Año 1903 N.° 1357

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

DEL

CÁNCER DEL CUELLO DE LA MATRÍZ

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

FRANCISCO N. CABRERA

EX-INTERNO DE LOS HOSPITALES, AÑOS 1898, 1899, 1900, 1901 Y 1902

BUENOS AIRES

LA SEMANA MÉDICA, Imp. de Obras de Emilio Spinelli

737 — CALLAO — 737

1903

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

DEL

CÁNCER DEL CUELLO DE LA MATRÍZ

Año 1903 N.º 1357

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

DEL

CÁNCER DEL CUELLO DE LA MATRÍZ

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

FRANCISCO N. CABRERA

EX-INTERNO DE LOS HOSPITALES, AÑOS 1898, 1899, 1900, 1901 Y 1902

BUENOS AIRES

LA SEMANA MÉDICA, Imp. de Obras de Emilio Spinelli

737 — CALLAO — 737

1903

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. EUFEMIO UBALLES

Vice Decano

Dr. D. PEDRO LAGLEYZE

Académicos Titulares

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
" " JOSÉ T. BACA
" " RAFAEL HERRERA VEGAS
" " JACOB DE TEZANOS PINTO
" " EUFEMIO UBALLES
" " JUAN R. FERNANDEZ
" " ENRIQUE E. DEL ARCA
" " PEDRO N. ARATA
" " MANUEL BLANCAS
" " ROBERTO WERNICKE
" " PEDRO LAGLEYZE
" " JOSÉ PENNA
" " LUIS GÜEMES
" " ELISEO CANTÓN
" " GREGORIO N. CHAVES

Académicos Honorarios

Dr. D. ERNESTO ABERG
" " EDUARDO WILDE
" " MARTIN SPUCH
" " TELÉMACO SUSINI
" " EDMUNDO NOCARD
" " EMILIO R. CONI
" " OLYNTHO DE MAGALHAES

Secretario

Dr. D. ZENÓN AGUILAR

Pro-Secretario

Dr. D. CARLOS ROBERTSON

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Zoología Médica	Dr.	Pedro Lacavera
Física Médica	„	Jaime R. Costa
Química Médica	„	Atanasio Quiroga
Botánica Médica	„	Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	„	Pedro N. Arata
Histología teórico-práctica	„	Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	„	Juan José Naon
Patología General y ejercicios clínicos	„	Roberto Wernicke
Anatomía Topográfica	„	Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	„	Pedro J. Coronado
Anatomía Patológica	„	Telémaco Susini
Bacteriología	„	Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	„	Enrique Revilla
Materia Médica y Terapéutica	„	Justiniano Ledesma
Patología Externa	„	Obdulio Hernandez
Medicina Operatoría	„	Adalberto Ramaugé
Clínica Ginecológica	„	Enrique Bazterrica
„ Oto-rino-laringológica	„	Eduardo Obejero
„ Dermatológica y Sifilográfica	„	Baldomero Sommer
„ Epidemiológica	„	José Penna
„ Quirúrgica	„	Julian Aguilar
„ Neurológica	„	José M. Ramos Mejia
„ Médica	„	Luis Güemes
„ Médica	„	Francisco A. Sicardi
„ Oftalmológica	„	Pedro Lagleyze
Patología Interna	„	Marcial V. Quiroga
Medicina Legal	„	Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	„	Antonio C. Gandolfo
„ Médica	„	Gregorio N. Chaves
„ Obstétrica	„	Samuel Molina
Toxicología Experimental	„	Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	„	Manuel Blancas
Clínica Médica	„	Abel Ayerza
„ Genito-urinaria (hombres)	„	Federico Texo
„ Psiquiátrica	„	Domingo Cabred
„ Quirúrgica	„	Vacante
„ Obstétrica	„	Eliseo Canton

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr.	D. J. GREENWAY
Física Médica	„	JUAN JOSE GALIANO
Química Médica	„	FRANCISCO B. REYES
Botánica Médica	„	ROBERTO S. KOLBE
Química aplicada á la Medicina	„	FRANCISCO P. LAVALLE
Histología teórico-práctica	„	SAMUEL DE MADRID
Anatomía Descriptiva	„	JUAN D. PIÑERO JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Patología General y ejercicios clínicos	„	GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	„	AVELINO GUTIERREZ FRANCISCO LLOBET
Fisiología General y Humana	„	HORACIO G. PIÑERO MARIANO ALURRALDE
Anatomía Patológica	„	JOSÉ BADÍA MARCELO VIÑAS
Bacteriología	»	JUAN CÁRLOS DELFINO LEOPOLDO URIARTE
Higiene Pública y Privada	„	VACANTE
Materia Médica y Terapéutica	„	ENRIQUE E. DEL ARCA ANGEL M. CENTENO
Medicina Operatoria	„	NICOLÁS REPETTO (en ejer.) LEANDRO V. VALLE
Clínica Ginecológica	„	ALFREDO LAGARDE JOSÉ F. MOLINARI
„ Oto-rino-laringológica	,	WENCESLAO TELLO ELISEO V. SEGURA
„ Dermatológica y Sifilográfica	„	M. ABERASTURY
Patología externa	„	PASCUAL PALMA DANIEL J. CRANWELL
Patología interna	„	VACANTE
Clínica Oftalmológica	„	FRANCISCO C. BARRAZA TEÓFILO A. MORET
Clínica Médica	„	PATRICIO FLEMING
„ Epidemiológica		VACANTE
„ Quirúrgica	„	JUAN B. JUSTO ENRIQUE CORBELLINI
„ Neurológica	„	JOSÉ A. ESTEVES JOSÉ R. SEMPRUN
„ Médica	„	RICARDO COLON
Medicina Legal	,	DOMINGO S. CAVIA PEDRO BARBIERI (en ejer.)
Clínica Quirúrgica	„	DIÓGENES DECOUD
Clínica Médica	„	JULIO MENDEZ IGNACIO ALLENDE
Clínica Obstétrica	,	FANOR VELARDE ENRIQUE A. PARDO
Toxicología Experimental	„	J. ALBA CARRERAS
Clínica Pediátrica	„	FACUNDO LARGUÍA ANTONIO F. PIÑERO
„ Médica		VACANTE
, Génito-urinaria (hombres)	„	PEDRO BENEDIT (en ejer.)
„ Psiquiátrica	„	BENJAMÍN T. SOLARI JOSÉ T. BORDA
„ Quirúrgica		VACANTE
„ Obstétrica	„	ENRIQUE ZARATE

