



*Chaz. R. 6.1.19*

Año 1914.

Núm. 2855.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**Histerectomía en las degeneraciones**  
**malignas del útero**

ESTUDIO CLÍNICO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ROSARIO BERÓN

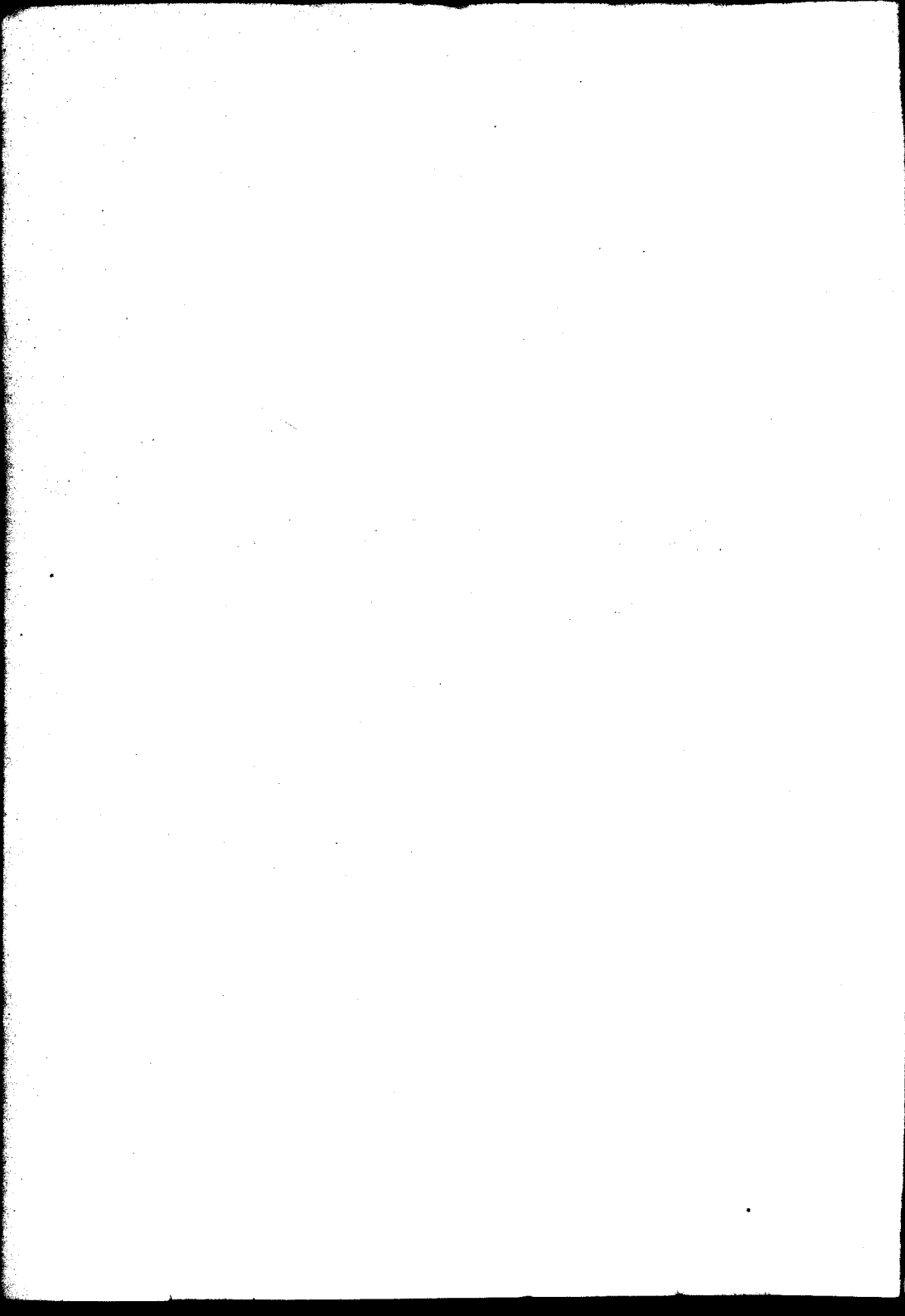


Librería "LA CIENCIA MÉDICA"  
CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI  
CÓRDOBA 2080 - BUENOS AIRES



**Histerectomía en las degeneraciones**  
**==== malignas del útero ====**

**ESTUDIO CLÍNICO**



Año 1914.

Núm. 2855.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**Histerectomía en las degeneraciones**  
**malignas del útero**

ESTUDIO CLÍNICO

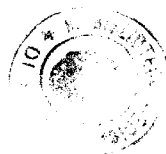
TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ROSARIO BERÓN

=====



Librería "LA CIENCIA MÉDICA"  
CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI  
CÓRDOBA 2080 - BUENOS AIRES

---

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. ANTONIO C. GANDOLFO

### Vice-Presidente

DR. D. LUIS GÜEMES

### Miembros titulares

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

### Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL  
» » DESIDERIO F. DAVEL



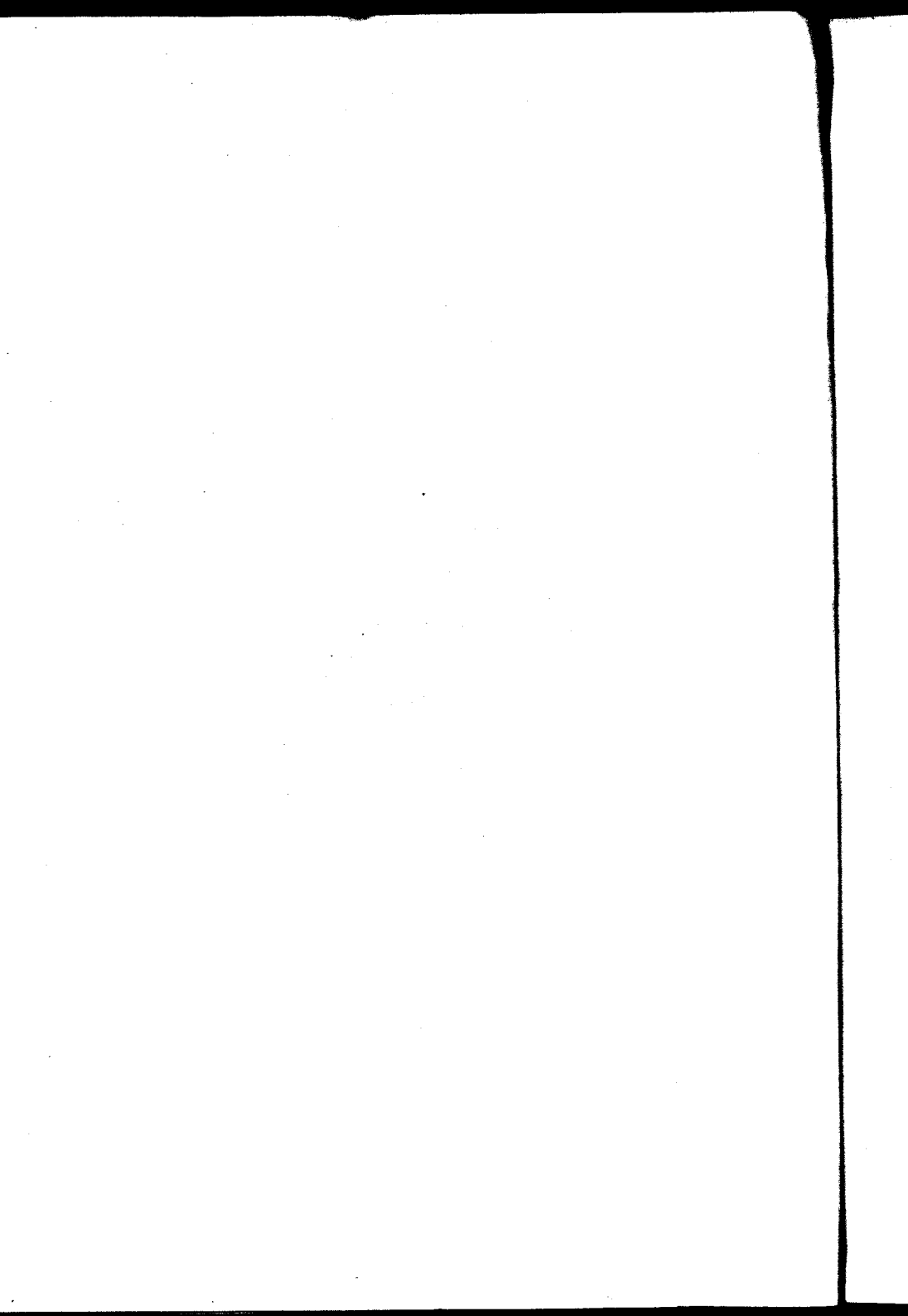
## FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

### 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**

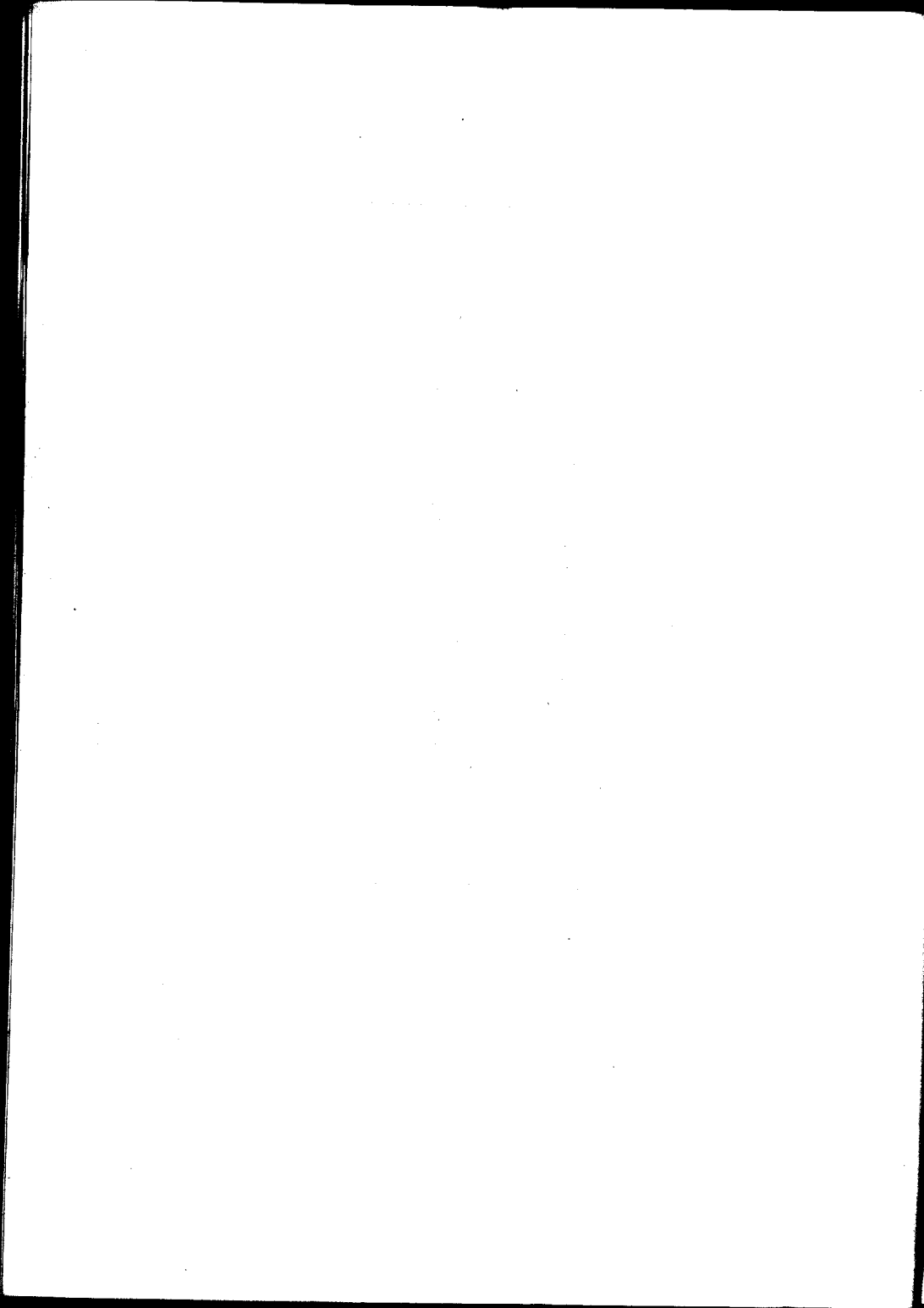
DR. EDUARDO OBBJERO

## **Consejeros**

DR. D. ELISEO CANTÓN  
• • LUIS GÜEMES  
• • ENRIQUE BAZTERRICA  
• • DOMINGO CAURED  
• • ANGEL M. CENTENO  
• • MARCIAL V. QUIROGA  
• • ABEL AYERZA  
• • EUFEMIO UBALLES (con lic.)  
• • FRANCISCO SICARDI  
• • TELÉMACO SUSINI  
• • NICASIO ETCHEPAREBORDA  
• • EDUARDO OBEJERO  
• • J. A. BOERI (Suplente)  
• • ENRIQUE ZÁRATE  
• • PEDRO LACAVERRA  
• • JOSE ARCE

## **Secretarios**

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)  
• • JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



## ESCUELA DE MEDICINA

---

### PROFESORES HONORARIOS

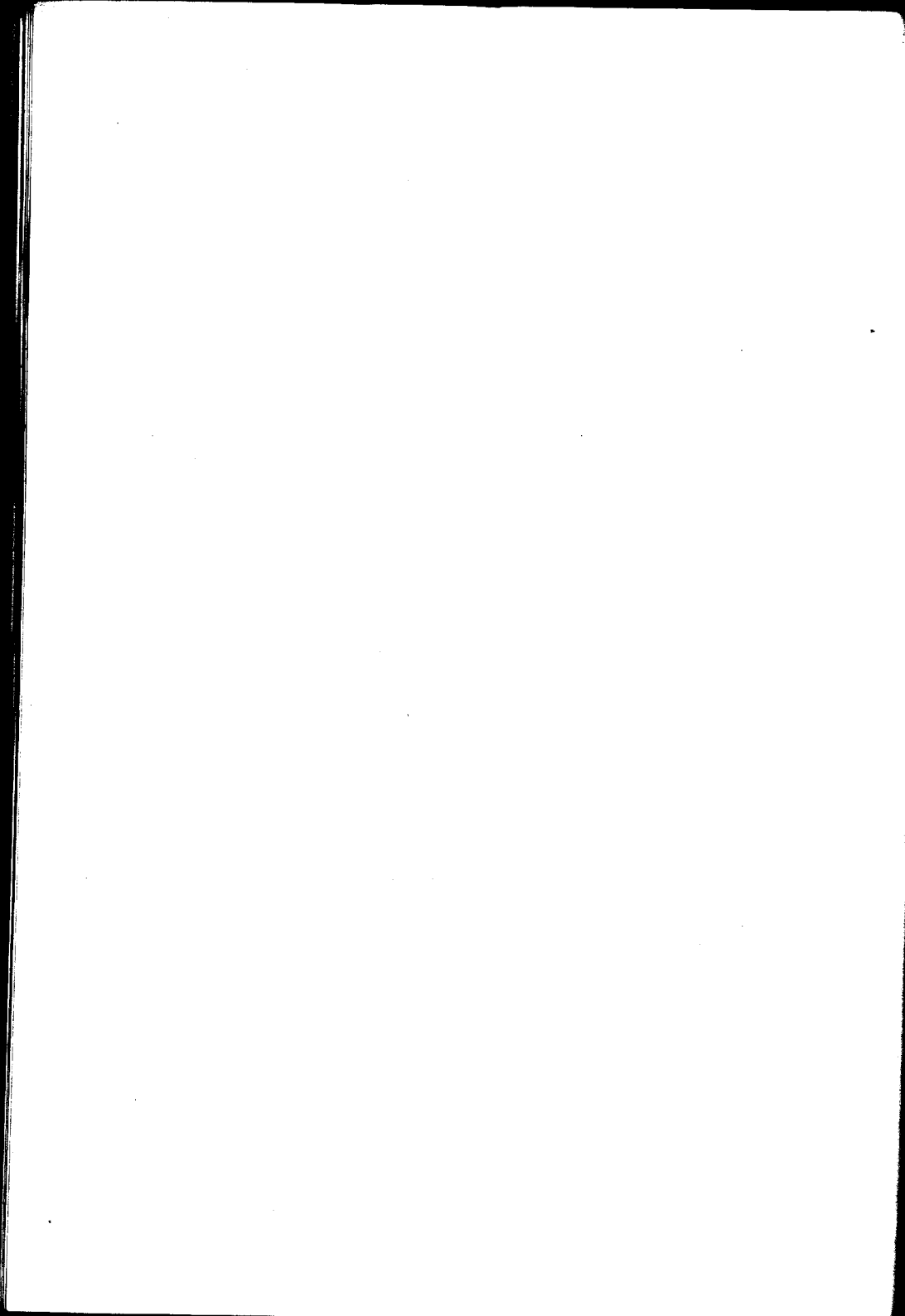
- DR. ROBERTO WERNICKE
- » JOSÉ T. BACA
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » P. N. ARATA
- » F. DE VEYGA
- » ELISEO CANTON
- » JUAN A. BOERI



## ESCUELA DE MEDICINA

---

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» JOAQUÍN LOPEZ FIGUEROA
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	{ » GREGORIO ARAOZ ALFARO
	{ » DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SÚSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica.....	» LUIS GUEMES
» Médica.....	» FRANCISCO A. SICARDI
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	{ » ANTONIO C. GANDOLFO
	{ » MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ÁNGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



## ESCUELA DE MEDICINA

---

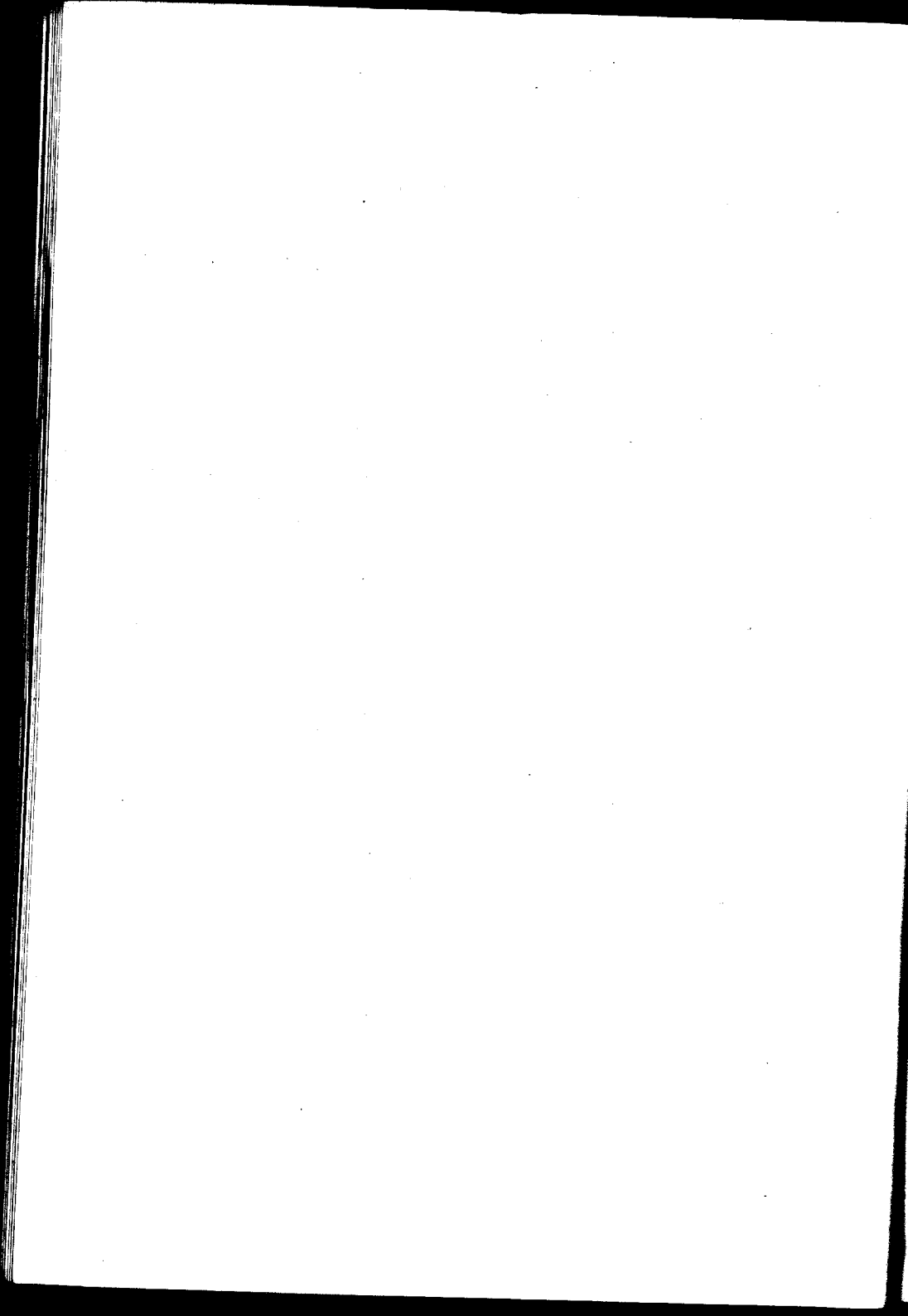
### PROFESORES EXTRAORDINARIOS

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos extraordinarios</b>
zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	.. JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	.. JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica.....	.. LEOPOLDO URIARTE
Clinica Ginecológica.....	.. JOSÉ BADIA
Clinica Médica.....	.. JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Dermato-sifilográfica.....	.. ENRIQUE ZARATE (en ejerc).
Clinica Neurológica.....	.. PATRICIO FLEMING
Clinica Psiquiátrica.....	.. MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Pediátrica.....	.. JOSÉ R. SEMPRUN
Clinica Quirúrgica.....	.. MARIANO ALURRALDE
Patología interna.....	.. BENJAMÍN T. SOLARI
Clinica oto-rino-laringológica.....	.. JOSÉ T. BORDA
	.. ANTONIO F. PIÑERO
	.. FRANCISCO LLOBET
	.. RICARDO COLON
	.. ELISEO V. SEGURA



## ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica.....	DR. GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	.. PEDRO BELOU (en ejere.)
Botánica Médica.....	.. RODOLFO ENRIQUEZ
Histología.....	.. JULIO G. FERNANDEZ
Fisiología.....	.. FRANK L. SOLER
Bacteriología.....	.. ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	.. FELIPE JUSTO
Semiología y ejercicios clínicos.....	.. MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica.....	.. CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica.....	.. ROBERTO SOLE
Materia Médica y Terapéutica.....	.. CARLOS R. CIRIO
Medicina Operatoria.....	.. JOAQUÍN LLAMBIAS
Patología externa.....	.. JOSE MORENO
» Dermato-sifilográfica.....	.. PEDRO CIUTRO
» Genito-urinaria.....	.. CARLOS ROBERTSON
Clínica Epidemiológica.....	.. NICOLÁS V. GRECO
Patología interna.....	.. PEDRO L. BALIÑA
Clínica Oftalmológica.....	.. BERNARDINO MARAINI
Clínica Oto-rino-laringológica.....	.. JOAQUÍN NIN POSADAS
» Quirúrgica.....	.. FERNANDO R. TORRES
	.. PEDRO LABAQUI
	.. JORGE L. FACIO
	.. ENRIQUE B. DEMARIA
	.. ADOLFO NOCETI
	.. JUAN DE LA CRUZ CORREA
	.. MARCELINO HERRERA VEGAS
	.. JOSÉ ARCE (en ejere.)
	.. ARMANDO R. MAROTTA
	.. LUIS A. TAMINI
	.. JOSÉ A. JORGE (hijo)
	.. MIGUEL SUSSINI
	.. LUIS AGOTE
	.. JUAN JOSÉ VITÓN
	.. PABLO MORSALINE
	.. RAFAEL BULLRICH
	.. IGNACIO IMAZ
	.. PEDRO ESCUDERO
	.. MARIANO R. CASTEX
	.. PEDRO J. GARCÍA
	.. MANUEL A. SANTAS
	.. MAMERTO ACUÑA
	.. GENARO SISTO
	.. PEDRO DE ELIZALDE
	.. JAIME SALVADOR
	.. TORIBIO PICCARDO
	.. OSVALDO L. BOTTARO
	.. ARTURO ENRIQUEZ (en ejere.)
	.. A. PERALTA RAMOS (en ejere.)
	.. FAUSTINO J. TRONGÉ
	.. JUAN B. GONZALEZ
	.. JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
Medicina legal.....	.. V. JOAQUIN GNECCO



# ESCUELA DE FARMACIA

---

## Asignaturas

Zoología general: Anatomía. Fisiología comparada.....  
 Botánica y Mineralogía.....  
 Química inorgánica aplicada.....  
 Química orgánica aplicada.....  
 Farmacognosia y posología razonadas....  
 Física Farmacéutica.....  
 Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....  
 Técnica farmacéutica.....  
 Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....  
 Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....

