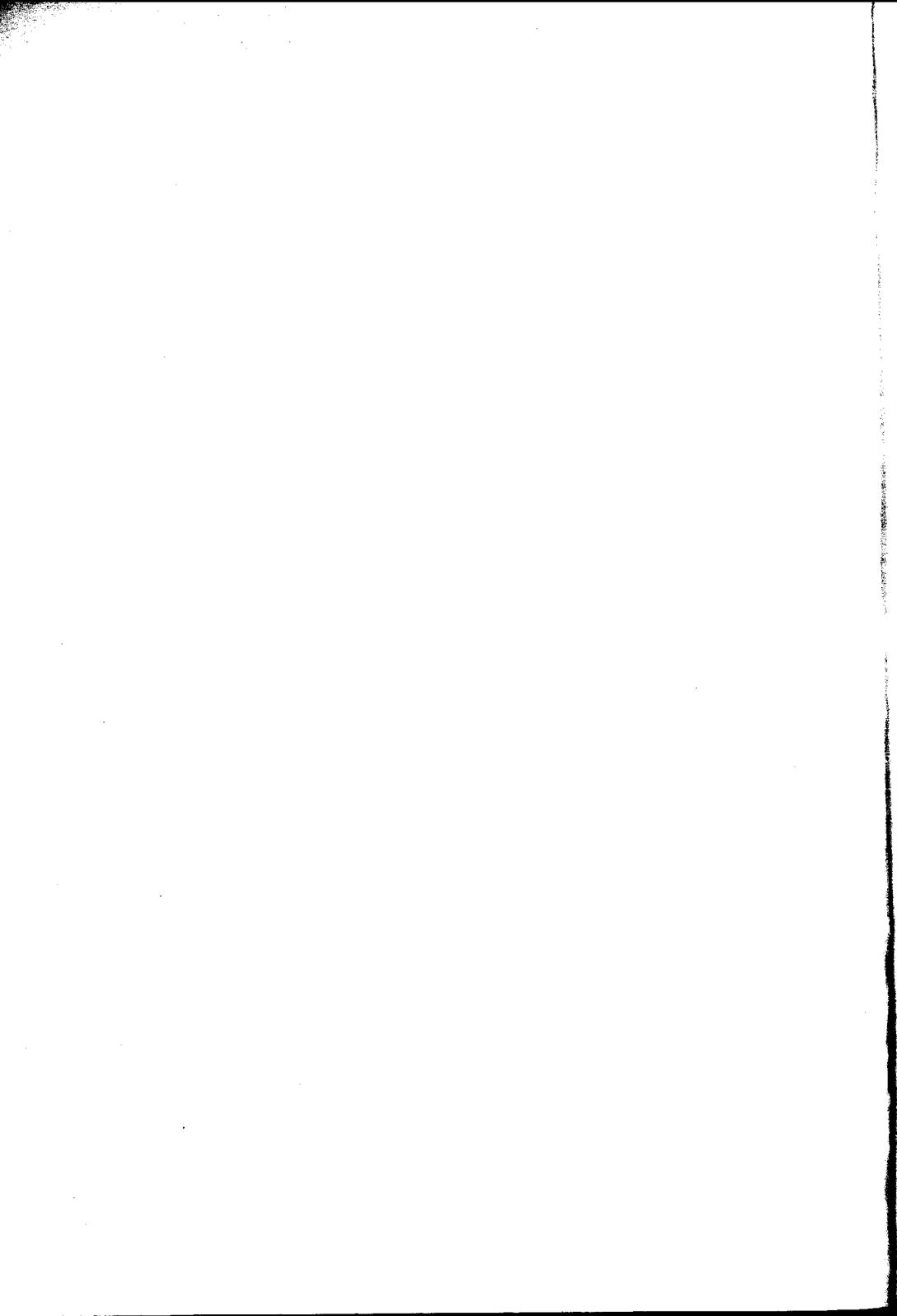
DR. D. CARLOS MALBRÁN

Consejeros

DR. D. LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARCE
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » DANIEL J. CRANWELL
» » CARLOS MALBRÁN
» » JOSÉ F. MOLINARI
» » MIGUEL PUIGGARI
» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

Secretarios

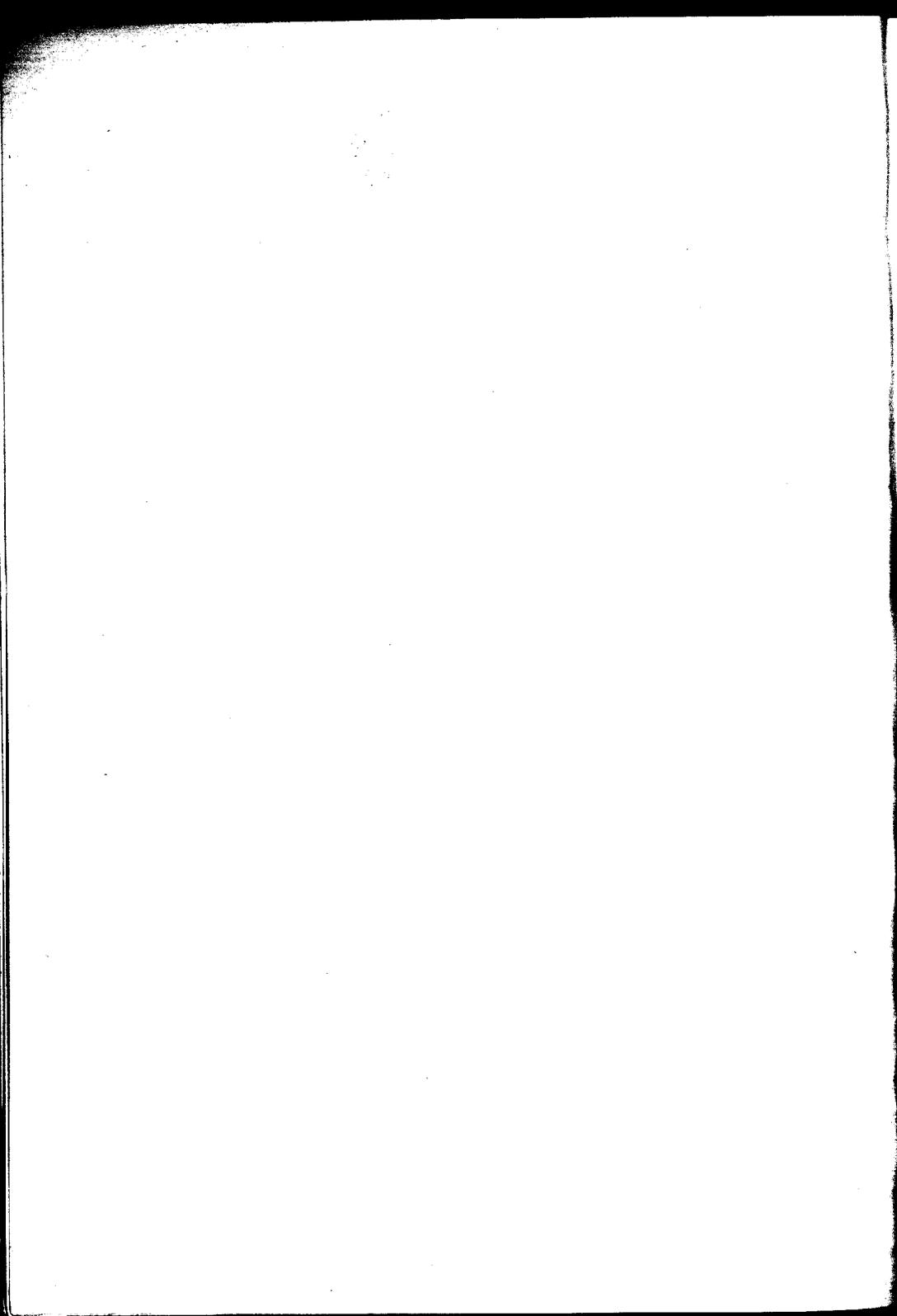
DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

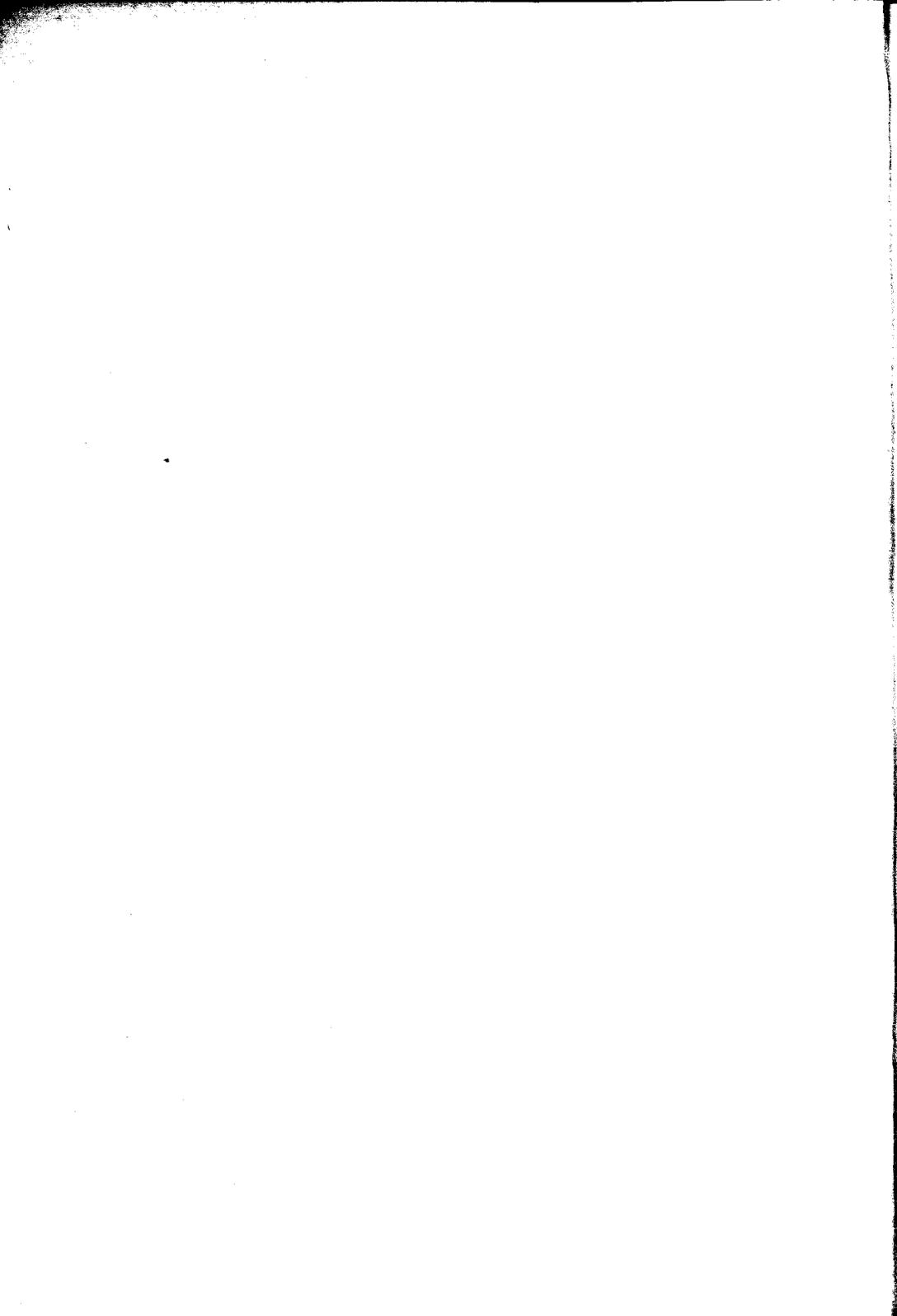
- DR. ROBERTO WERNICKE
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARATA
- » FRANCISCO DE VEYGA
- » ELISEO CANTÓN
- » JUAN A. BOERI
- » FRANCISCO A. SICARDI





ESCUELA DE MEDICINA

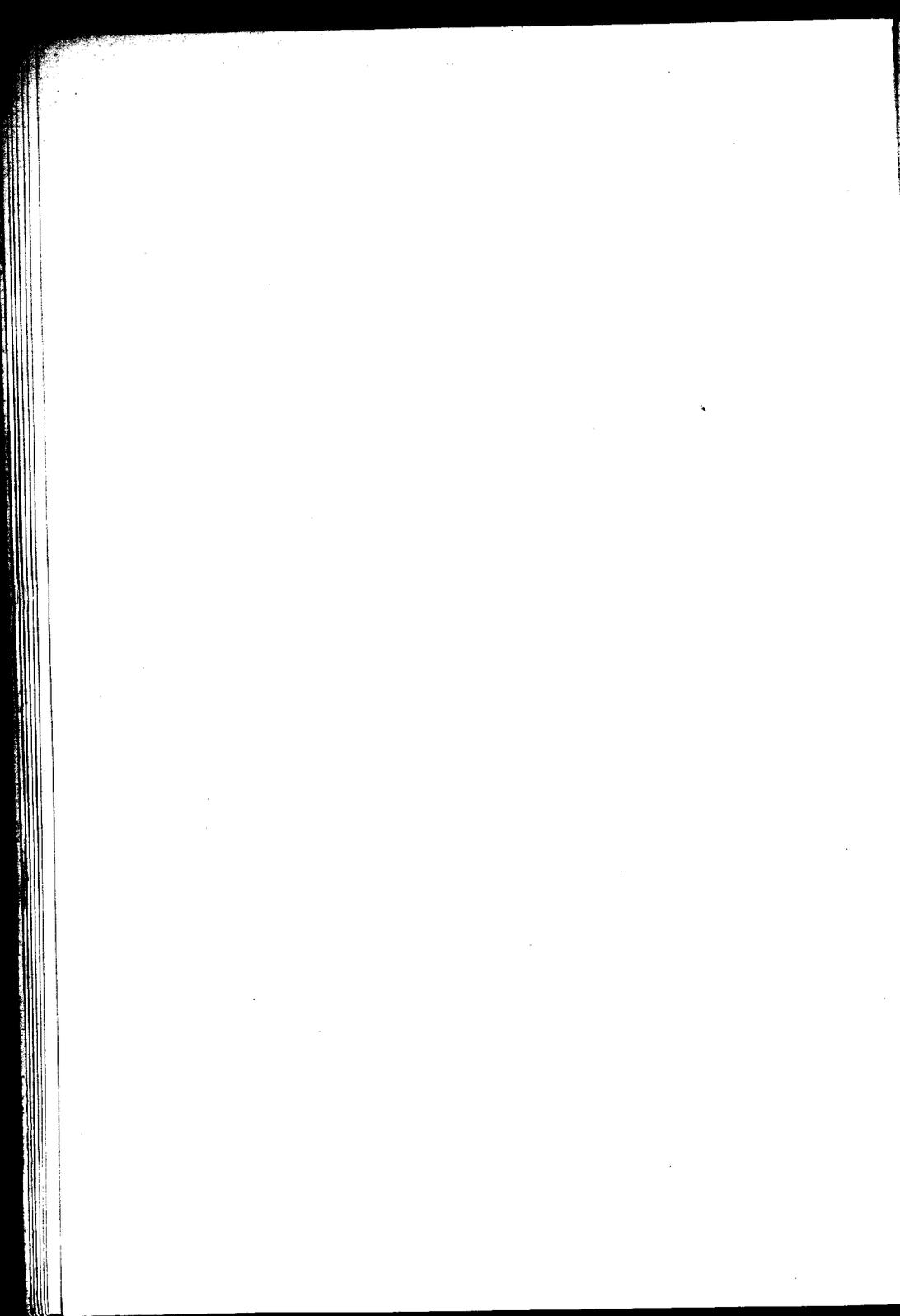
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURANAÑA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PEÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» ANELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. GRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica.....	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediatría.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICHA



ESCUELA DE MEDICINA

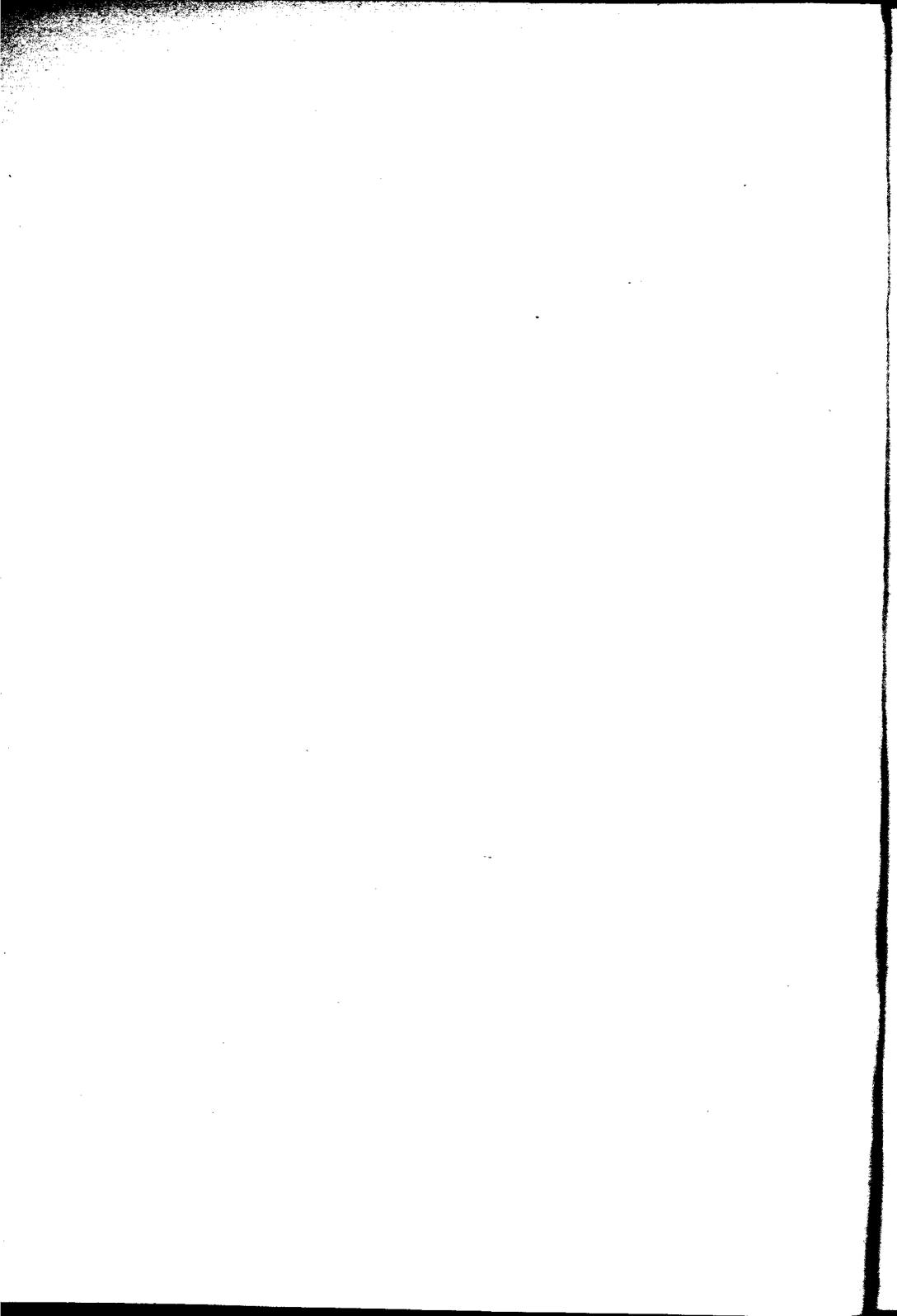
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	{ » JUAN CÁRLOS DELFINO
	{ » LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	{ » JOSÉ R. SEMPRUN
	{ » MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	{ » BENJAMÍN T. SOLARI
	{ » JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Botánica médica	DR.	RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica	" "	GUILLELMO SEPPER
Histología	" "	JULIO G. FERNANDEZ
Anatomía descriptiva	" "	EUGENIO A. GALLI
Fisiología general y humana	" "	FRANK L. SOLER
Bacteriología	" "	ALOIS BACHMANN
Higiene médica	" "	FELIPE JUSTO
Semiología	" "	MANUEL V. CARBONELL
Anatomía patológica	" "	CARLOS BONORINO UDAONDO
Materia médica y terapéutica	" "	JOAQUÍN LLAMBLAS
Medicina operatoria	" "	JOSÉ MORENO
Patología externa	" "	ENRIQUE PINOCCHIETTO
Clinica dermato-sifilográfica	" "	CARLOS ROBERTSON
" génito-urinaria	" "	FRANCISCO I. CASTRO
" epidemiológica	" "	NICOLÁS V. GRICO
Patología interna	" "	PEDRO L. BALIÑA
Clinica oftalmológica	" "	BERNARDINO MARALINI
" oto-rino-laringológica	" "	JOAQUÍN SÍN FOSADAS
" quirúrgica	" "	FERNANDO R. TORRES
Clinica médica	" "	PEDRO LABAQUI
" pediátrica	" "	LEÓNDAS JORGE FACIO
" ginecológica	" "	PABLO M. BARILARO
" obstétrica	" "	ENRIQUE B. DEMARÍA
Medicina legal	" "	ADOLFO SOCIETI
	" "	JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" "	MARCELINO HERRERA VEGAS
	" "	ARMANDO R. MAROTTA
	" "	LUIS A. TAMINI
	" "	MIGUEL SUSSINI
	" "	JOSÉ M. JORGE (H.)
	" "	JOSÉ ARCE
	" "	ROBERTO SOLÉ
	" "	PEDRO CHUTRO
	" "	JUAN JOSÉ VITÓN
	" "	PABLO MORSALINE
	" "	RAFAEL BULLRICH
	" "	IGNACIO IMAZ
	" "	PEDRO ESCUDERO
	" "	MARIANO R. CASTEX
	" "	PEDRO J. GARCÍA
	" "	JOSÉ DESTÉFANO
	" "	JUAN R. GOTEÑA
	" "	MANUEL A. SANTAS
	" "	MAMERTO ACUÑA
	" "	GENARO SISTI
	" "	PEDRO DE ELIZALDE
	" "	FERNANDO SCHWEIZER
	" "	JAIMÉ SALVADOR
	" "	TORIBIO PICCARDO
	" "	CARLOS E. CIRIO
	" "	OSVALDO L. BOTTARO
	" "	ARTURO ENRIQUEZ
	" "	ALBERTO PERAZZA RAMOS
	" "	FAUSTINO J. TRONGE
	" "	JUAN B. GONZÁLEZ
	" "	JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	" "	JUAN A. GABASTOU
	" "	JOAQUÍN V. GNECCO
	" "	JAVIER BRANDAN
	" "	ANTONIO PODESTÁ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