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas		Cated. titulares
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia.	Dr.	ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada . . .	„	MIGUEL PUIGGARI
Farmacognósia vegetal y animal . . .	„	JUAN A. BOERI
Química orgánica aplicada á la Farmacia .	„	PEDRO N. ARATA
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica) .	„	J. MANUEL IRIZAR
Higiene	„	RICARDO SCHATZ
Química Analítica y Toxicológica . . .	„	ATANASIO QUIROGA
Ensayo y determinación de drogas . .	„	J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas		Cated. sustitutos
Botánica sistem. aplicada á la Farmacia.....		VACANTE
Química inorgánica aplicada.....		VACANTE
Farmacognósia vegetal y animal.....	Sr.	JUAN A. DOMINGUEZ
Química orgánica aplicada á la Farmacia.....		VACANTE
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)...		VACANTE
Higiene.....		VACANTE
Química Analítica y Toxicológica.....		VACANTE
Ensayo y determinación de drogas		VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica. .	Dr. JUAN R. FERNANDEZ
Partodistócico y Clínica Obstétrica . .	

Asignaturas	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	MIGUEL Z. O'FARRELL (en ejer.
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas		Cated. titulares
Anatomía, Fisiología, Patología, . . .	Dr.	LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal . .	„	NICASIO ETCHEPAREBORDA

Asignaturas	Cated. sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología, ...	VACANTE
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal....	VACANTE

PADRINO DE TESIS

Académico titular

Doctor **LUIS GÜEMES**

A LA

MEMORIA AUGUSTA DE MI MADRE

A LOS MÍOS

A la

Sra. Doraliza Lencinas de Torres

y

al Doctor José María Gabezón

mi gratitud imperecedera

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Tengo el honor de presentar á vuestra benévola consideración, este modesto trabajo que versa sobre el tratamiento quirúrjico del cáncer del cuello de la matríz.

He elejido este tema por ser de una importancia excepcional, dada la gran frecuencia de esta afección. Las ventajas del procedimiento que recomiendo están claramente demostradas en el curso de esta tésis. Además hay cierta novedad, relativa al menos, en el procedimiento operatorio que considero el mejor para esta afección. En efecto, en Buenos Aires no se ha hecho nada igual á los dos casos operados por el doctor Corbellini, casos que son objeto de esta tésis y cuyas historias van al final del presente trabajo. Por lo demás los resultados no han podido ser mas halagadores en los dos casos citados.

Antes de abandonar la Escuela de Medicina mi agradecimiento imperecedero por las sabias lecciones que he recibido de todos mis maestros, las que siempre recordaré con cariño y gratitud.

Al distinguido Profesor Enrique J. Corbellini, que

me ha dado la idea para esta tésis, mi sincero agradecimiento.

Y al doctor Luís Güemes, de una manera particular, mi profunda gratitud por el alto honor que me hace al acompañarme en este acto.

Historia, frecuencia y etiología

Es el más común de los cánceres observados en la mujer. Tanto por su frecuencia cuanto por el carácter fatal y repugnante de los accidentes que lo acompañan, lo individualizan claramente; así es como en los más antiguos autores, como Hipócrates, Aetius, Paul d'Egina y los médicos de la escuela árabe, se encuentran pasajes que manifiestamente se refieren á esta afección. En esa época se confundía frecuentemente con todas las afecciones uterinas graves, circunstancia que ha hecho decir á Becquerel, con toda verdad, que el cáncer de la matríz, apesar de su gran frecuencia, no es muy antiguamente conocido. Es sólo después que la invención del espéculo dió á la Ginecología una impulsión fecunda, que ha sido el objeto de estudios serios.

Confundido al principio con los tumores fibrosos y la induración flegmásica, su historia ha venido á desprenderse poco á poco, cuando la Anatomía Patológica ha demostrado su individualidad.

Es tal la frecuencia de esta afección que consti-

tuye una tercera parte de los carcinomas de la mujer, y, si como lo han probado las estadísticas inglesas, la mortalidad por el cáncer es mucho más elevada en la mujer que en el hombre, es al cáncer de los órganos genitales (útero y mama) que se debe esta diferencia.

No ataca la enfermedad con igual intensidad en todas las edades de la vida. En un cuadro de 2270 casos de cáncer uterino tomado á diversos autores, Gusserow encuentra:

		De 17	años,	1	caso.
		» 19	»	1	»
De	20 á	30	»	81	casos.
»	30 »	40	»	476	»
»	40 »	50	»	771	»
»	50 »	60	»	600	»
»	60 »	70	»	258	»
		Después de 70	»	82	»

Resulta que la enfermedad, casi desconocida antes de los 20 años, crece de frecuencia hasta 50 años y disminuye enseguida El número máximum se observa de 40 á 50 años justificando así la creencia popular relativa á los peligros de la edad crítica.

La estadística de Glatter conduce á las mismas conclusiones; da para la mortalidad por cáncer uterino:

De	21 á	30	años,	1.15	%
»	31 »	40	»	5.09	»
»	41 »	50	»	11.34	»
»	51 »	60	»	9.04	»
»	61 »	70	»	4.04	»

La herencia se observa aquí como para las otras especies de cáncer, pero con una frecuencia diversamente apreciada. Según Gusserow, la influencia hereditaria sería menos sensible que para las otras variedades de carcinoma; al decir de Gaillard Thomas y Paget, por el contrario, la habrían constatado en el tercio de los casos.

El mal ataca sin respetar clases sociales ni diferencias de género de vida: ricas, pobres, mujeres casadas, niñas, vírgenes ó prostitutas, todas están expuestas á la enfermedad, sin que nada en el estado social ó la condición de salud anterior permita preveer la predisposición ó la inmunidad.

Se ha dicho que la raza negra, muy sujeta á los fíbromas, era exenta de cáncer, pero faltan estadísticas para asegurarlo.

En cuanto á la relación existente entre el cáncer del cuello y el del cuerpo, debemos decir que es inmensamente superior la frecuencia del primero con respecto al segundo. Según Pichol, sería el 6 °/₀; Schrœder cree que sólo el 2 °/₀ y hay estadísticas que conducen á cifras menores todavía. (Courty 1 sobre 429, Förster 1 sobre 420, Goldschmidt 1 sobre 900.)