## Catedráticos titulares

DR. ANGEL GALLARDO  
 » ADOLFO MUJICA  
 » MIGUEL PUIGGARI  
 » FRANCISCO C. BARRAZA  
 » OSCAR MIALOCK (interino)  
 » JULIO J. GATTI  
  
 » FRANCISCO P. LAVALLE  
 » J. MANUEL IRIZAR  
  
 » FRANCISCO P. LAVALLE  
 » RICARDO SCHATZ

## Asignatura

Farmacognosia.....

## Catedrático Extraordinario

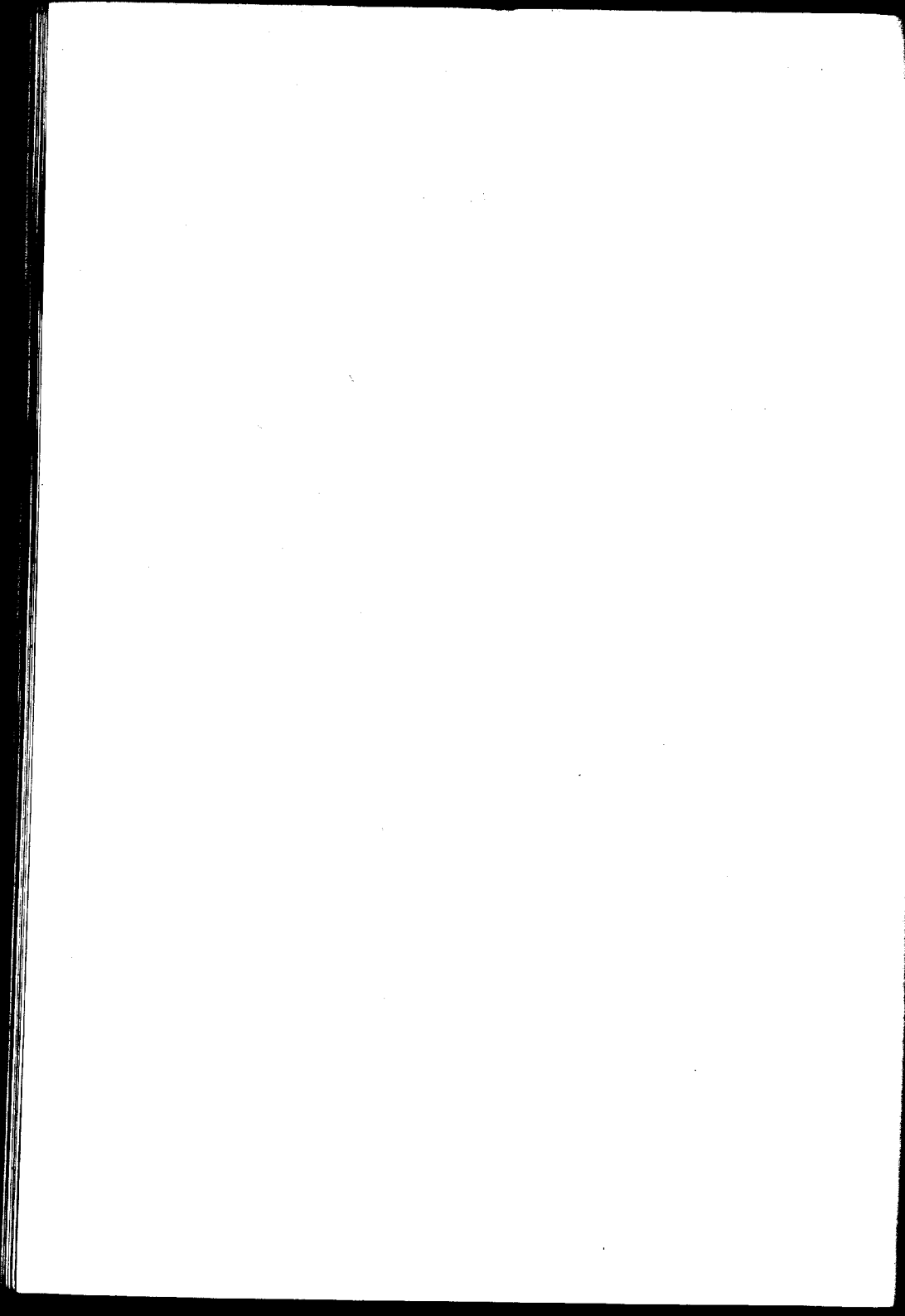
SR. JUAN A. DOMINGUEZ

## Asignaturas

Técnica farmacéutica.....  
 Farmacognosia y posología razonadas....  
 Física farmacéutica.....  
 Química orgánica.....  
 Química analítica.....  
 Química inorgánica.....

## Catedráticos sustitutos

SR. RICARDO ROCCATAGLIATA  
 „ PASCUAL CORTI  
 „ OSCAR MIALOCK (en ejerc.)  
 DR. TOMÁS J. RUMÍ  
 SR. PEDRO J. MESIGOS  
 DR. JUAN A. SANCHEZ  
 „ ANGEL SABATINI



## ESCUELA DE PARTERAS

---

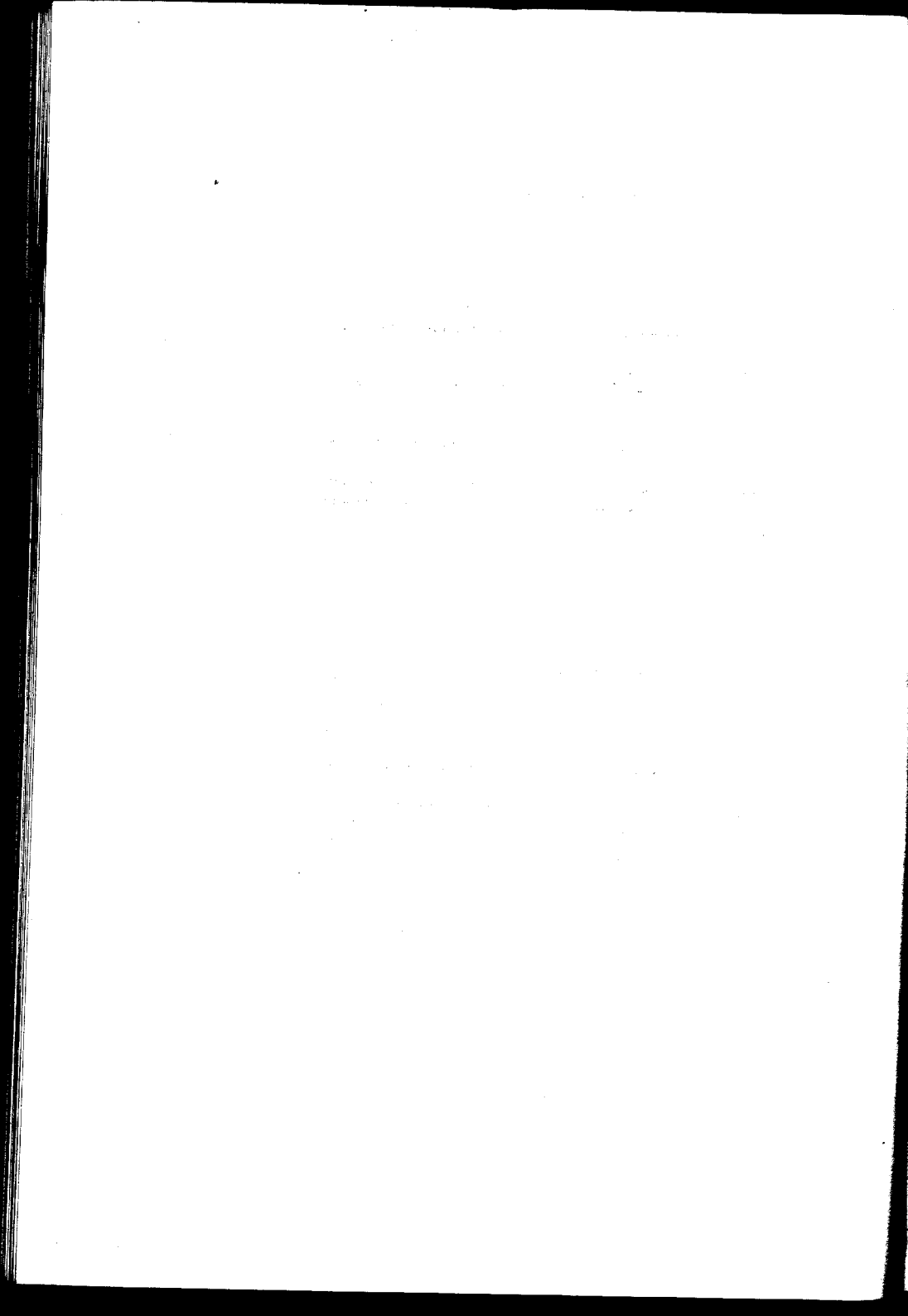
<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	{ DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica .....	{ DR. FANOR VEJARDE

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos sustitutos</b>
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	{ DR. UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	{ * J. C. LLAMES MASSINI

## ESCUELA DE ODONTOLOGIA

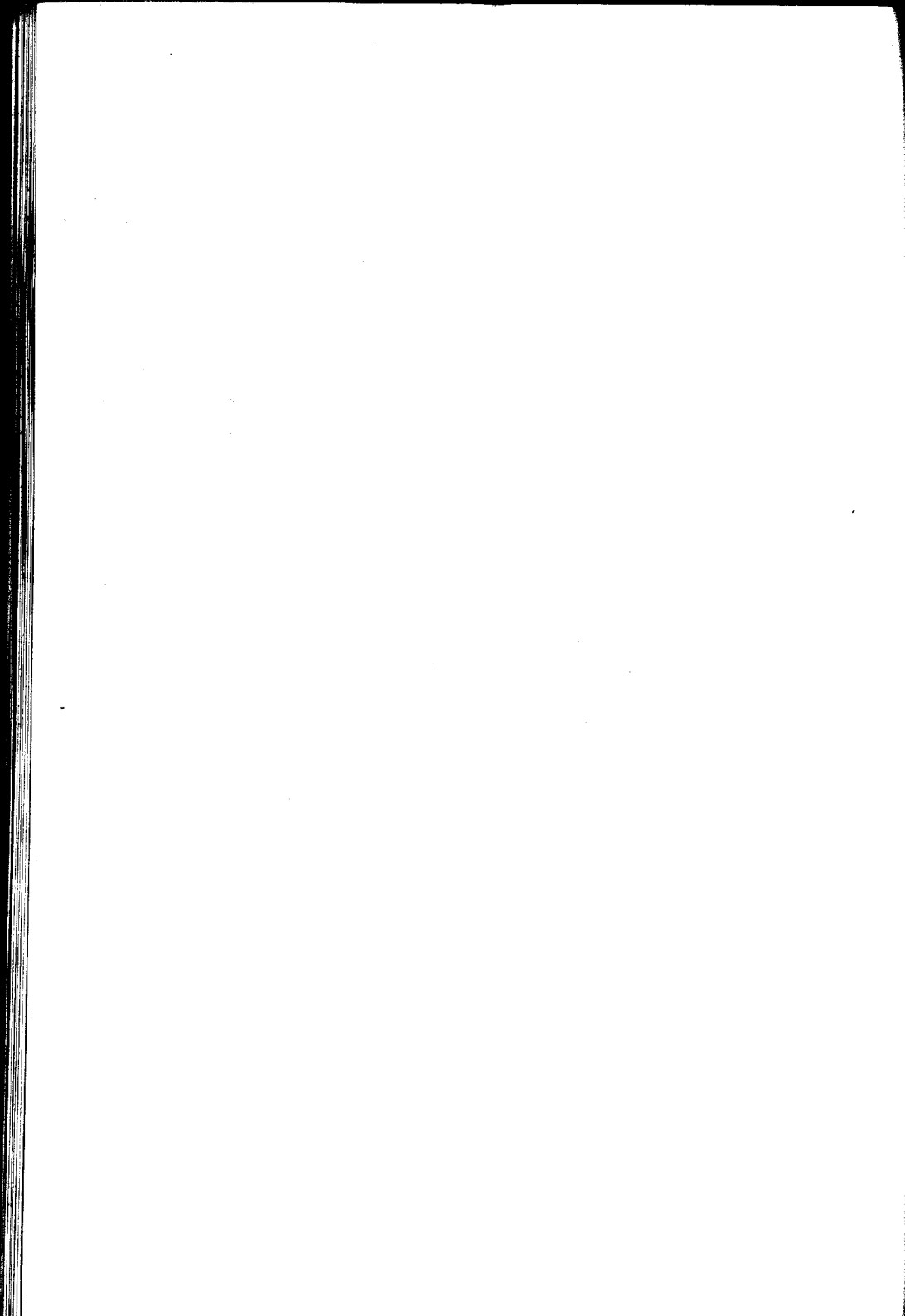
---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
1er. año.....	DR. RODOLFO ERAUZZUIN
2º. año.....	* LEON PEREYRA
3er. año.....	* N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO (int.)
Prof. suplente.....	DR. ALEJANDRO CABANNE