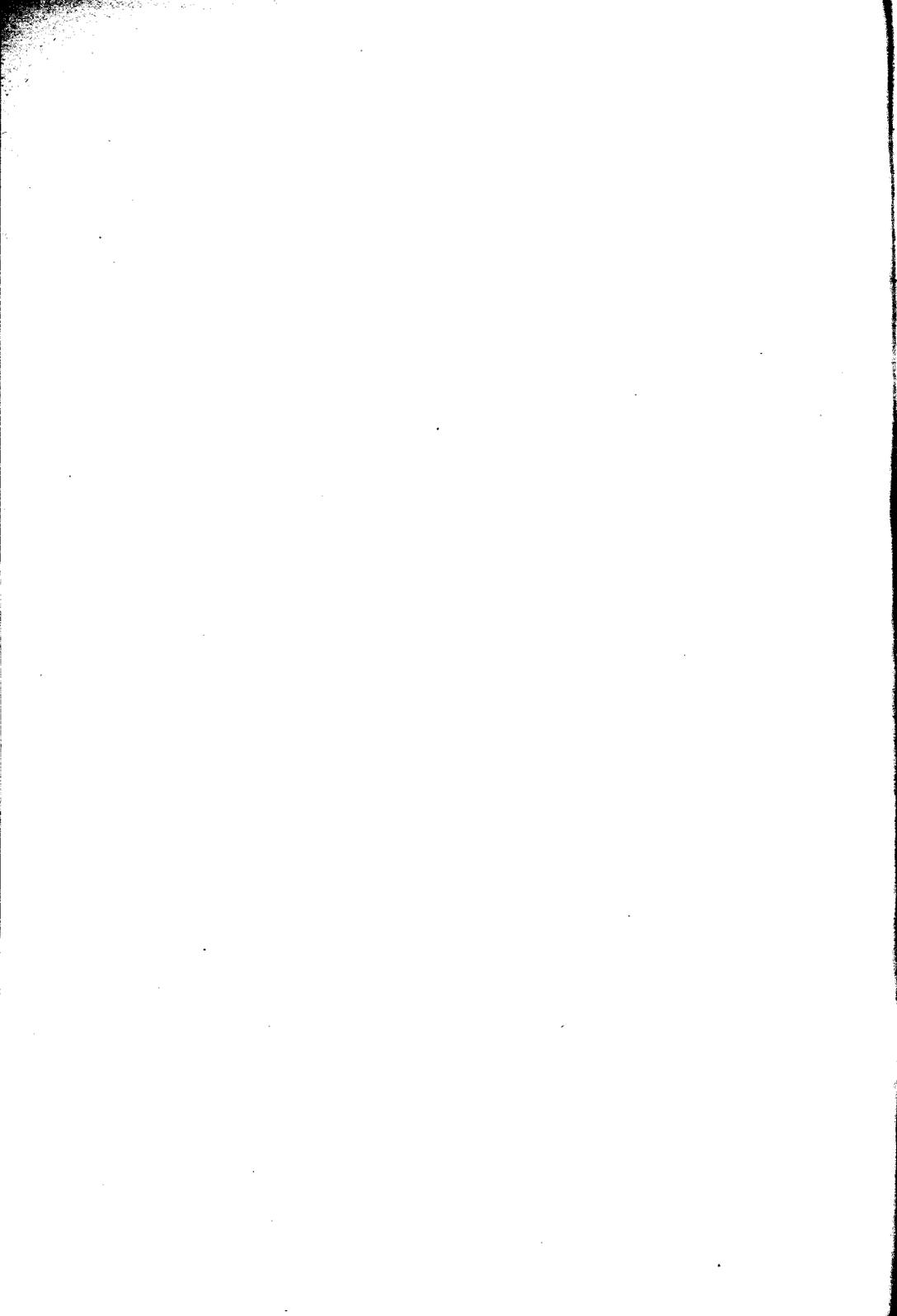
Catedráticos titulares

Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica.....	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

Técnica farmacéutica.....	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas ..	» OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	{ SR. PEDRO J. MÉSIGOS
	{ » LUIS GUGLIALMELLI
Química analítica.....	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica.....	» ANGEL SABATINI

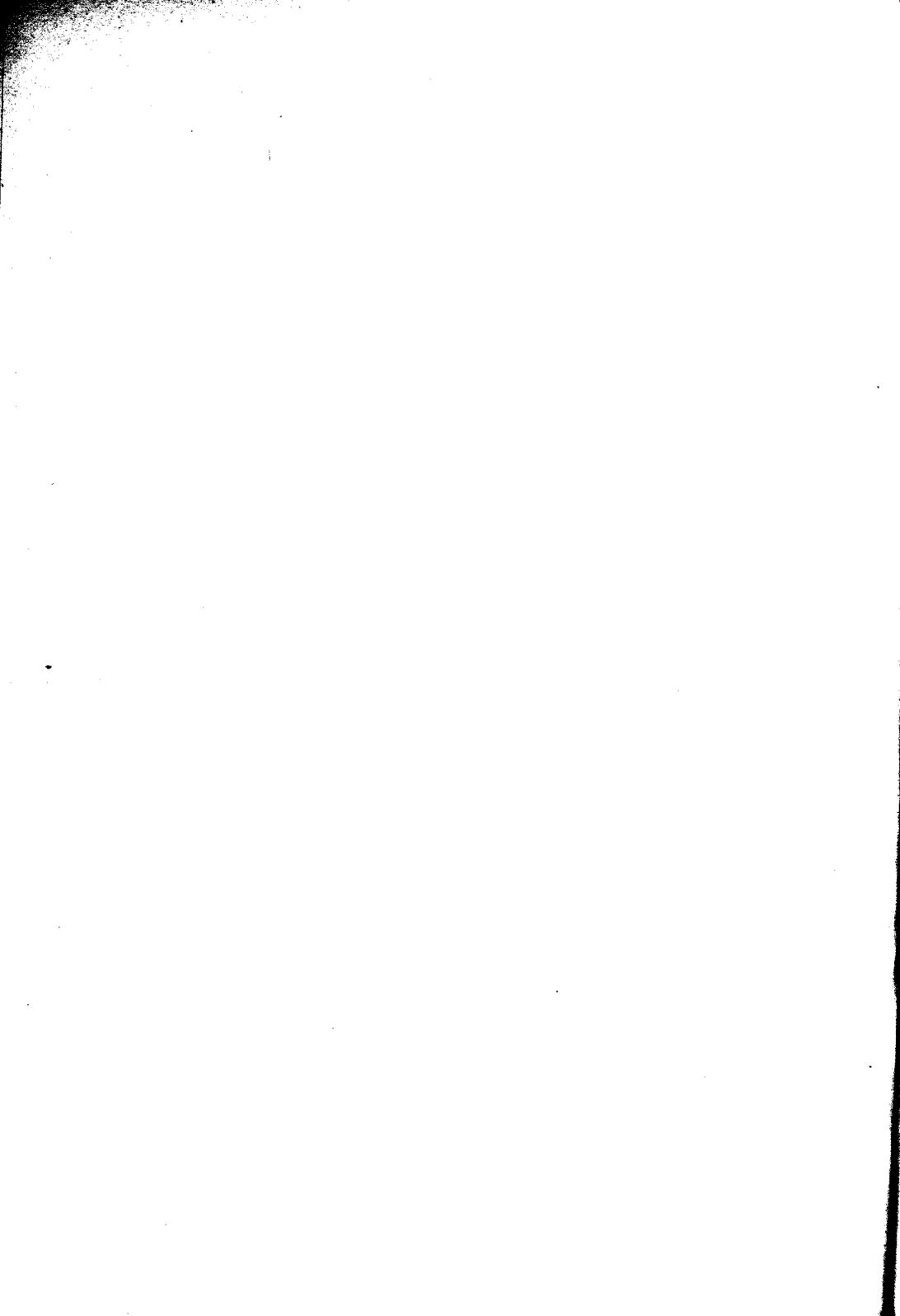


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1 ^{er} año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2 ^o año.....	» LEON PEREYRA
3 ^{er} año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO GUARDO

Catedrático sustituto

DR. ALEJANDRO CABANNE



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc..... Vacante

Segundo año:

Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clinica ostétrica..... DR. FANOR VELARDE

Puericultura..... Vacante

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

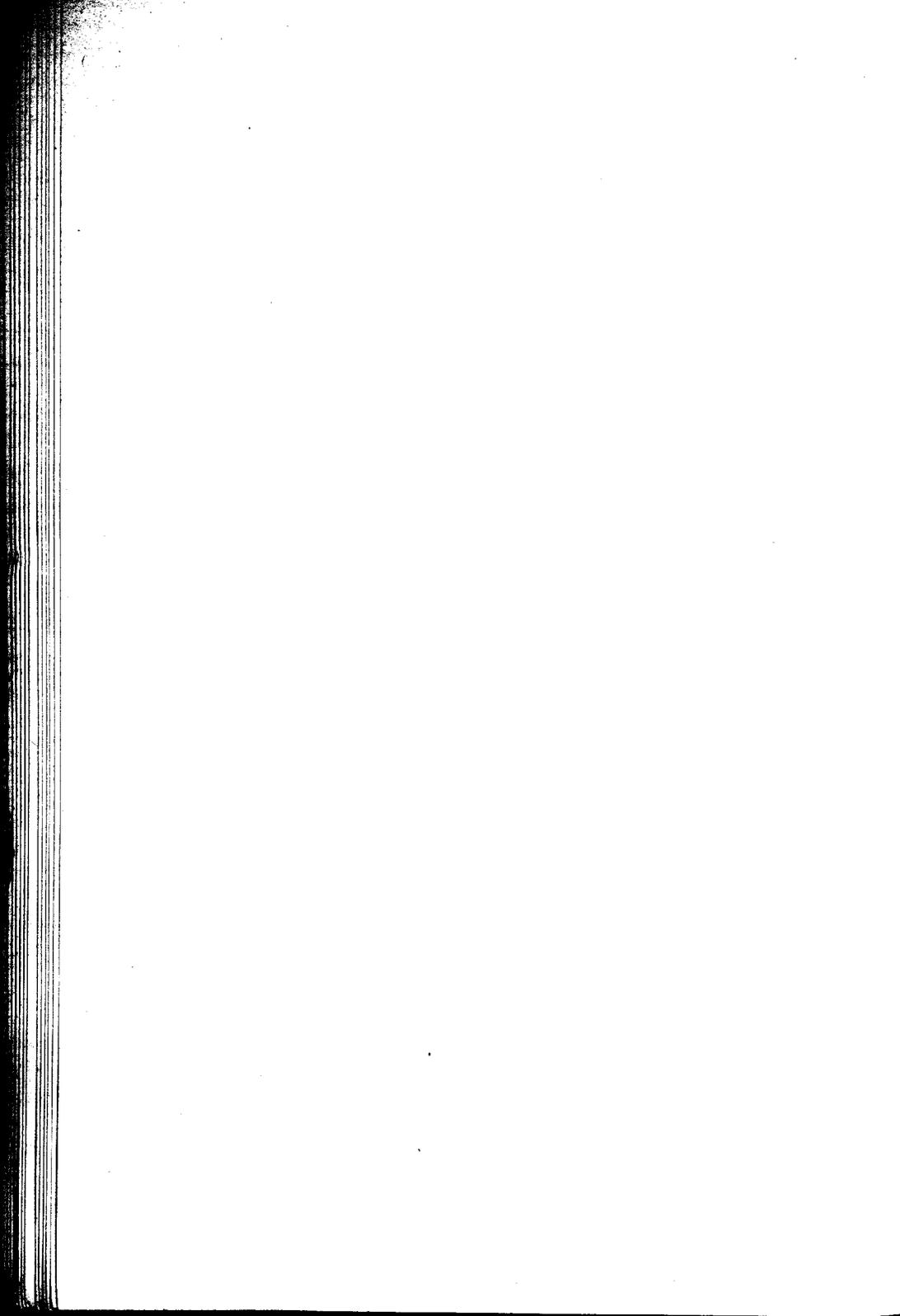
Clinica Obstétrica..... DR. J. C. LLAMES MASSINI
(encargado del curso del 1.er año)

» » » UBALDO FERNANDEZ
(encargado del curso de Puericultura)