Se vé por todo lo dicho anteriormente, que la frecuencia del cáncer del cuello de la matríz es muy grande sin que haya una causa para explicarla. Cohnheim sostiene la teoría siguiente: admite la existencia de células embrionarias (células embrioplásticas de Ch. Robin) que no habiendo desaparecido en la formación de los órganos y que, por consiguiente, se

encuentran allí, ya sea diseminadas en el tejido conjuntivo, ya acumuladas en islotes en ciertos puntos, constituyendo el tejido original de los carcinomas.

Indudablemente que los sitios de predilección de estas agrupaciones de células embrionarias, son los orificios naturales donde se ha hecho una involución más ó menos irregular de las hojitas blastodérmicas. El cuello uterino, desenvuelto relativamente tarde á espensas de los tubos de Müller, entraría en esta clase de regiones congenitalmente vulnerables. Recordaremos, además, la presencia al nivel del hocico de tenca, de dos clases de epitelio y de allí la tendencia al polimorfismo plástico que puede resultar.

Después de todo, siempre queda por conocerse la causa eficiente del neoplasma; los aflujos sanguíneos repetidos, á los cuales Cohnheim atribuye tanta importancia no esplican suficientemente el hecho. En el epitelioma de la mucosa, es evidente que el producto heterólogo proviene de las células epiteliales, sea de la red de Malpighi, como opina Klebs, sea del epitelio cilíndrico intracervical, pudiendo haber desbordado afuera del orificio externo (Schröder), sea de las células glandulares como piensan Ruge y Veit.

En el carcinoma del parénquima, no sucede como en el caso anterior; el orígen histogénico de las células del neoplasma queda envuelto en la más completa oscuridad. Virchow opina que únicamente deriva de las células del tejido conjuntivo, idea que encuadra muy bien en la hipótesis de Cohnheim. Además, las últimas investigaciones de Ruge y Veit, estarían en apoyo

de esta doctrina. Según estos investigadores, el cáncer es debido,lo más amenudo,á una transformación de las células del tejido conjuntivo, hasta en el caso de que el tumor afecte la forma papilar, es decir, en *coliflor*. El tejido conjuntivo vascularizado volvería al estado embrionario tomando naturalmente sus células un aspecto epitelioide. Sin embargo, en casos excepcionales, se han visto vegetaciones adenomatosas producidas por el epitelio glandular, dar nacimiento al cáncer.

En cuanto á las causas determinantes se han invocado las irritaciones repetidas del cuello uterino (metritis crónica, exitaciones genésicas, etc.) Bien que *á priori* esta opinión parezca aceptable, no resulta exacta y el ejemplo de las prostitutas que no son más atacadas que las demás mujeres por el cáncer (Parent-Duchâtelet, *Prostitution dans la ville de Paris)* muestra el poco fundamento de esta aserción.

Con respecto á nuestras dudas sobre la falta de relación entre la irritación uterina y el cáncer, tienen importancia las cifras siguientes tomadas de West. 157 enfermas han sido interrogadas sobre el estado anterior de la menstruación; en 131,antes del cáncer todo era perfectamente normal; 26 solamente habían tenido irregularidades consistiendo en adelantos, retardos, sobreabundancia, falta, etc.

20 enfermas sobre 100 habían sufrido malestar en ocasión de sus primeras reglas; 5 solamente sobre 170 habian presentado antes del cáncer una afección uterina propiamente dicha (pólipo, metritis, etc.)

La sola particularidad etiológica, digna de notar,

es que la multiparidad parece ejercer una acción ligeramente predisponente. Los datos estadísticos tomados por Gusserow de diversos autores ingleses y alemanes dan como cifra media de los partos anteriores en las mujeres cuyo útero es canceroso 5.2 (3025 por 580), mientras que la proporción en las mujeres exentas de esta afección es de 4.6 en Rusia y de 4.2 en Inglaterra.

Suponiendo que la diferencia constatada deba recibir la interpretación precedente, se esplicaría por una irritación local, ó la entrada en actividad de gérmenes latentes, gracias á la excitación gravídica, como lo ha sostenido Cohnheim.

Formas anatomo-patológicas

La afección en sus comienzos se presenta bajo cuatro formas que tienen sus caracteres definidos. Mas tarde cuando el tumor invade los tejidos cercanos toda diferencia se hace imposible.

Las cuatro modalidades son:

1.ª *Forma papilar.*—También llamada, *cancroide superficial de la parte vaginal del cuello, forma vegetante, en coliflor.* Esta forma de cáncer comienza por la parte de cuello situada debajo de las inserciones vaginales quedando largo tiempo localizada á la superficie. Es de notar que el tumor toma nacimiento en el epitelio cilíndrico que recubre la superficie externa del cuello. Resulta pues, que una ulceración, al parecer producida por una metritis crónica y por consiguiente benigna, se transformaría en epitelioma. En poco tiempo cambia completamente de aspecto tomando la apariencia papilar y fungosa, viniendo así, el labio invadido á presentar el aspecto de un hongo voluminoso que cubre completamente, á veces, el orificio y el labio sano.

En algunas ocasiones la afección permanece localizada á ese solo sitio durante mucho tiempo, pero llega un momento en que invade el fondo de saco vaginal y de aquí se propaga á los tejidos periuterinos. Es una rareza que la propagación se haga hacia el interior del canal cervical.

2.º *Forma nodular.*—También llamada *forma parenquimatosa, carcinoma del cuello, nudosidades cancerosas circunscritas ó infiltradas.* En este caso se presenta el cáncer, bajo la forma de uno ó varios núcleos situados debajo de la mucosa del cuello, ya sea en su superficie externa, ya en la interna y no llega á la ulceración sino después de mucho tiempo. Estos núcleos pueden estar bastante apartados para pasar desapercibidos y hacer creer en una lesión muy limitada cuando en realidad solo son desconocidos. Continuando en su marcha progresiva el nódulo no tarda en destruir la mucosa y desde este momento queda establecida la ulceración cancerosa. Es en este estado que la lesión se hace fácilmente conoscible en los casos que hasta este momento había pasado desapercibida. Pronto otros núcleos se fusionan al primero y no tardan en constituir toda una masa cancerosa que comprende todo el cuello y á veces los órganos adyacentes.