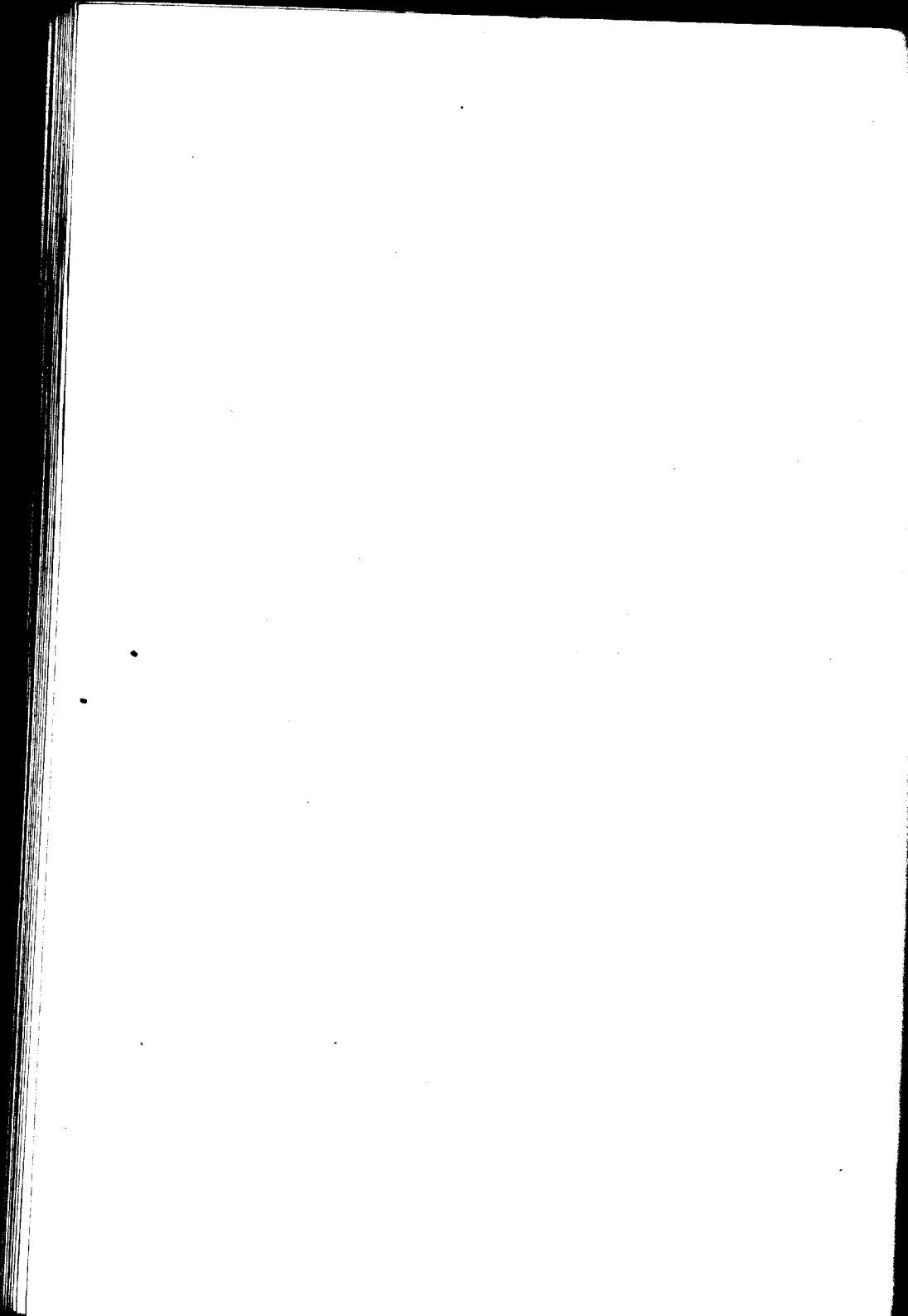


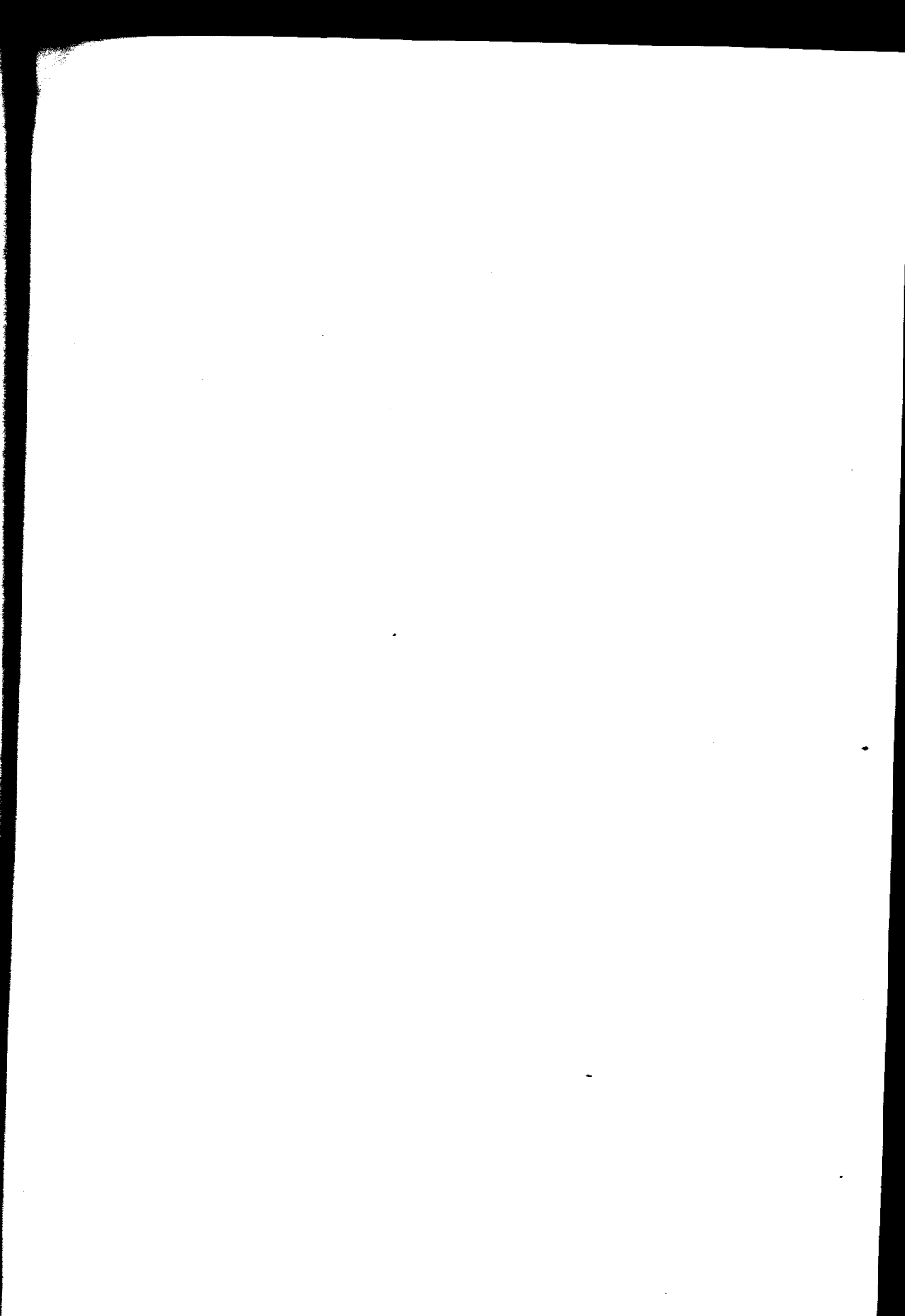
**Padrino de tesis :**

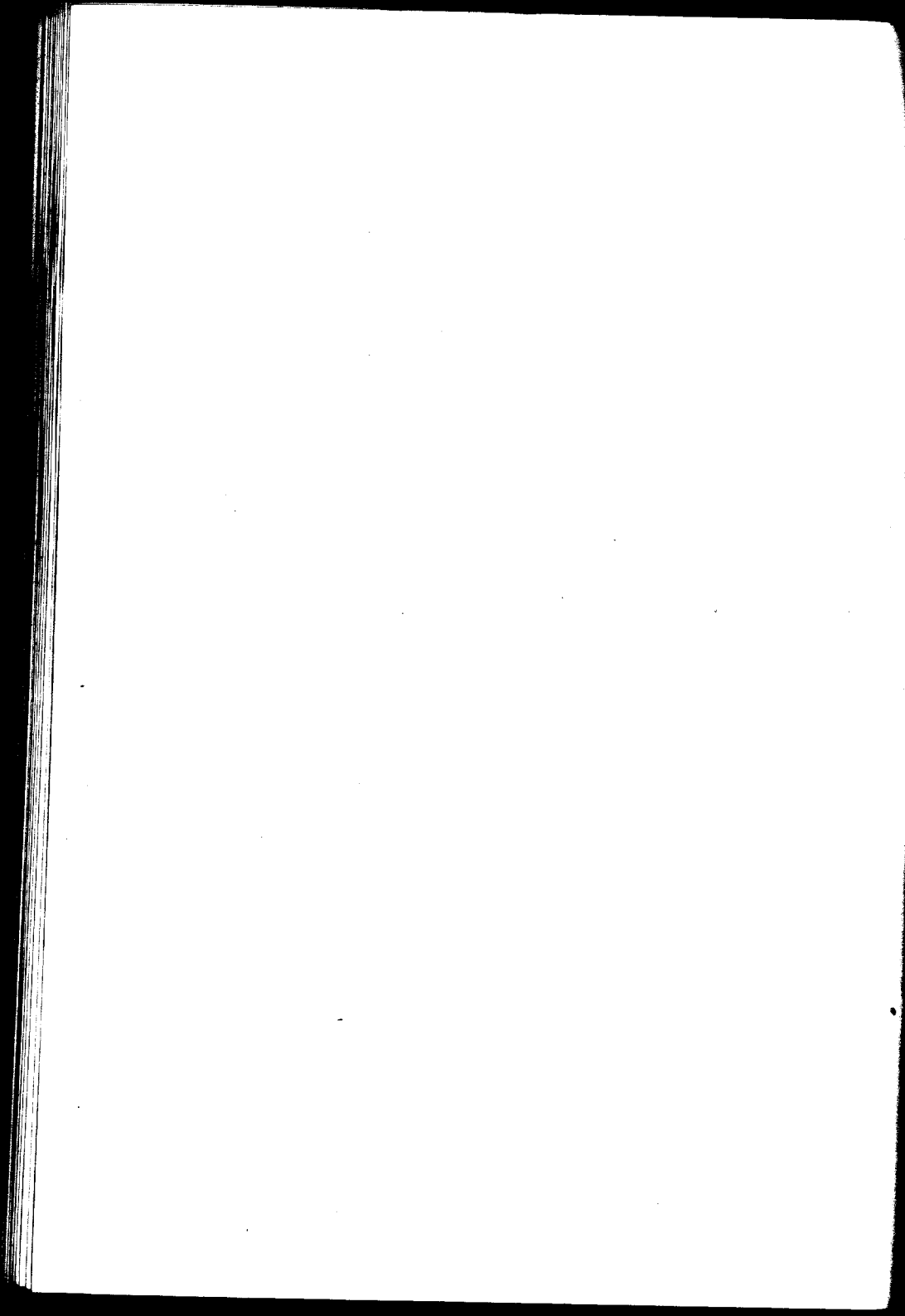
**Doctora LOLA UBEDA**



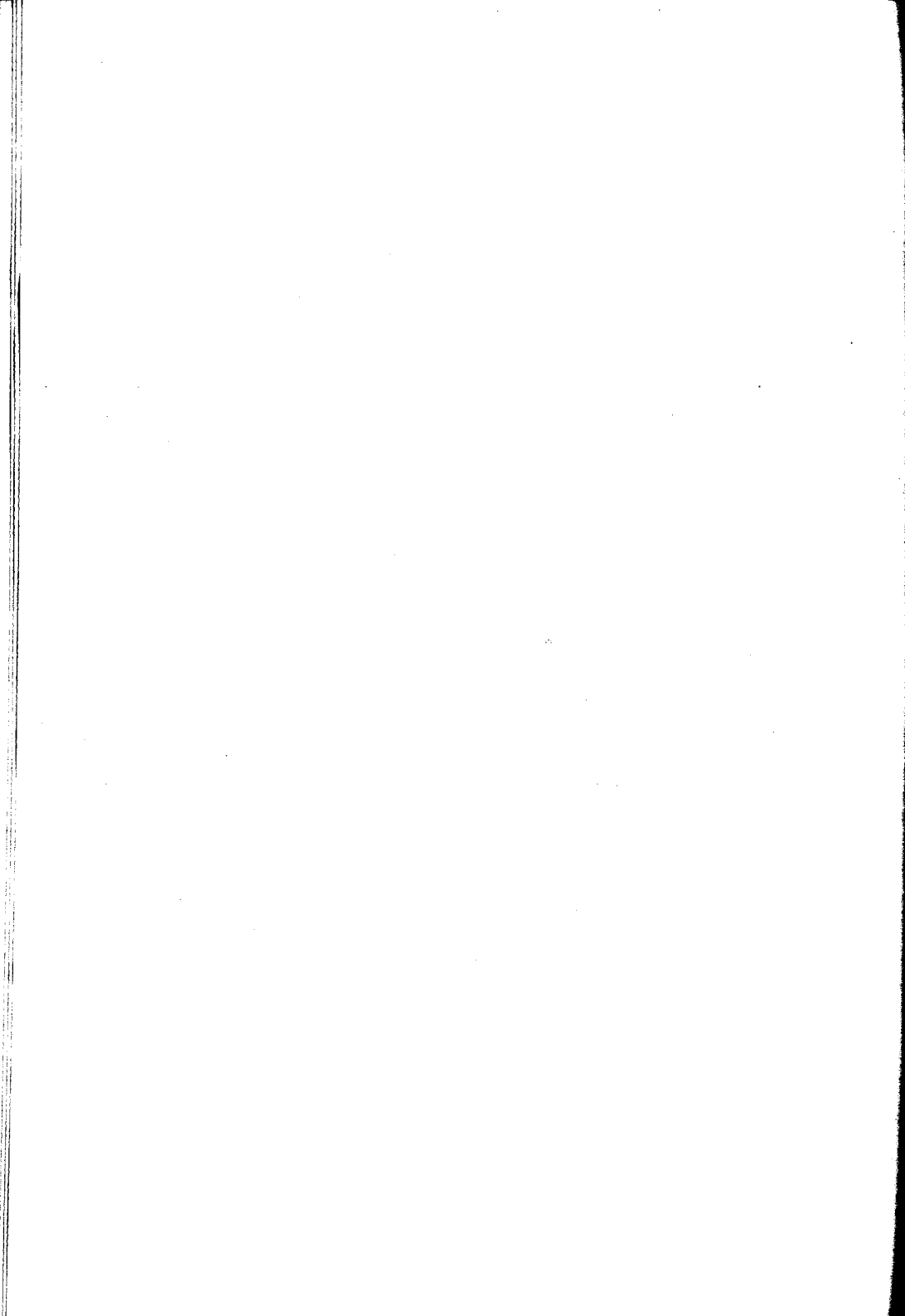
A LA MEMORIA DE MI MADRE





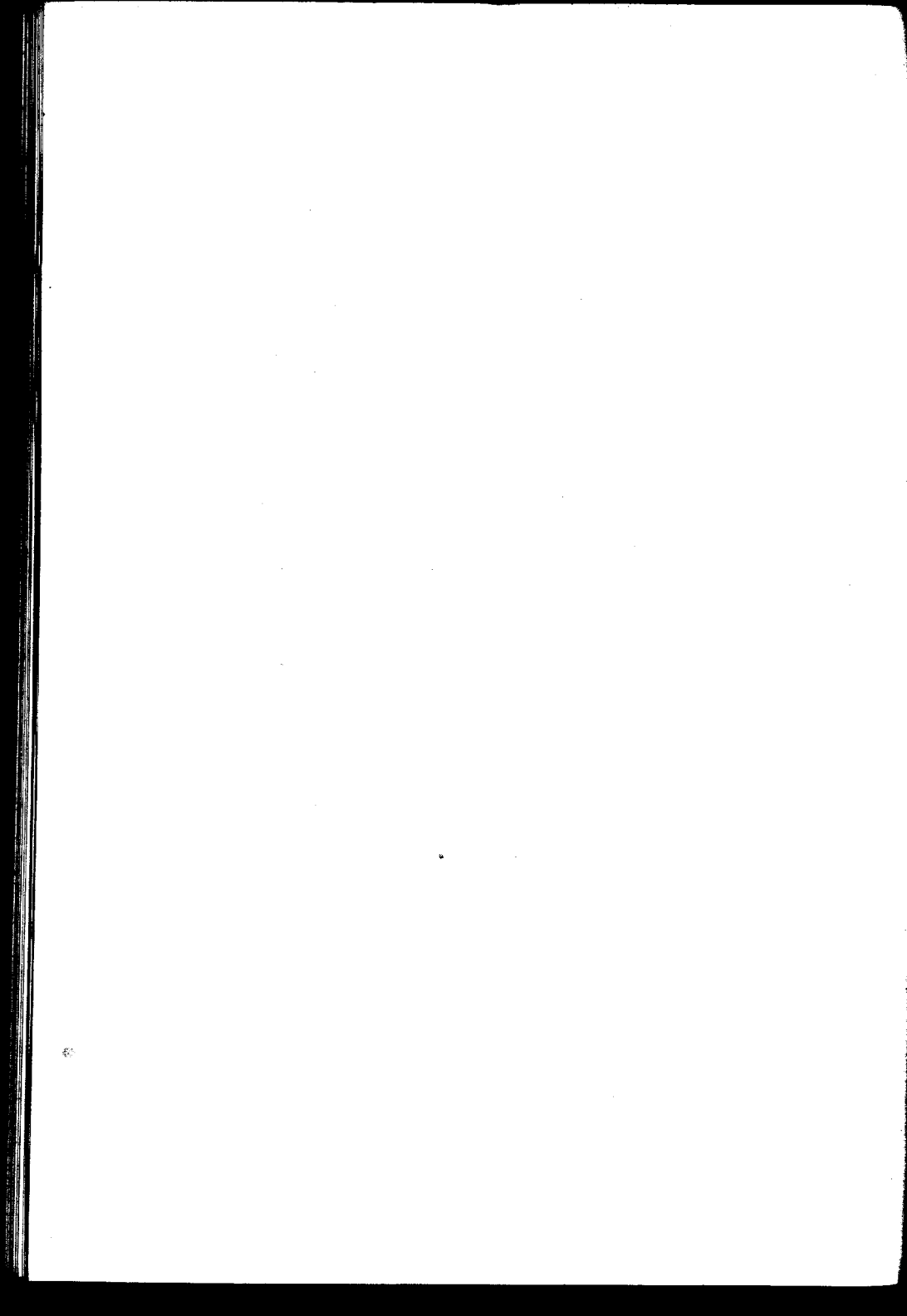


A LOS MIOS



*A la escuela normal de San Nicolás :*

**A MIS PROFESORES MAESTROS  
Y COMPAÑERAS DE LA ESCUELA**



A MIS AMIGAS TODAS Y A LAS

QUE HAN DEJADO DE SERLO



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Terminados mis estudios universitarios, séame permitido presentar ante vuestra elevada consideración, el presente trabajo, en cumplimiento de prescripciones reglamentarias que así lo exigen, para optar al título de doctor en medicina.

Pero antes de retirarme de la Facultad, quiero dedicar un recuerdo de gratitud a mis profesores, de quienes recogí el fruto de su experiencia.

Un recuerdo especial al doctor Ignacio Allende, mi profesor de clínica médica, a quien le estoy sumamente agradecida, por la buena voluntad, y las atenciones que me ha dispensado siempre.

Al doctor Julio Méndez, en cuyo servicio del Hospital San Roque, recibí las primeras nociones de clínica médica.

Y por último, a todos los médicos que me han guiado con su ejemplo de labor constante, y con sus

enseñanzas, en la difícil práctica hospitalaria, mi gratitud más sincera.

A la doctora Lola Ubeda, que me acompaña en este trabajo; y cuyo solo nombre es un título de honor para su ahijada, mi estimación y mi agradecimiento.

## HISTORIA DE LA HISTERECTOMÍA

SUS ETAPAS SUCESIVAS — Fué a mediados del siglo XVI que se empieza a hablar ya de la extirpación total del útero; pero el agregado de que las mujeres privadas de este órgano, podían menstruar y concebir, aleja de nosotros la idea de que tales intervenciones hayan sido realizadas.

La histerectomía abdominal como tantos otros triunfos de la ciencia, fué el producto de un error de diagnóstico, y la ovariectomía su progenitora.

Abrióse el vientre para extirpar tumores que sospecharon de ovario, y apareció el útero sembrado de pequeñas o grandes formaciones neoplásicas.

Los primeros cirujanos que fueron sorprendidos por estos hallazgos, no atreviéndose a penetrar en la sombra de intervenciones, que desde luego supusieron de inmensa gravedad; cerraron el abdomen dejando todo en las mismas condiciones.

Entre éstos se encontraba Lizars en 1825, De-  
fiembach en 1826 y, más recientemente, los tra-  
bajos de Alec de 1849 a 1851 ; Baker, Cutter, Smith.

Se cuentan hasta catorce casos publicados, de  
los cuales cuatro o cinco fueron seguidos de muerte.

Algunos llegan a extirpar fibromas subserosos  
pediculares.

Granville en 1837 tuvo un fracaso. En 1844  
Clay y Heath en 1843, lo mismo que Burnham en  
1853, avanzaron un paso más ahciendo las prime-  
ras amputaciones parciales del útero.

A G. Kimbal, le corresponde el honor de ser  
el primero que realizó, con un propósito deliberado,  
la hysterectomía por fibroma intersticial ; produjéron-  
se grandes hemorragias, pero la enferma se curó.

Hasta aquella época, la hysterectomía no había  
llegado a ocupar un lugar entre los procedimientos  
de la cirugía ; fué recién con Kœberle, quien el 19  
de setiembre de 1863, realizó su primera hysterec-  
tomía, la cual tuvo gran resonancia en Europa ; por  
la exactitud del diagnóstico y su técnica operatoria,  
dando un impulso colosal a esta nueva intervención,  
que vino a ocupar un lugar prominente en la ci-  
rugía abdominal, sobre todo para tratar ciertas afec-  
ciones del útero.

No necesitamos decir las alternativas porque ha  
pasado esta intervención, hasta llegar a la perfec-

ción con que la realizan nuestros cirujanos casi a diario.

El mismo Kœberle fué el iniciador de la ligadura del pedículo con asa metálica, y un cierra-nudo, que venía a reemplazar la ligadura con hilos de Kimbal en su primera histerectomía ; ligadura del pedículo que se hacía en masa, y que exponía a la enferma, casi fatalmente a la hemorragia.

Desde luego la introducción de estos detalles operatorios, marcan un gran paso en el adelanto de este procedimiento, pues que se suprime una de las principales causas de muerte : la hemorragia.

Apenas el inminente cirujano de Strasbourg, había dado a conocer su procedimiento, cuando numerosos casos fueron tratados de la misma manera, por otros cirujanos, entre ellos, un alumno suyo Caternault, quien publicó cuarenta y dos observaciones.

Algunos trataron de introducir otras modificaciones, como fueron : suprimir el cierra-nudo de Kœberle y reemplazarlo por el ecraser y el clamp, pero estas modificaciones resultaron inferiores a las del creador, podemos decir, de la histerectomía.

Por este mismo tiempo, surge Peán en París, en un lugar donde no encontraba buena acogida ni siquiera la ovariectomía, pareciéndoles un rasgo de audacia.

La historia de una enferma curada por él y presentada a la Academia de Medicina; y el trabajo presentado tres años más tarde, detallando con toda precisión, las reglas de esta intervención perfeccionada, ligaron desde entonces, y muy estrechamente, el nombre de Peán, a la histerectomía con tratamiento extra-peritoneal del pedículo.

La técnica, que consistía en el uso constante del forcipresura, y el morcellement de los grandes tumores, seguidos de ligadura metálica para no exagerar la herida o incisión abdominal en la fijación extra-peritoneal del pedículo; atravesado de agujas lanceoladas, y atraído por medio de un asa de hilo de acero, aplicado con el cierra-nudo tan ingenioso de Cuitrat.

Los lineamientos generales de esta técnica, han sido respetados por los perfeccionamientos ulteriores, y fué adoptado por los cirujanos de Francia y del extranjero.

Concluamos diciendo que es Kœberle y a Peán cirujanos franceses, a quienes corresponde el honor de haber establecido esta operación sobre base científica.

Esta primer etapa en el nacimiento y progreso de la histerectomía, está marcada por la introducción y adopción de medios de compresión metálica del pedículo: cierra-nudo y clamp.

Está marcada también por la lucha violenta de opiniones contrarias, entre los que aceptaban esta intervención y los que la rechazaban por demasiado peligrosa.

La Academia de Medicina de París rechazóla formalmente ; pero poco tiempo después, una comisión presidida por Richet, declaró que : « la histerec-tomía abdominal, no obstante ser una operación muy grave, estaba perfectamente indicada en ciertos casos ».

El ansa metálica de Koeberle y Pean fué substituída, por la ligadura elástica ; y Kleberg, de Odesa, hizo el 8 de julio de 1876, la primera operación valiéndose de ella.

Martín recomienda también la ligadura elástica provisoria, en el Congreso de Naturalistas y Médicos Alemanes, reunidos en Cassellan en 1878.

Poco tiempo después, Hegar dió a conocer su procedimiento de la ligadura elástica definitiva, para asegurar la hemostasia.

La segunda etapa, está caracterizada, por la aplicación de la más rigurosa asepsia y antisepsia, como a las demás ramas de la cirugía.

La tercera etapa, por la ligadura elástica, ya sea definitiva o temporaria, para cohibir las hemorragias ; discutiéndose igualmente si debía preferirse la fijación extra o intra-peritoneal del pedículo.

La cuarta etapa, es la substitución del procedimiento por pedículo, por la histerectomía total ; discutiéndose cual de las tres vías es la preferible : abdominal, vaginal o abdómino-vaginal.

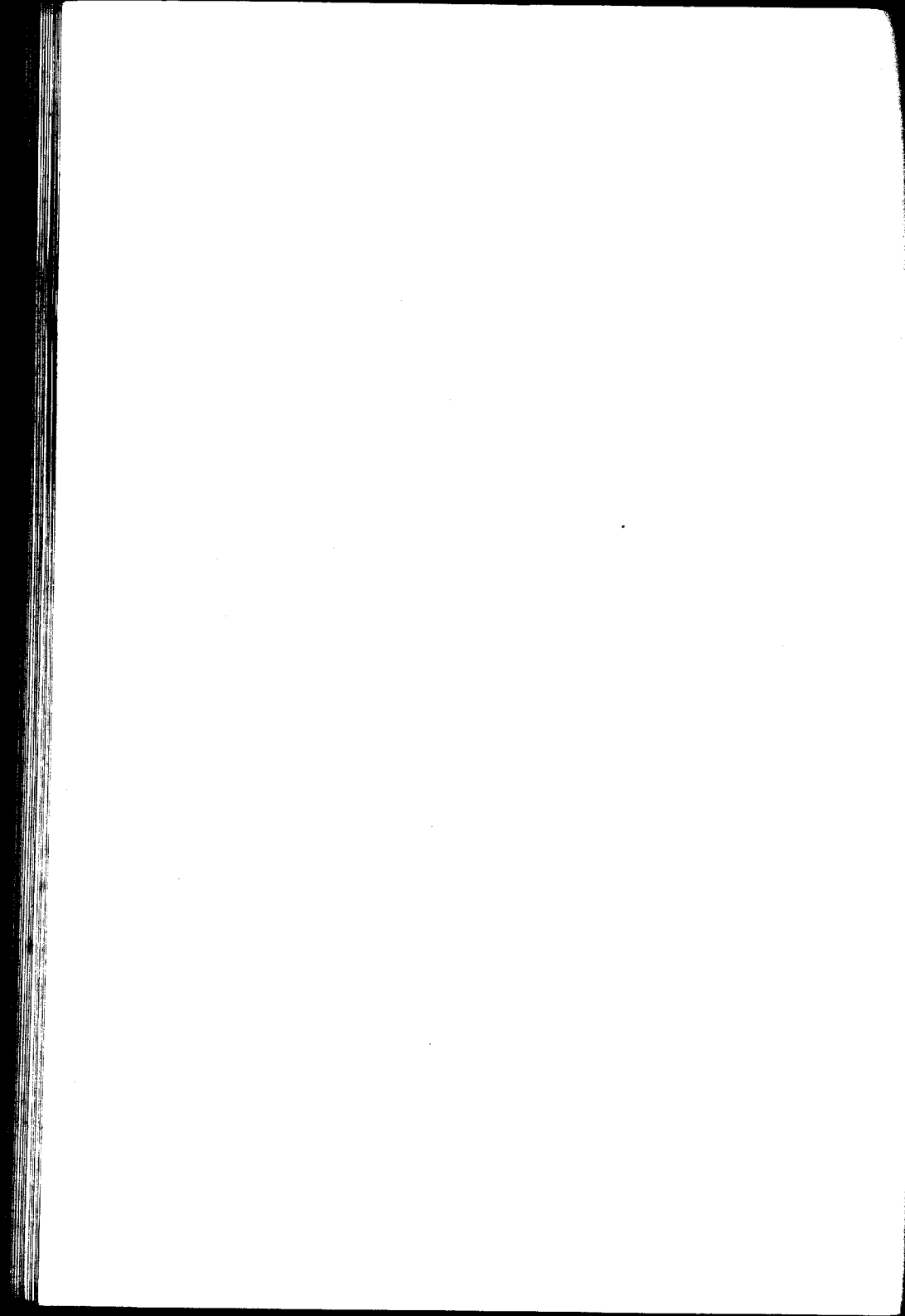
*Sinonimia* — La operación de que vamos a ocuparnos, llamada también myotomía o miomectomía, por los alemanes, ésto es, cuando se respeta gran parte del órgano uterino ; también la llaman amputación útero-supra-vaginalis, y ablación total, cuando el útero íntegro es sacado.