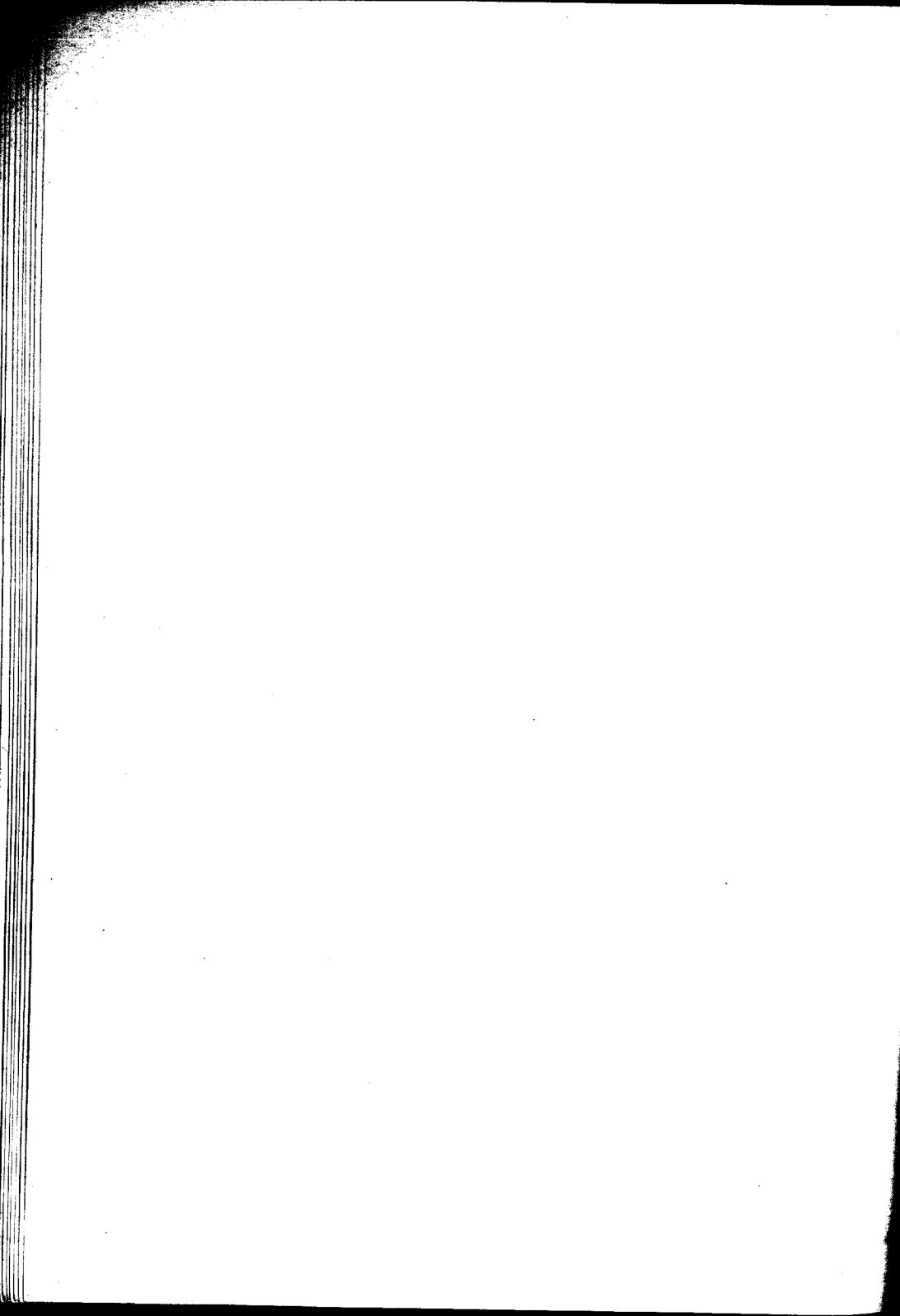


PADRINO DE TESIS

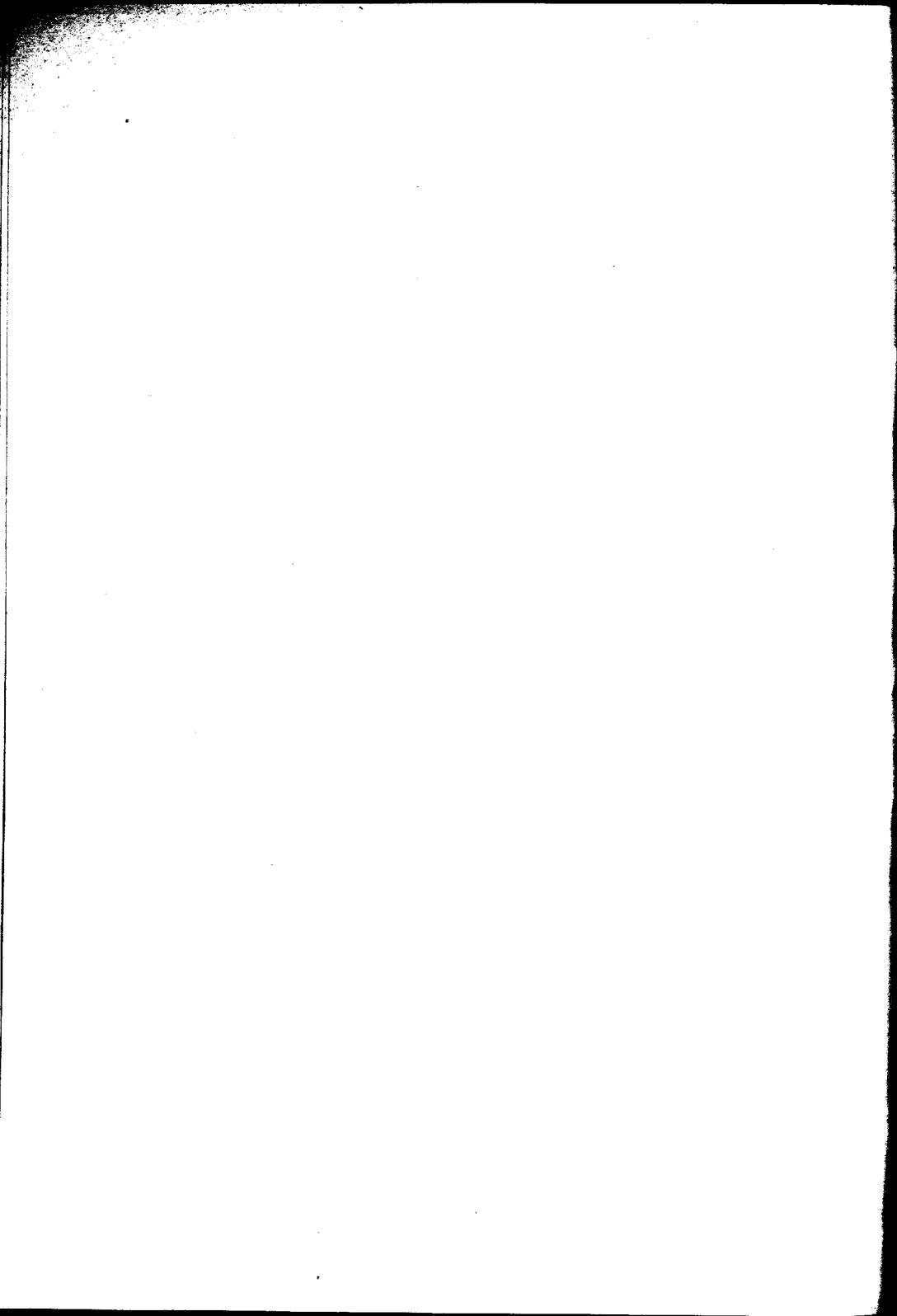
DOCTOR ENRIQUE CORBELLINI



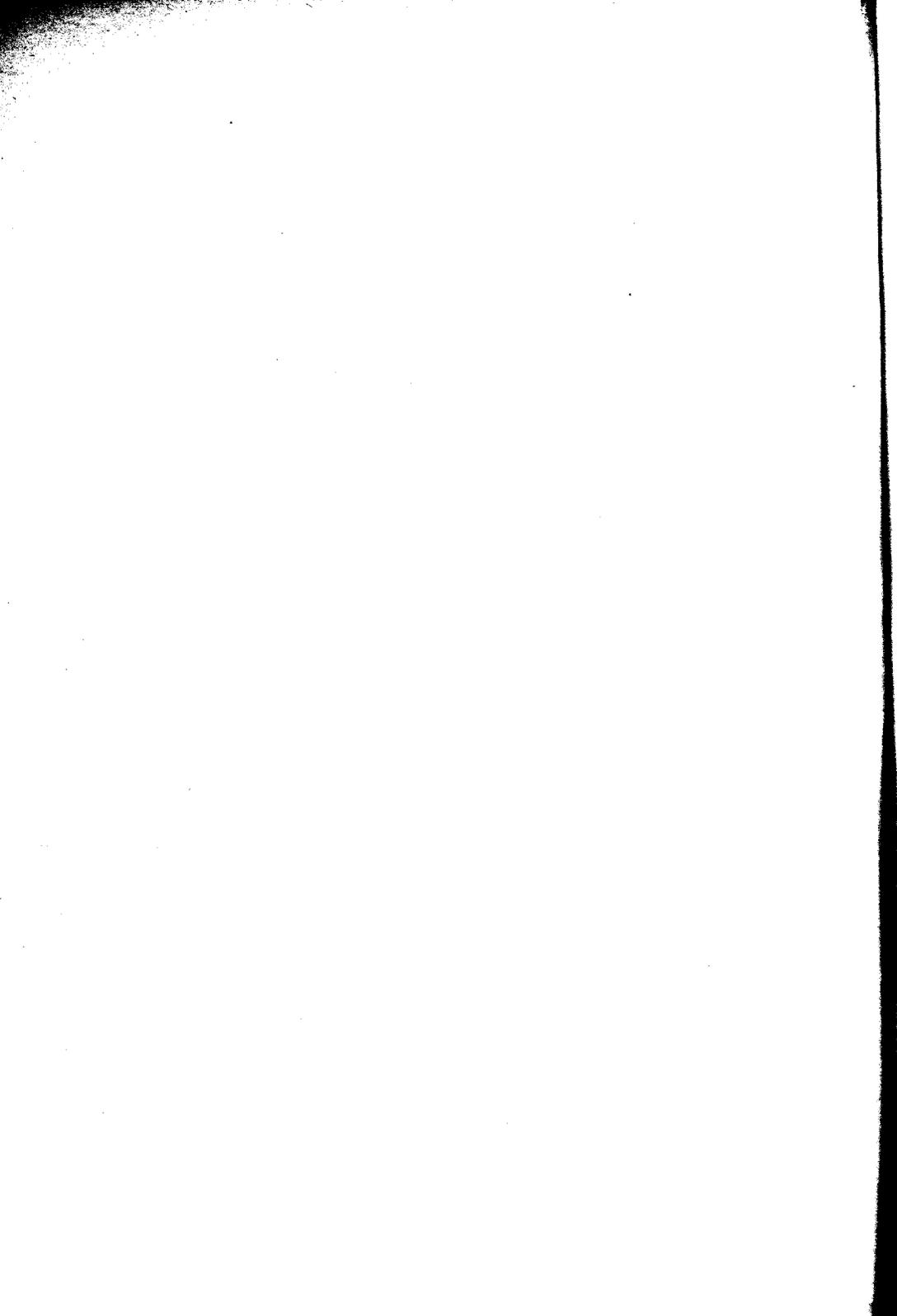
A MI PADRE



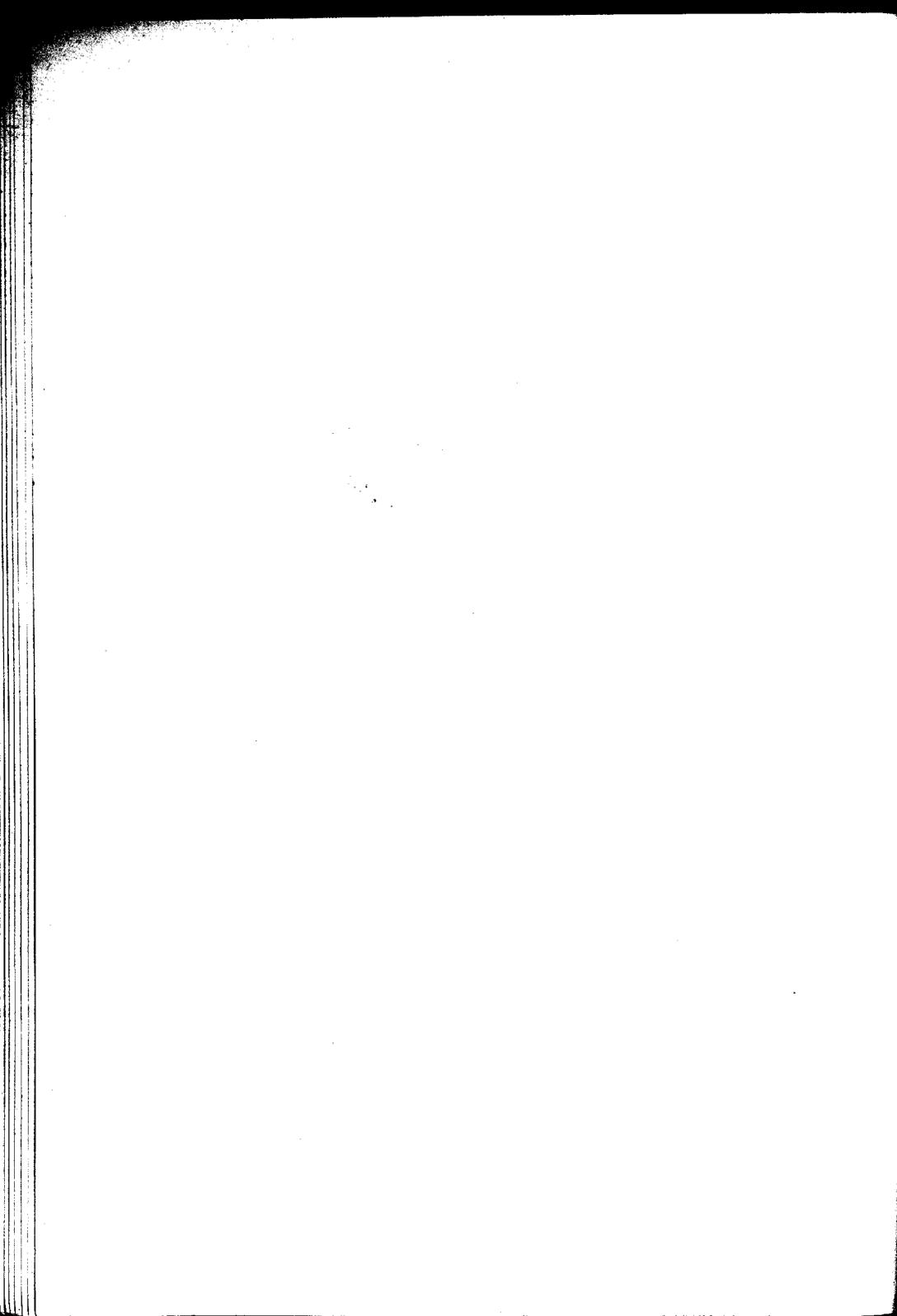
A MI MADRE



A MIS HERMANOS



A LOS MIOS



SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:



Al presentar á vuestra elevada consideración este trabajo sobre el cáncer del cuello del útero y su tratamiento quirúrgico, debo manifestar que he intentado reflejar el criterio electivo de los conocimientos que nos han legado aquellos que desde las más lejanas épocas buscan empenosamente el tratamiento ideal que obtuviere la curación definitiva del cáncer.

Todavía no poseemos esa terapéutica ideal, pero en cambio existe una noción sólidamente confirmada por múltiples observaciones. La curación definitiva del cáncer del cuello uterino reside en la intervención quirúrgica en su período incipiente. Tal es la finalidad de mi tesis, con el agregado de que en este período considero que no es necesario, sino que es perjudicial el empleo sistemático de algunos procedimientos excesivamente

ampliados que agravan la operación, disminuyendo las probabilidades de éxito.

Antes séame permitido tributar mi agradecimiento al cuerpo de profesores de nuestra honorable Escuela de Medicina, y al Dr. Enrique Corbellini, quien me hace el honor de acompañarme en este acto como padrino.

Mi reconocimiento á los Dres. Enrique Corbellini y Nicolás Repetto, que fuera de la Escuela Oficial, consolidaron mis conocimientos con la autoridad de su preparación científica.

Recuerdo la distinguida caballerosidad del Dr. Arturo Zabala, á quien debo agradecer las historias clínicas que acompañan esta tesis, y al Dr. Pedro Del Pino por sus atenciones para conmigo.

CONSIDERACIONES GENERALES

Es infinito el número de tratamientos que se han opuesto al desarrollo del cáncer, sin que hasta hoy el problema esté resuelto.

Se ha intentado la destrucción por los cáusticos químicos en aplicación local, la cauterización ígnea con termo ó con galvano-cauterio y el método esclerógeno de Lannelongue por las inyecciones intersticiales. Se han empleado sustancias modificadoras locales como la tripsina, la pepsina y el fermento proteolítico, modificadoras generales como la cicuta, el condurango y la quinina, y también se ha querido modificar la nutrición del neoplasma por medio de las ligaduras vasculares atrofiantes.

La bacterioterapia, toxinoterapia, seroterapia y hasta la seroterapia específica con los tejidos cancerosos del mismo enfermo también han sido empleados con algunas felices coincidencias, y entre los procedimientos más recientes, la fulguración y los Rayos X que hoy están cediendo sus enfermos al radium.

Entre estos últimos medios se puede mencionar la observación publicada por Schmidt de un cáncer uterino en período bastante avanzado, al que hizo un curetaje seguido por la fulguración y 24 inyecciones de vacuna anticancerosa. La enferma mejoró mucho su estado general y el tumor se redujo, permitiendo efectuar una intervención que no recidivó.

En una reciente publicación Cheron y Rubens Duval, refieren los resultados admirables que han obtenido con la radioterapia por el método de la irradiación ultrape netrante. Ellos han tratado á una mujer atacada de cáncer del cuello uterino declarada inoperable por Lejars, empleando dosis masivas de 20 á 30 centigramos de radio. La enferma se curó.

La eficacia del radium es admitida por Faure, quien considera necesaria su asociación al tratamiento quirúrgico en aplicaciones post-operatorias. Y Jacobs, (de Bruselas) dice que los resultados que ha obtenido con el radium le permiten afirmar que es superior á la operación radical.

La experimentación ha comprobado que las formas vegetantes son particularmente más sensibles al radium que las otras formas, y en términos generales se puede decir que la radiumterapia sería muy eficaz en aplicaciones post-operatorias, y que muchos casos francamente inoperables pueden ser transformados en operables por el radium.

De todos estos medios, el tratamiento que da mejores

resultados es la operación radical, que hoy aún tiene el grave inconveniente de que el número de casos francamente operables es muy reducido.

Es por esta poderosa razón que deben prestigiarse las campañas de profilaxia y las Ligas anticancerosas que se proponen divulgar el conocimiento del cáncer con la elevada finalidad de diagnosticarlo en su período incipiente que es cuando la intervención quirúrgica dá mejores resultados.

Podemos recordar al respecto la campaña de Winter, quien en pocos años obtiene un aumento notable en el porcentaje de operabilidad y á Poirier que en Francia invita á sus colegas para la fundación de una Liga anticancerosa, ejemplo que fué seguido en España y entre nosotros por el Dr. Calzada, que en el tercer Congreso Médico Latino-Americano celebrado en Montevideo, aconseja la propaganda anticancerosa.

Esta lucha contra el cáncer se pondría en práctica fundando un Centro Oficial que prestigie las circulares á los médicos y parteras y la publicación de Conferencias y folletos, difundiendo entre las mujeres los principios de la higiene de sus órganos genitales, para que puedan evitar las afecciones crónicas con la constante amenaza de la extensión de su infección ó la degeneración cancerosa.

Después de estas breves consideraciones generales, abordaremos nuestro tema comenzando por la etiología y patogenia que nos indicarán la profilaxia.

Luego expondremos las formas anátomo-patológicas con su evolución y vías de propagación, describiendo la sintomatología que las traduce, lo que nos permitirá hacer el diagnóstico al mismo tiempo que nos darán indicaciones sobre la propagación y operabilidad.

Con estas nociones podemos entrar de lleno al tratamiento quirúrgico, describiendo los procedimientos más empleados y después de su estudio comparativo, indicar el método de elección.

DEFINICIÓN, HISTORIA Y EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El cáncer, clínicamente considerado, es sinónimo de tumor maligno, y la malignidad se refiere á sus propiedades invasoras destructivas é infectantes. Pero considerando que los cánceres más frecuentes son los que se forman á expensas del tejido epitelial, su concepto ha evolucionado, y hoy el término cáncer se emplea para designar casi exclusivamente á los epitelomas.

Conocido por Hipócrates cuyos aforismos encerraban una sentencia de incurabilidad, su tratamiento quirúrgico comienza con Ambrosio Paré quien asociando las teorías patogénicas de Hipócrates y Galeno dice: Las mujeres son más frecuentemente atacadas que los hombres por el cáncer. El cáncer es casi incurable ó muy difícil de curar. «Debe ser extirpado por la obra manual del cirujano siempre que sea pequeño y situado en parte que pueda sufrir la amputación».

En el siglo II de nuestra era, Sorano ya indicaba la posibilidad de la extirpación del útero y según algunos autores sería por el año 1560 que se hizo en Italia la primera intervención radical contra el cáncer uterino.

Frommel refiere que la amputación del cuello canceroso se hacía á fines del siglo XVI y Schenk en el año 1600 publica un trabajo mencionando la frecuencia con que se practicaban esas extirpaciones parciales. La técnica empleada por los cirujanos de entonces era sencilla y rudimentaria. Se limitaban á vaciar el cuello con bisturí ó con tijeras, cauterizando luego la superficie cruenta con una barra de hierro enrojecida al fuego ó con cáusticos químicos.

Así es como, Marschal en 1783 hace una amputación del cuello por cáncer en un útero prolapsado. Osiander en 1801 extirpa un cancroide en un útero en posición normal, y Simpson siguiendo el mismo procedimiento, observa una enferma en buen estado, 15 años después de haber sido operada.

Los resultados de estas operaciones fueron tan alentadores que inmediatamente se concibió la mayor probabilidad de éxito en la mayor amplitud de la exéresis, siendo Langenbeck en el año 1813 quien hace la primera histerectomía subperitoneal por cáncer, siguiendo la vía vaginal, pero es fácil deducir por la técnica empleada que no se trataba de una ablación completa del útero.

La primera extirpación completa, del útero canceroso, por la vagina fué realizada por Sauter en el año

1821, quien pretendiendo hacer la histerectomía subperitoneal de Langenbeck, hace una incisión circular del cuello y aísla la vejiga; pero no pudiendo seguir con el procedimiento se vió obligado á abrir el fondo de saco peritoneal posterior y haciendo bascular el útero, corta los ligamentos anchos sin hacer hemostasia. Siebold y Holcher imitando la técnica de Sauter operaron tres enfermas que murieron por hemorragia.

Teniendo en cuenta esos resultados, Recamier en 1829 proclama la necesidad de hacer la hemostasia de los ligamentos anchos, indicación acogida con gran entusiasmo por todos los cirujanos contemporáneos, pero seguida por una mortalidad operatoria tan elevada debido á las hemorragias ó á las septicemias que fué abandonada por completo hasta el año 1878 en que el tratamiento quirúrgico del cáncer uterino señala una etapa brillante debido al impulso de Freund, Schroeder y Czerny.

El 30 de Enero de 1878 Freund de Strasburgo hace su primera histerectomía abdominal por cáncer. El 1.º de Febrero del mismo año, Schroeder hace por primera vez la amputación supravaginal del cuello por vía vaginal y el 12 de Agosto del mismo año Czerny ejecuta, por cáncer, una histerectomía vaginal, notable por la hemostasia bien ordenada y la estricta aplicación de los principios de antisepsia. Este cirujano recomendaba la ligadura metódica de todos los pedículos vasculares del útero.

Freund hace la histerectomía abdominal por cáncer en

diez enfermas, de las cuales siete sucumbieron rápidamente.

Otros cirujanos imitaron á Freund con resultados tan poco satisfactorios que la hysterectomía abdominal es abandonada para dar paso á la vía vaginal que es adoptada como método de elección durante casi 20 años, hasta que Terrier en 1896 en una comunicación á la sociedad de cirugía de París la hace readmitir, disputándose desde entonces la vía vaginal y la vía abdominal el mayor número de partidarios entre los cirujanos.

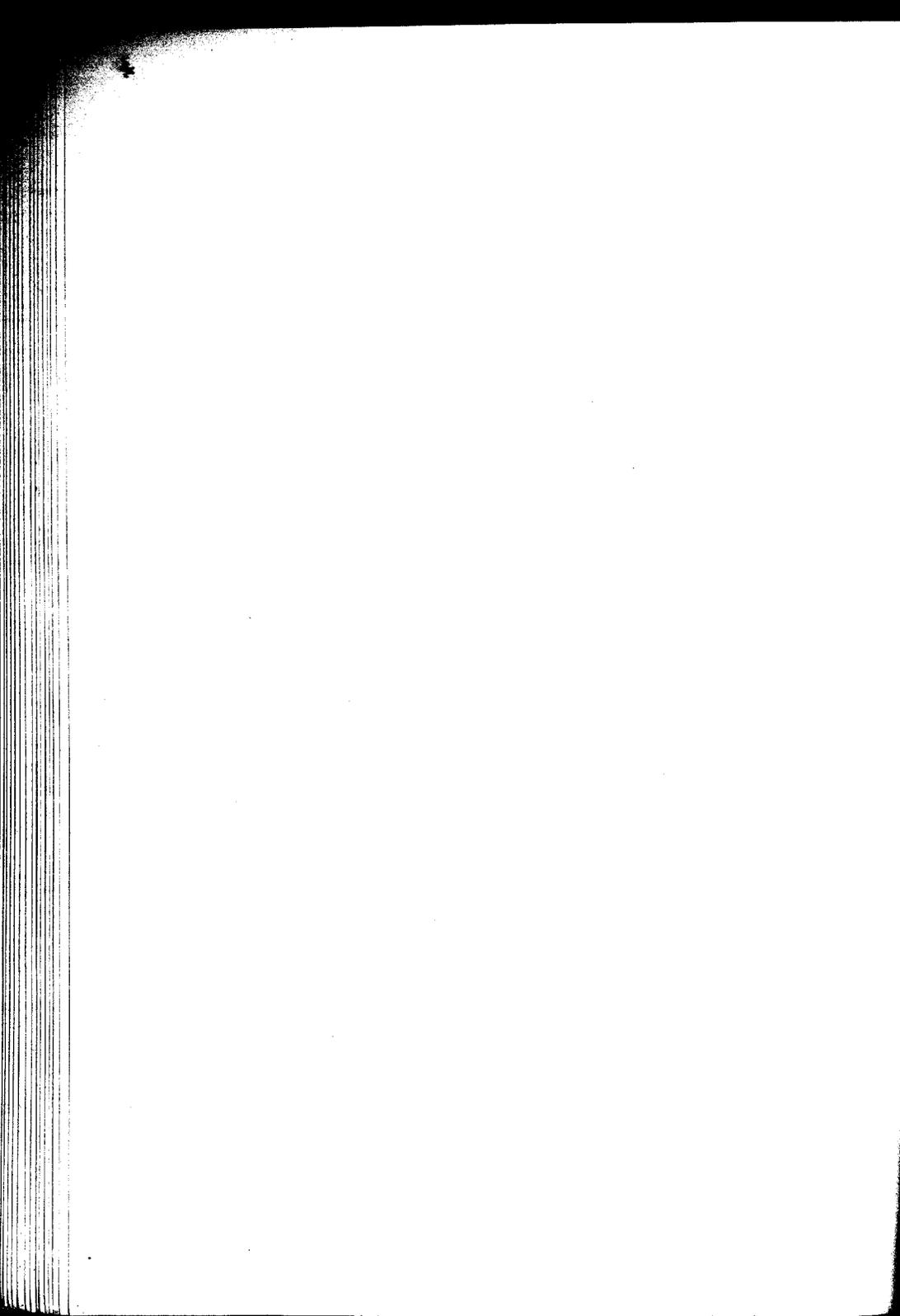
La preocupación de los cirujanos residía en el perfeccionamiento de la técnica, que encaminaban hacia la extirpación amplia, opinión aceptada y defendida por Mackenrodt, Riess, Rumpf y Wertheim, hasta llegar al célebre congreso de Roma en el año 1902, en el cual Jonnesco señala el máximo de estas tentativas aconsejando la ligadura previa de las hipogástricas y el vaciamiento ilio-lumbo-pelviano, extirpando todo el tejido célula-grasoso de la pelvis, de las fosas ilíacas y de las regiones lumbares inferiores con los vasos y ganglios que encierra. En esa misma época Martin preconiza la excisión parcial de la vejiga con implantación de los uréteres en el recto y Sampson, la excisión sistemática de los uréteres con su reimplantación en un sitio más elevado de la vejiga.

Pronto sobrevino una reacción y se abandonó la investigación sistemática de todos los ganglios invadidos, pues los numerosos trabajos anátomo-patológicos demostraron

que la extirpación de los ganglios cuando no era inútil, era nociva ó imposible.