3.º *Forma cavitaria.*—*Cáncer de la mucosa del cuello, cáncer terebrante* son sinónimos de forma cavitaria. La característica de esta forma consiste en aparecer, desde el principio, en la mucosa del canal

cervical ó inmediatamente debajo de ella, una infiltración que se ulcera pronto trayendo como consecuencia la destrucción lenta del cuello por una especie de erosión.

Hay veces en que el cuello devorado, puede decirse, por su superficie interna ha desaparecido casi del todo. Hay aquí algo de semejante á la retracción del mamelón en el cáncer del seno.

Esta forma de cáncer destruye rápidamente el útero y los tejidos periuterinos; es ascendente, siendo por consiguiente atacada muy tarde ó nó la vagina.

4.° *Forma vaginal.*—Esta forma es rarísima, pero existe y está claramente inidividualizada. Empieza la afección en el fondo de saco posterior, invade en su marcha el cuello y las partes vecinas de la vagina provocando alteraciones de mucha extensión.

No entraré en detalles sobre las variedades histológicas de los tumores por no ser ésta la índole ni el objeto del presente trabajo. Lo mismo digo con respecto á sintomatología, diagnóstico y pronóstico, siendo mi objeto detallar los diferentes tratamientos y finalizar exponiendo mis ideas sobre el que considero de elección.

Historia de los diferentes tratamientos antiguos del cáncer del cuello de la matríz

Solo á título de información histórica mencionaremos el gran número de medicamentos internos que en todas las épocas y sobre todo, desde principios del siglo último han sido aconsejados contra el cáncer uterino, todos de eficacia problemática, y que no resisten ninguno de ellos, como veremos mas adelante, la comparación con el tratamiento quirúrgico ideal: *la histerectomia abdominal.*

Citaremos entre los medicamentos mas usados, en otras épocas, el arsénico, la cicuta, el iodo, la trementina de Chío, que hoy sabemos positivamente no tienen ninguna acción sobre su marcha ni sobre su desarrollo ulterior. Los raros casos de curación radical citados, por estos métodos que hoy llamaríamos espectantes ó empíricos, no fueron tales, sino seguramente errores de diagnóstico, en los que el tratamiento no intervino en modo alguno.

La destrucción del tumor por medio de los cáusticos tampoco ha dado resultado alguno, tales como la

electrolisis, la potasa, el cloruro de zinc, el ácido fénico, el pirogálico, el crómico ó las soluciones de bromo. Podemos clasificarlos de paliativos, por no decir inútiles, en los casos en que no podía intervenir la cirujía en una época en que su acción era mucho más limitada, más modesta, y más tímida que en la actual, en que parece no tener ya ningun límite su acción triunfal y salvadora.

Se ponía el líquido cáustico en contacto con los tejidos enfermos por medio de un poco de algodón envuelto en la punta de un histerómetro ó de un tallo rígido cualquiera. Enseguida de cada cauterización el exceso de líquido era expulsado por un lavage abundante. Los médicos que las emplearon, aseguraban que después de estas cauterizaciones el corrimiento sanioso y las hemorragias disminuían, y desaparecían algunas vegetaciones. Las inyecciones dentro del parénquima con el cloruro de zinc ó el percloruro de hierro, ensayadas hace ya algunos años, están completamente abandonadas hoy día.

Al principio de la enfermedad se empleaban las soluciones de percloruro de hierro; de tanino, de ácido piroleñoso, de agua oxigenada; etc.

Posteriormente, cuando se inició la era de la asepsia y de la antisepsia se emplearon irrigaciones con las soluciones siguientes: Agua 500 gramos permanganato de potasio 20 gotas, ó bien:

Acido tímico . . . . . 10 gramos.
Alcohol. . . . . 200 »

Se hacían varias inyecciones por día, adicionando

cada inyección de un vaso con agua conteniendo una cucharada de una de estas dos soluciones.

En el intérvalo se ordenaban supositorios calmantes, con soluciones de clorato de potasa, hidrato de cloral ó con polvos de quina y corteza de encina adicionada de ácidos salicílico y tímico. El iodoformo es de todos los medicamentos modernos el tópico que ha dado mejores resultados en manos de los prácticos. Se lo empleaba confeccionando con él grandes supositorios vaginales, conforme á las siguientes fórmulas:

Iodoformo	1	gramo.
Extracto de opio	0.30	grs.
Manteca de cacao.	C. S.	

(Para I supositorio)

Las duchas de ácido carbónico, las pulverizaciones de cloroformo en la vagina, también empleadas en el tratamiento del cáncer, antes de ahora, está demostrado hoy ser absolutamente ineficaces. También se ha usado el cloral en inyecciones hipodérmicas y el cloroformo, como calmantes, pero infinitamente superior á éstos es la morfina, aunque envuelve fatalmente los peligros inherentes á su largo uso y á su abuso, ó sea la morfinomanía.

No es posible evitar el morfinismo ni aún asociando á esta sustancia la atropina, como se la emplea generalmente:

Agua destilada.	50	grs.
Clorhidrato de morfina	1	»
Sulfato neutro de atropina. . .	0.05	»

(para inyectar 10 gotas cada vez)

Se principia por 5 ó 10 milígramos de morfina y se llega hasta cuarenta centígramos por día y más. Solo á esta dosis enorme se pueden calmar los dolores y entonces el morfinismo sobreviene á la larga con su espantable cortejo de accidentes tal vez mucho peores que el mismo cáncer, y ante los cuales el médico se encuentra desarmado aún recurriendo á la dionina y otros nuevos medicamentos aconsejados como muy eficaces.

En épocas cercanas á la nuestra y aún hasta hoy se ha indicado la ablación del cuello de la matriz, cuando el mal estaba limitado, y habían probabilidades de llevar el bisturí por partes sanas.

La intervención quirúrgica estaba perfectamente indicada, siempre que el cáncer no hubiera invadido todavía los fondos de saco vaginales, ni el cuerpo del útero, y en caso de duda posible sobre estos límites, los autores contemporáneos aconsejan todavía la intervención, pues hasta como tratamiento paliativo es este uno de los mejores medios para detener por algún tiempo los progresos del terrible mal.