Nosotros, la llamamos histerectomía, que etimológicamente quiere decir «sección de útero» ; y Tillaut, en una comunicación a la Academia en 1879, propuso este mismo término, que comprende la idea de exeresis para el caso, en que se levante todo o parte del órgano.

A pesar de la gravedad de esta intervención, ella se impone en ciertos casos, entre los cuales tenemos los siguientes : aumento rápido y marcha galopante del tumor ; hemorragias graves que no ceden a ningún paliativo ; ascitis producida por la irritación que provoca un nódulo ; compresión de órganos contenidos en la pequeña pelvis ; un tumor voluminoso, su degeneración quística o supurativa ; prolapso sintomático del útero, o bien que el tumor

complice un embarazo haciéndose causa justa de distopsia.

Wrisberg y Monteggia propusieron a fines del siglo pasado, extirpar todo útero atacado de cáncer.



## ANATOMÍA PATOLÓGICA

### ETIOLOGÍA

SUS DOS FORMAS CLÍNICAS PRINCIPALES : CÁNCER DEL CUERPO Y DEL CUELLO — El cáncer o tumor maligno, como también se le denomina, está caracterizado por su tendencia a la invasión de los territorios vecinos o lejanos, por la recidiva y la generalización.

Se encuentran distintas variedades, cuyo estudio histológico puede servir más que todo, para el pronóstico, pues que ciertas formas, dentro de su natural gravedad, pueden resultar más benignas que otras.

El cáncer del útero, es la localización más frecuente en la economía, y puede afectar lo mismo el cuerpo que el cuello.

Virchow, evalúa su proporción con relación a su localización en otros órganos, en el 18 por ciento de frecuencia.

Mayer, agregando a la estadística de Virchow, la de Marc d'Espine y de Tauchón, llega a una estadística de 31 por ciento.

La frecuencia de los neoplasmas del cuello, es de todos conocida.

Hemos dicho que el cáncer afecta diversas formas clínicas, para cuya clasificación se requiere observarlo desde su iniciación, es decir, antes de que su propagación haya alterado su forma primitiva.

Estas formas son : la papilar, nodular, cavitaria y laminar o vaginal.

Histológicamente no podemos aceptar sino dos variedades de cáncer : el pavimentoso si se ha desarrollado en la superficie externa del cuello, y el cilíndrico cuando por el contrario se desarrolla en la superficie interna.

Estos detalles fueron estudiados por Williams en su trabajo *On cáncer of útero*, y por Delbet en 1888.

A pesar de parecer bien delimitadas cada una de estas formas, si tenemos en cuenta lo que el mismo Williams afirma, en su trabajo de 1896, que en ciertas condiciones los epitelomas cilíndricos del cuello, tienen como punto de partida el revestimiento epidérmico de la porción vaginal ; y pueden dar origen a un cáncer de elementos cilíndricos semejantes a aquellos que se originan en el cuello.

Según este autor, la invasión de la porción vaginal sería frecuente, y el mayor número de los cánceres observados reconocerían este origen.

Sobre 21 casos estudiados por Ruget y Veit, 20 habían tenido por punto de partida este epitelio. El epitelioma pavimentoso del cuello, tiene gran semejanza con el epitelioma de la vagina, constituido por los elementos de la porción vaginal del cuello; vale decir, por la mucosa vaginal reflejada para envolver el cuello hasta su orificio, que se halla constituido por células pavimentosas.

Las bandas de tejido conjuntivo irán de la superficie al centro, determinando la formación de tumores lobulados o tubulados; donde no sería frecuente encontrar los globos epidérmicos, según Delbet, y se encontrarían en cambio los globos mucosos.

Recordemos también que según Cornill, los tubos de los epiteliomas tubulados serían algunas veces bastante anchos, para ser considerados como lobulados.

Este epitelioma pavimentoso corresponde al epitelioma papilar e intersticial.

El epitelio cilíndrico se adaptaría mejor a la forma cavitaria, desenvolviéndose en la mucosa cervical del epitelio cilíndrico, y de preferencia en el istmo, principiando en las glándulas.

Williamms y Cornil en 1888, han profundizado tan interesante cuestión, encontrando cavidades de apariencia francamente glandular, en las cuales el epitelio aparece visiblemente modificado, observán-

dose sólo en el centro las formas cilíndricas de la célula ; pero no así, en la superficie donde afectan formas perfectamente atípicas, ovoides, poliédricas, dominando las bandas de tejido conjuntivo tan intensamente, que la cavidad glandular afecta la misma disposición de un carcinoma.

El epiteloma cilíndrico se desenvuelve muchas veces en el epitelio del cuello, el cual es cilíndrico ; y otras veces en la mucosa del cuerpo.

Esta forma empieza por las glándulas donde se efectúa una proliferación celular intensa, corresponde a la forma cavitaria del epiteloma del cuello, y al epiteloma del cuerpo del útero.

El epiteloma del cuello, comprende las siguientes variedades : la forma vegetante papilar o epiteloma canceroidal de Richelot, epiteloma pavimentoso que se desenvuelve a nivel de la superficie vaginal del cuello, o lo que es lo mismo en el fondo de saco vaginal posterior ; pero muchas veces el cáncer es vaginal y no del útero correspondiendo al cáncer laminar de Pozzi.

La forma intersticial infiltrada o nodular, que empieza bajo la forma de un núcleo incluido entre el cuello y la mucosa, se ulcera secundariamente, es también un epiteloma pavimentoso.

La forma cavitaria, cuya ulceración en em-

budo, empieza en la cavidad misma del cuello, y es un epiteloma cilíndrico.

El epiteloma del cuerpo se presenta bajo dos formas: la difusa, que es la más frecuente; el epiteloma se extiende más en superficie, que en profundidad.

Estas lesiones se prestan a confusión con las de la metritis crónica, concediéndose una importancia especial para distinguirlas al revestimiento exterior del tubo glandular, compuesto de células planas, y que no existirían más que en el epiteloma; a la ausencia de cilias vibrátiles en las células de éste, a la profusión de capas epiteliales. según Le-gueux.

Otro carácter es la penetración de masas epiteliales glandulares en la musculosa.

La forma circumscripta, constituye un tumor saliente a base de implantación más o menos amplia, y otras veces pediculado.

Según Hofmeier, ella se formaría a expensas del epitelio de las glándulas.

Para terminar este capítulo, agregaremos las conclusiones deducidas de los últimos trabajos anátomo-patológicos.

El único rasgo común entre el cuerpo y el cuello del útero normal, es la ausencia de una submucosa.

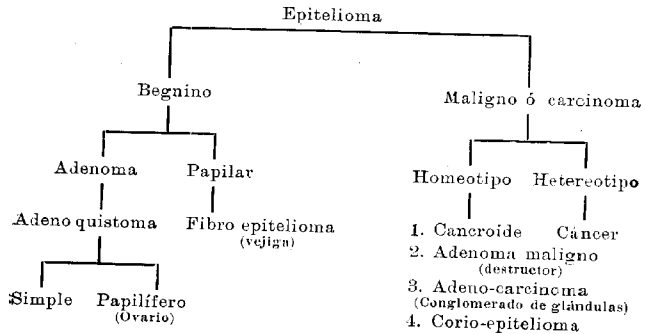
Ambos contienen glándulas ; las del cuerpo son tubulares, y las del cuello alveolares.

El estroma que los contiene en el cuello, es fibroso, mientras que en el cuerpo, es linfo-adenomatoso.

Otro elemento son las células cilíndricas en el cuello, no ciliadas, a núcleo basal y contenido mucoso ; por el contrario, en el cuerpo son cúbicas, ciliadas, de núcleo central y protoplasma granuloso.

Ante todo debemos aclarar este punto : epitelio-  
ma y carcinoma no son iguales, pues un epitelio-  
ma no es siempre un carcinoma, mientras que un car-  
cinoma es siempre un epitelio-  
ma.

La siguiente clasificación propuesta por Orbth, y discutida en la Sociedad de Medicina de Berlín, y que ha aparecido en un trabajo reciente del doctor Mimbela, presentado en el V Congreso Médico Latino-Americano, la hará comprender mejor.



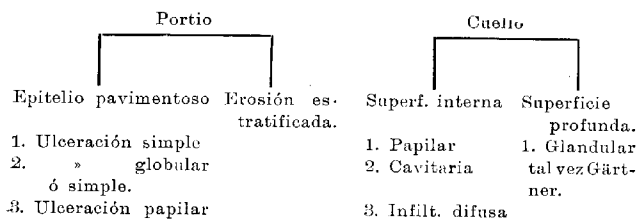
El cáncer puede ser simple, esquirro y encefaloide.

El primero cuando sus dos elementos componentes, tejido conjuntivo y células, se hallan en la misma proporción; segundo cuando hay predominio de tejido conjuntivo; y el tercero cuando hay predominio de células epiteliales.

El cáncer puede ser primitivo y secundario: en el primer caso, tanto el estroma como las células, son semejantes a la región en que se implantan; y en el secundario el estroma y el neoplasma, son distintos y sólo las células son iguales.

Tres son las causas de que puede provenir el neoplasma, llamado por los alemanes portio-carcinoma, y que se origina en las células pavimentosas estratificadas de la mucosa vaginal, que recubre el cuello exteriormente: una ulceración simple, plana, ulceración globular o poliposa, y ulceración papilar.

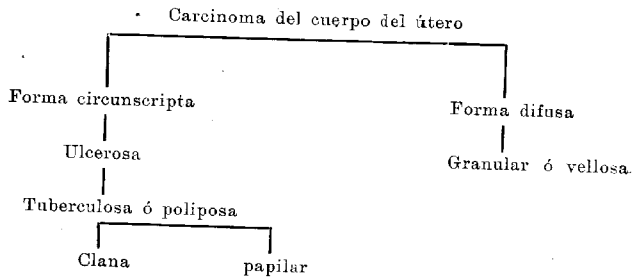
El carcinoma cervical tiene la forma papilar, cavitaria o de infiltración difusa; también puede estar constituido de nódulos profundos que pueden tener como origen las glándulas y también los tubos de Gärtner.



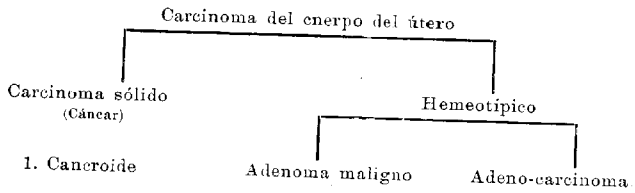
El carcinoma del cuerpo del útero comprende el 6 % de los casos y presenta dos tipos : difuso y circunscripto.

El primero puede ser ulceroso y tuberoso o prolioso.

La forma difusa es solo granular o vellosa.



Microscópicamente lo dividimos al cáncer del cuerpo en :



Doble carcinoma, forma rara, combinación del adenoma maligno o adeno-carcinoma con el caneroide.

Los caracteres del adenoma maligno son : tener glándulas laberínticas, estroma rarificado y proliferación epitelial ; no es necesario que estén todos, uno de ellos basta para caracterizarlo.

Se produce una metaplasia de las células del útero, y convierte el tejido cilíndrico en pavimentoso que forma el adenoma, pues en el cuerpo no hay células pavimentosas estratificadas.

Por el solo aspecto de los tumores no debe concluirse que ellos sean un carcinoma, si sus elementos no tienen tendencia destructiva o invasora.

Puede haber una proliferación epitelial atípica en la inflamación crónica con especificidad o sin ella, ulceración crónica en las mismas condiciones, fístulas y pólipos.

En todos estos casos pueden evolucionar los elementos, hasta convertirse en verdaderos carcinomas ; por su marcha invasora ; pero no olvidemos que no lo son primitivamente aún cuando lleguen a presentar perlas epiteliales, pues éstas no caracterizan al carcinoma, sino que sólo manifiestan que hay allí tejido pavimentoso estratificado.

El carcinoma sufre la degeneración calcárea y la coloide.

La segunda de éstas, se produce en las células o en el estroma o en ambos. Cuando se producen en

aquéllas, el núcleo es basal segrega la substancia mucosa que lo reemplazará.

La petrificación o degeneración calcárea, da al tacto la sensación de arenillas en el espesor del tumor. Comparativamente es menos grave, el cáncer del cuerpo que el del cuello ; aquél tarda más en evolucionar y en generalizarse a las paredes uterinas, parametrio, ganglios linfáticos, y recidiva raramente.

El del cuello por el contrario, se propaga rápidamente al cuerpo parametrio, vejiga, recto ; produce metástasis por vía sanguínea en otras vísceras alejadas, y recidiva con más frecuencia.

De las dos localizaciones, porción vaginal o supravaginal del cuello, tiene la primera, mayor tendencia a recidivar, pero se generaliza más lentamente y su marcha es menos rápida.

*Propagación del cáncer* — El cáncer puede realizar metástasis a distancia y de preferencia se propaga a la vagina, al cuerpo del útero, a las trompas, vale decir, a los órganos inmediatos.

El cuerpo del útero muy frecuentemente es invadido por el cáncer, y se comprende que así sea pues los trazos epiteliales del cáncer del cuello, ascienden más allá del istmo hasta la cavidad del cuerpo del útero, detalle de grandísimo interés en la terapéutica.

Pozzi sostiene que la invasión del cuerpo es más temprana y frecuente en la forma cavitaria. A su vez Williams sostiene que ha seguido ocho casos de cáncer papilar, sin observar su propagación al cuerpo del útero.

Delbet dice que, sólo a 7 u 8 milímetros por encima de la superficie ulcerada, ha encontrado en sus estudios histológicos, la propagación de las lesiones : tipo intersticial.

Fraenkel llega a la misma conclusión : ningún cáncer sobrepasa el límite del orificio interno en su propagación.

Sin embargo se ha visto a los elementos epiteloides, como le llaman algunos autores ser arrastrados por la corriente sanguínea, y sobre todo por los linfáticos, localizándose en órganos vecinos, sembrándose a lo largo de los vasos y produciéndose las metástasis.

Autores como Ekart, Fraenkel, Olshausen sostienen después de los estudios realizados, el error de la afirmación hecha por Abel ; pues lo que han encontrado es una infiltración embrionaria en la profundidad de la mucosa, y que la relacionan con la metritis concomitante.

De los estudios realizados, Pozzi saca la siguiente conclusión : todo cáncer del cuello va acompaña-

do de una metritis, que favorece su propagación debilitando la resistencia del músculo uterino.

A pesar de todas estas opiniones, se han encontrado epitelomas simultáneamente en el cuerpo y en el cuello; Hofmeier y Winter sostienen que se trataba de cáncer del canal cervical, menos dos casos en que se discutía si el cáncer primitivo era del cuerpo y las secreciones habían originado posteriormente el del cuello.

*Origen del cáncer* — Actualmente dos grandes teorías se disputan la supremacía: la anatómo-histológica por una parte, y por otra la parasitaria. Es la última la que goza de mayor aceptación.

Dada la ignorancia en que hasta hoy se está respecto de la naturaleza de esta enfermedad, se concibe lo difícil de idear un tratamiento médico conveniente; por consiguiente, es el quirúrgico lo único de que se puede disponer.

Entre las teorías anatómicas, las primeras en fecha, son las de Cohnheim y de Critzmann.

Según Cohnheim, todo cáncer tiene por origen una inclusión normal fetal.

Para Critzmann, sería una inclusión ovular.

El tejido incluido sería detritus de hojas embrionarias, ú óvulo, que por mucho tiempo queda-

rían en estado latente, y que en un momento dado entrarían en actividad.

Para otros autores, los cánceres son malas formaciones celulares debidas según Tiersch a una lucha entre los elementos epiteliales y el tejido subyacente, lucha en la cual los elementos epiteliales serían los más fuertes, y según Fabre-Domergue, se debería a una desorientación del plano de división normal de la célula.

Estas teorías son muy difícilmente demostrables, pues no se ve bien la causa de esta desorientación celular.

La teoría parasitaria está más de acuerdo con el adelanto de nuestra época. Pero para su estudio se tropieza con esta dificultad : que las inoculaciones hechas en animales resultaron negativas.

Todo lo que se ha hecho para aislar un parásito que reproduzca el cáncer, ha fracasado.

Se han hecho experimentos sobre varias clases de parásitos, entre otros, esporozoarios, hongos, y no han producido sino nódulos inflamatorios.

A pesar de ésto, los observadores nos hablan de epidemias que han tenido lugar, y de contagios, verdaderas siembras del cáncer.

Además de las teorías expresadas, hay otras que nos dicen : las células embrionarias o células embrionoplásticas de Ch. Robin que no han desaparecido en

la formación de los órganos, y que se encuentran esparcidas en el tejido conjuntivo, o bien formando agrupaciones en distintos puntos, representa el tejido matricial de los carcinomas.

Pero ¿cuál sería el punto de localización de preferencia de estos grupos celulares ?

Los orificios naturales donde se hace una involución más o menos regular de las hojas blastodérmicas ; el cuello uterino desenvuelto relativamente tarde a expensas de los tubos de Müller, lo podemos considerar como punto congénitamente vulnerable.

También conviene tener en cuenta en este caso, la frecuencia de los epitelomas a nivel del hocico de tenca, y su tendencia al polimorfismo.

Pero la causa eficiente de la producción de un cáncer ¿cuál es ?

Cohnheim atribuye gran importancia a las congestiones repetidas de este órgano, pero esto no basta para explicarlo.

Si el epiteloma es de la mucosa, los elementos formadores evidentemente de las células epiteliales, siguiendo a Klebs, sea del epitelio cilíndrico intracervical según Schoder, o bien de las células glandulares, según opinión de Ruge y Veit.

En lo que se refiere al carcinoma parenquimatoso, su génesis permanece en la sombra.

Virchow, les atribuye un origen conjuntival exclusivamente, lo que está de acuerdo con las ideas de Cohnheim.

Los últimos estudios realizados por Ruge y Veit, vienen a confirmar esta doctrina, pues para ellos estos neoplasmas no son otra cosa que la transformación de las células del tejido conjuntivo.

El tejido conjuntivo vascularizado pasaría a tejido embrionario, y entonces estas células afectarían un tipo epiteloide.

Sin embargo, han podido comprobar que vegetaciones adenomatosas, formadas a expensas del epitelio glandular han evolucionado hasta formar un carcinoma.

Dejaremos sentado, que ninguna de estas teorías ha recibido su sanción, siendo la más aceptada la parasitaria.

No olvidemos por otra parte, que al lado del parásito debemos considerar el terreno, según las teorías modernas, la entidad enfermo más que el agente mórbido mismo, pues aquél hará su enfermedad según las condiciones propias a su organismo, lo que nos explica la diferente evolución de la misma enfermedad sobre distintos pacientes.

En este concepto los artríticos han recibido un triste privilegio.

Bazin fué el primero que notó esta circunstan-

cia : artritis y cáncer estaban asociadas y en una misma familia, podían transmitirse o alternar.

Para Broca el cáncer era una diástesis, vale decir, un organismo con disposiciones marcadas para el desenvolvimiento de la neoplasia.

Convengamos sin embargo, en que el enfermo y sus disposiciones, o lo que es lo mismo, el terreno, no es lo único que se ha de tener en cuenta.

Pero a pesar de nuestra ignorancia, sobre este punto, no debemos quedar inactivos reconociendo que nos encontramos delante de una enfermedad, muy posiblemente parasitaria y como tal se la trata ; puesto que el cirujano levanta el órgano y todas sus ramificaciones, si es que la infección a transpuesto los límites de éste.

Nosotros, nada podemos contra el terreno, si bien la profilaxia, cuyo capítulo se impone hoy, puede muy bien llenar esa gran laguna que existe en la terapéutica de esta enfermedad, y con ello se conseguirá por lo menos, disminuir el número de casos inoperables, y dar mayor probabilidad de éxito a las intervenciones, ya que realizadas más oportunamente alejarían la sombra de las recidivas más o menos próximas.

Este mismo capítulo nos orientaría en el estudio del temperamento mórbido, de las predisposiciones individuales, de cada paciente contra las que hasta ahora hemos permanecido indefensos.

## SÍNTOMA - DIAGNÓSTICO - TRATAMIENTO

SINTOMAS—Pasaré en revista : primero la evolución sintomática, que en conjunto es común a todo el epiteloma del cuello ; segundo, su examen clínico y diagnóstico ; tercero, la delimitación clínica del grado de las lesiones y de la invasión neoplásica ; cuarto, el epiteloma del cuello en relación con la puerperalidad ; quinto, pronóstico.

Sintomáticamente consideramos en esta enfermedad, un período inicial o de latencia, uno de estado o pleno, y otro de declinación o terminación ; y es justo que así sea, puesto que se trata de una afección a larga evolución, y en la cual esta trilogía constituye verdaderos jalones de la enfermedad, que sino siempre son perfectamente netos, en muchos casos pueden orientar al médico sobre el pronóstico y la terapéutica que conviene usar.

Anotemos sin embargo, lo difícil que es establecer la relación cronológica de los diversos pe-

ródos, que no se pueden fijar de una manera exacta; tal son de variados los diferentes casos patológicos.

Para el epiteloma, el punto capital de su historia, es el momento en que se circunscribe y se hace invasor.

Es este momento sorprendido por el cirujano, el que da todo su valor al tratamiento, puesto que hay la mayor probabilidad de triunfo.

*Faz inicial* — Esta faz es la que algunos llaman período latente; como lo ha dicho Richelot, «clínicamente empieza en plena salud».

La enferma no perdiendo, o apenas perdiendo sangre, muy rara vez consulta al médico, y por consiguiente, son muy pocos los casos en que se descubren estas lesiones iniciales.

Los síntomas que llaman la atención son: el dolor, las pérdidas hemorrágicas y los prodromos urémicos.

El dolor, es un síntoma que falta con gran frecuencia y casi podría decirse en la mayoría de los casos; a menos que se complique con lesiones inflamatorias de los anexos.

Esta evolución indolora por mucho tiempo, hace del epiteloma la forma más peligrosa; pues va minando silenciosamente el organismo y cuan-

do el médico es consultado, ya gran parte del órgano ha sido destruído.

*Las pérdidas hemorrágicas* — Ellas existen pero no son matemáticas, pues se cuentan casos aunque no numerosos de formas secas de epiteloma uterino.

Hay en otros, pequeñas sufusiones sanguíneas, y en muchos otros, verdaderas pérdidas sin ulceración neoplásica del cuello.