Uno de los procedimientos que más se emplea hoy es el de Wertheim con las modificaciones de Bunn y Le-cene. Se han suscitado discusiones sobre la prioridad de la histerectomía abdominal ampliada y aunque Wertheim mencione en la introducción de su obra como sus precursores á Riess, Clark y Rumpf, es bueno recordar que Mackenrot hacía la ablación del parametrio, que Rumpf y Kelly extirpaban todos los ganglios sospechosos y que en el año 1895 Riess de Chicago, comunicó á la Sociedad de Médicos de Francfort un método operatorio al que se aproxima mucho el llamado método Wertheim-Riess efectuaba la ablación del útero envuelto por un capuchón vaginal, excindía ampliamente el foco canceroso y extirpaba sistemáticamente los ganglios ilíacos.

Y dejaríamos incompleta esta página sino mencionáramos al Dr. Enrique Corbellini que ha sido el primero en indicar y efectuar la intervención abdominal por cáncer del cuello uterino en su período incipiente.



ETIOLOGIA, PATOGENIA Y PROFILAXIA

El predominio del cáncer en la mujer se debe á sus órganos genitales, y especialmente al útero lo que le ha permitido á Simpson decir: «El cáncer del útero es el más común de todos los cánceres». Las estadísticas de Tanchou y Leichteinstein afirman esta aserción, aunque existen otros observadores como Virchow y D'Espine que no dan la prioridad á este órgano.

No ataca indiferentemente á la mujer en todas las edades. Excepcional antes de los 20 años, conociéndose casos á los 19, 17 y 9 años (como el caso citado por Ganghofer), poco común entre los 20 y 30 años, su frecuencia va aumentando progresivamente con la edad para llegar á su máximum entre los 40 y 50 años, después de cuya edad comienza á decrecer, de lo que se deduce que el epitelioma del cuello del útero pertenece al período de actividad genital y preferentemente á la época en que se establece la menopausia.

Se encuentra en todos los países del mundo, pero todos los observadores admiten su mayor frecuencia en las zonas templadas que en las cálidas y frías. Y así como Hirsch ha negado su existencia en Groenlandia, así también Engel Bey, Azevedo Sodré y Jourdanet afirman que en Africa, Brazil y la zona cálida de Méjico el cáncer es de rara observación.

Se menciona la influencia de la raza citando la mayor frecuencia del cáncer en la raza blanca que en la negra, siendo en esta última más frecuente el fibroma.

La influencia de la localidad no está bien demostrada, pues su mayor frecuencia en las ciudades que en la campaña puede ser debida á otros múltiples factores, entre los que pueden citarse la mayor actividad genital con sus consiguientes inflamaciones y el mayor debilitamiento físico propio de los grandes centros de población.

La herencia es uno de los factores más generalmente admitidos en el desarrollo de las neoplasias malignas observándose muchas veces como dice Brocca «verdaderas familias de cancerosos». Esta herencia no debe considerarse en el sentido absoluto de transmisión directa, pero sí, es racional admitir con muchos autores una influencia hereditaria de temperamento, de predisposición, de terreno favorable al desarrollo de los cánceres.

La teoría de Conheim que explica el origen del cáncer por los gérmenes que se han incluido en los tejidos en el curso del desarrollo para sufrir posteriormente la evolución neoplásica, no excluye la idea de la trasmisión de

ese temperamento mórbido especial comprendido bajo las distintas denominaciones de predisposición mórbida, artritismo y diátesis.

Es por todos los autores admitida la existencia de ese estado especial de temperamento favorable al cáncer que consideran como la expresión de una diátesis. Así para Verneuil todos los tumores malignos ó benignos serían la expresión aislada ó múltiple de una misma diátesis, la diátesis neoplásica, y para Richelot, los tumores malignos y benignos estarían ligados entre ellos por el artritismo y apoya su opinión citando la frecuencia de asociación de los cánceres y fibromas uterinos.

El sistema nervioso también ha sido inculpada. Lance-reaux ha incriminado á un trastorno de la acción nerviosa que sería el resultado de la herencia nerviosa. Marschal ha creído encontrar la causa del cáncer y de la proliferación celular atípica, en la falta de relación de la célula cancerosa con el sistema nervioso, que sería el regulador de la morfología de los tejidos. Debove también admite la suspensión de esta regulación nerviosa como causa de la anarquía celular, y por último, se ha querido explicar la desorientación celular por la influencia depresiva del sistema nervioso.

Un trastorno de la nutrición, ó la influencia de tal ó cual modo de alimentación, las profesiones, el género de vida, la infección, la transmisión por las relaciones sexuales, son otras tantas causas invocadas en favor de la etiopagenia del cáncer.

La teoría de Comhein es bastante seductora. Este autor atribuye el origen de los neoplasmas al desarrollo aberrante y tardío de los gérmenes embrionarios que han quedado olvidados ó inutilizados en los tejidos, células embrionarias acumuladas en islotes en ciertos puntos, especialmente donde se hacen las invaginaciones epiteliales, lo que explicaría la mayor frecuencia del cáncer al nivel de los orificios naturales.

Estos gérmenes, tan pronto como el organismo cede en resistencia, ó surgen condiciones favorables á su proliferación, cumplirían su ciclo evolutivo.

El cuello uterino desenvuelto tardiamente á expensas de los tubos de Müller, sería una de estas regiones congenitamente vulnerables donde existen dos clases de epitelio que favorecerían el polimorfismo plástico y provocado según Comhein por los aflujos sanguíneos repetidos.

Ahora, ya mencionada la teoría de Comhein, séame permitido seguir unos instantes á Menetrier, para luego aplicar algunas de sus consideraciones sobre el cáncer en general, al cáncer del cuello del útero:

El cáncer no es una enfermedad sino que es un proceso mórbido, es un proceso de auto-infección del organismo, por las mismas células del organismo, células proliferadas, invasoras y destructivas de los elementos normales con las cuales ellas entran en conflicto.

Todos los elementos celulares son eventualmente capaces de esta actividad patógena con el mismo poder con

que son capaces de proliferación ó hiperplasia regeneradoras irritativas ó compensadoras, funciones normales cuya desviación patológica constituye el cáncer. Pero lo que lo individualiza, y lo separa de todas las otras formas mórbidas conocidas igualmente caracterizadas por la infección ó invasión del organismo, es que en el cáncer, lo que invade, lo que constituye los focos mórbidos no son elementos parásitos extraños al organismo sino que son los elementos autóctonos, las células mismas del organismo salidas de su foco inicial para proliferar indefinidamente.

El cáncer, tampoco es una forma mórbida primitiva, es una terminación de estados patológicos múltiples, anteriores, preparatorios, y entre estos estados preparatorios la hiperplasia inflamatoria ó por trastornos del desarrollo, constituye el terreno sobre el cual se desarrollan el mayor número de los cánceres y representan el primer estadio de la evolución neoplásica. Y en efecto, estudiando la estructura histológica de los cánceres, se pueden seguir las modificaciones de los epitelios, desde su comienzo en las inflamaciones crónicas hasta su terminación en las proliferaciones neoplásicas, después de haber pasado por los estados sucesivos de hiperplasia simple, formaciones adenomatosas, epitelomas invasores y finalmente atípicos, y es tal la filiación de continuidad entre las lesiones inflamatorias y neoplásicas que no es posible dudar de la comunidad de su origen, viéndonos obligados á admitir los procesos de inflamación crónica como la causa más poderosa de proliferación celular.

¿Pero el cáncer no se desarrolla en todos los tejidos que son asiento de inflamación crónica?, á lo que responde Menetrier: Es necesario admitir además de esa acción local provocadora, una influencia general cómplice autorizando su desarrollo.

Ya hemos visto la predilección del cáncer por el cuello uterino, y cómo aparece en el período de actividad genital, que es la edad en que el útero es frecuentemente el asiento de inflamaciones crónicas, erosiones, hiperplasia glandular, ectropión mucoso y cicatrices de ulceraciones y dilaceraciones, y más aún, si interrogamos á las enfermas buscando los orígenes de su afección, casi siempre encontramos en sus antecedentes las metritis con sus ulceraciones, las inflamaciones crónicas descuidadas, las eternas flores blancas y la multiparidad con sus dilaceraciones.

Por lo demás, la acción predisponente al cáncer de las erosiones del cuello ya ha sido demostrada por Ruge y Veit, quienes han llegado á considerar las neoformaciones glandulares como el primer estadio del cáncer, y sabemos la importancia que atribuye Kelly á las dilaceraciones del cuello durante el trabajo del parto. Y de las inflamaciones hiperplásicas, dice Richelot, que las hiperplasias glandulares que acompañan la esclerosis uterina, y á las que rehusa el nombre de metritis, constituyen un primer paso hacia la génesis del epiteloma.

Y todos los autores conocen y mencionan la frecuencia de la degeneración maligna en las metritis crónicas.

Ahora, ¿por qué el cáncer no aparece en todas las mujeres, cuya mucosa uterina se halla crónicamente irritada ó inflamada?

¿Admitiremos con Menetrier una causa general cómplice que permite el desarrollo del cáncer?

Diremos con Richelot: ¿es la esclerohiperplasia el trastorno nutritivo de la mucosa uterina preparando el terreno favorable para la eclosión del tumor maligno, y que es la mujer artrítica que se hace cancerosa?

¿O admitiremos la formación de los cánceres por la presencia de gérmenes embrionarios olvidados en los tejidos como esperando que estas acciones inflamatorias crónicas favorezcan el despertar de su proliferación indefinida?

La profilaxia sería la conclusión de estas ligeras consideraciones sobre la etiopatogenia del cáncer uterino. Y es evidente que toda la profilaxia consiste en *evitar ó suprimir* las causas.

Ya hemos mencionado la frecuente observación del cáncer en úteros anteriormente afectados de inflamaciones crónicas, hiperplasias glandulares, ulceraciones, dilataciones y cicatrices, y también hemos visto como algunos observadores consideran esas afecciones como estados preparatorios y hasta como la primera etapa del cáncer.

Ahora, una vez admitida la influencia de esos factores ¿Cuál debe ser la verdadera profilaxia del cáncer uterino?

Con esta misma interrogación Bossi comunica al séptimo Congreso de Ginecología celebrado en Lille en Marzo de 1913 su criterio profiláctico consistente en pequeñas intervenciones que llama operaciones plásticas, y apoya su opinión con 7.000 observaciones, en todas las cuales ha podido evitar el desarrollo del cáncer con su tratamiento conservador.

Rouville dió una conferencia en la Academia de Ciencias y Letras de Montpellier aconsejando la amputación de todos los cuellos uterinos que son asiento de hipertroflas inflamatorias crónicas.

Es evidente que toda la profilaxia consiste en evitar ó suprimir las causas. Esas afecciones consideradas como factores predisponentes se evitarían con la higiene genital, inculcando á las mujeres las nociones elementales de la fisiología de sus órganos genitales. Y una vez producidas esas afecciones consideradas predisponentes, deben ser suprimidas.

Con este criterio es que Bossi ha empleado sus operaciones plásticas, pero sus conclusiones no fueron aceptadas por Pinard ni por Pozzi quien afirma la ineficacia de esas intervenciones. Y respecto de la conclusión de Rouville puédesse decir que es incompleta y que es necesario ser más radical, diríamos: aquellos úteros cuyo cuello es asiento de lesiones inflamatorias crónicas ó esclerohiperplásicas que están amenazando su degeneración en cáncer deben ser extirpados porque no tan sólo se evitaría la posible degeneración maligna secundaria sino que

se extraería á la enferma un foco de infección crónica librándola de las molestias é intoxicaciones que le ocasiona su útero enfermo y que describiremos en la sintomatología.

Resumiendo en dos palabras la profilaxia tendríamos: *evitar ó suprimir* cuyos equivalentes son: *la higiene genital y la histerectomía.*



ANATOMÍA PATOLÓGICA

FORMAS ANÁTOMO - PATOLÓGICAS EVOLUCIÓN Y VÍAS DE PROPAGACIÓN

En el cuello del útero existen dos variedades de epitelio: un epitelio pavimentoso extratificado recubriendo la porción externa del cuello, y que es semejante al de la mucosa vaginal; y un epitelio cilíndrico que recubre el canal cervical y sus glándulas semejante al del cuerpo uterino.

Como el cáncer puede originarse en uno u otro de los epitelios, considerados histológicamente resultarán dos clases de epiteliomas: el epitelioma pavimentoso que se origina á expensas de la porción vaginal del cuello que tiene tendencia á invadir los fondos de saco vaginales; y el epitelioma cilíndrico, que naciendo en el epitelio que recubre el canal cervical y sus glándulas, tiene tendencia á desarrollarse en profundidad invadiendo el canal cervi-

cal hacia la cavidad uterina después de haber infiltrado las paredes de todo el cuello del útero.

No siempre se conservan estos límites, pues no es raro observar epitelomas cilíndricos extendiéndose sobre el hocico de Tenca, como sucede al nivel de las erosiones, donde el epitelio pavimentoso se transforma en epitelio cilíndrico, aunque es excepcional que el cáncer pavimentoso del cuello invada al cuerpo uterino.

Estas variedades histológicas corresponden á formas clínicamente distintas que pueden diferenciarse siempre que su propagación á las partes vecinas no haya alterado el aspecto primitivo, y así es posible establecer cuatro formas: *Papilar, nodular, cavitaria y laminar ó vaginal.*

1.^a *La forma papilar*, llamada también caneroide ó epiteloma vegetante ó en coliflor, sería en realidad un cáncer de la mucosa vaginal pues comienza en la parte del cuello situada debajo de las inserciones vaginales, quedando mucho tiempo localizada en su superficie hasta que llega el momento en que se extiende á los fondos de saco vaginales y se propaga á los tejidos periuterinos.

Está caracterizada por vegetaciones que proliferan abundantemente constituyendo la clásica coliflor tan friable, que sangra con facilidad al menor contacto.

2.^a *La forma nodular ó intersticial, parenquimatosa ó carcinoma del cuello, ó nudosidades cancerosas*; así llamada porque en esta forma, el neoplasma se infiltra en el teji-

do submucoso, en el espesor mismo del cuello formando nucleos ó nadosidades que levantan la mucosa á su nivel.

En esta forma la ulceración sobreviene tardíamente cuando el nódulo destruye la mucosa percibiéndose entonces una profunda cavidad crateriforme de paredes irregulares y aspecto sangriento.

3.^a *La forma cavitaria ó cáncer trechante.*— Es la forma que asume casi siempre el epiteloma cilíndrico. Se origina en el interior del canal cervical y no tiene tendencia á extenderse sobre la superficie del cuello, sino que asciende por la cavidad cervical llegando muy pronto al cuerpo del útero invadiendo en seguida los tejidos periuterinos y muy tardíamente la vagina.

Ataca el tejido del cuello excavando los labios por su cara interna hasta hacerlos desaparecer por completo dejando en su lugar una gran cavidad sangrienta, el tejido celular pelviano es atacado y ulcerado rápidamente produciéndose amplias cavidades neoplásicas en los ligamentos anchos.

Bajo el punto de vista clínico, esta variedad es particularmente maligna por la facilidad con que destruye el tejido uterino ó invade el parametrio, pero á pesar de su carácter maligno, su recidiva es poco frecuente, opinión que comparten Faure y Winter.

Por el contrario, las formas anteriores evolucionan más lentamente, con menos tendencia á la extensión regional pero en cambio su recidiva sería más frecuente.

Existe una cuarta forma llamada *vaginal* ó *laminar* que es rarísima. Se origina en el fondo de saco posterior é invade el cuello y la vagina provocando ulceraciones extensas.

En un período más avanzado de la enfermedad, los caracteres de las cuatro formas que hemos descrito desaparecen para dar lugar á las enormes lesiones que crea el cáncer por su extensión.

Sobre esta extensión los estudios anatomopatológicos y las intervenciones efectuadas en estos últimos años nos han legado nociones precisas que son de inmenso valor para el criterio terapéutico.

La propagación se hace por continuidad, ó por infiltración, siguiendo las vías linfáticas y así es como son atacados: la vagina, el cuerpo del útero, el tejido conjuntivo pelviano, los ligamentos anchos, los uréteres, la vejiga, el recto, el peritoneo, los ganglios, y por último las metástasis en los órganos lejanos.

La extensión á la *vagina* es muy rápida en las formas vegetante y laminar como ya hemos visto al hablar de ellas.

Tendría su importancia quirúrgica el saber si la invasión macroscópica de los fondos de saco y paredes vaginales, corresponde á la invasión microscópica.

Bruckner ha afirmado que la invasión microscópica tiene los mismos límites que la lesión macroscópica, opinión que no comparte Assereto, quien admite la metástasi-

sis por haberla encontrado con frecuencia en sus investigaciones histológicas.

Lo mismo que en la vagina los conocimientos de la propagación al *cuerpo del útero* tienen su importancia. Esta extensión ha sido particularmente estudiada por Otto Franqué, quien ha llegado á la conclusión de que el cáncer que se origina en la porción vaginal del cuello puede extenderse al cuerpo por continuidad, es decir, ascendiendo por la cavidad cervical, pero si la propagación no se hace por continuidad tampoco podría hacerse por metástasis, aduciendo en favor de esta opinión que los vasos linfáticos del cuerpo no tienen relación con los del cuello del útero.

Klein y Scelig anteriormente habían llegado á conclusiones opuestas.

Considero de interés recordar que Poirier en el año 1890 describió una amplia y rica anastomosis vertical látero-uterina que relaciona los linfáticos del cuello y del cuerpo acompañando las flexuosidades de la arteria uterina.

La extensión del cáncer del cuello al cuerpo del útero es muy frecuente en las formas cavitaria y nodular, siendo por el contrario rara, ó muy tardía, en la forma vegetante.

Lo cierto es que el epiteloma pavimentoso tiene poca tendencia a infiltrar el cuerpo de la matriz, y tan poca que Willians había negado en absoluto esta propagación; pero es necesario saber que en todos los cánceres del

cuello la mucosa del cuerpo sufre una proliferación inflamatoria intensa que la colocaría en mayores condiciones de vulnerabilidad bajo el punto de vista de la propagación.

El *tejido celular pelviano* es particularmente atacado por el cáncer del cuello del útero que tiene una marcada tendencia á extenderse hacia los ligamentos anchos, cuyo tejido conjuntivo invade muy precozmente, espesándolos y haciéndolos inextensibles.

La infiltración neoplásica invade profundamente al parametrio, manifestándose por una induración del tejido celular, que conjuntamente con la induración de los ligamentos anchos y de los útero-sacros inmoviliza al útero dejándolo como enclavado en la pelvis. Estas induraciones no siempre son de origen neoplásico, sino que pueden ser de naturaleza inflamatoria como lo han demostrado los trabajos de Wertheim, Schanta y Winter.

Por el contrario puede acontecer que los ligamentos y el parametrio clínicamente normales contengan en su interior nodulitos neoplásicos ó pequeños ganglios cancerosos de volumen casi microscópico. Wertheim ha encontrado invadido el parametrio 45 veces en 80 casos.

Los uréteres, la vejiga y el recto, son prontamente atacados por el cáncer, á causa de sus íntimas relaciones con el parametrio.

La neoplasia maligna, engloba y asimila los uréteres disminuyendo su calibre lo que trae como consecuencia la dilatación por encima de la parte comprimida, con acu-

mulación de orina y hasta la hidronefrosis, más aún puede provocar lesiones renales, particularmente estudiadas por Lancereaux, las que á su vez repercutiendo sobre el corazón, llegarían á la hipertrofia del ventrículo izquierdo.

Esta propagación á los uréteres tiene su importancia especial en las intervenciones que hacen un tiempo de su disección.

El tejido celular interpuesto entre la vejiga y el cuello del útero también es invadido; el neoplasma esfacela y destruye la pared vesical dejando una amplia fístula vesico-vaginal.

Una vez invadida la vejiga, se infecta muy fácilmente observándose con frecuencia cistitis, ureteritis, pielonefritis sépticas y hasta pequeños abscesos miliares, renales, complicaciones, todas de carácter grave.

La invasión ganglionar ha dado lugar á múltiples investigaciones efectuadas en condiciones distintas y con resultados tan contradictorios que no se les puede asignar más que un valor relativo.

Los ganglios primeramente atacados son los hipogástricos, situados en la bifurcación de las arterias ilíacas luego los ganglios sacros, después los ilíacos externos, y por último los lumbares.

Cuando los ganglios están infectados por el cáncer aumentan de volumen y de consistencia, y con solo estos caracteres Wertheim pretendía reconocer la naturaleza cancerosa de un ganglio que sería: voluminoso, duro, blanco y grisáceo al corte.

Pero es necesario saber que si los ganglios invadidos por el cáncer aumentan de volumen y consistencia, no todos los ganglios voluminosos y duros son neoplásicos, pues es frecuente que estén simplemente inflamados é hipertrofiados, siendo debida su hipertrofia á lesiones inflamatorias simples no neoplásicas por infecciones banales que se realizan en las superficies cancerosas.

Debe mencionarse aquí que se pueden observar ganglios neoplásicos, mientras aún se conservan indemnes sus vasos linfáticos, y por el contrario observarse los ganglios indemnes mientras sus vasos adherentes están infartados por células cancerosas.

Aun queda por resolver un problema importante como sería el saber si el sistema linfático se encuentra invadido cuando el cáncer del cuello se halla todavía clínicamente circunscripto, es decir, cuando aún se halla en su período incipiente.

Las opiniones son contradictorias. Existen observadores que afirman que en el período incipiente los ganglios linfáticos están casi siempre atacados, mientras que por el contrario son muchos más quienes afirman que los ganglios linfáticos se encuentran indemnes de toda infección cancerosa en el período incipiente.