Antes que estuviera definitivamente adquirido por la ciencia el tratamiento heroico de la histerectomía y que hubiera adquirido la gran voga y popularidad, que hoy tiene ganada con razón, este procedimiento se podía y se hacía con los instrumentos constrictores, bajando fuertemente el útero, lo que permitía llevar más alto la sección; pero este descenso prévio del órgano, si bien hacía la operación más radical y más fácil, tenía en cambio varios inconvenientes y peligros. Con

el útero se bajaban también las partes vecinas, la vejiga y el peritoneo, que se exponían á ser heridos en la operación, y si se evitaba este accidente, la fuerte violencia hecha á estos órganos por estas tracciones enérgicas los predisponía á las inflamaciones consecutivas,aumentando así el peligro y las probabilidades de invasión del mal, de infección, de shok traumático etc.

Además, empleando el bisturí, tiene este instrumento el inconveniente de ser su manejo más difícil y de exponer á abundantes hemorragias, complicación gravísima para enfermos ya considerablemente anemiados y debilitados. Por eso se cauterizaba siempre después de operar con el doble objeto de destruir los restos de tejido enfermo y detener la sangre de un modo seguro.

A este tratamiento se unían los tónicos, los alcalinos y ferruginosos lo mismo que los amargos, el hielo etc.; para combatir los fenómenos gástricos.

No mencionaremos más que á título de curiosidad el empleo empírico de la carne de lagartijas, fresca, recien muerta;cuya voga se pretendió resucitar hace pocos años en esta Capital por personas extrañas al arte, publicándose artículos encomiásticos en la prensa diaria.

Este tratamiento empleado por los indios de México y por personas profanas, no tiene ninguna base séria fundada en los conocimientos médicos actuales y solo obra sugestionando al enfermo y á su familia, que se forjan esperanzas que pronto se ven defraudadas y tienen el grave inconveniente de hacer perder un tiempo precioso, impidiendo la intervención del cirujano.

Histerectomía vaginal, diferentes procedimientos

Dejando á un lado los tratamientos médicos que no pueden ser más que sintomáticos ó aplicables á los casos inoperables, sólo me ocuparé de los tratamientos quirúrgicos. Entre estos existen las amputaciones parciales, especialmente indicadas, antes y aún hoy para la clase de afecciones de que me ocupo. Sin embargo, soy de opinión que estas extirpaciones hechas en pequeño están muy lejos de sacar todos los núcleos cancerosos que muy en breve reproducirán la enfermedad y aún con caracteres mas alarmantes que al principio. Pienso que la operación debe ser lo mas extensa posible, tratándose de una afección tan grave como es el cáncer, y en vista de la dificultad, ó mas bien dicho imposibilidad de reconocer todas las partes afectadas en principio ó los núcleos aislados y á veces distantes de la parte reconoscible enferma á simple vista.

Es por esto que en este trabajo solo me ocuparé de los diferentes procedimientos de histerectomía total; ya sea, siguiendo la vía vaginal, ya la abdominal.

Como en este capítulo debo tratar los diferentes procedimientos de histerectomía vaginal, indicaré los requisitos que es necesario llenar sea cual fuere el procedimiento á emplear.

Antes de operar debe de asegurarse el cirujano, por un examen tan completo como posible, de la movilidad del útero y de que los ligamentos anchos sean blandos. Es indispensable para esto la palpación bimanual, el tacto rectal y el descenso del útero tomado con una pinza de fijación. En los casos dudosos, á veces, es necesario emplear el cloroformo para vencer la contracción muscular refleja, ablandar el abdomen ó triunfar de la timidez extrema de algunas enfermas nerviosas.

Otra precaución preliminar consiste en la desinfección tan completa como posible de la vagina, algunos días antes de la operación; para obtener esto, deben practicarse abundantes irrigaciones con solución de sublimado al 1 por 5.000 dos veces por día, con aplicacion de tapones iodoformados en los intervalos.

La enferma habrá sido purgada la víspera; tres horas antes de la operación tomará una abundante lavativa simple con el fin de vaciar completamente el recto. Se sondará la enferma antes de operarla.

Una vez la enferma dormida, hecha la desinfección del caso y en la posición conveniente se procede á la operación.

Creo conveniente, antes de detallar cada método hacer una ligera reseña histórica de esta clase de operaciones.

Las primeras tentativas de histerectomía por cáncer se hicieron al comienzo del siglo pasado siendo sus autores Sauter y Recamier. El éxito no coronó estos esfuerzos, cayendo en el más completo olvido hasta que Czerny en el año 1879, Demons en 1883, Bœckel en 1884, volvieron á ocuparse de tan importante cuestión. Pero es verdaderamente con Pean y Doyen que aparecen los procedimientos perfeccionados, marcando así una nueva era en esta clase de operaciones.

Ahora voy á relatar los comienzos de estos trabajos.

El 12 de Diciembre de 1887 Pean practicó, decididamente,la primer histerectomía porlesión bilateral de los anexos. Doyen algunos días antes había practicado por casualidad una operación semejante. No fué sino mas tarde en el Congreso de Bruselas y después en el de Génova, que Doyen suscitó la cuestión de prioridad, pero los hechos establecidos claramente por Secheyron no dieron la razón á este cirujano. Es,pues, á Pean, á quien corresponde el honor de haber preconizado y vulgarizado esta operación en una serie de comunicaciones al Congreso de Berlin y á la Academia de Medicina. Segond fué uno de los primeros adeptos del nuevo método, y el 23 de Febrero de 1891 comunicaba á la Sociedad de Cirujía el resultado de sus 23 primeras operaciones. En esta comunicación Segond generalizaba su operación para muchas clases de afecciones, alegando tres ventajas, sobre la lapatorotomia: ser menos grave, dar curaciones mas perfectas y durables y evitar una cicatriz abdominal.

Esta comunicación marca la aurora de la histerec-

tomía vaginal combatida por Pozzi y Terrier no obstante de ser aceptada como método de drenage por Bouílly, Richelot, etc. Fué entonces que la histerectomía se estudió y discutió por cirujanos como Jacobs, Rouffart, Rochet, Debaisieux, Iversen, Landau, Bastianelli, etc., etc.