Son ocasionadas unas veces por la metritis crónica o concomitante; sea por la excitación debida a la presencia del neoplasma, precediendo durante algún tiempo a la ulceración epiteliomatosa.

En este último caso según Pozzi, desempeñaría el rol de espina irritativa, tal como en la tuberculosis pulmonar, la presencia de la infección determina las hemóptesis premonitorias.

*Prodromos urémicos* — Según Richelot, en algunos casos de epiteloma a evolución silenciosa, pueden manifestarse por ataque de uremia.

Difícilmente la compresión neoplásica de los uréteres, no es precedido por pérdidas sanguíneas, ó por un escurrimiento fétido.

Estas pérdidas pueden presentarse en seguida de un contacto, otras veces después de una fatiga, y más o menos en poca cantidad.

Cuando la enferma ha desplazado la época menstrual, piensa en una restauración de las reglas, y por consiguiente no consulta al médico.

Si exceptuamos algunas enfermedades del corazón, hígado o riñón, que pueden dar lugar a hemorragias, podemos sostener, siempre, que ella se presenta en la menopausa, que son síntomas más de epitelioma que de fibroma.

La duración de este período no se puede fijar, y más de una vez examinando por una afección cualquiera, descubrimos un cáncer que no ha salido del período de latencia, y sin embargo está ya avanzado.

*Faz constituída o de estado* — Este es el período de las hemorragias y de los escurrimientos serosos.

Estas se producen en ocasión de las reglas o menorragias, o fuera de las mismas metrorragias.

El menor esfuerzo, una simple exploración, una inyección pueden producirla, aunque lo mismo podría presentarse sin causa aparente.

Rara vez producen la muerte, y ellas pueden disminuir en los últimos períodos ya cercanos a la terminación.

También se han visto hemorragias copiosas, que

han sumido a las enfermas en la anemia más completa en pocos días.

La característica de estas hemorragias es la continuidad ; poca sangre, pero perdida diariamente, tienen mayor importancia diagnóstica que una hemorragia aislada.

*Los escurrimientos sanguinolentos* — Raras veces faltan, alternando con las pérdidas sanguíneas ; antes o después de éstas una pérdida leucórrica que se hace más líquida, como agua, y que después se mezcla a la sangre tiñéndose de un color rojo claro o rosado.

Algunas veces se mezcla a partículas negras, que no son sino pequeñas partes del tumor esfacelado.

Este líquido de maceración tiene un olor infecto, que le es propio, y que muchas veces basta para hacer el diagnóstico.

Estos escurrimientos serosos, como las hemorragias a repetición, deben ser continuos para que tengan valor.

A la larga se produce ulceración de la vulva, acompañada de prurito, lo mismo que eritema de la cara interna del muslo.

Parece que existe cierta correlación o propor-

cionalidad entre las pérdidas blancas y las rojas, pues cuando unas aumentan las otras disminuyen.

*El período terminal* — Está marcado por los fenómenos de invasión, y caquexia, y por las complicaciones.

Bien entendido, que pueden subsistir muchos de los síntomas correspondientes a la primera y segunda faz-

*Fenómenos de invasión o compresión* — El neoplasma invade el tejido celular de la pequeña pelvis, la que es infiltrada por éste, constituyendo una ganga neoplásica, y de este modo llega a los vasos sanguíneos, linfáticos, ganglios y nervios, y demás órganos pelvianos, como el cuerpo del útero, la vagina, el recto, la vejiga y los uréteres.

Basta considerar la extensión que puede tomar un neoplasma, para comprender la importancia clínica y la inmensa gravedad de esta entidad mórbida.

La invasión de los nervios es lo que trae el dolor espontáneo, manifestación clara de que lo que hasta ese momento sólo invadía el cuello, ha traspuesto los límites de éste.

Se observan algunas veces dolores poco inten-

sos, los que también se manifiestan en el período precedente y aún al principio; pero éstos son muy probablemente debidos a la metritis inicial.

Sin embargo, si el tejido celular es invadido rápidamente, los dolores pueden ser precoces; pero generalmente los atrozosmente violentos, no se presentan hasta el último período, es decir, cuando el tejido pelviano ha sido infiltrado por las células cancerosas, y comprimen las ramificaciones nerviosas infiltradas también.

Así se explica la ineficacia hasta de la morfina para calmar el dolor.

El dolor es a veces intolerable; ya se presente bajo la forma de neuralgias pelvianas, ya intermitentes o con exacerbaciones o crisis, o bien dolores continuos que tienen a al pobre enferma martirizada día y noche.

A veces la paciente se queja de calambres, hormigueos, quemaduras, dilaceración de tejidos, desgarramientos, y hasta dolores expulsivos, como en caso de parto.

Se propagan a la región lumbar, sacra y especialmente ciático, tomando los plexos.

Además de estos dolores se producen pousées de pelvis peritonitis, debidas a la reacción del peritoneo ante la invasión neoplásica.

*La invasión al cuerpo del útero y a la vagina* — Lo hemos estudiado ya en el capítulo de anatomía patológica.

*Invasión del recto* — Cuando el tejido celular perirectal está invadido, trae serias perturbaciones en este órgano ; las que están señaladas por alternativas de constipación y de diarrea ; fenómenos inflamatorios, rectitis con tenesmo doloroso ; pero este órgano es menos frecuentemente invadido que la vejiga.

*Invasión de la vejiga* — La invasión del tejido celular perivesical, trae perturbaciones en la contractilidad de la vejiga ; entonces hay disuria, necesidad imperiosa de orinar sin conseguirlo y micciones dolorosas.

*Compresión de los uréteres* — Rara vez son ulcerados, pero sí son comprimidos ; el calibre se retrae cada vez más hasta no dar paso a la orina.

La enferma emite de 2 y medio a 3 litros de orina en las 24 horas, éstas son pálidas, opalinas, que según Guyón, son segregadas en mayor cantidad a medida que la enferma se acerca a su fin.

A veces se manifiesta la uremia por náuseas, convulsiones, vómitos incesantes ; algunas veces dia-

rea, intolerancia gástrica absoluta, somnolencia, sopor y coma.

La nefritis intersticial, trae perturbaciones cardíacas, hipertrofia del corazón y ruido de galope.

*Invasión de los ganglios y linfáticos* -- Tratado en el capítulo de anatomía patológica, que completaremos con las siguientes opiniones :

1º Las adenopatías pueden ser primitivas y conviene investigarlas «a priori». Legueux en su tesis de 1899.

2º La invasión de los ganglios no siempre se hace por etapas sucesivas, puede pasar sobre algunas, sin lesionarlas, o invadir directamente, por ejemplo : la lumbar. Tesis de 1899 de Picqué y Mauclair.

3º Que los ganglios pueden parecer sanos, y sin embargo, estar atacados, por consiguiente deben ser extirpados sistemáticamente. Legueux y Jonnesco.

*Invasión de los vasos* -- Estudiado en el capítulo de anatomía patológica.

*Invasión del peritoneo* — Esta invasión del cáncer provoca poussées de pelvis-peritonitis defensiva, con formación de adherencias, aglutinación de in-

testino, de epiplón al útero, formando una barrera que le separa del resto de la gran cavidad serosa.

Pasemos revista rápida de las complicaciones de vecindad y de las generales; de las que todas no hacen más que precipitar a la enferma en un estado de sufrimiento moral y físico indescriptible; y donde si ésta no cae en el marasmo, pide la muerte como la única esperanza de descansar de sus sufrimientos.

*La complicación de la vagina*, que muchas veces llega a convertirse en una cloaca, por su comunicación con la vejiga y el recto.

*La complicación del cuerpo del útero*, por un epiteloma de la región cervical brotante o no, puede determinar la formación de un piometrio, según Abel, Landau, Legueux.

*La complicación del recto y la vejiga* trae la incontinencia de orina y materias fecales, y puede complicarse de cistitis y urétero-pyelitis ascendente.

*La complicación de los uréteres* trae fenómenos de compresión y de infección.

La primera se señala por hidronefrosis, pero esta obturación es sólo parcial, y Albarrán y Legueux sostienen, que ella es más fácil que produzca la dilatación definitiva y compresión del aparato urinario.

Si la compresión es rápida, trae una anuria refleja que mata rápidamente.

La compresión crónica produce la complicación más frecuente del epiteliooma cervical, la uremia, a forma gastro-intestinal que más o menos pronto, lleva al coma.

La infección ascendente del ureter produce la pyleflebitis y la pyelonefritis.

*La complicación de los vasos arteriales*, puede causar hemorragias mortales, pero es raro; los vasos venosos producen flegmasía alba dolens la embolia pulmonar mortal; los vasos y ganglios linfáticos, pueden ocasionar las linfangitis y las adenitis supuradas.

*La complicación del peritoneo*, trae peritonitis generalizada, por perforación, y suelen ser rápidamente mortales.

*Las complicaciones generales son las siguientes*: la infección generalizada y la generalización metastásica.

La primera, traducida por la septicemia, por la pyohemia es rara. Entre las otras manifestaciones infecciosas señalaremos la pleuresía, la pneumonía, etcétera.

La segunda, por metástasis, la cual se traduce por una siembra de los elementos patológicos en los ovarios, pleura, pulmón, riñones, cápsulas supra-renales, cerebro, huesos, estómago, vesícula biliar, hígado.

Parece que la degeneración grasa del hígado, favorece la intoxicación, por la reabsorción de los productos pútridos a nivel del neoplasma, y cuya destrucción el hígado no puede realizar.

La generalización es relativamente rara en el epiteloma pavimentoso, siendo más frecuente en el cilíndrico.

*Cachexia* — Las enfermas terminan por caer en el marasmo, debido a : *el enflaquecimiento*, que trae la anorexia, las perturbaciones digestivas y malestar general.

*Anemia* — Por las hemorragias repetidas y por las pérdidas blancas, ésta se traduce por color amarillo pálido, pero que no es el amarillo paja de los cancerosos del estómago.

*La estercoremia o copremia*, debida a la reabsorción de las materias detenidas en el intestino, se traduce por sequedad y dureza de la piel.

*La uremia*, producida por compresión del ureter y esclerosis renal, trae la insuficiencia de este órgano ; esta uremia crónica evita muchos tormentos a la enferma, pues ella adormece la inteligencia y la sensibilidad, amortiguando el dolor que se resiste hasta a la morfina.

*Fiebre ética*, a grandes oscilaciones regulares causada por la reabsorción de los principios.

*Duración y terminación* — La muerte es inevitable y ardientemente deseada por la paciente y aún por la familia misma.

El médico impotente contra esta enfermedad en su período avanzado, ve desenvolverse ante sus ojos un cuadro de dolores atroces, sin tregua sin descanso día y noche.

En el capítulo del tratamiento, hablaremos sobre la conducta que está llamado a seguir el médico en estos casos.

DIAGNOSTICO — Dos causas se oponen al preciso conocimiento del principio del cáncer del cuello, y de la duración de su evolución : la negligencia de la enferma, y la latencia de los síntomas.

Pero raras veces se caerá, en error de diagnóstico de un epiteloma y sobre todo del cuello, que es accesible al dedo explorador y al espéculo.

La anamnesis, las hemorragias, las pérdidas serosas diarias, la edad de la enferma, el aspecto, coloración y consistencia del cuello ; las adenitis deben servir para orientar al médico.

En los casos avanzados, las ulceraciones y el olor peculiar del epiteloma, y en sus comienzos o

en los casos dudosos, el microscopio aclara las dudas y fija el diagnóstico.

**PRONOSTICO** -- Es siempre sombrío ; si el cáncer es operable hay siempre la posibilidad de una recidiva en época más o menos próxima ; si no lo es, la claudicación será más pronto.

Puede sobrevivir de un año a año y medio, más o menos ; ésto desde que se constatan los primeros síntomas.

A veces ha evolucionado en 4 meses, ésto generalmente en mujeres jóvenes, mientras puede durar hasta 4 años en mujeres de edad.

*Epitelioma del cuello y puerperio* — El cáncer puede traer la esterilidad ; en caso de fecundidad, trae graves complicaciones ; en primer lugar porque la hipertrofia e hiperplasia del útero grávido, favorecen la propagación del cáncer.

La influencia patológica del epitelioma sobre el útero grávido, podemos dividirlo en : 1º su influencia en el curso del embarazo, y 2º su influencia durante el trabajo.

Durante el embarazo predispone al aborto, muchas veces al tercer mes o a partos prematuros ; precedidos de hemorragias que agravan el estado de

la madre. Estos accidentes suelen producir la muerte por hemorragia y septicemia.

Si el embarazo desplaza los 6 meses, el niño puede llegar a término; pero éstos son de constitución débil y enfermiza, por la toxemia de la madre cuya sangre alimenta al feto.

Algunas veces, según afirmaciones de Chantreuil, el embarazo se prolonga, y el trabajo empieza, después se suspende para reempezar al cabo de algunos días.

Durante el trabajo, si la invasión es sólo parcial, no es tan difícil la dilatación del mismo; pero si es total, el trabajo se alarga considerablemente, tanto que después de algunos días de sufrimiento, el cuello no ha cedido.

Suele romperse el útero en estos esfuerzos infructuosos y perecer la madre y el niño.

Además de las complicaciones generales, el trabajo favorece la destrucción del tejido neoplásico; irradiada al segmento inferior del útero y trae hemorragia, peritonitis, etc.

En ciertos casos el embarazo puede favorecer el diagnóstico, porque hace sobre el fondo del órgano resblandecido, sobresalir las partes neoplásicas induradas.

Sirve para el diagnóstico en este caso, además de los antecedentes, el que las fungosidades o vegetaciones forman parte del cuello del útero.

El pronóstico, por lo que a la madre se refiere, la mortalidad es de 50 por ciento. Esta se produce, por invasión progresiva del epiteloma, por ruptura uterina, por hemorragia, infección puerperal o toxemia.

En cuanto al niño, la mortalidad es considerable; se debe a la prolongación del trabajo, al embarazo prolongado también, y a la toxemia que le es transmitida por la sangre de la madre.

*Epitelioma del cuerpo. — Su evolución sintomática. — Faz latente* — Podemos decir que es más incidiosa que la del cuello. Tiene bastante analogía con el fibroma sub-mucoso del útero.

Las hemorragias, escurrimientos serosos variables, pueden separados o simultáneamente, llamar la atención.

Esta triada sintomática se acentúa con los progresos de la afección.

*Faz constituida o de estado* — El dolor es en el epiteloma del cuerpo un signo clínico de capital importancia, para el diagnóstico, porque es constante. La falta es la excepción.

El consiste, algunas veces, en pesantez, tironeamiento, pero muchas otras toma un carácter atroz-

mente neurálgico, bajo la forma de crisis paroxísticas que son para Pozzi patognomónicos.

Del útero se irradian a toda al pequeña pelvis, las ingles y región lumbar.

Contrariamente a lo que se podría creer, ellas no entrañan la idea de invasión, según Richelot, sólo traducen la invasión del tejido celular pelviano.

Las hemorragias, aparecen bajo la forma de menorragias en la mujer que conserva sus reglas ; bajo la forma de metrorragia en la que se halla en la menopausa.

Pero tanto en uno como en otro caso, sobrevienen irregularmente, de abundancia variable, progresivas o continuas. Pero existen grandes diferencias según las mujeres.

Los escurrimientos serosos, son de mayor importancia diagnóstica que los sanguíneos.

Son bastante semejantes a los epitelomas del cuello, serosidad color jugo de carne, algunas veces sero-purulento conteniendo pequeños fragmentos del tumor esfacelado.

Estos escurrimientos son generalmente menos fétidos que los del epiteloma del cuello, y son más escasos, ellos alternan más o menos con las hemorragias, pero son más continuos.

*Faz terminal* -- Los dolores se hacen insoportables, vienen por crisis, y más o menos a las mis-

mas horas ; las hemorragias bastante abundantes y el escurrimiento seroso incesante y nauseabundo.

Las perturbaciones de vecindad llevadas a todos los órganos pelvianos, y aún al tejido celular, no se hacen sino muy tardíamente, pues el espesor del músculo uterino, no se deja disgregar fácilmente.

El estado general se altera por la pérdida del apetito ; ésta trae la pérdida de fuerza y la caquexia se establece, pero menos rápidamente que en el del cuello.

La muerte se produce más tardíamente que en aquél, de 20 meses a 2 años, habiendo casos en que duran 5, 6 u 8 años.

La metástasis de ovario, hígado, pulmones, o bien complicaciones intercurrentes ; hemorragias, septicemia, peritonitis por perforación, flegmasía alba-dolens seguida de embolia, terminan con la enferma.

*Examen clínico* — La enferma generalmente es una persona de edad, su estado general dependerá del grado más o menos avanzado de la afección.

Al tacto bimanual, la vagina puede permanecer indemne, a menos que los nódulos hayan infiltrado ya la mucosa.

El cuello queda intacto muchas veces ; recordemos que éste es un signo físico importante en el

epitelioma del cuerpo ; sin embargo, algunas veces aparece blando y entreabierto como en el útero grávido.

En los cánceres muy avanzados las fungosidades venidas de adentro, se hernian por fuera del orificio.

El cuerpo está aumentado de volumen , otro signo muy importante ; puede alcanzar el tamaño de un puño o de un feto de cuatro meses ; su mayor aumento es en el diámetro transversal.

La superficie unas veces es lisa, otras irregular, abollonada.

Por mucho tiempo conserva su movilidad, luego se enclava en la pequeña pelvis.

Los anexos son atacados muchas veces de inflamación crónica.

*Cateterismo uterino* -- La histerometría, constata un aumento de la cavidad uterina, que puede llegar a 10, 12 y 13 centímetros.

Otras veces la cavidad es muy pequeña en relación al volumen del cuerpo, ya sea porque la pared se hipertrofia, o porque las fungosidades se colocan sobre todo hacia el fondo.

*Dilatación y tacto uterino* -- Esto se hace por las bugías de Hegar o tallos de laminaria. Esto facilita el tacto intra-uterino.

Ya sea el cáncer difuso o circunscripto el dedo se ensucia con sangre y con detritus del tumor.

*Palpación de las zonas glandulares* — Rara vez están tomadas, pero conviene buscar al nivel de las ingles, porque los linfáticos del cuerpo del útero suelen ser tomados lo mismo que los pre-vertebrales.

DIAGNOSTICO — En el primer período suele ser delicado el diagnóstico, se puede confundir con la metritis hemorrágica crónica, con la cual tiene de semejanza la hemorragia y el dolor; pero la metritis detiene su hemorragia con una terapéutica conveniente.

En caso de duda el laboratorio fija el diagnóstico.

El pronóstico es fatal; pero esta forma de cáncer es menos maligna que el del cuello, progresa con más lentitud y recidiva menos frecuentemente.

TRATAMIENTO — En presencia de un caso de cáncer, la primera cuestión que surge es la elección del tratamiento en ese caso, pues él debe ser tal, que se puedan esperar, resultados durables y lo más completo posible.

A este respecto disponemos de dos tratamientos: el quirúrgico y el médico en el cual incluimos el curetage.

El tratamiento médico pueden ser local o general.

El tratamiento médico local combate :

*El dolor* — Con aplicaciones de supositorios, belladonados o morfina; se harán lavajes con escasa cantidad de líquido adicionado de antipirina y láudano. La dilatación ano-rectal como en la fisura ha sido aconsejada por Poncet con buen resultado.

En caso que no ceda, se harán inyecciones de morfina pero desgraciadamente llega un momento en que la enferma se hace morfinómana y no por eso el dolor desaparece.

La morfina se usa en ingestión, lavajes, enemas, tópicos.

*Las hemorragias* — Lavajes antisépticos muy calientes, introducir tapones en la vagina embebidos en substancias hemostáticas : solución de percloruro de hierro que ha dado muy buen resultado ; cloruro de calcio, gelatina, antipirina, agua oxigenada, sueros gelatinados y antidiftéricos.

*Pérdidas fétidas* — Inyecciones muy calientes de permanganato de potasio al 1 por mil, hidrato de cloral al 1 %, sublimado al 0,50 por mil o también formol, thimol, agua oxigenada que es a la vez muy

desinfectante, permanganato de cal, ácido fénico, salol, iodoformo, fenol, chinisol y más modernamente el lysol.

Es necesario al hacer estos lavajes tener mucha suavidad, evitar los contactos bruscos con la pared, fondos de saco, y cuello; la corriente no debe ser demasiado fuerte, pues las paredes son frías; si hay obstáculos a la entrada de la cánula, no debe forzarse ésta, pues pueden romper las vegetaciones o esflorescencia del cáncer y dar lugar a una hemorragia abundantísima.

*Extensión de los brotes cancerosos* — Los cáusticos químicos tienen su aplicación, y se usan el ácido acético, el ácido nítrico fumante, el nitrato, ácido de mercurio, el nitrato de plata, pero no dejan de ofrecer sus peligros, porque son fácilmente tomados los tejidos sanos y pueden dar lugar a perforaciones del recto y vejiga.

El mejor cáustico es el cloruro de zinc al  $1 \frac{0}{15}$  o al  $1 \frac{0}{20}$ , las aplicaciones deben ser hechas con prudencia interesando sólo las partes lesionadas, protegiendo las paredes vaginales vecinas con vaselina.

El violeta y el azul de metileno, han sido aplicados en 1892 por Masetig; se hace primero un curetage, en seguida inyecciones al  $1 \frac{0}{500}$ , tres días consecutivos, se impregnan tapones en la misma so-

lución, y se ponen como curación en contacto con las superficies ulcerosas.

El alcohol absoluto, puede ser administrado en inyecciones intersticiales en la masa del tumor, yendo del centro a la periferia, se hacen de 9 a 12 punciones ; cada punción lleva el contenido de tres jeringas de Pravaz.

El carburo de calcio preconizado por Guinard en 1896, ha dado excelentes resultados, pero no ha curado ; sin embargo después de algunas aplicaciones, se observa la mejoría en todos los síntomas.

El carburo de calcio desprende acetileno, que obra como hemostático y la cal como cáustico, pero las escaras fácilmente se producen, porque el carburo no limita siempre su acción a la zona neoplásica y requiere grandes precauciones en su aplicación y además las curaciones son bastante dolorosas.

Pero lo que más resultado da en la actualidad, y que hace abrigar la esperanza de que un día consigamos curar el cáncer, es el radio.

Sus aplicaciones se generalizan más y más, y hasta hoy se cuentan algunos casos en que el tratamiento por este cuerpo, ha producido mejorías evidentes y hasta curaciones ?

En nuestro país se ha empezado desde no hace mucho tiempo, a hacer aplicaciones de radio en el tratamiento del cáncer, pero en un campo bastante

reducido, de modo que nuestra experiencia no alcanza a confirmar los datos de países extranjeros.