Más tarde, con el avance del proceso canceroso y su propagación á los órganos vecinos, especialmente al parametrio aumenta la frecuencia de la propagación linfática.

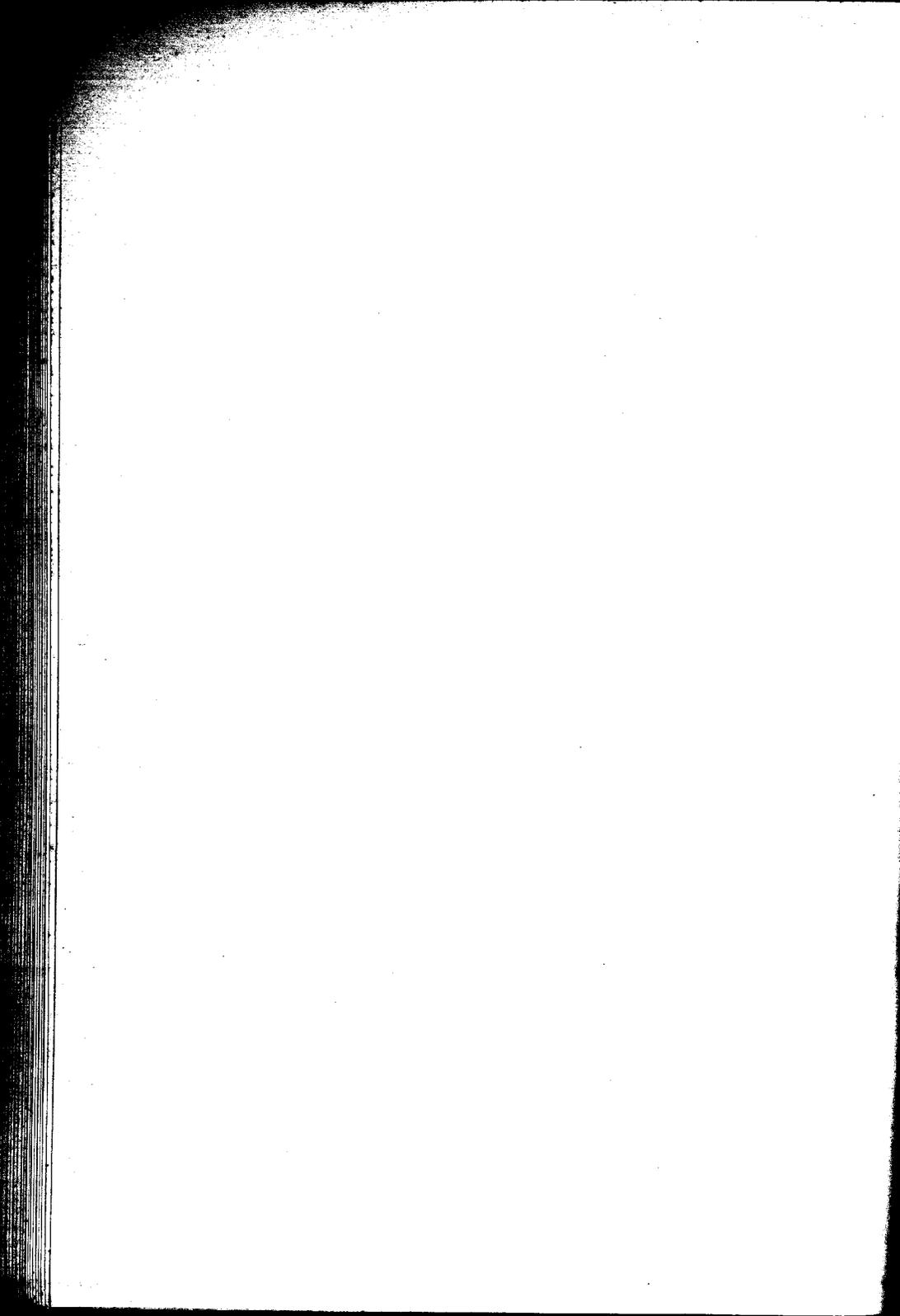
Respecto de la frecuencia relativa de la infección lin-

fática y de la infiltración del parametrio, se puede afirmar que por lo general el parametrio está invadido antes que los ganglios, y que estos permanecen con frecuencia indemnes de toda infección cancerosa y hasta en los casos avanzados en que ha sido infiltrado todo el tejido celular pelviano.

Winter que se ha ocupado especialmente, dice que el cáncer no invade los ganglios sino cuando los ligamentos anchos están infiltrados, y como resulta de numerosas observaciones hoy se puede afirmar que la invasión ganglionar en los cánceres del cuello en su período incipiente no es común, y que sucede á la infiltración del parametrio y de los ligamentos anchos y que hasta en casos avanzados está lejos de ser constante.

Como es evidente este estudio de la invasión ganglionar tiene importancia que se puede referir á las afecciones que extirpan sistemáticamente los ganglios.

Winter que ha estudiado en una forma completa las recidivas post-operatorias del cáncer dice. Las recidivas ganglionares serían muy raras, y no se hacen en los ganglios sino que se hacen en el tejido celular pelviano, en la pared posterior de la vejiga y en los fondos de saco vaginales.



SINTOMATOLOGIA

En la sintomatología del cáncer se distinguen habitualmente tres períodos:

Un primer período llamado latente, durante el cual las enfermas conservan todas las apariencias de un buen estado de salud y no presentan síntomas locales ni generales de importancia.

Un segundo período, ó período de estado, en el que los fenómenos del comienzo se encuentran más acentuados.

Y un tercer período ó período terminal, también llamado de caquexia cancerosa.

Richelot considera artificial esta división en períodos y admite tan sólo dos etapas que señalarían la indicación ó contraindicación del tratamiento quirúrgico.

En la primera, el cáncer aún está circunscrito; los fondos de saco vaginales, y los ligamentos anchos están libres, no hay dolor espontáneo ni provocado por el tacto vaginal. Es el momento oportuno para operar: el cáncer operable es indoloro y el útero es movable.

En la segunda etapa, el cáncer se ha extendido á los tejidos vecinos, la vagina se endurece, los ligamentos anchos pierden su elasticidad, las pérdidas de sangre son más frecuentes y abundantes, los dolores son continuos y tenaces, y el estado general se altera profundamente. El dolor y la pérdida de la movilidad uterina, contraindican toda intervención radical.

Jayle con análogo criterio considera cuatro períodos: los dos primeros operables y los dos últimos inoperables.

Admitiendo como muy lógicas las divisiones de Jayle y Richelot, describiremos la sintomatología que va revelando el proceso canceroso de acuerdo con su evolución, deteniéndonos especialmente en los síntomas de más importancia y sin hacer división de grados, aunque los mencionemos en el curso de la descripción.

El cáncer del cuello del útero, evoluciona tan insidiosamente en su comienzo que no se traduce por ningún signo ni alteración del estado general, y cuando la enferma se decide á consultar al ginecólogo, es por la presencia de ciertos síntomas funcionales que revelan un estado ya avanzado de la afección.

Tan escasa sintomatología ha hecho designar con el nombre de período latente á esto comienzo tan silencioso, al que si agregamos la desidia ó abandono de las enfermas que no dan importancia á sus primeros síntomas, fácilmente se explica la dificultad de observar las alteraciones iniciales y de hacer un diagnóstico precoz.

Una pérdida de *sangre* en la época de la menopausia

ó fuera del período menstrual, inodora y escasa, provocada por una causa insignificante como un paseo prolongado, el exceso de trabajo, el simple esfuerzo en la defecación, el tacto vaginal, ó un coito perfectamente normal y hasta una fuerte emoción moral. Tales son los caracteres y causas provocadoras de este síntoma que es el primero en aparecer en la mayoría de los casos y por ello merece que lo consideremos con más detención.

Es un líquido de color rosado que sale por la vagina, secreción sero-sanguinolenta que al principio muy escasa en cantidad, va siendo cada vez más abundante para parecerse en un período más avanzado al agua de carne según la misma expresión de las enfermas.

Es necesario decir que se pueden observar algunos casos en los cuales la hemorragia es tan abundante que obliga á la enferma á guardar cama y hasta puede llevarla rápidamente é una profunda anemia, como también por el contrario existen epitelomas del cuello que llegan á un período avanzado sin dar una sola gota de sangre.

Esta pérdida de aguas rosas como también se las llama por su carácter de líquido acuoso de color rosado, es inodora, aunque no es del todo raro observar en ellas la fetidez desde el principio. Más tarde, cuando las ulceraciones ya extensas se infectan, las metrorragias adquieren una fetidez tan repugnante que las enfermas no puede tolerar, llegando á sentir repulsión hacia sí mismas.

Esta metrorragia, por lo común intermitente y diaria puede aparecer con más amplios intervalos, guardando

una regularidad tal en su aparición que muchas enfermas creen en la vuelta de sus reglas y acojen con regocijo el retorno de su juventud como bien dice Pozzi en una de sus felices expresiones.

Las primeras hemorragias no son debidas como pudiera creerse á una ulceración de la superficie del cuello, sino que son causadas por la metritis concomitante ó por la fluxión que provoca la presencia del neoplasma. Sería un fenómeno análogo á las primeras hemoptisis de los tuberculosos.

Más tarde sí, la hemorragia es debida á la ruptura de los pequeños vasos neoformados en el nódulo epiteliomatoso y como estos vasos carecen de pared organizada, el menor contacto los rompe, y sangran hasta que la coagulación los obtura deteniendo la hemorragia.

Es tan importante este síntoma metrorragia, que ya Quenu decía: Todo útero que pierde sangre, aunque sólo sean algunas gotas, es sospechoso de cáncer. Y Reimond: En toda mujer que habiendo llegado á la menopausia presenta hemorragias uterinas que no respondan á causas generales de hemofilia, aunque el examen con el espéculo sea negativo, debe efectuarse la histerectomía.

La leucorrea es el segundo síntoma que aparece por orden de frecuencia. La leucorrea es la alteración mórbida de una secreción normal, es la exageración de un fenómeno fisiológico del útero que en estado normal segrega un líquido mucoso conteniendo algunos leucocitos

y que es debido á la destrucción lenta y continua del revestimiento epitelial.

Cuando es sintomática del cáncer consiste en el derrame de un líquido blanco amarillento, flujo seroso é inodoro al principio, apareciendo en cantidad escasa, aunque algunas veces por su abundancia puede simular una verdadera hidrorrea.

Es un síntoma éste al que las enfermas niegan todo valor, y tan solo le dan la importancia que merece cuando una fetidez insoportable ó el prurito vulvar ó en la parte interna de los muslos lo complica.

Cuando el neoplasma se ulcera, la leucorrea se combina con la hemorragia, adquiriendo el líquido un color rosado, y más tarde aún cuando la ulceración se infecta y se mezclan los residuos patológicos localmente destruidos esta leucorrea adquiere una fetidez tan característica que sugiere la sospecha del neoplasma.

Mientras el cáncer queda localizado en el cuello el *dolor* espontáneo no existe ni sería provocado por el tacto vaginal. El dolor es un síntoma tardío, testigo de la invasión, que aparece cuando el neoplasma invade los nervios sacros siendo producido entonces por la invasión ó compresión de los troncos nerviosos.

Cuando este síntoma existe, la enferma se queja de dolores en los riñones ó en la región abdominal lumbar ó *ciática* que aparecen espontáneamente con intermitencias siendo al principio fácilmente soportables, pero con la extensión del proceso canceroso estos dolores se hacen con-

tínuos y tenaces con verdaderos accesos neurálgicos á irradiaciones diversas, particularmente á lo largo del nervio ciático.

Como veremos al hablar del diagnóstico operatorio, el dolor contraindica la intervención radical y es un síntoma que como dice Yayne habría que distinguirlo de otras dos clases de dolores: un dolor hipogástrico, reciente debido á una pelviperitonitis en relación con el cáncer y su infección; al abrir el vientre se encuentra un poco de líquido sero-hemático que no es un obstáculo para una buena histerectomía. Y un dolor en los riñones que considera debido á la compresión indirecta de los uréteres de la que resultaría una distención de la pelvis renal dotada de una gran sensibilidad. Operando, se vé que el uréter no está englobado por el tumor y que aún está lejos de la masa cancerosa.

También puede ser el primer síntoma un *debilitamiento general*, una *sensación de cansancio* ó de *fatiga* que no responde á causas aparentes, ó una *sensación de pesadez en el bajo vientre*, ó la *dispepsia uterina* ú otros trastornos nerviosos rápidamente seguidos por la metorragia.

A estos síntomas se agregan los signos que nos dá el examen local, y al respecto, todos los ginecólogos admiten la superioridad de las nociones que dá el tacto sobre las que dá el espéculo.

El *tacto vaginal* nos dá un signo de grandísima importancia como es el cambio de consistencia percibido al ni-

vel del hocico de Tenca, cuando no existe aún la ulceración.

Al principio se siente un nódulo pequeño de consistencia dura é inelástica, de forma irregular y desigual que ordinariamente reside en uno de los labios. Más tarde la induración puede ocupar todo el cuello uterino y extenderse á los fondos de saco y paredes vaginales palpándose un enorme tumor fijado por su misma propagación.

Su carácter esencial es la induración leñosa así es que cuando se extiende invadiendo los tejidos vecinos, y especialmente la vagina la encontramos como acartonada.

En otros casos, en lugar de un nódulo circunscrito ó una induración difusa, se perciben las enormes vegetaciones de la coliflor tan friables que sangran al menor contacto, ó se toca una ulceración de bordes duros é irregulares, y en un período más avanzado encontramos una gran cavidad reemplazando al hocico de Tenca, formando una especie de cráter que se prolonga sin línea de demarcación con la vagina.

Es fácilmente comprensible que cuando se trata de un cáncer cavitario las nociones que dá el tacto son de muy escaso valor, pero en cambio, es muchas veces superior al espéculo, pues es frecuente que el espéculo nos revele tan solo una pequeña ulceración mientras que con el tacto se percibe un enorme tumor profundamente extendido.

Con el tacto se aprecia otro signo de grandísima im-

portancia como es la pérdida progresiva de la movilidad uterina, sobre el que nos detendremos al hablar del diagnóstico de la propagación.

El espéculo permite observar el aspecto localización y extensión de las lesiones.

Si se observa el cáncer al principio se ve el aspecto lívido de las tumefacciones ó el color amarillento de una pequeña ulceración irregular ó lisa que asienta en uno de los bordes del cuello. Más tarde se observa la ulceración ocupando la mayor parte de uno de los labios del hocico de Tenca ó habiendo ya invadido el labio opuesto y hasta reemplazando á todo el cuello uterino por una gran cavidad sangrienta de paredes irregulares.

Si en lugar de encontrarnos con una de estas formas ulcerosas que pueden llegar á destruir completamente el cuello, nos viéramos en presencia de una forma vegetante, observaríamos las múltiples proliferaciones friables del epitelioma en coliflor.

Los fondos de saco y paredes vaginales pueden estar libres ó invadidos, constatándose en este último caso la ulceración con sus variados aspectos que se continúa hacia la vagina.

Antes de llegar á estos límites extremos, la mayoría de las enfermas ven la acentuación progresiva de los signos y síntomas descritos, conservando durante un tiempo más ó menos largo un aparente buen estado de salud. Es el período que todos los autores llaman período de estado, y cuya duración está relacionada con el grado

de malignidad del tumor que la mujer alberga en su matriz.

Es en este período en que se asocian los fenómenos reflejos en el aparato digestivo y urinario, la circulación y el sistema nervioso para completar el cortejo patológico que Pozzi ha agrupado bajo la denominación de síndrome uterino.

Sobreviene una verdadera dispepsia uterina con dificultad en las digestiones, constipación y timpanismo, un tenesmo vesical muy doloroso con frecuencia en las micciones acompañadas de ardor, palpitaciones del corazón, neuralgias diversas y verdaderas neurosis llegando hasta la neurastenia ó verdaderos accesos histérico-epilépticos, y es tan íntima la vinculación que existe entre la entidad mórbida denominada histeria y las manifestaciones del útero enfermo, que á ello debe su nombre.

Las manifestaciones nerviosas se explicarían por la estrecha relación que existe entre el sistema del gran simpático y los órganos genitales.

La metrorragia y la leucorrea son cada vez más abundantes y su olor cada vez más fétido y repugnante, el prurito vulvar y el eritema en la parte interna de los muslos son cada vez más molestos y penosos, contribuyendo á aumentar las profundas modificaciones del carácter de las enfermas que presienten la gravedad de su estado de salud.

Los dolores se hacen cada vez más intensos y continuos, las hemorragias anemian á la enferma, el apetito

disminuye y la salud se altera profundamente para entrar en el tercer período, llamado terminal ó de caquexia cancerosa, con su facies característica, y el tinte pálido terroso amarillento de la piel.

La invasión del recto hace tan dolorosas las defecaciones, que la enferma se abstiene voluntariamente llegando á la constipación. La compresión de los uréteres trae la hidronefrosis dolorosa y alteraciones renales con ataques aislados de uremia para producir una autointoxicación de origen canceroso, intestinal renal é infeccioso. Tan intensa intoxicación embota la inteligencia y sensibilidad de la enferma, haciendo menos dolorosa su caquexia terminal.

La invasión vesical con sus infecciones secundarias, cistitis purulenta, ureteritis ascendente, nefritis, flegmasia alta dolens hasta llegar á la septicemia ó á alguna otra complicación que termina con la enferma.

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO DE LA PROPAGACIÓN Y OPERABILIDAD

La metrorragia, la leucorrea, la fetidez característica de estas secreciones, el dolor y las nociones que nos da el examen local, por medio del tacto y del espéculo, imponen el diagnóstico de cáncer, que si aún quedara inseguro se confirmará con la biopsia haciendo un curetaje explorador que permitirá obtener del microscopio el certificado del diagnóstico.

Ya hemos visto al describir la sintomatología cuáles son los signos que lo individualizan; como el tacto percibe un pequeño nódulo circunscrito y duro, la ulceración más ó menos avanzada de bordes gruesos reposando sobre una base difusamente indurada ó las proliferaciones friables de la forma vegetante y como el espéculo nos permite observar una pequeña ulceración en uno de los bordes que en un período más avanzado puede reemplazar

á todo el hocico de Teuca, ó las vegetaciones del epiteloma en coliflor.

Es necesario decir que pueden presentarse algunos casos de diagnóstico difícil que hicieran confundir el cáncer con otras afecciones de carácter benigno.

La metritis crónica podría parecerse al cáncer, pero antes como después de la ulceración cada una de estas afecciones tiene sus caracteres que permiten diferenciarlas.

Antes de la ulceración la secreción de la metritis es mucopurulenta y viscosa, mientras que en el cáncer la secreción es serosa, de color rosado ó rojizo con fetidez característica, debiendo tener presente que existen algunas metritis seniles de secreción bastante fétida.

Una vez ulcerada la metritis también tiene sus caracteres propios. La ulceración de la metritis es superficial de un color rojizo vivo, blanda, y que no sangra con facilidad. En cambio la ulceración cancerosa es más profunda, menos roja, de bordes duros, reposando sobre una induración difusa y que sangra fácilmente al menor contacto.

Un pequeño mioma incluído en el espesor de uno de los labios del cuello podría parecerse á un nódulo canceroso no ulcerado, pero con el tacto es fácil apreciar que no adhiere á la mucosa, que está netamente limitado y que á su alrededor no existe infiltración.

Los quistes incluídos en el cuello produciendo su hinchamiento y esclerosis, podrían dar la impresión de nú-

cleos cancerosos; pero vaciando los quistes por medio de la punción se descongestionan los tejidos, haciendo desaparecer las dudas.

Un pólipo fibroso esfascelado que ha pasado el cuello uterino y se encuentra en la vagina, dando toda la impresión de una forma vegetante con la misma friabilidad y fetidez en las secreciones se distinguirá fácilmente con-
torneando con el dedo la masa poliposa en todas sus partes.

Los papilomas del cuello se distinguirán por la falta de induración en su base. El chancro es rarísimo en el cuello y por último se ha descrito una tuberculosis vegetante del cuello semejando un epiteloma. Pero ya hemos dicho que siempre que existieran dudas habrá que recurrir al diagnóstico histológico.

Diagnosticado el cáncer del cuello uterino, es necesario conocer su propagación que guardará íntimas relaciones con la operabilidad, sea cual fuere el criterio del cirujano y el procedimiento que se efectuare.

El interrogatorio nos dará síntomas subjetivos de importancia reveladores de la propagación cuyo diagnóstico **completaremos** empleando la palpación bimanual, el tacto vaginal y rectal combinados la citoscopia y el descenso **metódico** del útero para lo cual si fuera necesario se recurrirá á la anestesia.

Cuando el cáncer invade la vagina es fácil ver con el espéculo ó las valvas una ulceración que se continúa con la del cuello, ó introduciendo el dedo en la vagina se

constata una induración profunda más fácil de percibir dilatando previamente la uretra.

La invasión de la vagina tiene muchísima importancia, aunque de ella no hay que deducir la inoperabilidad, puesto que este depende de la extensión y profundidad de la lesión. Con este criterio, es que algunos cirujanos consideran que la invasión de la vagina cuando es superficial no contraindica la intervención, pues la vagina es fácilmente extirpable, aunque guardan reservas cuando están infiltradas las tunicas profundas.

En cambio para Pozzi esta invasión es una seria contraindicación á toda intervención radical, porque: ó es el índice de la propagación de un cáncer avanzado que posiblemente ha infectado los linfáticos, ó resulta de la forma vaginal que tiene una tendencia invencible á extenderse á la vagina y á recidivar.