El Congreso de Bruselas, en 1892, marca otra etapa en la historia de la histerectomía vaginal. Desde entonces no ha hecho más que seguir una marcha triunfante para una serie de afecciones de los órganos genitales, pero no así para la afección objeto de esta tésis, por causas que se tendrá ocasión de ver más adelante. Además, las tendencias manifiestamente conservadoras de la cirujía moderna, han venido á quitarle muchas de las lesiones para que estaba absolutamente indicada; siendo la histerectomía abdominal la que viene á sustituírlas con series brillantes y numerosas de éxitos admirables.

Pasemos ahora á detallar los principales procedimientos de histerectomía vaginal.

Procedimiento Pean-Segond.—La vulva debe estar constantemente abierta por dos apartadores acodados y cortos, el cuello sólidamente tomado por una pinza de tracción. Una vez hecho esto, la mucosa vaginal es incindida alrededor del cuello; esta incisión debe ser practicada con el bisturí. La mucosa vaginal sangra rara vez bastante para que sea necesario tomar los vasos con pinzas de compresión. Con el dedo, ó mejor todavía, con la extremidad redondeada de un largo apartador de Pean, se desnuda el útero por su cara an-

terior y posterior, teniendo absoluto cuidado de operar perfectamente al contacto de la pared uterina. Este tiempo del desprendimiento del útero, que es, por otra parte, común á todos los procedimientos de histerectomía vaginal, separa el útero, adelante, de la vejiga y atrás, del recto.

Se evita la abertura de estos dos conductos dirijiendo las maniobras de rechazamiento y de desprendimiento sobre la pared uterina mísma. Se abre el fondo del saco peritoneal, en muchos casos, pero puede suceder que el desprendimiento se continúe hasta el fin sin que esto ocurra.

La sección de los ligamentos anchos se hace de la manera siguiente y de abajo arriba: dos apartadores más ó menos largos segun que los fondos de saco peritoneales son abiertos ó nó, son colocados adelante y atrás para protejer la vejiga y el recto. Las caras anterior y posterior del útero aparecen entonces libradas sobre una cierta extensión, asi como la porción correspondiente de los ligamentos anchos. Esta porción de los ligamentos anchos hecha visible y accesible, es tomada por una pinza de ramas paralelas, fuertes y cortas después, seccionada al ras del útero.

El segmento del útero librado por la sección parcial de los ligamentos anchos es entonces dividido con fuertes tigeras, en dos valvas, una anterior y otra posterior.

Una pinza de prehensión se coloca en la base de cada valva y el segmento del útero situado debajo de ella es cortado, repetiéndose las mismas maniobras

para la porción restante del cuerpo uterino. Se procede por etapas sucesivas y cada etapa comprende cuatro tiempos principales: 1.º desprendimiento de las caras anterior y posterior del útero; 2.º sección de los ligamentos anchos; 3.º división en dos valvas de la porción de útero desprendido por las dos maniobras precedentes y 4.º extirpación de las dos valvas así obtenidas.

Se llega de esta manera á practicar poco á poco la ablación total del órgano sin perder sangre y viendo siempre lo que se hace.

La división del útero en dos valvas, anterior y posterior que se disecan aisladamente, tiene por efecto, facilitar el descenso del órgano y permitir, lo mas amenudo, la movilización de partes que parecían inabordables. Es á esta maniobra que se debe la posibilidad de extirpar el útero en su totalidad.

La característica del proceder de Pean, es que la hemostasia es preventiva; en efecto, la toma con pinzas, de los ligamentos anchos, se hace antes del desmenuzamiento del útero.

Segond ha modificado el proceder tipo de Pean; agrega al desmenuzamiento por resecciones transversales, el ahuecamiento conoide central del útero ó la *hemisección* anterior.

El primer tiempo de la operación es el mismo que en el proceder de Pean; Segond agrega sin embargo dos pequeñas incisiones laterales paralelas á la base de los ligamentos anchos. El fondo de saco posterior siendo abierto y la vejiga completamente desprendida

del cuello con el dedo, dos pinzas son colocadas en la base de los ligamentos anchos, sobre las arterias uterinas. Entonces la porción de ligamento en que se ha practicado la hemostasia es seccionada. El cuello desprendido es dividido en dos valvas, anterior y posterior, como en el procedimiento de Pean, después se diseca, resultando de esto que los dos primeros tiempos del procedimiento de Segond no difieren de los análogos de Pean.

El ahuecamiento central conoide solo comienza cuando el cuello ha sido levantado por resección transversal después de la hemostasia preventiva de las arterias uterinas. En este momento el operador, manteniendo fuertemente con una pinza de Musseaux el labio anterior del muñón uterino, puede tentar una *hemi-sección* anterior á la manera de Doyen. Si esta maniobra no basta para descender el útero, se procede entonces inmediatamente al ahuecamiento central conoide.

Este término á menudo mal comprendido, no significa que hay ahuecamiento de las paredes de la cavidad hacia la periferia del útero; quiere decir, simplemente, que el ahuecamiento ó el despedazamiento se efectúan sobre el medio del útero, en su línea mediana, siguiendo su eje y respetando los bordes.

Sobre la cara anterior del útero, se desprende, con las tijeras, un cono de base inferior; antes de desprenderlo completamente, se toma con pinzas los labios del tejido uterino de donde acaba de ser separado. La misma maniobra se ejecuta más arriba; se continúa así de abajo arriba despedazando por fragmentos su-

cesivos toda la cara anterior del útero, remontando así hasta el fondo. Si se respetan los bordes del útero, el desmenuzamiento queda exangüe, es decir no hay hemorragia.

Poco á poco el útero disminuye de volúmen y por consiguiente se hace mas fácil el descenso: bajo la influencia de la tracción ejercida por las pinzas el órgano bascula adelante en el fondo de saco anterior, arrastrando en este movimiento el borde superior de los ligamentos anchos.

Es en este momento solamente que conviene pensar en la hemostasis. De cada lado se colocan sucesivamente dos pequeñas pinzas, de arriba abajo, sobre los ligamentos anchos, dentro de los anexos si son adherentes, afuera de ellos si son movilizables, y cada ligamento es seccionado dentro de las pinzas.

El útero levantado en estas condiciones, es un útero sin cuello y sin pared anterior, las que fueron extirpadas á pedazos quedando intacta solo la pared posterior.