Los metales coloidales como el cuprase y el selenio, han sido aplicados también con resultado bastante satisfactorio.

Al tratamiento médico local podemos unir el general :

*Combatir la congestión de la pelvis*, la constipación y los efectos de la reabsorción de los productos sépticos, por medio de purgantes o aún laxantes, grandes enemas tibios y diuréticos.

*Levantar el apetito*, visiblemente disminuído, por las preparaciones de genciana, quasía-amara, nuez vómica, gotas de Baumé, etc.

*Estimular la nutrición* y sostener el estado general por los arsenicales ; licor de Fowler, arseniato de soda ; por una sobrealimentación bien conducida, por los cuidados higiénicos generales, baños, para facilitar las funciones eliminadoras de la piel y del riñón ; hidroterapia morada, fricciones aromáticas estimulantes, inyecciones subcutáneas cotidianas de suero artificial, de clorhidrato de quina 0,10 centigramos a 0,20 centigramos por día ; cacodilato de soda de 5 a 20 centigramos, por día, adicionado de sulfato de estriquina de 1/2 a 1 milígramo por día.

*Luchar contra la degradación del organismo* --  
El tratamiento del suero específico anti-canceroso,

apenas ha dado resultado, pero dan al enfermo una sensación de bienestar que ellos lo miran como el comienzo de su curación ; pues mejora el apetito y con él renace la esperanza de restablecimiento de la salud ; por consiguiente, debemos aplicarlo siempre que sea posible, para aliviar el estado físico, levantar el estado moral del enfermo, pero sin la esperanza de curarlo con ello.

¿Qué es lo que podemos esperar del tratamiento médico ?

Tengamos en cuenta que él se aplica en los casos inoperables, vale decir, de suma gravedad.

Todos los autores y cirujanos están acordes, en que no es mucho lo que se obtiene, y después de gran número de curaciones y de un tratamiento constante, se ve a la pobre enferma encaminarse a la caquexia, sin que nada pueda detener los avances del mal.

¿Pero, es esta cruel evidencia la que ha de desalentar al médico, para no ensayar todos los recursos que la terapéutica le ofrece, sino para curar, para aliviar a la enferma sus torturas ? Nunca : a los sentimientos altruistas de toda persona, unamos los que nos impone la más humanitaria de las profesiones : la medicina ; y no solamente la terapéutica científica nos ofrecerá sus recursos, sino que debemos aplicar en todos los casos, pero en éste como en ningún otro por los horrores de la enfer-

medad, la terapéutica moral, la más humana, la más grande y tal vez la menos aplicada.

No abandonemos a la enferma a su propia suerte, no le dejemos entrever con nuestra indiferencia la sentencia que sobre ella pesa, y hasta el último momento debe ser sostenida moralmente por su médico, aunque sus fuerzas físicas hayan claudicado por completo.

TRATAMIENTO QUIRURGICO — Está indicado en los casos de cáncer difuso, propagado a la vagina, al tejido celular pelviano, y a los ganglios. Combate los dolores, las hemorragias, las pérdidas serosas, la progresión del tumor, la anuria.

Según la estadística de Erlanger, de 120 casos inoperables, fué por este procedimiento de curetaje que ha conseguido darles una sobrevida de 225 días, lo que muestra la utilidad del tratamiento paliativo, y algunos presentan observaciones con 2, 3 y hasta 5 años de sobrevida.

*Curetaje* — Tiene por fin combatir las hemorragias, los fenómenos pútridos y la exuberancia de los brotes neoplásicos.

Es mejor hacerla bajo cloroformo y previa higienización de la vagina, fondo de saco, cuello, vulva, periné, con algunos días de anticipación.

Esto debe hacerse con formol, con fenol o con sublimado y jabón ; después una capa de iodo, porque así se evita hacer una siembra de elementos sépticos durante la operación.

Con la cureta se levantan los brotes, todo lo que sea friable, hasta que se tenga la sensación de la resistencia del tejido sano.

Este curetage debe ser llevado con gran precaución para evitar la perforación del órgano mismo o llegar a interesar la vejiga y el recto. Si a pesar de todos los cuidados y por los progresos de la lesión, se perfora el Douglas, inmediatamente debe colocarse una mecha de gasa, para prevenir la infección del peritoneo.

Según lo indica Pozzi, el curetage debe ser seguido de cauterización al termo, cuidando siempre la vejiga y el recto, y se reduce así el útero a una amplia cavidad, que comunica a pleno calibre con la vagina.

Bouilly hace en seguida del curetage una aplicación de tapones embibido en azul de metileno, se pueden hacer toques con cloruro de zinc, en las curaciones sucesivas.

Así realizado el curetaje, es una verdadera intervención que requiere sumo cuidado.

Es éste un excelente medio paliativo que tiene ventajas positivas, si se realiza en condiciones con-

venientes, y como lo sostiene Richelot con razón, ejerce una feliz influencia sobre la moral de estas enfermas, que con mucha anticipación en general son tratadas como moribundas.

El tratamiento quirúrgico, propiamente dicho, comprende la histerectomía abdominal radical, y la vaginal que en el capítulo siguiente serán detalladas y discutidas.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

### HISTERECTOMÍA VAGINAL Y ABDOMINAL

Hasta ahora se ha discutido cual de las dos vías es la preferida, si la vaginal o la abdominal en las histerectomías.

Ambas han tenido sus épocas, prevaleciendo primero la abdominal, que poco a poco fué reemplazada por la vía vaginal, en vista de los numerosos fracasos que se obtenían por la anterior.

Pero tengamos en cuenta que las enfermas intervenidas por esta vía, eran los casos avanzados, de útero fijo, parametrio infiltrado, sin los adelantos de la asepsia y antisepsia actuales, y sin el instrumental de que hoy se dispone.

Sin embargo, los vaginalistas, en su gran mayoría, han renunciado actualmente a la vía que defienden; pues ofrece a su vez sus desventajas: el tener que intervenir por un canal estrecho, como es la vagina; más reducida aún si se halla infiltrada,

con un traumatismo bastante considerable ; la probabilidad de no poder continuar la intervención por la falta de movilidad del útero, aun cuando éste al tacto haya parecido movable ; la dificultad para operar sobre los ganglios, arteria uterina, y ureter ; desventajas que no tiene la vía abdominal, que permite operar a cielo abierto, proteger perfectamente el peritoneo, sin los peligros que ofrecía en otra época, puesto que los adelantos de la asepsia ponen al abrigo de una reinfección.

Para fundar la preferencia que daremos al método abdominal, transcribiré los siguientes datos estadísticos presentados en comunicación al XVII Congreso Internacional de Medicina, reunido hace poco tiempo en Londres :

I.—En los últimos 214 casos operados no ha habido ecosins de ureter.

II.—Los casos operados por el procedimiento de Wertheim llegan a 714 con una mortalidad de  $16 \frac{6}{10}$  por ciento.

III.—16 casos no recidivaron después de los cinco años, y de éstos catorce tenían invasión ganglionar al tiempo de la operación.

IV.—Las curaciones presentaban un  $53 \frac{3}{10}$  por ciento de todos los casos, después de excluir la mortalidad inmediata e intercurrente.

V.—La proporción de operabilidad se eleva a 50 por ciento.

En conclusión, y antes de estudiar estas dos vías, diremos que la operación racional de acuerdo con los modernos adelantos de la cirugía, en el tratamiento quirúrgico de todo cáncer operable, aun cuando sea del cuello uterino, debe hacerse por vía abdominal.

VIA VAGINAL (*Shuchardat-Shauta*) — Ante todo debemos considerar la enferma, su estado general, el de su miocardio, su riñón, etc.

Las resistencias con que cuenta y ponerla en las mejores condiciones posibles de asepsia: vulva, vagina, fondos de saco, cuello, todo debe ser objeto de una limpieza extrema; lavar con algodón, lysol y una solución antiséptica cualquiera, sublimado, formol, etc.; luego barnizar, por decir así, vagina, cuello y fondo de saco, con tintura de iodo.

Si se trata de un tumor vegetante, debe ser cureteada y cauterizada al termo, dejándose un tapón de gasa embibida en una solución antiséptica.

Podemos considerarla en once tiempos a esta histerectomía:

I.—*Sección de la vagina* — Si el caso no es grave, la incisión se comienza en la unión del tercio

medio con el inferior ; pero si es grave la membrana mucosa vaginal, debe cortarse en el medio de este conducto.

Supongamos que hay metástasis en la vagina y uretra, la incisión debe ser hecha como para extirpar la una y la otra.

Para Shauta es de gran importancia este tiempo, pues cree que una prolija disección de la vagina y limpieza del parametrio aleja las recidivas.

Shuchardat no le da tanta importancia.

El contorno de la incisión es marcado con pinza tirabalas, lo que favorece la disección.

II.—*Formación de un manguito* — Shauta, llama manguito, al borde vaginal disecado en una extensión de dos a tres centímetros, que luego sutura con seda gruesa, para aislar así el carcinoma, de los tejidos sanos. Cuando la vagina está cerrada, se reúnen todos los hilos, y se tiene un punto de apoyo sólido, para tirar el útero y evitar las pinzas ; además, se aísla el carcinoma del campo operatorio.

III.—*Separación de la vejiga* — Shauta realiza este tiempo antes que la incisión, que él llama vaginalo-perineal, en lugar de para-vaginal, como la llaman otros.

Toma esta precaución, porque pueden presentarse obstáculos insuperables a la intervención, y en-

tonces se puede interrumpir ésta sin dejar esa brecha abdominal.

Para la separación de este órgano, se sigue el procedimiento conocido : con instrumentos romos ó cuidadosos golpes de tijera, primero en el medio para separar el tejido celular entre la vejiga y el cuello, después a los lados para separar los llamados tirantes de la vejiga de sus lechos, de la parte anterior del parametrio.

Como los uréteres todavía no se ven, conviene dejar la disección de la vejiga en este punto, hasta que se haya hecho la incisión vaginal.

Es en este tiempo que el cirujano, apreciará la conveniencia o inconveniencia de seguir adelante la intervención, porque le permite apreciar las conexiones entre la vejiga y el cuello, y si la separación se va a hacer entre la capa muscular, o entre la muscular y la mucosa.

Si es una pequeña parte la enferma, se reseca y se sutura ; pero si es grande, se debe optar por el tratamiento paliativo.

IV. *Incisión vagino-perineal* — Es este tiempo el que marca la diferencia en el procedimiento operatorio de Shuchardat, quien practicaba la sección para-vaginal en el primer tiempo.

Siguiendo el procedimiento de Shauta, es des-

de este momento que la operación es séptica, y puede decirse que se ha hecho lo posible por evitar los ingertos de partículas neoplásicas.

¿Qué extensión debe tener esta incisión? Para Shuchardat son muy extensos, mientras que Shauta señala los siguientes: hacia arriba el borde de la incisión circular de la vagina, entre sus paredes lateral y posterior, de los labios menores y termina en el periné, cerca del ano, circundándolo en la unión de la porción lateral con la posterior de su margen.

La incisión es de ordinario unilateral izquierda, la doble de Stande, es necesaria en muy raras ocasiones.

Lo que resta de este tiempo operatorio es igual en los dos procedimientos, con la diferencia que Shauta hace la hemostasia inmediata, luego coloca una compresa plana, y por último y sobre ella el espéculo de Spiegel, que se mantiene en su sitio por sí solo, evitándose así un yudante, y la hemostasia es completa.

V.—*Preparación de los uréteres* — Es el acto operatorio más importante y muchos autores sostienen la imposibilidad de llegar a ellos por vía vaginal. Algunos ardientes partidarios del procedimiento

vaginal, se hicieron abdominalistas, solo por este detalle.

Otros aconsejan el cateterismo previo de los uréteres, pero Shauta sostiene que en los 258 operados, desde junio de 1901 a junio de 1907, no ha tenido más recursos que la anatomía y una ancha incisión perineo-vaginal.

La liberación del ureter comienza desde el tercer tiempo, con la liberación de la vejiga.

Hecha la incisión para-vaginal, se sigue la separación de la vejiga en el medio como en los lados.

Por debajo de los tirantes de la vejiga, lateralmente y a cierta altura del orificio interno del cuello, se encuentra el ureter.

Pueden presentarse dos casos, o el tejido del parametrio está blando, poco o nada infiltrado cerca del ureter y por consiguiente se separa junto con la vejiga, o lo que es más frecuente hay que hacer una disección especial del ureter algunas veces comprometiendo sus paredes.

Para comprender mejor ésto, recordemos que el ureter viene de la pared lateral de la pelvis, se dispone en ligero arco detrás de la arteria uterina, para dirigirse al suelo de la vejiga cruzando el borde superior del parametrio, que le forma una especie de canal llamado canal ureteral.

Se comprende que si el parametrio pierde su elas-

ticidad, por la infiltración e inflamación, muy difícil será la disección del ureter que contrae adherencias íntimas.

A esa altura presenta un ansa, cuyo radio es menor que el codo que forma a nivel del cruzamiento con la uterina.

Traccionado el útero hacia abajo o hacia los lados, el codo del uréter al entrar en la vejiga se hará visible.

Llegado a este punto ya no ofrece dificultad la liberación del ureter.

En casos medianos, la presión del dedo alternado con las tijeras es suficiente; en otros más graves, son necesarias las incisiones para separar el ureter; en los de suma gravedad hay que hacer la resección del ureter, pero en ellos vale más no intervenir.

Con una aguja de Deschamps y tan alto como sea posible, debe ligarse la uterina en su cruzamiento con el uréter, y con ésto se evita la hemorragia arterial, pues si hay pérdidas serán de sangre venosa.

Libre ya el ureter con su ansa y codo, puede ser levantado junto con la vejiga, por medio de un separador de Simón, y entonces queda libre el parametrio para ser movido.

VI. — *Abertura del fondo de saco de Douglas* —  
Se toma el fondo de saco con pinzas de prehensión,

y se le abre a tijeras, colocando compresas para impedir la salida de los intestinos.

El Douglas, puede tener adherencias con el recto, o metastasis carcinomatosas, que exigen una disección especial y hasta una resección.

VII.—*Exeresis del parametrio* — Para la resección del parametrio que se debe hacer tan amplio como sea posible, se introduce el índice izquierdo en el espacio de Douglas, y se seccionan las adherencias del parametrio con el recto, por medio de tijeras colocadas horizontalmente.

Ordinariamente se encuentra en este sitio una rama de la arteria hemorroidal media que se ligará.

Por medio de un separador se defiende la pared pelviana, y se continúa la separación del parametrio, tratando de no perder de vista la vejiga y el ureter, los que deben a su vez ser protegidos.

En la extirpación del parametrio no se deben usar ni pinzas, ni ligaduras previas.

La exeresis se hace así más completa, y con las ligaduras hechas anteriormente, no hay temor a hemorragias.

Se pone una compresa en el lado evacuado, para evitar la infección, y al mismo tiempo las pequeñas hemorragias, y se procede a resecar el lado derecho de parametrio del mismo modo que el izquierdo.

VIII.—*Tratamiento de los ligamentos anchos*—

Si con la separación de la vejiga, no se abrió el Douglas anterior, se le abrirá según reglas conocidas. Con ésto el útero queda fijo sólo por los ligamentos anchos.

Su sección se practica sea con el útero in situ, después de dos o tres ligaduras en ambos lados, o sea después de extraído el útero, por el fondo de saco anterior y muy raramente por el posterior.

En el cáncer del cuello, si los ovarios no han sido tomados, se conservan y la sección se hace entre el útero y éstos.

En este caso no es necesario la extirpación de los anexos; recordemos que en las trompas, no se producen metástasis, y en los ovarios, sólo en el cáncer del cuerpo.

Tengamos en cuenta que la supresión de los anexos es una complicación en la intervención, y dificulta la oclusión perfecta del peritoneo, con la posición extra-peritoneal del muñón de los ligamentos.

Esto último es de capital importancia en la peritonización para evitar la infección del peritoneo.

IX.—*Hemostasia* — No hay vaso por pequeño que parezca, e insignificante la sangre que pueda dar, que no sea objeto de atención por parte del cirujano;

por consiguiente, en seguida de sacado el útero debe hacerse una revisión prolija del campo operatorio.

X.—*Oclusión del peritoneo* — El peritoneo del Douglas y de la vejiga se reúne por suturas aisladas, y los muñones de los ligamentos anchos con sus hilos pendientes, son fijados en los ángulos de la herida, en posición extra-peritoneal.

La aproximación de los labios, de la abertura peritoneal, por su misma extensión puede ser difícil algunas veces, pero en ningún caso será imposible.

Las primeras intervenciones fueron drenadas por Shauta, pero después se limitó a taponar solo el espacio supra-vaginal, el que por ese hecho queda drenado debajo de la oclusión peritoneal.

XI.—*Reparación de la incisión vagino-perineal*  
—La herida vaginal se sutura con catgut y la cutánea con seda.

Los bordes de los músculos elevador del ano, del pubo coxigeo, del bulbo cavernoso y transverso superficial con sus facias, debe reunirse con catgut.

*Tratamiento post-operatorio* — Es el mismo de todas las laparatomías, inyección de suero fisiológico por vía sub-cutánea, en caso de organismo debilitado.

El drenaje se conservará largo tiempo.

Shauta aconseja cinco días, pues la herida vaginal tiene mucha tendencia a la cicatrización y puede favorecer el estancamiento de las secreciones.

Las ligaduras no necesitan ser sacadas. Los puntos de la piel son quitados a los ocho días.

VIA ABDOMINAL — Seguiremos con la segunda parte del tratamiento operatorio.

Como la asepsia y antisepsia hace desaparecer la gravedad de la histerectomía abdominal, es ésta la que debe realizarse sistemáticamente.

En la histerectomía abdominal como tratamiento quirúrgico del cáncer uterino, debemos considerar: el vaciamiento pelviano, cuya intervención ha dado resultados nada favorables y la histerectomía abdominal tal como la practica actualmente.

El vaciamiento pelviano, según Faure y todos los autores y ginecólogos modernos, es de imposible realización.

El traumatismo que representa el hecho de debilitar seriamente las resistencias del peritóneo, mutilándolo para llegar a los fondos de saco en busca de ganglios a la región obturatriz, a la lumbar, etc.

Sacar el tejido celular pelviano y con él vasos pequeños o grandes, o exponerse a abrirlos al querer sacar los ganglios que ocupan sus bifurcacio-

nes, es tal la gravedad de este traumatismo que es mejor no intervenir cuando todo está tomado.

Por otra parte, ¿qué fin buscamos con ello? Evitar las recidivas; pero es que desgraciadamente las las recidivas son inevitables.

Después de un tiempo más o menos largo, estas se producen fatalmente.

¿Por qué someter entonces a la pobre enferma a un traumatismo de tanta importancia, cuando los resultados lejanos son los mismos que en la histerectomía sin vaciamiento, y los próximos son siempre más sombríos, por las facilidades de la reinfección, por el debilitamiento de las defensas orgánicas, y por el shock traumático.

Concluamos de lo expuesto, que la histerectomía con vaciamiento pelviano debe rechazarse definitivamente, y hasta podríamos agregar que a pesar de la reconocida habilidad de los cirujanos, es de imposible realización.

La histerectomía abdominal es la siguiente: preparación de la enferma, tonificarla, examinar sus emuntorios, elección de la anestesia que convenga de acuerdo con el estado general de la enferma, asepsia y curetage previo, tal como lo hemos estudiado en el tratamiento médico paliativo.

La enferma colocada en posición de Trendelenbourg, se realiza una laparatomía media. Junto con

el útero debe levantarse cierta parte de la vagina y tejido celular pelviano, a fin de desplazar los límites del mal que tiende siempre a propagarse a la vagina.

La masa pelvi-vagino-paramétrica se levantará en blok, cuidando no producir desgarraduras porque esto favorecería la reinfección.

La extirpación debe hacerse únicamente de arriba abajo, puesto que el cuello y la vagina requieren una disección lenta y prolija.

De este modo se irá disecando, cortando previas ligaduras, el ligamento ancho, el redondo y su arteria, hasta aislar por completo útero y anexos; pero en el caso que estos últimos no hubieran sido tomados, pueden conservarse.

Es recién en este tiempo operatorio, que se seccionan el cuello e inserciones vaginales, y esto después de haber sido tomadas con pinzas acodadas, que se cortará la vagina para evitar todo contacto de las partes sanas con los puntos infectados.

El material es el mismo que en cualquier histerectomía, y a el que se agregan pinzas acodadas como las de Wertem o la gran pinza curva de Goucomo las de Wertem o la gran pinza curva de Goul-lioud.

También una pinza de Michel para hacer ligaduras metálicas en el fondo de la vagina.

Para resolverse a realizar una histerectomía, es necesario que el útero sea movable, es decir, que no se trate de un caso muy avanzado.

Se coloca la valva suprapubiana; unos aconsejan ligar sistemáticamente las hipogástricas, pero los ginecólogos modernos no efectúan esa ligadura, por no creerla necesaria.

En general los autores llaman la atención sobre el peligro de las hemorragias, y más todavía el peligro de herir los uréteres.

Pero el exacto conocimiento de la topografía pelviana, un campo operatorio amplio y un poco de habilidad de parte del cirujano, aseguran el éxito.

El útero se pinza fuertemente por uno ó los dos cuernos, se tira hacia arriba y adelante y se cortan los ligamentos anchos de arriba abajo en los dos lados y se hace la ligadura definitiva de los pedículos útero-ováricos y ligamentos redondos.

Hecho esto, llegamos al cuello que se encuentra aumentado de volumen, se incinde a nivel del fondo de saco vésico-uterino, la vejiga se rechaza hacia abajo y se aísla de la vagina. Cúidese este tiempo operatorio, pues suele haber infiltraciones de este órgano.

*Investigación del ureter y ligadura de la uterina* — Se hacen en este mismo tiempo. Todo el

cuidado que se recomienda para realizar éstos, nunca será demasiado, y recordemos que la arteria pasa delante del uréter.

Puede utilizarse el separador de rama curva, que separa la vagina y deja ver los uréteres.

Cuando la sangre o la grasa impiden ver a éstos, se los busca adosados a la cara posterior del ligamento ancho.

El uréter es fácil de reconocer por su calibre, dirección y contracciones vermiculares.

Al ligar la uterina que se hará entre dos pinzas, debe hacerse por fuera, y tan lejos como sea posible del uréter; y éste no se disecará sino cuando se haya infiltrado el tejido celular que lo rodea.

Después de realizado esto, la vagina es también disecada yendo lo más abajo posible, hasta que la elasticidad de los tejidos revelen sus buenas condiciones, es decir, que estén sanos.

Tirando el útero hacia adelante, se ve el fondo de saco de Douglas, se extienden los ligamentos útero-sacros que limitan la ascensión del útero, y se pueden apreciar por la palpación.