La propagación á la vejiga se diagnosticará por los síntomas subjetivos que se obtendrán con el interrogatorio, y por las nociones que da la citoscopia.

Cuando la vejiga está invadida existe irritabilidad vesical, frecuencia en las micciones acompañadas por dolores y sensación de ardor, y el examen citoscópico nos dará nociones de importancia á las que no daremos un valor absoluto recordando que hasta existen cirujanos como Schauta que niega todo valor al examen citoscópico, y Blum declara, que por una parte la integridad de la mucosa no prueba que la vejiga esté indemne, y por otra parte la constatación del edema, de una vasculari-

zación anormal, ó de zonas de retracción no son sinónimos de la invasión de la vejiga.

Los signos subjetivos, el tacto vaginal y la citoscopia reunidos completarán el diagnóstico de la invasión vesical estando entonces contraindicada la intervención, á menos que se trate de una invasión muy limitada, y todas las otras condiciones sean muy favorables, pero aún así debemos abstenernos porque la recidiva es fatal en un cáncer tan avanzado.

La invasión del tejido celular del parametrio se traduce por la inmovilidad del útero que en los casos avanzados está como enclavado en la pelvis. Por la palpación se percibe un tumor duro ampliamente extendido y englobando al útero para formar una sola masa neoplásica.

El diagnóstico de esta propagación puede ser difícil, pues frecuentemente se observa el cáncer en mujeres atacadas por inflamaciones crónicas útero-anexiales á consecuencia de parametritis trayendo también la inmovilidad del útero que debe diferenciarse cuidadosamente de la induración neoplásica.

Puede suceder que á pesar de conservarse la movilidad uterina, las lesiones cancerosas sean tan extensas que no es posible esperar la curación definitiva ni aún con la intervención más amplia, y así es como se observan casos en que el cáncer propagado á la vejiga y al recto forma con estos órganos una sola masa neoplásica que se puede movilizar en conjunto.

Importancia del diagnóstico precoz.

El tratamiento quirúrgico será tanto más eficaz cuanto más cercanos estemos del comienzo del cáncer, pero los signos clínicos que entonces lo traducen son tan escasos é inciertos que no permiten afirmar el diagnóstico sin el valioso recurso de la biopsia, sobre cuya importancia ya insistieron Siredey, Lemaire, Hartmann y Pozzi.

Y es necesario recordar siempre que en presencia de signos que hagan sospechar la existencia del cáncer, se hará la biopsia por medio del curetaje explorador, y el cirujano que tenga la feliz coincidencia de diagnosticar el cáncer en su período incipiente, tiene el deber y la obligación de imponer á la enferma la necesidad absoluta de la intervención quirúrgica inmediata.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Las vías sacra, parasacra perineal y paracoccigea fueron imaginadas en el año 1889 para la extirpación del útero canceroso.

La histerectomía por la vía sacra fué practicada por Hoehenegg y Gersuny quienes reseocaban una porción del sacro. Emilio Zunkerandl imaginó la extirpación del útero por la vía para sacra sin resección ósea.

La vía perineal es practicada por Otto Zunkerandl y la vía paracoccigea fué propuesta por Wölfler.

Estas vías hoy no se emplean, practicándose la extirpación del útero por la vía vaginal ó la vía abdominal, solas ó combinadas resultando un procedimiento vagino-abdominal ó abdomino-vaginal.

VIA VAGINAL

Frommel refiere que las primeras amputaciones parciales del cuello uterino por cáncer serían hechas por el siglo XVI con una técnica muy imperfecta como es fácilmente comprensible.

Sauter en el año 1822 hizo la primera extirpación completa de un útero canceroso. Recamier en 1829 indica la necesidad de la hemostasia de los ligamentos anchos, indicación aceptada con entusiasmo por muchos cirujanos con resultados tan poco satisfactorios que la histerectomía vaginal permaneció completamente olvidada hasta el año 1878 disputándose desde entonces con la vía abdominal, el cáncer uterino.

Los procedimientos más empleados hoy son los de Pozzi y Schuchardt, ó Schuchardt-Schanta.

COLPOHISTERECTOMÍA VAGINAL (PROCEDIMIENTO DE POZZI)

PRIMER TIEMPO.—*Incisión de la vagina.*—Se incide circularmente la mucosa alrededor del cuello lo más lejos posible de los tejidos enfermos, sin que la hemorragia requiera una hemostasia especial porque nunca es considerable.

SEGUNDO TIEMPO.—*Desprendimiento de la vejiga y del recto.*—Se desprende con cuidado la vejiga del cuello uterino lo más lejos que sea posible. A veces es necesario facilitar este desprendimiento con ayuda de las tijeras que hay que manejar prudentemente vaciando el tejido uterino.

En la misma forma se desprende la mucosa vaginal posterior y con las tijeras se abre el fondo de saco peritoneal posterior.

TERCER TIEMPO.—*Inclinación del cuerpo del útero hacia*

adelante.—Se descubre el campo operatorio ampliamente con ayuda de separadores especiales de los cuales el uno protege el recto hacia atrás y el otro la vejiga hacia adelante.

Este movimiento de báscula se puede facilitar seccionando sagitalmente la pared anterior del útero aunque esta sección tiene el inconveniente de infectar el campo operatorio. Se abre el fondo de saco anterior y aparece el fondo del útero con el borde superior de los ligamentos anchos.

CUARTO TIEMPO.—*Hemostasia de los ligamentos anchos y vasos uterinos.*—Una vez que el fondo del útero ha basculado se puede terminar la operación colocando las pinzas clamps en los ligamentos anchos.

Entonces se desprende el útero y los anexos quedan en la pelvis pero es preferible sacar estos anexos aunque estén sanos. Se colocan las pinzas clamps en los ligamentos anchos por fuera de los anexos, prefiriendo una pinza curva que se colocará oblicuamente, de modo que la articulación corresponda á la parte libre de los ligamentos y la punta llegue á ponerse en contacto con el borde externo correspondiente del útero. La porción inferior del ligamento ancho conteniendo la arteria uterina es mejor pinzarla de abajo hacia arriba aplicando otra pinza cuya punta debe pasar la de la pinza superior colocada de arriba hacia abajo, y con este cabalgamiento no queda ninguna parte del ligamento ancho por donde pudiera hacerse una hemorragia.

Sacado el útero y los anexos, nos aseguraremos que la hemostasia es perfecta.

QUINTO TIEMPO.—Las pinzas colocadas en los ligamentos anchos se reúnen en dos manojos, derecho é izquierdo y entre ellos se coloca una mecha de gaza esterilizada ó iodoformada cuya extremidad llega más allá de las pinzas. Después, adelante, atrás y por los costados se coloca una mecha protectora de gaza esterilizada entre las pinzas y la pared abdominal.

El autor hace algunas consideraciones pre y post-operatorias que no mencionaremos.

COLPO - HISTERECTOMÍA VULVO - PERINEAL

OPERACIÓN DE SCHUCHARDT-SCHAUTA

Este método, ha sido imaginado por Schuchardt y perfeccionado por Schauta y consiste en la ablación del útero y del parametrio con toda la vagina ó una parte de ella por el periné. Es la *erweiterte vaginale totalexptirpation* de los alemanes y cuya técnica es la siguiente:

PRIMER TIEMPO.— *Desprendimiento circular y cierre de la vagina.*—Después de una prolija desinfección de la vagina (precedida por una cauterización del neoplasma), el cirujano traza una incisión circular, en la parte media, en el tercio inferior de la vagina ó hasta en la porción yuxtavulvar de acuerdo con la extensión del neoplasma que debe quedar circunscripto por tejidos sanos.

Se disecciona un manchón de 5 centímetros de largo con el que se ocluye herméticamente la vagina por medio de algunos puntos de sutura.

Los hilos no se cortan, conservándolos para emplearlos como agentes de tracción.

Terminada la sutura y su hemostasia, el cirujano cambia sus guantes é instrumentos, y la operación aséptica comienza, con la incisión paravaginal de Schuchardt.

SEGUNDO TIEMPO.—*Incisión paravaginal auxiliar.*—La incisión de Schuchardt comienza en la incisión circular vaginal, en el punto de unión de las paredes posterior y lateral izquierda de la vagina, se dirige hacia la vulva, seccionándola igualmente en la unión de sus partes posterior y lateral izquierda. Después se incurva y se prolonga directamente hacia atrás, paralela al eje del periné para terminar á la altura del ano. Schuchardt la prolongaba hasta el sacro. La incisión comprende todo el espesor de las partes blandas del periné. Se aísla el recto y se reclina á la derecha, se colocan ligaduras en los vasos seccionados y se hace el taponamiento de la herida con gaza esterilizada.

TERCER TIEMPO.—*Diseción de la vejiga y de los uréteres.*—El campo operatorio está ampliamente expuesto, lo que permite el fácil aislamiento de la vejiga y de los uréteres. Se comienza á aislar la vejiga por una diseción progresiva rechazando la vagina hacia atrás. A medida que nos acercamos al cuello del útero, el desprendimiento se hace más fácil, con excepción de aquellos casos

en que ya existen adherencias neoplásicas, en los que se haría la resección de una parte de la vejiga.

Una vez aislada la vejiga en la línea mediana se procede al aislamiento de sus ángulos laterales que se continúan con los uréteres, los cuales se dirigen hacia afuera sumergiéndose en la base de los ligamentos anchos. En los casos avanzados aún cuando el uréter se encuentre libre de toda infiltración neoplásica puede estar como englobado por el tejido canceroso siendo entonces más difícil su disección.

CUARTO TIEMPO.—*Desprendimiento de los bordes laterales de la vagina y disección de la base del parametrio.*—Este aislamiento de la vagina se comienza por la parte posterior, que es más fácil que en los bordes laterales donde la separación es más difícil y delicada por la gran cantidad de vasos arteriales y venosos que se encuentran, estos vasos se cortan entre dos pinzas, ó se ligan prolijamente uno por uno.

Este aislamiento de los bordes laterales de la vagina permite su descenso y facilita el acceso al parametrio cuya extirpación metódica constituye uno de los tiempos principales de la operación.

Entre la vagina y el borde del músculo elevador del ano se inspecciona la base del ligamento ancho, lo que permite disecar el uréter en su trayecto latero-cervical. En este momento se puede ligar la arteria uterina, ó reservar su ligadura para el fin de la operación.

Cuando los uréteres están bien aislados de los tejidos

sanos ó de la masa neoplásica, se procede á la apertura de los fondos de saco peritoneales.

QUINTO TIEMPO.—*Apertura del peritoneo y ablación del útero y de la vagina.*—Desde el momento en que la serosa peritoneal se abre la operación debe hacerse con más rapidez.

Se abre el fondo de saco anterior con tijeras y después el fondo de saco de Douglas.

Se hace bascular hacia adelante el fondo del útero. Se ligan y seccionan sucesivamente el ligamento redondo y el ligamento útero-ovárico por fuera de los anexos de un mismo lado. Se secciona entonces el ligamento ancho y se liga la arteria uterina, si no se ha ligado en el tiempo anterior. Y por último se hace la ligadura y sección del ligamento útero-sacro.

Se repite la misma maniobra en el lado opuesto y se saca en una sola masa el útero con los anexos y la vagina cerrada, siendo imposible toda inoculación.

SEXTO TIEMPO.—*Sutura del peritoneo y reconstitución del anillo vulvar.*—Con las pinzas se aproximan los bordes del peritoneo y se sutura la serosa. Se inspecciona la cavidad dejada por la ablación de la vagina y de la base del ligamento ancho, y se tapona con gaza. Se colocan dos puntos de sutura en la parte anterior, adosando los bordes laterales de la parte que aún queda del manchón vaginal para sostener la vejiga y evitar la cistitis por prolapso. Se sutura la incisión de Schuchardt por

medio de puntos profundos alternando con puntos superficiales.

Se deja un drenaje por el orificio vulvar así reconstituído.

VÍA ABDOMINAL

La primera extirpación total del útero canceroso por la vía abdominal fué hecha por Freund el 30 de Enero del año 1878.

Muchos cirujanos practicaron la operación de Freund, pero con una mortalidad tan elevada que pronto fué sustituida por la histerectomía vaginal que en ese mismo año había perfeccionado Czerny.

Más tarde fué rehabilitada por Terrier y Delageniere hasta llegar á Mackenrodt, Riess Rumpf, Wertheim y Jonnesco.

Los procedimientos más empleados hoy son los de Faure, Wertheim y Wertheim con las modificaciones de Bunn y Lecene.

Procedimiento de Faure.—Se abre la cavidad abdominal y se hace una prolija exploración, con el objeto de ver el grado de extensión del tumor, adherencias, útero, etc.

Se practica inmediatamente la ligadura de las hipogástricas. Esta ligadura á la que Faure da muchísima importancia disminuye considerablemente la hemorragia facilitando la disección de los uréteres.

Se suspende el útero, se pinzan los ligamentos y se li-

gan los vasos útero-ováricos y del ligamento redondo, y se seccionan los ligamentos anchos.

Se incinde el peritoneo del fondo de saco véscico uterino y se desprende la vejiga del cuello uterino y de la vagina teniendo cuidado de no dilacerar la vejiga que puede estar infiltrada por el neoplasma.

Se desprenden con cuidado las paredes laterales de la vagina y se buscan las uterinas que se ligan en su nacimiento.

Se buscan los uréteres tiempo que Faure considera de muchísima importancia, y que se puede facilitar descendiendo la vejiga, distendiendo los uréteres que se aíslan y liberan.

Se inclina el útero hacia adelante y se seccionan los ligamentos útero-sacros después de haberlos ligado.

Se desprende la vagina lo más abajo posible y colocando las pinzas acodadas de Wertheim se secciona para retirar la masa en cavidad cerrada.

Se perfecciona la hemostasia, se drena la vagina con gaza esterilizada peritonizando por encima.

Se cierra la pared abdominal.

COLPOHISTERECTOMÍA ABDOMINAL CON EXTIRPACIÓN
DEL PARAMETRIO.

(PROCEDIMIENTO DE WERTHEIM)

Abierta la cavidad abdominal, se separan los labios de la incisión para ver los uréteres, al nivel de la línea innominada lo que es fácil en las mujeres delgadas. Se pinza

el peritoneo sobre el uréter, se incide con cuidado y se prolonga la incisión hasta el parametrio.

Se hace lo mismo en el lado opuesto, se reclina el útero hacia atrás, se incide el peritoneo del fondo de saco anterior y se desprende la vejiga del cuello uterino.

Se ligan sucesivamente los ligamentos redondos y los infundíbulo pélvicos en la parte superior de los ligamentos anchos de cada lado, y se aísla el uréter hasta la vejiga, se busca la uterina y se liga en su cruzamiento con el uréter.

Se rechaza el útero hacia la sínfisis para distender los ligamentos útero-sacros que se ligan y seccionan cerca del recto.

Se incide el peritoneo del fondo de saco de Douglas y se separa la vagina del recto. Se completa el aislamiento de la vejiga hasta el nivel de la vagina.

Se extirpa todo lo posible del parametrio evitando con cuidado los uréteres.

Aislada completamente la vagina se colocan las pinzas acodadas lo más cerca posible de la vulva y se secciona la vagina entre las pinzas.

Se completa la operación desnudando los vasos ilíacos y haciendo la ablación de los ganglios satélites, y escisión del tejido celular con los vasos linfáticos que contiene.

Se termina la operación con la sutura del peritoneo vesical al peritoneo rectal teniendo cuidado en la peritonización y se cierra la cavidad abdominal.

Al principio de su práctica, el autor, hacía la desinfección del cuello cureteando y cauterizando á termo las superficies, cruentas.

Pero como con esta desinfección no obtuviera los resultados que esperaba, resolvió sacar el cáncer en cavidad cerrada, seccionando la vagina por debajo de las pinzas acodadas.

Como tampoco estos resultados fueran del todo satisfactorios volvió á la desinfección que ahora hace inmediatamente antes de la operación, conservando la manobra de las pinzas que cierran el cuello del útero con un capuchón de vagina.

Wertheim deja un drenaje vaginal, é insiste en la técnica, y en la rigurosidad de la asepsia y hemostasia.

Actualmente dice que la ablación del parametrio es más fácil con el procedimiento que preconiza Bunn.

COLPOHISTERECTOMÍA ABDOMINAL CON ABLACIÓN
DEL PARAMETRIO (PROCEDIMIENTO DE WERTHEIM BUNN)

Este procedimiento no requiere tratamiento preliminar por la manobra de las pinzas acodadas

Colocada la enferma en acentuada posición de Trendelenburg se abre la cavidad abdominal preferentemente con la incisión de Pfannenstiel y se hace una minuciosa exploración del útero y anexos vejiga, uréteres, fondos de saco y principalmente las partes laterales de la pelvis

y de la columna vertebral para comprobar la existencia de metastasis y la operabilidad del caso.

Se toma el útero con una pinza y se reclina hacia la sínfisis para distender el fondo de saco de Douglas pudiendo ver entónces por transparencia los uréteres.

Se ligan los vasos ováricos y se secciona el ligamento infundíbulo pélvico.

Se incinde el peritoneo desde el punto de la ligadura de los vasos ováricos hacia abajo y adelante siguiendo el ligamento redondo, que se secciona después de haberlo ligado cerca de la pared abdominal.

Se desprende el peritoneo dejando al descubierto el parametrio lo que permite ver bien los vasos ilíacos sobre las paredes pélvicas laterales los ganglios linfáticos y el uréter.

Se extirpan después los ganglios hipogástricos y el tejido conjuntivo infraligamentario y parametral con los vasos linfáticos en conexión con el útero.

Dentro del parametrio se liga la arteria uterina por fuera de su cruzamiento con el uréter. Se descubre este conducto por detrás de los vasos y se aísla hasta la vejiga.

Se incinde el peritoneo transversalmente adelante y detrás del útero desprendiendo la vejiga y el recto de la pared anterior y posterior de la vagina hasta la mitad de su altura.

Se seccionan los ligamentos útero-sacros en la parte más próxima á la pelvis ligando los vasos que sangran.

Se colocan las pinzas acodadas en la parte más lejos posible del tumor lo que se facilita traccionando el útero hacia arriba.

Protejiendo la vejiga se secciona transversalmente la vagina por debajo de las pinzas para efectuar la extirpación en cavidad cerrada con lo que se evita la posible contaminación del campo operatorio.

Se reúne el colgajo peritoneal rectal con la pared vaginal posterior de modo que no quede ningún espacio muerto, lo que se obtiene comprendiendo en la sutura el tejido celular interpuesto.

En la misma forma se reúne el colgajo vesical con la pared anterior de la vagina interesando en la sutura la capa superficial de la pared vesical para evitar los espacios muertos.

Una vez hecha la peritonización se suturan entre sí los dos bordes de la vagina que han sido suturados con los colgajos peritoneales y se cierra la pared de la cavidad abdominal.

Se drenan los espacios anfractuosos con gasa ó con un tubo de goma por la vagina.

COLPOHISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL,

VACIAMIENTO ILEOLUMBO PELVIANO

(OPERACIÓN DE JONNESCO)

Incindida la pared abdominal se coloca el separador bivalvo bien abierto de modo á producir una gran separación permanente de esta herida, poniendo ampliamente

al descubierto el estrecho superior de la pelvis y una gran parte de las fosas ilíacas y región lumbar mediana.

Se disloca el colon pelviano y las ansas de intestino delgado, llevándolas hacia el diafragma, de modo á poner bien á descubierto el campo operatorio, el cual es aislado del resto de la cavidad abdominal por medio de grandes compresas.

PRIMER TIEMPO.—*Sección de los ligamentos infundibulum pelvianos y redondos, sección de los ligamentos anchos.*—Preparando así el campo operatorio, el fondo del útero es fijado con una gran pinza de Küstner, y llevado arriba y adelante por la mano izquierda del operador, mientras que con la derecha libra los anexos si están adheridos.

Desprendidos éstos últimos se confía al ayudante la pinza de Küstner, con la que disloca el útero arriba y lateralmente para permitir que el operador, tomando el borde libre de uno de los ligamentos anchos lo levante de modo á tender el ligamento infundíbulo pelviano de ese lado.

Pasada la aguja de Deschamps cargada de atrás hacia adelante, bajo el pedículo vascular anexial, se liga la arteria útero-ovárica del lado correspondiente lo más lejos posible del borde uterino. Colocada otra ligadura ó pinza á un centímetro por delante de la primera, el ligamento infundíbulo pelviano es seccionado. Se procede de idéntica manera del otro lado. Se incinde ahora la hoja anterior del ligamento ancho hasta el ligamento redondo

correspondiente, el que es á su vez seccionado entre dos ligaduras lo más lejos del útero, cerca del orificio interno del canal inguinal. Se continúa la incisión de la hoja anterior peritoneal hacia adelante y adentro hasta el nivel del fondo de saco vésico-uterino adentro del borde correspondiente del útero. De esta manera los anexos están desprendidos y los ligamentos anchos ampliamente abiertos.

SEGUNDO TIEMPO.—*Ligadura de las arterias hipogástricas.*—Se incide la hoja posterior del ligamento ancho en la dirección de los vasos ilíacos, se desprende el peritoneo pelviano á lo largo de los vasos ilíacos externos, cuyo trayecto se sigue hasta que el dedo toca la bifurcación de la ilíaca primitiva, donde se puede percibir y palpar la ilíaca interna reconocible en sus latidos y en su situación contra las paredes pelvianas, mientras que el uréter está por dentro de ellas adosado al labio interno de la brecha peritoneal.