En resúmen, el procedimiento de Segond difiere del de Pean en que la hemostasia de las útero-ováricas, en lugar de ser preventivas, es consecutiva y se efectúa después de la sección y el desmenuzamiento del útero.

La modificación propuesta por Segond es muy felíz; en efecto, el proceder tipo de Pean necesita el empleo de numerosas pinzas escalonadas de abajo arriba sobre los ligamentos anchos, pinzas que cubren el campo operatorio; además, la hemostasia pre-

ventivà es absolutamente inútil, habiendo ventaja más bien, en no hacerla sino en último lugar.

Procedimiento de Doyen ó de la hemisección anterior.—Consiste en seccionar solamente el útero en el medio de su cara anterior, bastando esta maniobra para permitir el descenso al principio, y después, la extirpación del órgano.

He aquí como Doyen expone su procedimiento: el cuello es tomado de cada lado por una pinza de garras, se corta con tijeras el fondo de saco vaginal posterior al mismo tiempo que la pared vaginal. El índice derecho, introducido en la abertura de la serosa, explora la cara posterior del útero al mismo tiempo que los anexos; si existen adherencias parciales, las destruye lo más arriba posible. Una vez terminada la exploración de la pequeña pelvis se pasa á la operación. Se atrae el cuello hacia abajo, se coloca arriba un apartador y se completa, con tijeras, la sección de la mucosa vaginal sobre los lados y adelante del cuello.

La vejiga es desprendida con el índice derecho, hacia arriba y hacia los lados lo más que se pueda; queda entonces el útero aislado adelante y atrás de toda conexión con los órganos vecinos. El cuello se baja inmediatamente hasta la vulva, si es posible, y Doyen practica la *hemisección* de la pared anterior. Pronto aparece el fondo de saco peritoneal anterior, aplicado á la cara anterior del útero; se incinde extensamente y la *hemisección* mediana es prolongada sobre el cuerpo del útero, que baja poco á poco apareciendo por fin completamente debajo del apartador.

Con la ayuda del índice, introducido en el peritoneo encima del fondo del útero bajado á la vulva se exploran los anexos y se hace la extirpación, comenzando por el más accesible. Una vez efectuado esto, Doyen aplica encima de los anexos, sobre cada ligamento ancho y de arriba abajo, una pinza grande, después ya sea encima ó debajo otra pequeña, llamada de seguridad ó de refuerzo.

El útero es levantado en su totalidad, sin desmenuzamiento, solo su pared anterior ha sido seccionada hasta el fondo; la compresión con pinzas de los ligamentos anchos solo se hace en último lugar.

Este procedimiento muy simple y muy sencillo, cuando los anexos son poco voluminosos, no lo es tanto cuando estos son adherentes ó voluminosos; el útero desciende mal, tapa con su presencia la entrada de la vulva impidiendo así las maniobras ulteriores.

Procedimiento Quenu-Müller: hemisección completa.—En 1882 Müller propuso seccionar el útero sobre la línea mediana en dos mitades simétricas; este procedimiento debía permitir el descenso fácil del fondo del útero y de la parte correspondiente de ligamento ancho, pero el autor no había tenido todavía ocasión de poner en práctica su procedimiento.

M. Quènu, inspirándose en los mismos principios, ha creado y vulgarizado el procedimiento de histerectomía vaginal por *hemisección* completa.

Pasemos ahora á detallar el manual operatorio. El cuello es tomado lateralmente con dos fuertes pinzas de tracción, la mucosa vaginal incindida circularmen-

te como en toda histerectomía vaginal. Se desnuda entonces el cuello en una cierta extensión tanto atrás como adelante y se abre el fondo de saco posterior.

Una vez efectuado esto, se incinde verticalmente y en el medio la porción de cuello librada, trabajo llevado á cabo con tijeras; se lleva entonces las pinzas de tracción un poco más arriba pero siempre sobre los lados, continuando la sección del útero de abajo arriba.

El descenso del útero permite al dedo desnudar una nueva porción seguida de la sección correspondiente siempre en el sentido antero-posterior. No tarda en aparecer el fondo del útero, se le engancha con el dedo introducido por el fondo de saco que ha sido abierto y se termina la incisión mediana. Es necesario, al llegar á este punto, tomar cerca del fondo, cada mitad uterina con una buena pinza de tracción y atraerla hacia afuera, despues de haberle hecho sufrir un movimiento de torsión; resulta de esto que las dos pinzas son rechazadas sobre los lados y afuera, mantenidas por un ayudante, no teniendo el cirujano que ocuparse más que de la limpieza de la cavidad peritoneal. Se termina la operación, ya sea por medio de pinzas ya, por medio de ligaduras, extirpando por fin cada mitad del útero.

Modificación de Legueu. — Este procedimiento de la *hemisección* anterior total es, á mi manera de ver, el mas sencillo en la gran mayoría de los casos. Legueu lo ha modificado muy lijeramente; he aquí el procedimiento de este autor: Se corta con tijeras curvas los

contornos del cuello, después de haberlo tomado, con dos sólidas pinzas de tracción, por las extremidades laterales de su diámetro transverso. Con la ayuda del dedo se desprende el útero adelante; atrás se abre el fondo de saco posterior; el dedo introducido en la abertura explora el útero, verifica su situación, sus conexiones, su tamaño, etc. Se coloca entonces en la abertura, un largo apartador de Pean. Con las tijeras el útero es seccionado sobre la línea mediana, el fondo de saco anterior es abierto en uno de estos cortes de tijera, y al través de la abertura así efectuada en el fondo de saco peritoneal, es introducido á permanecer un largo apartador de Pean, que será mantenido igualmente que el otro, por un mismo ayudante. Bajando el útero, con pinzas de tracción, puestas sucesivamente de abajo arriba sobre los labios de la incisión efectuada en la pared anterior, se hacen accesibles porciones elevadas del útero. La sección es prolongada sobre la pared anterior hasta el fondo, y si el útero desciende fácilmente se la prolongará sobre la cara posterior; ya sea marchando del fondo al cuello ó en sentido inverso.

Cuando el útero desciende con dificultad, la sección de la pared posterior, principalmente cerca del fondo, es menos fácil; pero Legueu, la ejecuta sobre el dedo introducido en el fondo de saco posterior y con la ayuda de las tijeras introducidas en el fondo de la herida vaginal, en el momento que se ejerce una fuerte tracción sobre las pinzas fijadoras anteriores, para bajar, ó mas bien, fijar el fondo del órgano.