El borde superior queda al descubierto en la base del ligamento ancho, contra la hoja del peritoneo incidido; como son bastantes vascularizados conviene ligarlos y se cortan.

Entonces el útero se lleva hacia arriba, y este movimiento sólo lo limita la resistencia de la vagina.

Se cortan al mismo tiempo el peritoneo del fondo de saco recto-uterino, y se hace el décollement del espacio recto-vaginal.

Luego la sección de la vagina ; se colocan largas pinzas acodadas en dos pisos distintos : la mas alta por debajo del cuello y tan lejos como sea posible, para evitar herir el neoplasma, y la otra más abajo todavía ; una de un lado y otra del otro cuidando de tomar todo el espesor de la vagina.

Con tijera se secciona circularmente ésta, taponando con compresas y gasas, con el fin de evitar que los productos sépticos infecten los tejidos sanos ; a medida que se cortan se van colocando las pinzas necesarias.

En este tiempo pueden levantarse los ganglios que estén de cada lado de las paredes pelvianas, o en la proximidad de la arteria ilíaca lo que puede hacerse sin gran traumatismo, pero sin ir más lejos.

Entre nosotros el doctor Corbellini ha completado esta intervención en la siguiente forma : él combina los métodos de Caruso o Kelly cuyos tiempos sigue en su primera mitad, y el de Wertheim que imita al final, completando la operación con la sutura de la vagina y del peritoneo, sutura que debe curar por primera intención.

El empieza por hacer una rigurosa antiseptia de la vagina, 4 o 5 días antes de la intervención ; abre el abdomen, explora los anexos si están sanos, coloca una pinza por fuera de ellos, practica una *Ligadura* más afuera aún ; esta ligadura encierra la arteria útero-ovárica y la del ligamento redondo ; después se secciona entre la pinza y la ligadura lo mismo se hace del otro lado.

En seguida se incinde transversalmente como lo realiza Caruso el peritoneo uterino anterior ; se separa este peritoneo de la matriz, y con él la vejiga y los uréteres ; se desprende después el peritoneo posterior.

Las arterias uterinas han quedado a descubierto, se las liga a uno o dos centímetros por fuera de la matriz, se coloca del lado del cuello una pinza hemostática y se corta entre la pinza y se liga.

Hasta aquí sigue a Caruso.

Una vez en los fondos de saco vaginales, diseña las paredes de la vagina hasta dos o tres centímetros por debajo del nivel del hocico de tenca.

Se cierra la vagina por medio de pinzas-clamps, acodadas como la de Wertheim y se corta por debajo de la pinza.

Utero, vagina y anexos forman entonces una masa, que es sacada sin haber tocado el cáncer, y sin haber abierto la cavidad infecta de la matriz.

Sólo se abre la vagina cuidadosamente desinfectada, y se abre lo más lejos posible del cuello uterino, es decir, del tumor foco de ingertos e infecciones.

El doctor Corbellini agrega a esto la sutura de la vagina, y peritonización de los colgajos, haciendo por consiguiente una operación bien concluída.

Esta sutura la hace con puntos perdidos o continuos, con catgut bastante resistente, y se termina por la sutura en tres planos de la pared abdominal.

Recordaremos que entre nosotros el doctor Corbellini desde el año 1902, realizaba esta operación tal como se acaba de describir; la cual fué objeto de la tesis del doctor Cabrera en 1903.

La hemostasia debe ser perfecta, la pinza de Michel permite colocar las suturas metálicas perdidas que son de gran beneficio.

Algunos autores usan el drenaje prefiriéndose el de Mikchuliz que es el más conveniente; consta de varias mechas que deben sacarse en diferentes días y que deben llevarse hasta el fondo del saco de Douglas.

#### CAUSAS DE MUERTE EN LAS HISTERECTOMIAS

-- En primer lugar consideramos la hemorragia la que puede ser primitiva y tardía.

La primera la consideramos como accidente operatorio, un serio peligro que en la época de iniciación de esta intervención, costó la vida a muchas enfermas.

Se evita con el empleo de la ligadura elástica temporaria ; los ligamentos no se cortarán sino entre dos ligaduras, y éstas deben realizarse con aguja roma para evitar la picadura de los vasos que pueden causar un empastamiento subseroso más o menos considerable.

Como método rápido se pueden colocar largas pinzas, reemplazando con esto la ligadura del lado del útero.

Cuando se aplica la ligadura elástica no conviene cortar muy próximo a ella, para evitar que el pedículo se escape y se produzca la hemorragia.

El tratamiento extra-peritoneal, con ligadura elástica del pedículo, pone completamente al abrigo de la hemorragia post-operatoria.

Pero recordemos que no pasa lo mismo con el tratamiento intra-peritoneal con ligadura del muñón con seda o catgut ; cuidadosamente deben ser ligadas las arterias uterinas a derecha e izquierda del pedículo, tomando un cierto espesor de tejidos para darle mayor fijeza.

A pesar de estas precauciones, más de una vez, algunas horas y aún algunos días después, se han

producido hemorragias ; debidas sin duda alguna, a la relajación de los tejidos que aflojan las ligaduras.

Hoy podemos decir que gracias al instrumental empleado, a la asepsia y a la habilidad de nuestros cirujanos, muy rara vez y excepcionalmente se perderá una enferma por este accidente.

*Hemorragia tardía* — Cuando se reduce el pedículo, por el procedimiento de Schröder, la hemorragia tardía es difícil que se produzca.

*Síntoma* — Gran agitación ; aceleración, debilitamiento y pequeñez del pulso, abovedamiento del vientre, palidez de la piel y mucosas.

Algunas operadas dicen haber sentido el contacto de la sangre caliente, y en otras se ve aparecer la serosidad sangrienta por entre los intersticios de la sutura.

Otros veces forma grandes empastamientos en el peritoneo, y en los ligamentos anchos, formando enormes hematoceles retro-peritoneales.

Inmediatamente de sospechar una hemorragia, debe abrirse el vientre, ligar los vasos, levantar los coágulos que constituyen excelentes medios de cultivo para los microbios, que, ascendiendo vienen de

afuera por las trompas o de adentro por el intestino paralizado.

Küstner salvó una mujer atacada de hemorragia por pedículo reducido en el vientre además si el estado de la circulación lo permite, y la fuerza del corazón no está seriamente comprometida, se debe inyectar por la vena cefálica suero fisiológico a 38°.

También puede hacerse en el tejido celular subcutáneo.

*La septicemia* — La asepsia y la antisepsia defectuosa sobre todo, pueden dar origen a esta seria complicación, pero la causa, más frecuente, es la infección del peritoneo por los gérmenes venidos de afuera y transportados por el pedículo reducido.

Se aconseja entonces destruir la mucosa al termo, afrontar las dos superficies para obtener una oclusión perfecta.

Ni la compresión que ejerce la sutura sobre el pedículo, ni la mortificación producida por una mala circulación en ese punto, bastan para producir una septicemia, pues ella lo único que traería es una degeneración gránulo-grasosa de los tejidos.

Es indispensable la presencia del germen infectante, ellos provienen del exterior por el intestino pudiendo admitir además el microbismo latente.

De acuerdo con las estadísticas podemos afir-

mar, que, los casos de muerte por supuración pelviana y peritonitis, producidas largo tiempo después de reducido el pedículo, no son raras.

*Shock*— Los franceses llaman shock a un conjunto de síntomas depresivos, originados por diversas causas en medio de las cuales sobreviene la muerte, muchas veces después de operaciones graves y de larga duración.

¿Se deben siempre a la hemorragia? F. Jaile, sostiene que en algunos casos se debe a la septicemia, otros a la uremia aguda, la cual puede provenir de la ligadura casual de los uréteres, o bien de la abolición completa de las funciones renales; ya mortificadas, e incapaces por consiguiente de realizar una conveniente eliminación de toxinas y anestésico.

A ésto agregamos la degeneración del corazón, bien estudiada por Hofmeier.

Se admite que un organismo debilitado, está más propenso a estas degeneraciones que resultan más frecuentes de lo que se cree.

No olvidemos que los tumores uterinos de cualquier naturaleza que sean, traen hemorragias, y que la frecuencia de éstos, según Cohnheim, basta para producir estas miocarditis.

Ungar y Strassman, inculpan en gran número de casos, a la acción del cloroformo; Goltz y Ols-

hansen, dan gran importancia a la exposición de las vísceras al aire ambiente, y muy especialmente a las manipulaciones que se realizan sobre éstas y a las que el observador llama shok traumático-abdominal.

Landan agrega que el iodo y la ergotina, producen una intoxicación crónica; y por consiguiente el debilitamiento del corazón, pues estas enfermas antes de llegar a una intervención, suelen estar largo tiempo sometidas a este tratamiento.

¿Cómo podemos evitar el shok? Procediendo con la mayor rapidez posible, a fin de disminuir la acción depresiva de toda laparatomía.

Evitar que las vísceras queden largo tiempo expuestas al aire, lo que se consigue cubriéndolas con compresas secas o mojadas en suero fisiológico templado.

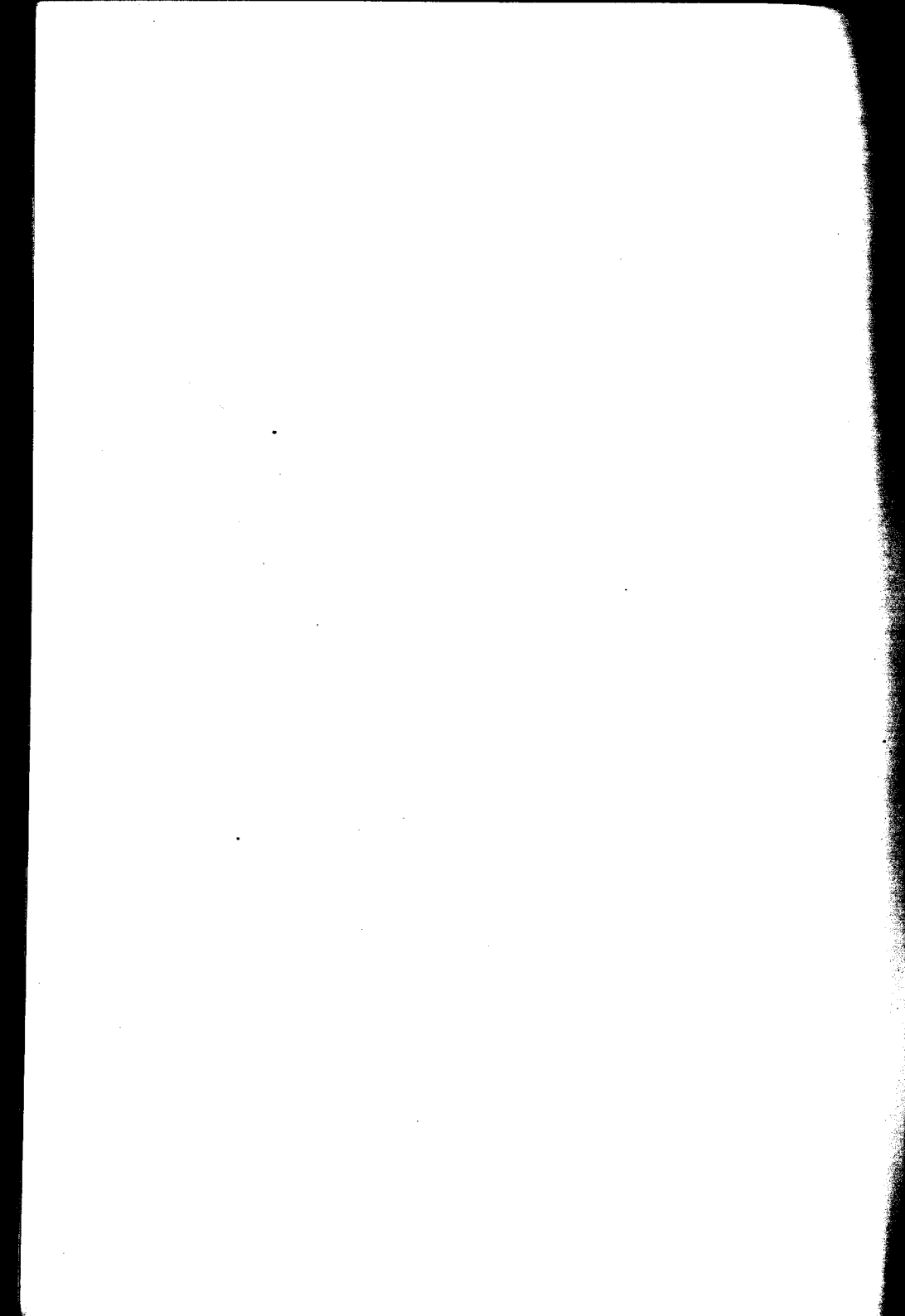
La incisión no será muy extensa, aunque el tumor pase con cierta dificultad; se puede ayudar su extracción empujando con los dedos por vía vaginal, e imprimiéndole movimientos de rotación sobre su eje.

La depresión y el descenso de temperatura se combate con fricciones, con inyecciones de cafeína, de aceite alcanforado, suero fisiológico.

*La embolia* -- Es una complicación menos frecuente, y recordemos que el reposo absoluto aleja complicación.

*La oclusión intestinal* — Se confunde a veces con el pseudo-estrangulamiento, debido a una parálisis intestinal, síntoma de una infección peritoneal. Se evita suprimiendo el uso de antisépticos, vertidos en la cavidad peritoneal, cuya acción demasiado intensa, ataca el epitelio, muy delicado de la serosa peritoneal y la predispone a los exudados plásticos.

La sección de los muñones debe recubrirse de peritoneo, y suturarse cuidadosamente lo mismo que los ligamentos anchos.



## PROFILAXIA

Llama nuestra atención y el comentario es, podemos decir aterrador, la inmensa frecuencia de tumores malignos que se presentan en las mujeres de nuestro país, y hablamos de él solamente, porque vamos a tratar este capítulo con la práctica que da el ejercicio de la especialidad, y no nos referiremos a dato estadístico extranjero.

No es ya en una época determinada de la vida, en que los epitelomas, carcinomas, etc., aparecen en la mujer; es muy precoz su estallido: gente joven, llena de salud y de vida, rinden tributo demasiado anticipado a tan terrible mal.

Ante tal frecuencia nos ocurre pensar en las muchas desventajas, que tiene la mujer esposa y madre, sobre la que ha permanecido soltera, y nos detendremos a considerarla para indicar algunas medidas profilácticas, que pudieran ser observadas, a

fin de disminuir en lo posible las causas favorables para el desarrollo del cáncer.

Por otra parte; y siendo patrimonio de la mujer soltera los fibromas, rindiendo homenaje al aforismo, que dice « útero que no da hijos, da tumor », daremos en estos casos consejos para el porvenir de las mujeres portadoras de tumores fibrosos, pensando que en su gran mayoría los fibromas que por una causa u otra permanecen desconocidos, o bien siendo diagnosticados no se ha seguido el tratamiento operatorio aconsejado por el médico; ya por negligencia, ya por una obstinación atávica de la mujer que no le permite ser intervenida; pues bien, esos fibromas, pasados de tiempo, permítaseme la expresión, se vuelven cancerosos, llevando lentamente hacia la muerte a la paciente, o recidivando a marcha rápida, como ocurre en el caso cuya observación va en el capítulo de historias.

Las metritis crónicas, aquellas que dejan el útero blando, el cuello hipertrofiado y con descamación de la mucosa que sangra fácilmente; aquellas otras sembradas de huevo de Nabot, de producciones quísticas, desde las líquidas claras como agua de fuente, hasta las supurantes, son un terreno propicio para el desarrollo del mal y su evolución fatal.

Esas mismas metritis crónicas, que alteran la mucosa interna del útero, afectan a veces al cuello,

con grados de adelanto marcado, y proliferando forman pólipos, que caen espontáneamente en épocas menstruales, o que hay que extraer con curetas; son también casos que evolucionan hacia el mismo fin.

Desgarraduras exageradas del cuello, que entretienen una metritis constante, en las que las curetajes son simples paliativos, en que las operaciones plásticas exageran a veces los desperfectos, sobre todo si manos inhábiles las han intervenido; presentan por sus franjas sinuosas y endurecidas, un terreno fértil para el cáncer, cuando la retracción también exagerada de la menopausa se produce.

Estas ligeras observaciones reconocidas en la práctica, nos permiten aconsejar a la mujer, un cuidado prolijo de sus órganos genitales, y muy especialmente cuando ellas invisten la doble misión de esposa y madre.

Es lastimoso el abandono de la mujer en general, y la tolerancia que anteponen a los sufrimientos que les trae la alteración de sus órganos internos.

Unas por pudor natural, y muy digno de alabar, cuando no invade el terreno de la exageración, ocultan todo síntoma alarmante, si les trae la sospecha, de que algo anormal pasa en sus vías genitales; dando tiempo suficiente a que las enfermedades se instalen con todo su cortejo de síntomas, y con la

impotencia del médico para detenerlos en su marcha progresiva.

Otro grupo de enfermas, por sus constantes ocupaciones, los cuidados que requieren los hijos, las enfermedades, la lucha por la vida, que pone a prueba el temple de su espíritu y la abnegación de la mujer en el hogar, hasta hacerle que olvide sus propios dolores en el mantenimiento del bienestar de los suyos, dando aviso, sólo cuando la imposibilidad de mantenerse en pie, es aparente para todos, y cuando desgraciadamente no hay salvación posible.

Un tercer grupo de mujeres negligentes, deseadas que viven en un completo abandono de sus órganos genitales, que no por ser los menos nobles dejan de ser los más importantes, ignoran hasta la ventaja de una inocente inyección vaginal, porque no la necesitan, mirando indiferentes, síntomas alarmantes, que encuentran siempre atribuibles a lo que se les ocurra, sea lógico o no.

Hemos vertido entonces a grandes rasgos, el comportamiento de la mujer, frente a los grandes males que la afligen, y que son los de la humanidad, ya que ella, por su doble rol de esposa y madre, es un factor indispensable en la sociedad.

Cuidar su cuerpo para levantar su espíritu, debe ser el ideal de sus aspiraciones; poder difundir con provecho las irradiaciones de su inteligencia y de

su espíritu, debe ser su obra ; poder inculcar al ser que de ella nace, sentimientos elevados y nobles, será su misión más elevada ; la que no podrá cumplir si su salud es precaria.

Los cuidados más exagerados nunca serán demasiados en la madre de familia que en sus muchos partos ha sufrido desperfectos en sus órganos generadores ; la presencia de escurrimientos sanguíneos fuera de las épocas normales, deben llamarle la atención sobre lo que pasa en su interior.

Los dolores exagerados o no cuando no han molestado en otras épocas, que se acompañan de leucorrea más o menos abundante ; deben ser manifestados al médico cuyo consejo o tratamiento debe ser puesto en práctica sin pérdida de tiempo.

La presencia de tumores, reconocidos por la enferma, debe ser tomada inmediatamente en consideración y solicitada la inspección médica, cumpliéndose fielmente sus indicaciones.

La ignorancia de su mal, no es un atenuante en la mujer, ya que tiene hoy a su alcance todos los recursos de la ciencia y del arte de curar.

Los partos modificados, que no responden a la normalidad del trabajo en la múltípara, largos, dolorosos, contracciones irregulares, cuando los anteriores han sido buenos ; deben despertar la atención de la mujer, y reclamar un examen médico pasado

el término reglamentado del puerperio ; estos trabajos modificados, son para el médico que inspecciona demasiado tarde a una mujer, el principio de una neoplasia, que iniciándose en el cuerpo o en el cuello ha sido suficiente para alterar sensiblemente las contracciones y hacer un trabajo patológico.

Podemos finalizar nuestros consejos profilácticos, incitando a la mujer a pedir la opinión médica, sino con demasiada frecuencia, por lo menos varias veces en el año.

La madre de familia, por estar en condiciones más propicias para el desarrollo de estas enfermedades, la que llega a la menopausa, por ser época crítica de la vida, en que las enfermedades se presentan y se agravan las existentes, y en general, toda mujer que note algo anormal que provenga de su matriz u órganos anexos, debe pedir el consejo médico para su tranquilidad y la de los seres que la rodean.

# **Observaciones Clínicas**



## OBSERVACION I

La enferma objeto de esta historia fué operada por el doctor Zabala y la doctora Ubeda, y la enferma fué seguida por esta última.

C. C., argentina, casada, de 38 años de edad, es multípara.

Sus antecedentes hereditarios no tienen importancia; los individuales se refieren; a buena salud en su infancia, reglas normales; casada a los 25 años; tiene su primer hijo al año, sin inconvenientes y dentro de la más rigurosa normalidad sigue teniendo los otros cuatro.

El último parto según nos relata la enferma, fué largo, doloroso; el cuello al decir de la partera no se dilataba con facilidad, pero fuera de estos inconvenientes apuntados, no hubo otros que llamaran la atención.

Hace próximamente un año la enferma tiene reglas ligeramente dolorosas y leucorrea abundante;

el último mes que le llamó la atención e hizo que consultara a un médico, fué la prolongación de la sangre con dolores que se exageraron más y más, extendiendo e irradiándose hacia la pequeña pelvis y los muslos.

El examen médico encontró una matriz aumentada de volumen, cuello desgarrado, blando uno de los labios, el inferior, duro, agrandado notablemente y sangrando con facilidad; el anterior se mantenía casi normal.

La exploración no dió bridas cicatriciales; el cuello se mantenía libre y se movía sin dificultad; no hay parametritis ni ganglios; sin embargo se hizo diagnóstico precoz, de epiteloma del labio inferior, proponiendo la intervención inmediata.

Es de advertir que el epitelio de ambos labios estaba intacto, y sólo el aumento de volumen de uno de ellos y la facilidad de sangrar, era lo que llamaba la atención.

Aceptada la intervención se hizo una histerectomía total, siguiendo el método descrito anteriormente; sin grandes dificultades, se extrajo el útero, sin que ninguna partícula segregante del cuello, tocara los tejidos incindidos.

Todo terminado, se pensó, haber intervenido precozmente, suponiéndose desde luego, que la paciente hubiera sido librada de su condena, merced a la opor-

tanidad con que fué intervenida, por la poca invasión del mal, que creíamos en su primer etapa.

La enferma gozó durante más de tres meses de un bienestar admirable ; pero al cabo de este tiempo, y a consecuencia de movimientos imprevistos, hubo pérdidas de sangre que la alarmaron, consultando nuevamente al médico.

Examinada la cicatriz, notó que una parte de la herida era brotante, y sangraba con facilidad.