Se procede entonces á la denudación del vaso, la que es á veces dificultada por la condensación del tejido celular que lo une á la vena.

La ligadura de la hipogástrica izquierda presenta algunas particularidades debidas á sus relaciones con la raíz del mesocolon pelviano que la cruza. El profesor Jonnesco cree innecesario seguir la práctica aconsejada por Quenu, de atravesar este meso, puesto que él ha podido siempre desprender el peritoneo parietal en este lado, llegar á la bifurcación arterial y practicar la ligadura.

TERCER TIEMPO.—*Desprendimiento de la vejiga.*—La hoja anterior del ligamento ancho es seccionada entre los dos muñones de la ligadura de las arterias de los ligamentos redondos. Se separa entonces la vejiga de la pared anterior del útero y vagina hasta cerca de la vulva.

Terminada esta separación el colgajo vesical es fijado á la piel hasta su utilización ulterior.

CUARTO TIEMPO.—*Disecación de los uréteres; ligadura de las arterias uterinas.*—La investigación de los uréteres á los lados de los vasos ilíacos es fácil, pudiendo aislarlos del tejido celular vecino en su trayecto pelviano hasta el borde uterino, á este nivel que corresponde á la inserción de la vagina sobre el cuello el uréter está cruzado, como sabemos, por la arteria uterina. Cuando el parametrio está sano el uréter se adhiere muy laxamente á la arteria y es fácilmente disecable. En los casos de propagación, por el contrario, es necesario abrir el túnel conjuntivo que él atraviesa en la bóveda del cual se encuentra incluida la arteria uterina.

Después de haber desprendido el uréter de la pared útero-vaginal, se pasa la sonda canalada bajo el cordón formado por la arteria uterina previamente vista y aislada; se levanta el vaso, se le disecciona hacia el flanco de la pelvis y se coloca una doble ligadura cerca de su origen donde se la secciona.

El uréter es diseccionado hacia adelante y adentro desprendiéndolo poco á poco de la pared vaginal lateral á la que adhiere débilmente. Para evitar el esfacelo de la pared

ureteral Jonnesco lo deja cubierto de serosa peritoneal, y si en la disección se desgarran el conducto, practica su sutura inmediata ó la cistoneostomía, ó la ligadura del extremo superior con nefrectomía secundaria, según la lesión producida.

QUINTO TIEMPO.—*Incisión del Douglas; sección de los ligamentos útero-sacros; desprendimiento útero vaginal rectal.*—Para exponer bien el fondo de saco recto-uterino, el ayudante lleva el útero arriba y adelante por encima del pubis, con lo que pone al descubierto también los ligamentos útero-sacros.

Se incide transversalmente el peritoneo de toda esta región desde un ligamento ancho al otro, pasando por el Douglas y cortando al mismo tiempo los ligamentos útero sacros. Se separa la pared vaginal del recto tan lejos como es posible, hasta llegar á un nivel igual al de la separación vésico-vaginal.

SEXTO TIEMPO.—*Amputación de la vagina.*—Libre la vagina en cierta extensión de sus relaciones vésico rectales en su parte anterior y posterior, se separan sus bordes de los flancos pelvianos, dejando adherido á la vagina la mayor cantidad posible de tejido celular.

Esta disección es llevada hasta las inserciones del elevador del ano.

Para colocar las pinzas clamps que aislan el foco neoplásico, antes de incindir la vagina, el operador toma con su mano izquierda el tubo vaginal en el que la palpación

entre el pulgar y el índice permitirá determinar el límite inferior de la lesión.

Con la mano derecha coloca un clamps acodado y á largas ramas á una cierta distancia, debajo del cuello, mientras que con la mano izquierda el operador se asegura que la vagina sola ha sido tomada y que la pinza ha sobrepasado el borde izquierdo de la vagina.

Por debajo de la primera pinza, á un centímetro de distancia, se coloca una segunda de idéntica manera, seccionando con el bisturí el puente vaginal interpuesto entre ellas.

Terminada esta sección, se extrae en un solo block, el útero, sus anexos, una gran porción del canal vaginal, así como parte del parametrio dejado adherente al útero y á la vagina.

La pinza vaginal inferior es dejada en la pelvis hasta la terminación de las maniobras pelvianas.

SÉPTIMO TIEMPO.—Vaciamiento ileo-lumbo-pelviano; disección y extirpación del tejido celular de la pelvis, de las fosas iliacas y de las fosas lumbares con vasos y ganglios linfáticos en ellas contenidos.—Esta amplia excéresis es practicada por el profesor Jonnesco de la siguiente manera:

a) En un primer tiempo se hace el vaciamiento de los flancos de la pelvis y de los bordes internos de las fosas iliacas, es decir, se extirpa el tejido celular que rodea los vasos ilíacos externos, el nervio obturador, la arteria umbilical y la fosa obturatriz.

Esta disección se comienza á izquierda, desnudando el flanco externo de la arteria iliaca externa, desde el orificio de entrada en el canal crural hasta la bifurcación de las ilíacas. Se continúa la disección por delante del vaso, el que es puesto á descubierto en totalidad, así como en el espacio que separa la arteria de la vena iliaca externa, extirpando el tejido celular y ganglios incluídos entre estos dos vasos.

A su vez, la vena iliaca externa es disecada. Debajo de la vena existe una fosa bastante profunda y llena de tejido célula-grasoso, conteniendo numerosos ganglios linfáticos que es necesario extirpar para que el vaciamiento sea completo. La fosa que contiene este tejido célula-grasoso, llamada por Jonnesco, fosa del nervio obturador, está limitada adelante por el pubis, atrás por la bifurcación de las ilíacas, á un lado por la vena iliaca externa, y por el otro, la arteria hipogástrica con sus bifurcaciones; ella está atravesada por el nervio obturador, notándose entre sus ganglios uno muy voluminoso llamado ganglio del nervio obturador.

Toda la masa célula grasosa que llena esta fosa es extirpada en un solo bloc, teniendo cuidado de aislar el nervio obturador y la arteria umbilical. Esta disección es llevada adelante hasta el espacio pelvi-vesical lateral donde existe abundante grasa y pequeños ganglios.

Levantada toda esta sustancia célula-grasosa, se descubre la pared profunda de esta fosa formada por los

músculos elevador del ano y obturador interno, cubiertos por sus aponeurosis.

En este primer tiempo, los ganglios extirpados corresponden al grupo de los ilíacos externos, de los que el llamado obturador se hipertrofia siempre en los casos de propagación neoplásica á este grupo ganglionar.

b) Se continúa el vaciamiento haciendo ahora la disección del tejido celular correspondiente á los vasos ilíacos internos y sus ramas, denudándolos de arriba hacia abajo, denudación más laboriosa que al nivel de la íliaca externa, por lo que esta disección debe hacerse entre las mallas del plexo venoso existente en el suelo pelviano.

c) Vaciamiento de la fosa sacro-rectal. Para realizarlo, se levanta á derecha la hoja posterior del ligamento ancho y se continúa este desprendimiento hasta el sacro, de donde es separado el recto de manera á poner á desnudo la concavidad del vaso.

Se extirpa entonces el tejido céluo-grasoso de los bordes del sacro y del centro de la concavidad; al nivel de los vasos sacro medianos.

d) Continuando la amplia exéresis, Jonnesco extirpa ahora la cadena ganglionar situada á lo largo del flanco externo de las íliacas primitivas, la izquierda continuada hacia arriba sobre el lado izquierdo de la aorta abdominal, la derecha del mismo lado de la vena cava inferior.

Para realizar este tiempo operatorio es necesario formar un túnel bajo el peritoneo parietal, desprendiéndolo

de la pared. Este desprendimiento es dificultado algunas veces á izquierda por la presencia del meso-cólon pelviano, muy corto y adherente, que no permite un desprendimiento suficiente para crearse el túnel necesario á la disección lumbar.

Para obviar á esta dificultad se incinden las dos hojas del meso-cólon pelviano en un sitio privado de vasos, y á través del ojal, se llega sobre los gruesos vasos.

e) Como último tiempo del vaciamiento pelvi-ileo-lumbar, Jonnesco practica el curetaje de la fosa lumbosacra de cada lado. Para realizar esto, rechaza adentro y sostiene con un separador, la arteria hipogástrica y las venas correspondientes: esta maniobra le permite penetrar en la fosa y sacar todo el tejido célula-grasoso y ganglios que la ocupan.

Octavo tiempo.—Drenaje de la pelvis por la vagina. Dada la gran superficie cruenta resultante de la amplia disección pelviana, es necesario colocar un drenaje tapón de gasa esterilizada que haciendo presión sobre el suelo pelviano impida la trasudación y la posible hemorragia secundaria.

Para esto, sacando la pinza acodada que cerraba el extremo inferior de la vagina, se introduce en esta por el lado de la pelvis las extremidades de dos mechas de gasa esterilizada, cuya porción superior es apelonada sobre los lados de la pelvis, para llenar las fosas obturatrices vaciadas por la disección.

Noveno tiempo.—Peritonización pelviana. Como último

tiempo de la operación intrabdominal, Jonnesco procede á aislar la cavidad de la pelvis menor, separándola de la gran cavidad abdominal por diafragma peritoneal constituido, cuando lo permiten los colgajos de serosa, por el peritoneo de la cara anterior del recto en la línea media; á los lados une lo que queda de la hoja posterior del ligamento ancho al peritoneo iliaco.

Si no se contara con estos colgajos peritoneales para cerrar la pelvis, Jonnesco se vale del meso-cólon pelviano que se sutura al peritoneo iliaco izquierdo utilizando para esto las franjas epiploicas y los pliegues peritoneales intermediarios formados sobre el cólon al hacer tracción sobre estas franjas.

Se continúa la peritonización, suturando después el cólon al peritoneo vesical. Para cerrar la pelvis á la derecha, se ponen dos ó tres puntos de sutura en el codo constituido por el cólon al penetrar en la pelvis, y desde este punto se fija el meso-cólon pelviano al peritoneo de la fosa iliaca derecha y preureteral, con lo que se termina la oclusión de la pelvis al nivel del estrecho superior.

DÉCIMO TIEMPO.—Sutura de la pared hecha de un modo especial por el autor, y cuya descripción omitiremos.

Como cuidado post-operatorio, mencionaremos la extracción de las mechas por la vagina, á las 48 horas, reemplazadas después por un drenaje de gasa exclusivamente vaginal.

(Esta descripción ha sido tomada de la tesis de profesorado del Dr. T. Piccardo).

COLPOHISTERECTOMÍA ABDOMINAL. (PROCEDIMIENTO
DE CORBELLINI)

Este procedimiento consiste en la extirpación del útero, anexos, parametrio y una porción de la vagina en cavidad cerrada.

Incindida la pared abdominal y separados sus bordes, se toma el útero y se reclina hacia uno de los lados para facilitar la colocación de las pinzas en la parte más externa de los ligamentos anchos, se ligan por fuera los vasos útero-ováricos y los del ligamento redondo y se secciona el ligamento entre las pinzas y las ligaduras.

Se repite la misma operación en el lado opuesto.

Se incinde el peritoneo uterino anterior y se separa la vejiga del cuello uterino y de la vagina.

Se desprende el tejido celular á los lados del cuello uterino para descubrir las arterias uterinas que se ligan y seccionan lo más lejos posible del útero.

Se tracciona el útero hacia adelante y se incinde el peritoneo posterior separándolo del útero y de la vagina ligando luego los ligamentos útero-sacros que se seccionan.

Se termina el aislamiento de la vagina en todo su contorno y se colocan las pinzas acodadas.

Se secciona entre pinzas extrayendo en una sola masa el útero, anexos y parametrio y una porción de la vagina formando un capuchón al cuello con lo que se evita toda posibilidad de infección ó injerto.

Se sutura la vagina, se peritoniza y se cierra la cavidad abdominal quedando terminada la operación que es rigurosamente aséptica y no necesita drenaje.

COLPOHISTERECTOMÍA ABDOMINAL. (TÉCNICA DE ZABALA)

La técnica que emplea el Dr. Zabala es muy semejante á ésta y difiere en la ligadura de las uterinas.

Con la técnica de Zabala se toma la arteria uterina con una pinza cerca del útero y se separa hacia afuera haciendo un tiempo fácil en la ligadura de esta arteria y que también permite extirpar la mayor parte del tejido celular rodeando á la vagina y al cuello del útero.

Por las mismas razones que en el procedimiento Corbellini no se deja drenaje.

DISCUSIÓN

CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Las vías sacra, parasacra, perineal y paracocégea hoy ya no se mencionan.

Dos grandes vías han quedado frente á frente disputándose entre los cirujanos el mayor número de adherentes: *La vía vaginal* con ardientes y sinceros defensores como Richelot, Pozzi, Segond, De Ott, Schauta y Schuchardt, y *la vía abdominal* que preconizan y defienden Faure, Hartmann, Jonnesco, Kelly, Wertheim, Bunn, Kronig, etc., etc.

Schauta y *Wertheim*, aumentando la cifra de operabilidad y perfeccionando día por día su técnica han obtenido muy buenos resultados, aunque también es cierto que en algunas de sus series, la mortalidad ha sido bastante elevada.

En el año 1909, *Wertheim* presenta series de casos ope-

rados con un 58.6 por 100 de curaciones relativas, contra un 39.5 por 100 de Schauta. En cambio Schauta obtiene un 13.4 por 100, contra un 11 por 100 de Wertheim de curaciones definitivas según la fórmula de Winter que exige cinco años sin recidiva después de la operación.

Aún siguen luchando en espera de los resultados de sus últimas intervenciones, para esgrimir las estadísticas en defensa de la vía vaginal ó la vía abdominal.

VALOR COMPARADO DE LOS MÉTODOS

Muchas veces se ha hecho el estudio comparado del método abdominal con la vía vaginal ampliada, y al respecto se puede recordar que en el tercer congreso de ginecólogos y parteros rusos celebrado en Kieff, en Abril de 1909, De Ott comunica el resultado comparativo de los procedimientos abdominal y vaginal ampliados, citando las estadísticas de Wertheim, Schauta y la suya llegando á ciertas conclusiones (?) entre las que hace destacar las siguientes:

De Ott. . .	Para un caso de muerte obtiene 13 curaciones						
Wertheim.	»	»	»	»	»	1.9	»
Schauta. .	»	»	»	»	»	1.4	»

Para 1 caso de muerte de De Ott.			
11 casos »	»	de Wertheim.	
9.5 »	»	Schauta.	

Para 1 caso de curación definitiva de De Ott.

1.6 » » » » » Wertheim.

1 » » » » » Schauta.

Es evidente que la comparación por estadísticas no tiene un valor absoluto, porque además de la diferente intención con que se las puede interpretar, los casos operados por una ú otra vía y por distintos operadores no se encontrarían en el mismo período de la evolución neoplásica. Más aún, debemos contar con el mayor ó menor grado de malignidad y las condiciones individuales de la enferma, factores todos que contribuirían á falsear las deducciones.

Es por estas razones que á las estadísticas se les debe conceder tan sólo un valor relativo, y es admitiendo ese valor que las mencionamos.

El aumento de la operabilidad, ha sido invocado por algunos para defender el valor de un método operatorio.

Se ha aumentado la cifra de la operabilidad buscando el mayor número de curaciones definitivas, y así es como en pocos años se han podido apreciar los resultados de la campaña de Winter quien ha visto aumentar su cifra de operabilidad de 21 á 72 por 100 y Zweifel de 27 á 50 por 100, y Kronig que avanzando esta tendencia laparotomiza á casi todas sus enfermas de cáncer ha pasado la cifra de 80 por 100. Aquí puede decirse que si bien es cierto que Kronig aumentando la cifra de operabilidad, ha aumentado las curaciones definitivas, también es cier-

to que ha aumentado la mortalidad operatoria y el número de las recidivas.

Actualmente la cifra de operabilidad, es con ligeras variantes:

Pollosson	56	por	100
<i>Wertheim</i>	70 á 65	»	»
Doderlein	69	»	»
<i>Schauta</i>	68.6	»	»
Bumh	80	»	»
Kronig	87	»	»
Zweifel	54	»	»

La operabilidad es más elevada en la clientela particular.

Mencionaremos la mortalidad operatoria que sería la siguiente:

<i>Wertheim</i>	10	por	100
<i>Schauta</i>	8.9	»	»
Pollosson	12	»	»
Doderlein	14	»	»
Zweifel	9.5	»	»

y las curaciones definitivas:

<i>Wertheim</i>	57.6	por	100
<i>Schauta</i>	39	»	»
Doderlein	35	»	»
Zweifel	51	»	»

Insistimos en que las estadísticas, además de no ser las más recientes, no tienen un valor absoluto, pero admitiendo sus posibles variantes podrían tener su relativo valor de comparación.

Las cifras de operabilidad de Schauta y Wertheim están cercanas, la mortalidad operatoria es menor en Schauta, siendo superior el número de curaciones definitivas que obtiene Wertheim.

Las ventajas aducidas en favor de una ú otra vía por sus partidarios serían las siguientes:

Para los que defienden *la vía vaginal*:

Sería mucho más benigna.

Evita la cicatriz abdominal.

Con las técnicas perfeccionadas se obtiene un campo operatorio amplio que permite un buen examen local y una extirpación amplia.

Consideran la operación abdominal mucho más grave particularmente en las mujeres debilitadas y las dificultades materiales en las mujeres muy obesas.

Para los que defienden *la vía abdominal*:

La amplitud del campo operatorio permitiendo la exploración de los órganos contenidos en la cavidad abdominal, lo que decidirá la operación que ha de efectuarse.

La vagina se aísla con facilidad de la vejiga y del recto y se puede resecaer ampliamente.

La hemostasia más perfecta, pues los vasos se ligan más fácilmente.

Se evitan las heridas de los uréteres, del recto de la vejiga, de los vasos.

Se puede hacer una peritonización prolija.

Por último diríamos que la vía abdominal es más cómoda permitiendo una técnica más perfecta y una rigurosa asepsia y que por todas estas razones la preferimos.

INCONVENIENTES DE LOS PROCEDIMIENTOS
EXCESIVAMENTE AMPLIADOS

Mencionemos antes los resultados que publica Wertheim en el año 1911 de sus 500 operaciones por cáncer del cuello del útero:

En las primeras 250 operados tiene: 78 recidivas.

En el total de sus operados tiene 93 muertes.

15 heridas accidentales del uréter.

45 heridas de la vejiga y del recto.

32 fístulas ureterales.

Como se vé la mortalidad primaria y el porcentaje de recidivas son bastante elevados con el agravante de sus numerosos accidentes.

En estos procedimientos ampliados, la extirpación de los ganglios y el aislamiento del uréter son los tiempos que agravan más la operación.

La extirpación sistemática de los ganglios linfáticos hoy ya se está abandonando.

Como hemos vislo en el capítulo de Anatomía patológica la propagación linfática se podría resumir diciendo

que: el cáncer invade los ganglios linfáticos cuando los ligamentos anchos están infiltrados, y la recidiva ganglionar no se observa casi nunca.

Estas razones son suficientes para prescindir de la extirpación sistemática de los ganglios, que por más cuidadosa que sea será incompleta pues siempre quedarán algunos ganglios, y con el inconveniente de la posible infección neoplásica que sería favorecida por la sección de un pequeño ganglio ó vaso linfático.

Además, como se ha dicho muchas veces, la disección no debe perseguir á la infiltración neoplásica sino que la extirpación debe ser preventiva, y por último: no debemos privar al organismo de esa poderosa trinchera de defensa que la naturaleza ha puesto en su sistema linfático.

El aislamiento del uréter es otro de los tiempos que agrava enormemente la operación.

Además del intenso traumatismo que requiere este aislamiento las arteriolas del tejido celular periuterino, cuando no son extirpadas son desgarradas, dejando al uréter en tan malas condiciones de nutrición que á ello debe atribuirse la frecuencia de su necrosis y fístulas uréterovaginales secundarias. Otras veces el uréter privado de la atmósfera celular grasosa que lo mantiene en posición normal, se acoda y se dilata por encima produciéndose las infiltraciones urinarias que pueden llegar hasta la infección peritoneal.

Las mismas heridas accidentales de los uréteres, las

heridas de los vasos de la vejiga y del recto facilitando los injertos, son otras tantas condiciones que aumentan la gravedad de esta clase de intervenciones.

Y por último la enorme duración de la operación que pasa de una hora y media, la intoxicación consecutiva á una anestesia tan prolongada, las congestiones pasivas por la posición declive, y los trastornos cardíacos que pueden llegar hasta la dilatación aguda del corazón.

Diremos también que es una operación que no queda terminada, pues es necesario drenar durante varios días esos espacios que quedan entre el peritoneo y las superficies cruentas que se llenan de sangre y serosidades.

CONDICIONES DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO IDEAL

En el tratamiento del cáncer es necesario emplear como medio supremo la extirpación más amplia de los tejidos que rodean al neoplasma. La curación definitiva es la finalidad que se propone toda operación contra el cáncer uterino. La disminución de la mortalidad primaria es la condición esencial que debe llenar el procedimiento operatorio.

Teniendo en cuenta estos principios es que la evolución hácia el tratamiento quirúrgico ideal se ha condensado en el perfeccionamiento de la técnica y en la amplitud cada vez mayor de la exéresis hasta llegar al gran vaciamiento ileolumbopelviano de Jonnesco.

Los resultados de esas extirpaciones amplias no res-

pondieron á las deducciones teóricamente lógicas que se esperaban. Sobreviene una reacción, se disminuye la amplitud de las extirpaciones obteniendo como consecuencia inmediata la disminución de la mortalidad operatoria.