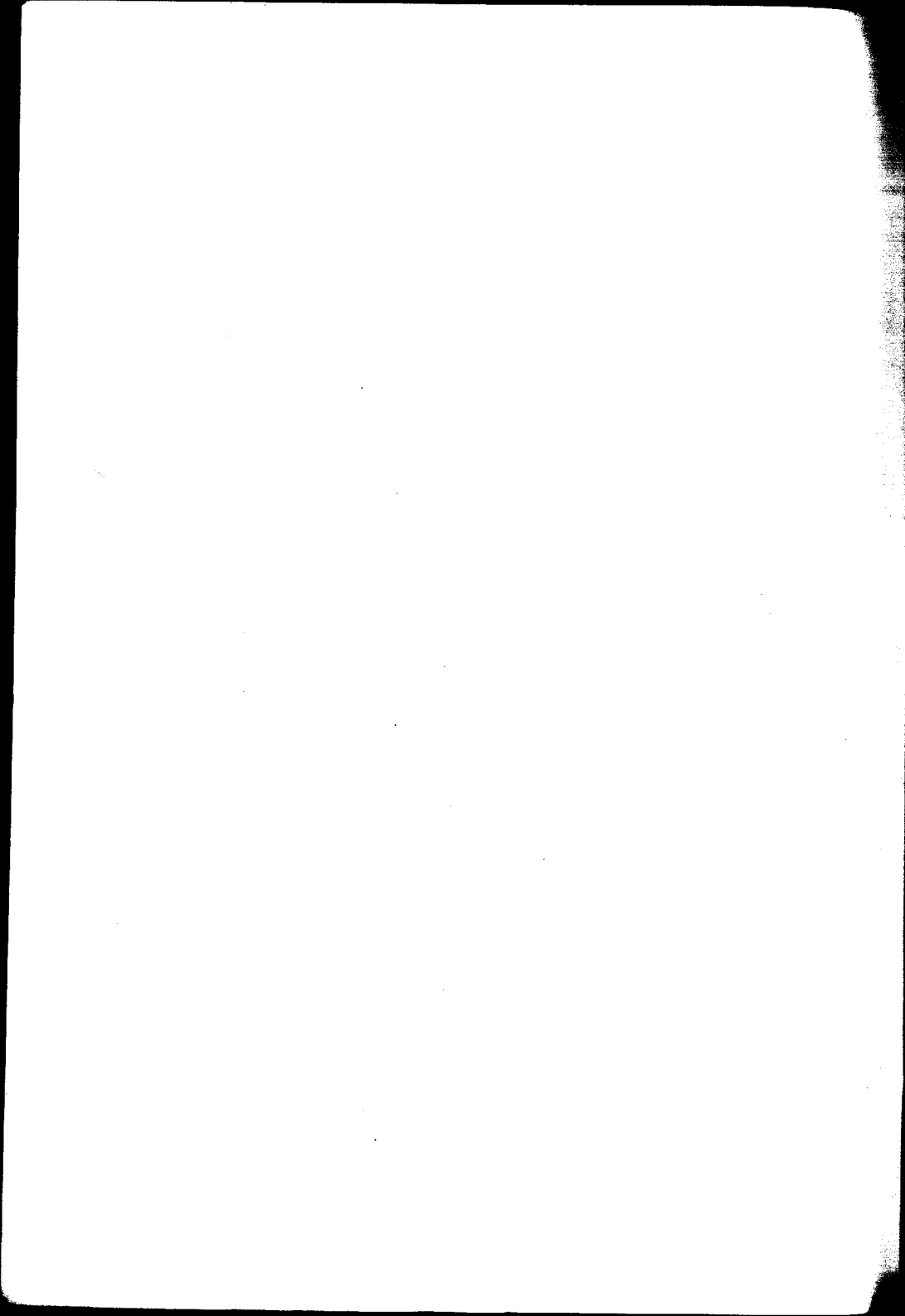
Al mes toda la cicatriz se había convertido en un tejido de aspecto de coliflor, sangrando al menor contacto y dando secreción icorosa en abundancia.

El epiteloma, a pesar de su precocidad y de su extirpación inmediata, había recidivado rápidamente.

Se produjeron hemorragias tan intensas que pusieron la vida de la enferma en serio peligro, decidiéndose entonces a aplicarle el radium.

Unas cuantas sesiones suprimieron la sangre, y el tejido de brotante que era se convirtió en ancha escara.

Los dolores se han acentuado, haciéndose insupportables, la invasión del tejido canceroso se ha hecho evidente del lado del recto, y la producción amenaza comprimir éste y perforarlo y la enferma muere.



## OBSERVACION II

Como la anterior la enferma fué operada por el doctor Zabala, y la doctora Ubeda, y la observación fué hecha por esta última.

A. N., inglesa, de 51 años de edad, reclama el examen médico a consecuencia de hemorragias que sufre desde hace dos años.

Como antecedentes hereditarios, no los tiene de importancia: su madre murió del corazón y su padre de neumonia.

Todos sus hermanos son sanos. Uno murió de tuberculosis.

Sin historia patológica en su infancia. Regló a los catorce años sin inconvenientes, sólo sufrió de vez en cuando de su estómago, pero este padecimiento no era constante ni se presentaba con regularidad.

Tal vez poco observadora no se ocupó de su vientre, hasta la época de su casamiento que se re-

monta a unos 5 años antes de la fecha en que es examinada.

El examen exterior de su abdomen da la sensación de durezas en el hipogastrio, sin poderse asegurar del síntoma por el espesor de las paredes, pues se trataba de una persona obesa.

El tacto revelaba la presencia de una producción dura, brotante, del tamaño de una moneda grande; insinuando el dedo con dificultad en una vagina estrecha y como llena de bridas.

Se sentía un cuello pequeño al parecer sano, entreabierto y sangrando fácilmente.

El sueño anestésico permitió un examen más completo, encontrándose un fibroma a nucleos libres en el abdomen.

Intervenida por vía abdominal, con intención de extraer el fibroma y practicar una histerectomía total, se constató el fibroma libre en la parte que correspondía al cuerpo de la matriz, y no ofreció dificultad el separarlo; pero no así el istmo que, duro, fijo, inextensible, hizo muy difícil su liberación complicando seriamente esta última parte de la extracción del útero.

Concluido el trabajo, peritonizado lo mejor posible, se cerró el vientre.

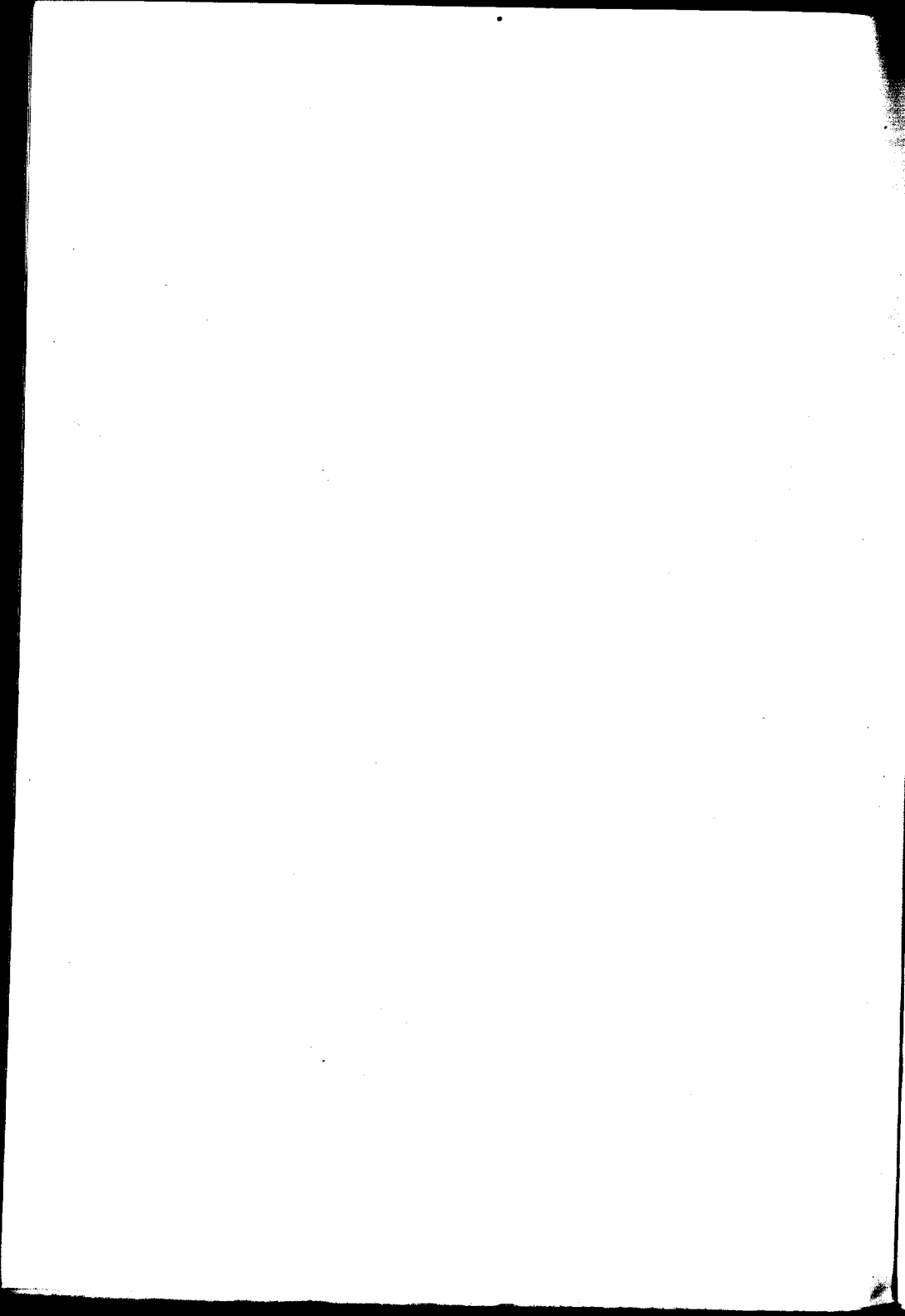
La enferma en los días que siguieron a la ope-

ración no tuvo fiebre, y pocos días después se acentuaba su mejoría.

Sólo cuatro meses duró su bienestar, pues la sangre apareció de nuevo molestando a la enferma y haciéndola entrar en sospechas ; este síntoma se agravó, y fué acompañado de dolores sordos al principio, más fuertes después, irradiándose a los muslos, caderas, etc.

La enferma fue sometida a las inyecciones de cuprase y seleniol, que se daban con dos días de intervalo una jeringa de 5 centímetros ; y si no se consiguió la detención del mal, por lo menos desapareció en parte la sangre, con disminución del síntoma dolor.

A pesar de ésto la recidiva avanzaba, el tejido celular pelviano se tomó ; degenerando todos los ganglios ; las producciones de la vagina aumentaron perforándose ésta, y abriéndose comunicación entre la vagina y recto ; la enferma caquetizada, pero vigorosa y fuerte aún, sucumbió a una embolia pulmonar.



### OBSERVACION III

Hospital Rivadavia. -- Pabellón Cobo Arriba.  
Nombre : Victoria Groppo ; edad : 45 años, italiana, casada.

Entrada a la sala el 3 de febrero de 1913, sale el 15 de marzo del mismo año.

*Antecedentes hereditarios* -- Sin importancia.

*Antecedentes personales* -- Infancia sana, regló a los 17 años, las reglas fueron normales.

Casó a los 19 años, ha tenido dos hijos y un aborto ; los partos y puerperios normales, no ha tenido flujo, fué siempre constipada.

*Estado actual* -- Hace 2 años estando en la menopausa aparecieron metrorragias escasas de sangre rutilante, que diariamente se repetían durante 8

meses ; después cesan las metrorragias y le apareció hidrorrea que alternaba con metrorragias, y desde hace algunos meses sufre dolores paroxísticos sobre todo de tarde. Además ha enflaquecido mucho ; presenta las mucosas pálidas y escaso panículo adiposo.

*Aparato genital* - Periné íntegro, vulva y vagina sana. El cuello uterino normal, el cuerpo grande globuloso, indoloro, movable en ante-flexión, los anexos no se tocan.

*Diagnóstico* — Epitelioma primitivo del cuerpo del útero.

*Tratamiento* - El 7 de febrero se practica un raspaje previo para hacer un examen histológico.

Se hizo una hysterectomía abdominal total sin drenaje.

La operación se realiza el 14 de febrero, la temperatura se mantuvo con alternativas entre 37 y 39°. La enferma salió de alta.

#### OBSERVACION IV

Hospital Rivadavia. — Pabellón Cobo Arriba.

Nombre : Josefa Clima ; edad : 45 años, italiana, soltera.

Fecha de entrada : 29 de abril de 1913 ; salida : mayo 11 de 1913.

*Antecedentes hereditarios* -- Sin importancia.

*Antecedentes personales* -- Sarampión en su infancia, regló a los 13 años ; reglas normales.

Ha tenido 5 hijos y dos abortos de 6 meses. Partos normales, puerperios apiréticos.

*Enfermedad actual* -- Refiere que después que tuvo el primer hijo quedó enferma del útero, tenía flujo blanco muy abundante, dolores y peso en el hipogastrio, y que desde hace un año tiene flujo sanguinolento.

En los contactos sexuales pierde sangre, no acusa dolores y ha disminuído mucho de peso.

*Estado actual* — Buen estado general, regular panículo adiposo, mucosas pálidas. Corazón sano, pulso regular, poco tenso, frecuencia normal : 84 pulsaciones.

*Aparato genital* — Periné íntegro, vulva entreabierta, el cuello en su labio anterior presenta una superficie vegetante y erosionada, de consistencia algo dura, de donde fluye sangre cuando se frota un poco ; el cuerpo del útero es de tamaño normal, movable, indoloro, los anexos no se tocan.

*Diagnóstico clínico* — Epitelioma típico del cuello.

*Tratamiento* — Vaciamiento pelviano Schauta-Wertheim.

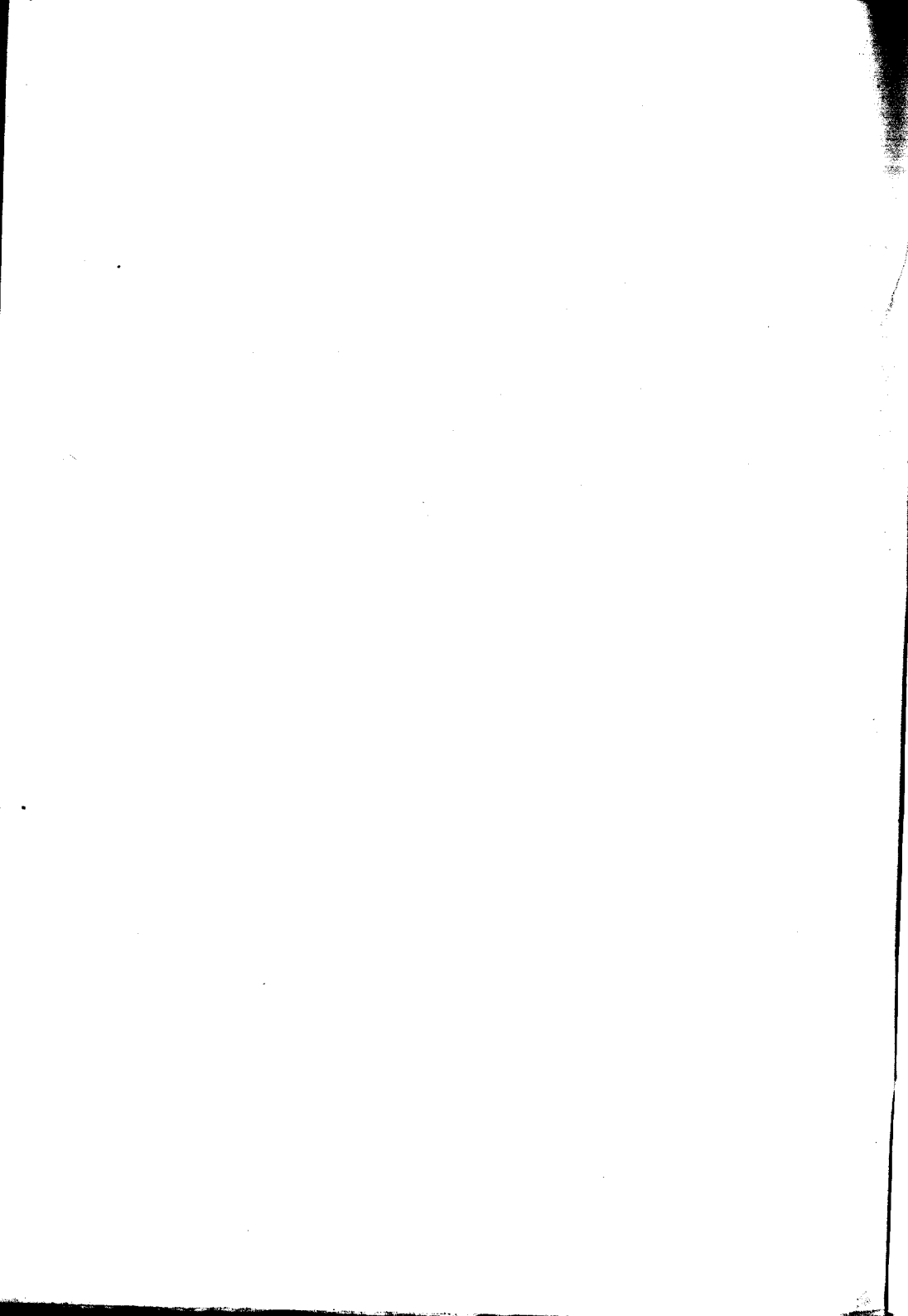
*Descripción de la operación* — Se empieza por vía vaginal según Schauta, desprendida toda la vagina se continúa por vía abdominal, siguiendo la técnica de Brunesse ; se reseca el parametrio, no se encuentra ningún ganglio canceroso, se deja drenaje

con un tubo que desciende a la vagina y un Mikchuliz por el abdomen.

*Marcha de la operación* — Fué operada el 2 de mayo, el primer día profundo shock, pulso 140; segundo día, gran disnea, deja de sentirse el pulso en la radial; muerte.

ROSARIO BERON.





Buenos Aires, Junio 13 de 1914.

Nómbrese al señor Consejero doctor Enrique Bazterrica, al profesor titular doctor Avelino Gutiérrez y al profesor suplente doctor Jaime Salvador, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la « Ordenanza sobre exámenes ».

L. GÜEMES

*J. A. Gabastou.*

Secretario.

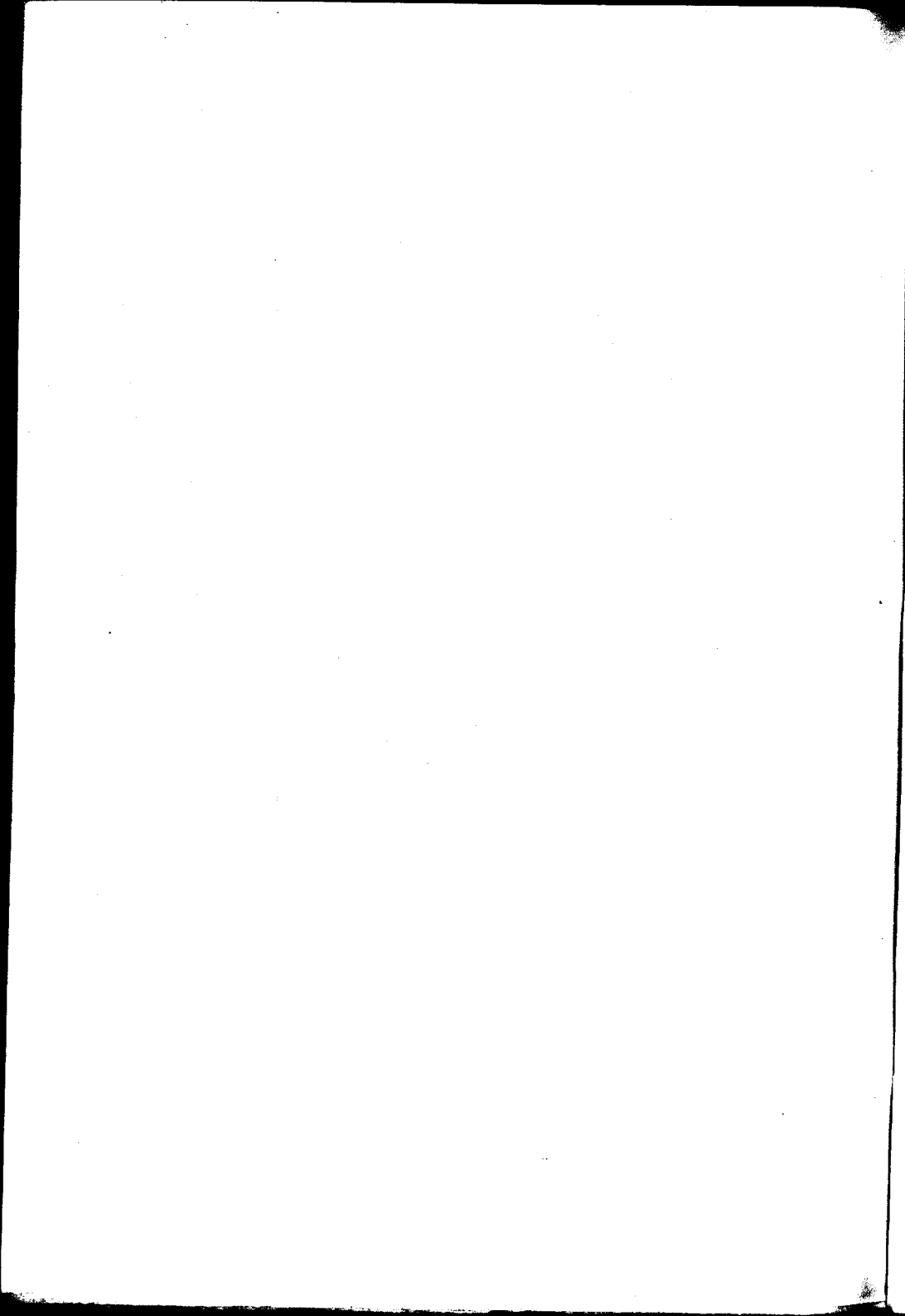
Buenos Aires, Junio 30 de 1914.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 2855 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

L. GÜEMES.

*J. A. Gabastou.*

Secretario.



## PROPOSICIONES ACCESORIAS

### I

Indicaciones de la histerectomía radical en los casos de epitelioma del cuello del útero.

*E. Bazterrica.*

### II

Valor de la operación de Wertheim en el tratamiento del cancer uterino y resultados de la misma.

*Avelino Gutiérrez.*

### III

Crítica de los diversos trabajos sobre cáncer del útero publicados en la República Argentina.

*Jaime Salvador.*

30716