Hoy existe una acentuada tendencia hácia el aumento de la cifra de la operabilidad, siendo su más entusiasta preconizador Kronig que laparatomiza sistemáticamente, por decir así, á todas sus enfermas de cáncer uterino.

Aún se está esperando de este aumento de la operabilidad el aumento en el número de curaciones definitivas.

Ahora detengamosnos á considerar los principios que hemos llamado esenciales del tratamiento quirúrgico: *La amplitud de la extirpación. La curación definitiva, y la disminución de la mortalidad operatoria.*

1.º *La extirpación debe ser amplia*, y la amplitud será relativa á la extensión del cáncer, y no se referirá á la extensión de la operación; ó en otros términos, quiero decir que la exéresis se hará en la parte más alejada del neoplasma, y que «es á esta porción de tejidos sanos envolviendo al tumor» á quien debe referirse el término amplitud, y nunca á la operación considerada aisladamente.

Esta condición se podrá obtener cuando el tumor esté netamente circunscrito permitiendo extirpar una porción amplia de tejidos sanos rodeando al neoplasma que estará alejado de los límites de la exéresis, pero cuando el tumor se extienda invadiendo las bases de los ligamentos anchos que inmovilizan al útero, por más extensa que sea la operación nunca será amplia con relación al tumor

con quien la exéresis estará en contacto en muchos puntos y entonces serán no tan sólo inútiles sino perjudiciales las operaciones extensas.

Es fácil deducir de estas consideraciones que este principio fundamental no se podrá aplicar á aquellos casos demasiado avanzados y entonces nos abstendremos de toda intervención radical que sólo estará justificada cuando sea posible la extirpación amplia como ha sido con-signada.

Así es como debe interpretarse la vieja fórmula de Pozzi: «Cuanto más limitado el cáncer, más amplia debe ser la extirpación».

La curación definitiva es una consecuencia de la extirpación amplia.

El mayor número de curaciones definitivas se obtiene cuando la intervención se practica en un período cercano al comienzo del cáncer que aún está netamente limitado, porque entonces la extirpación puede ser amplia, y será eficaz al mismo tiempo que la operación es benigna.

Es entonces en el comienzo, en el período incipiente cuando debe operarse, porque la operación será fácil, benigna, amplia y eficaz. Pero cuando nos alejamos del comienzo del cáncer, y las lesiones se extienden, invadiendo las bases de los ligamentos anchos que inmovilizan al útero, la operación se hace más difícil y la *mortalidad operatoria* aumenta como consecuencia de la gravedad misma de la operación que está proporcionalmente regida por la extensión del proceso canceroso, y llega-

mos entonces al período en que la operación es difícil, grave, insuficientemente amplia é ineficaz.

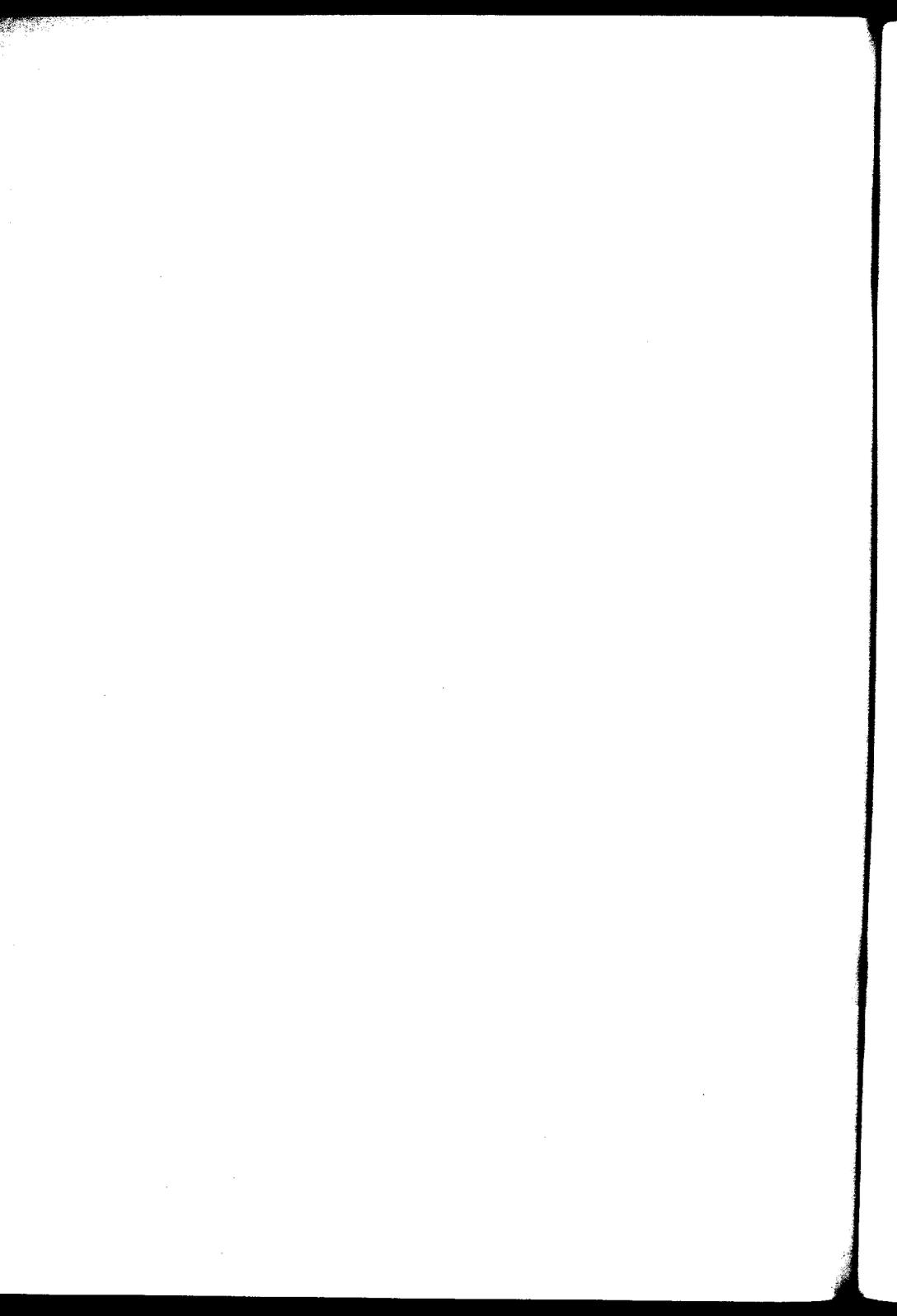
La mortalidad operatoria es la condición más grave que llevan consigo todos los procedimientos que se han ampliado necesariamente para obtener la extirpación total del cáncer en un período ya avanzado.

Es por estas razones que no debemos emplear los procedimientos que aumentan la gravedad de la operación cuando con otras técnicas mucho más benignas podemos obtener los mismos resultados.

Ese criterio de la aplicación sistemática de un procedimiento operatorio debe ser excluído de la terapéutica quirúrgica, y el cirujano aplicará en cada caso su criterio personal que será distinto para cada enferma.

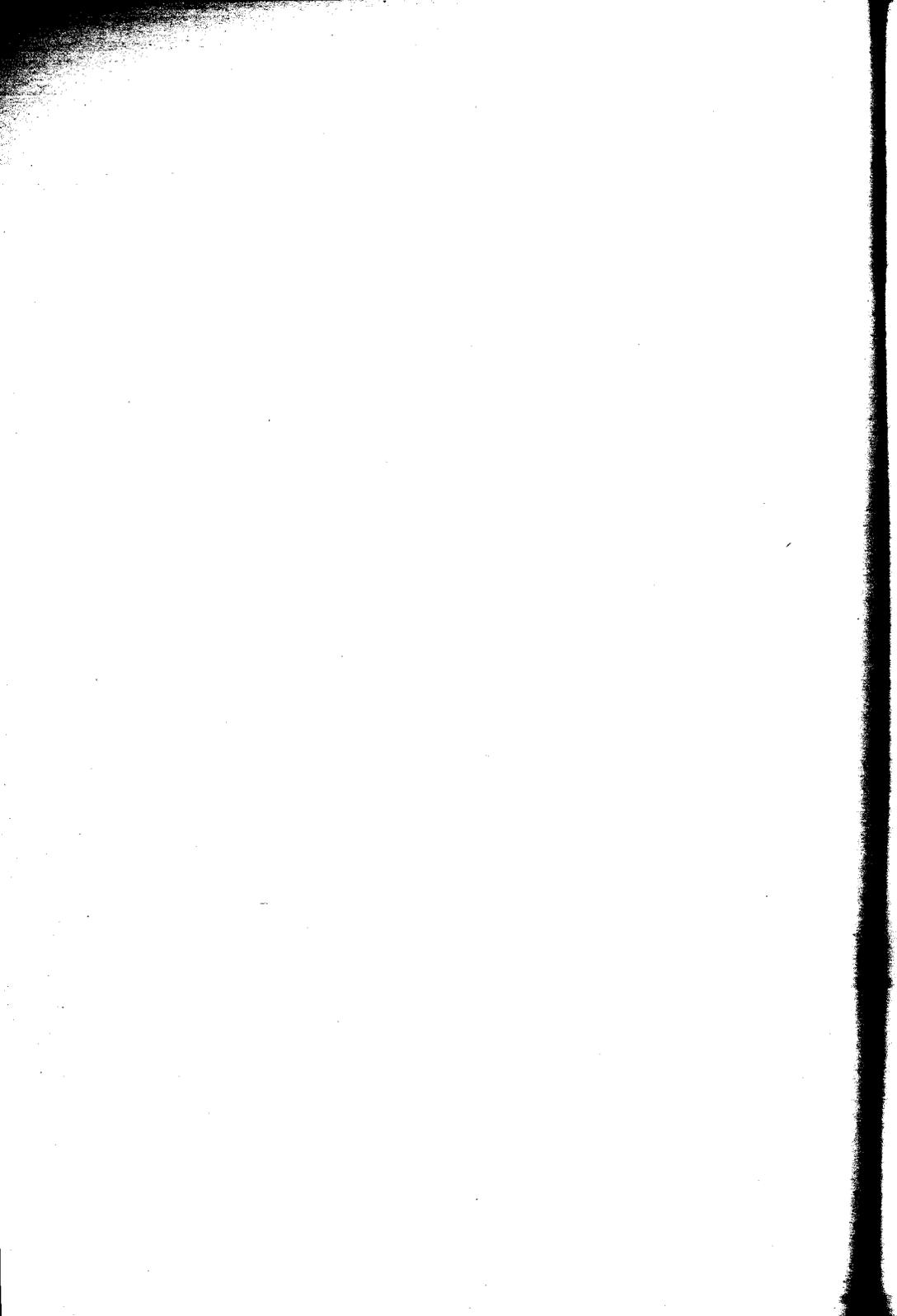
Como un apéndice á estas condiciones del tratamiento quirúrgico ideal débese considerar la acentuada tendencia que existe hoy hacia el aumento en la cifra de la operabilidad.

Considero una mala interpretación el aumento incondicional de la operabilidad. Creo que *debe aumentarse el número de casos operables y no el número de operaciones*, y que debe intensificarse la lucha de las Ligas y campañas anticancerosas con el noble propósito de aumentar el número de diagnósticos precoces para intervenir en el período incipiente.



OBSERVACIONES CLINICAS

DEL DR. ENRIQUE CORBELLINI



Observación I

Nombre: C. D.

Edad: 45 años.

Nacionalidad: italiana.

Estado civil: casada.

Diagnóstico: cáncer incipiente del cuello de la matriz.

Tratamiento: colpohisterectomía abdominal sin drenaje.

Resultado: curación.

Observación II

Nombre: M. T.

Edad: 43 años.

Nacionalidad: italiana.

Estado civil: viuda.

Diagnóstico: cáncer del cuello de la matriz (período incipiente).

Tratamiento: colpohisterectomía abdominal sin drenaje.

Resultados: curación.

Estas operaciones fueron practicadas en el año 1902 por el Dr. Corbellini, con la técnica descripta con su su nombre.

Observación III

HOSPITAL RIVADAVIA

SERVICIO DE CIRUGÍA DEL DOCTOR ARTURO ZABALA

Nombre: J. F.

Edad: 35 años.

Nacionalidad: española.

Estado civil: casada.

Diagnóstico: epiteloma incipiente del cuello del útero.

Tratamiento: colpohisterectomía abdominal, sin drenaje.

Resultados: curación.

Observación IV

Nombre: L. B.

Edad: 38 años.

Nacionalidad: italiana.

Estado civil: viuda.

Diagnóstico: epiteloma del cuello del útero en período incipiente.

Tratamiento: colpohisterectomía abdominal, sin drenaje.

Resultados: curación.

Observación V

Nombre: D. D.

Edad: 47 años.

Nacionalidad: argentina.

Estado civil: viuda.

Diagnóstico: cáncer del cuello del útero, período incipiente.

Tratamiento: colpohisterectomía abdominal, sin drenaje.

Resultados: curación.

Observación VI

Nombre: M. H.

Edad: 37 años.

Nacionalidad: española.

Estado civil: casada.

Díagnóstico: epiteloma del cuello del útero.

Tratamiento: colpohisterectomía abdominal.

Resultados: recidiva.

Observación VII

Nombre: M. C.

Edad: 48 años.

Nacionalidad: argentina.

Estado civil: casada.

Diagnóstico: cáncer del cuello uterino.

Tratamiento: colpohisterectomía abdominal.

Estas operaciones han sido efectuadas con la técnica descrita con el nombre del Dr. Zabala.

CONCLUSIONES

- I. El cáncer del cuello uterino es una afección curable.
- II. La curación se obtiene por el tratamiento quirúrgico.
- III. La operación será tanto más benigna cuanto menos extensa.
- IV. Será tanto menos extensa cuanto más próximos estemos del comienzo de la afección.
- V. Y cuanto más cercano á su comienzo será tanto más eficaz porque podrá ser tanto más amplia.
- VI. Luego, es en este período llamado incipiente cuando debe operarse el cáncer, porque la operación sería amplia, benigna, fácil y eficaz.
- VII. En el período incipiente la colpohisterectomía abdominal procedimiento de Corbellini, es una operación fácil, benigna, amplia y eficaz.

VIII. En este período, considero que no son necesarios los procedimientos excesivamente ampliados que aumentan la gravedad de la operación, disminuyendo las probabilidades de éxito.

Buenos Aires, Junio 15 de 1915

Nómbrese al señor Consejero Dr. Antonio C. Gandolfo, al profesor titular Dr. Lucio Durañona y al profesor suplente Dr. Toribio Piccardo, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presentes tesis, de acuerdo con el art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

L. GÜEMES

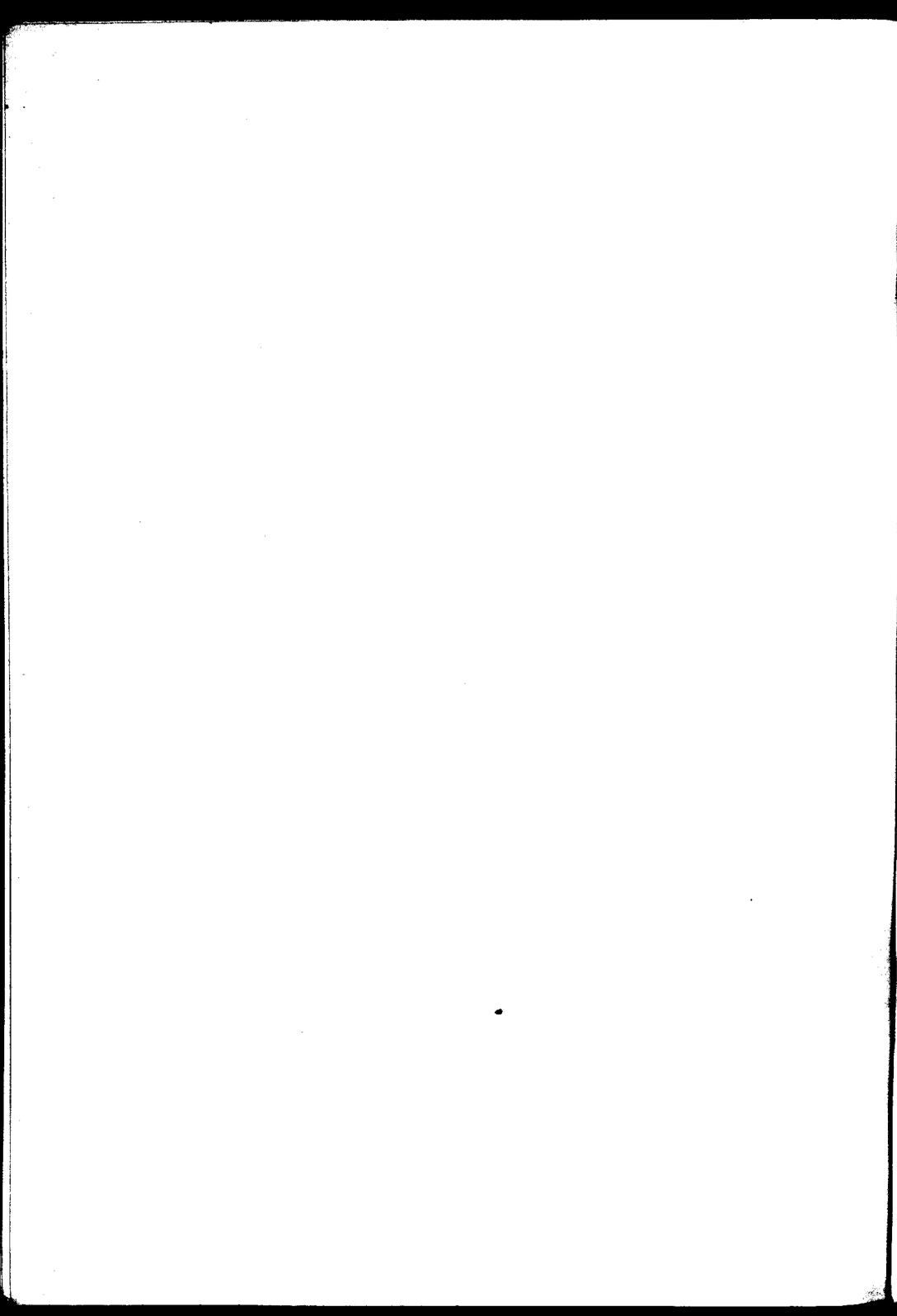
J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Julio 3 de 1915

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 3030 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gabastou
Secretario



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

El radium y el cáncer.

Gandolfo.

II

Los tratamientos paliativos del cáncer del cuello del útero.

Lucio Durañona.

III

Valor del cateterismo ureteral en el cáncer del cuello del útero.

T. Piccardo.



BIBLIOGRAFÍA

1. Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1905.
2. » » » » » 1909.
3. Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie.
4. *Billhaut*.—Evolution du traitement chirurgical du cancer de l'utérus. (Tesis de Paris).
5. *Cocheret*.—Métrorragias et son valeur d'après la ménopausie. (Tesis de Paris).
6. Congrés international de gynécologie et d'obstétrique. (Roma, 1902).
7. *Crapez*.—Valeur de l'ablation des ganglions dans l'hystérectomie pour cancer de l'utérus. (Tesis de Paris).
8. *Doderlein à Kronig*.—Ginecología operativa.
9. *Doderlein (Tubingen)*.—De l'extirpation abdominal de l'utérus carcinomateux d'après le procédé Wertheim. (La gynécologie).
10. *Doderlein*.—De l'extirpation abdominal de l'utérus carcinomateux d'après le procédé Wertheim.
11. *Duplay et Reclus*.—Traité de chirurgie.
12. *Fauve et Siredey*.—Traité de gynécologie.
13. *Hartmann*.—Annales de gynécologie et d'obstétrique.
14. *Hartman*.—L'hystérectomie abdominale dans le cancer de l'utérus. Ann. g. et obst.
15. *Klefstad Sillowille*.—Investigation statistiques sur l'étiologie du cancer. (Tesis).
16. La ginecología.

17. La ginecologie, 1902-1907.
18. Lyon chirurgical.
19. *Mangin*.—La lutte contre le cancer de l'utérus.
20. *Martin*.—Contribution à l'étude de l'hystérectomie abdominale dans le traitement du cancer du col de l'utérus. (Tesis de Paris, 1909.
21. *Menetrier*.—Le cancer.
22. *Parlitch*.—Étiologie et symptomatologie du cancer du col de l'utérus.
23. *Piccardo Toribio*.—El cáncer del útero y su tratamiento quirúrgico.
24. *Pinto Meira Miguel*.—Tratamiento cirúrgico do câncer do útero. (Tesis, Río de Janeiro).
25. *Pozzi*.—Traité de gynécologie.
26. *Proust Robert*.—Chirurgie de l'appareil génital de la femme.
27. Revue de gynécologie.
28. Revue de gynécologie et chirurgie abdominal.
29. Revue pratique de gynécologie.
30. *Richelot*.—Chirurgie de l'utérus.
31. *Rouville*.—La lutte contre le cancer du col de l'utérus.
32. *Schauta*.—Die erweiterte vaginal totalextirpation karcinoma beis colli uteris.
33. Société de chirurgie.
34. *Wertheim*.—Die erweiterte abdominale operation bei karcinome colli uteris.
35. *Wertheim*.—Resultats éloignés de l'operation abdominal elargie dans le cancer de l'utérus. (Annales de gynécologie et d'obstétrique.
36. *Zayle*.—Resultats immediats et éloignés de l'hystérectomie pour cancer de l'utérus (Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale).



1282