Esta *hemisección* anterior, una vez llevada á cabo, da mucho espacio para practicar las maniobras ulteriores tendentes á terminar la operación.

Otra pequeña diferencia con el procedimiento anterior, consiste en que Legueu en lugar de atraer abajo, es decir á la vulva, las mitades seccionadas del útero, las rechaza hácia arriba, al sitio que ocupaba la mitad del útero, opuesta á aquella que se quiere practicar la extirpación. Legueu comienza generalmente por el lado izquierdo. La mitad derecha del útero es rechazada hácia arriba con sus pinzas fijadoras; la izquierda, al contrario, es bajada á la vulva, si es posible, ó á la vagina sino puede serlo hasta la vulva. La mano izquierda es introducida en la vagina, contornea la mitad del útero, explora los anexos del lado izquierdo, los disocia, los desprende y los baja. En este momento se colocan dos pinzas sobre el ligamento ancho con la ayuda de la mano derecha; la primera de abajo arriba, es una pinza recta; la otra de arriba abajo, pasando afuera de los anexos. Estas dos pinzas están dispuestas de tal manera que sus extremos se cruzan.

De un tijeretazo, adentro de las pinzas, es desprendido el útero al mismo tiempo que los anexos.

Del otro lado se ejecuta la misma maniobra, pero con una pequeña diferencia, consistiendo esta, en que es la mano derecha la que se introduce en la vagina y se encarga de desprender los anexos.

Como complemento diré, que, para efectuar esta operación, solo se necesitan colocar dos pinzas de ca-

da lado, en total cuatro, de las cuales, dos son curvas y las otras dos rectas.

Kolpohisterectomia vaginal de Délagéniére.—Las indicaciones de esta operación se particularizan completamente á la afección objeto de esta tésis, en efecto, veamos en qué consiste.

Como para la extirpación de todo cáncer, los límites del mal deben ser extensamente pasados; además, es necesario en el curso de la operación, ponerse al abrigo de las inoculaciones de la herida por la superficie ulcerada y sobre todo de los ingertos cancerosos. Para subsanar estas indicaciones, Délagénière levanta con el útero el fondo de la vagina y los fondos de saco vaginales, de manera á formar, al cuello enfermo, una especie de *capuchón*, que se mantiene aplicado al cuello con pinzas de tracción.

He aquí el manual operatorio: el cuello se hace visible con la ayuda de dos grandes apartadores; con el bisturí ó mejor con el termocauterio se incinde circularmente la vagina á dos centímetros debajo de un plano transversal pasando por el *hocico de tenca*. Esta sección será hecha prudentemente, sobre todo en la pared anterior de la vagina. El empleo del termo cauterio facilita mucho esta sección y simplifica la disección de la mucosa suprimiendo casi toda hemorragia. Cuando esta sección circular es terminada se procede á la disección de la mucosa vaginal hasta los fondos de saco. Esta disección efectuada con tijeras, debe comenzar por la pared posterior de la vagina. No hay ningun inconveniente en practicar dos incisio-

nes laterales partiendo del fondo de saco lateral de la vagina y terminando en la incisión circular. Estas dos incisiones transforman el segmento de la vagina que se quiere levantar, en dos valvas, una anterior y la otra posterior, cuya disección es más fácil que la de un cilindro completo.

Como quiera que se proceda, la disección de la mucosa vaginal debe ser conducida hasta el cuello; es decir que la mucosa del fondo de saco, debe ser desprendida en su totalidad; una vez llegada al cuello, el que es fácil sentirlo con el dedo, se aplican los dos colgajos vaginales disecados, sobre el cuello, de manera que cubren á este último completamente al venir á reunirse el uno al otro. Después se toma la extremidad de los dos colgajos con una pinza de tracción y se secciona transversalmente el cuello con el bisturí, de manera á levantar los dos colgajos vaginales con el cuello ulcerado. Se practica entonces un gran lavaje de la vagina y del campo operatorio. Para terminar la operación, se toma la porción supra-vaginal del cuello con pinzas de tracción y se desprende con mucho cuidado la vejiga y los uréteres. Este desprendimiento es más difícil que en los casos ordinarios; para efectuarlo debe hacérselo con el dedo rodeado de una compresa de gasa que no deberá apartarse del tejido uterino. La uña del índice comienza el aislamiento en el sitio preciso donde se hacía la inserción de la vagina. Una vez bien empezado, este desprendimiento no es tan difícil y será seguido hasta el fondo de saco peritoneal, que se abrirá después ex-

tensamente. Una pinza envuelta por una compresa será introducida inmediatamente en la abertura, mientras que el desprendimiento se continuará hácia atrás. Este tiempo de la operación és fácil y el peritoneo es pronto abierto en una buena extensión. Tirando sobre las pinzas colocadas sobre el cuello, se asegura que el útero es bien movilizado; con el dedo se exploran los ligamentos anchos que pueden ser invadidos por el neoplasma. En este caso se terminará haciendo una vasta incisión vaginoperineal.

Si los ligamentos anchos están sanos se procede de la manera siguiente: las dos compresas son reemplazadas por dos apartadores de vagina; se toma entonces la base del ligamento ancho lo más lejos posible del cuello, con una pinza corta, colocada de manera que la extremidad de las ramas llegue al peritoneo, después de haber tomado la arteria uterina se la cierra comprimiendo todo lo comprendido entre ella. Una pinza semejante es colocada del otro lado, y el cuello uterino es libertado con las tijeras cortando adentro de las pinzas, esta sección no debe pasar de los dos tercios de la longitud de las ramas de las pinzas; una vez efectuada, se baja el útero, cuyo descenso es enormemente facilitado por las maniobras anteriores, después se coloca una pinza larga de Segond un poco adentro de la primera, se hace lo mismo al otro lado y se secciona el ligamento ancho de un tijeretazo, casi al ras del útero.

Hay pues dos pinzas de cada lado, algunas veces la segunda pinza basta para tomar y comprimir todo

el ligamento ancho, pero lo más amenudo se debe aplicar una tercera pinza de cada lado.

Cuando se haya levantado el útero se verificará el estado de los anexos, que se levantarán si están enfermos; después se vigilará la hemostasia de las paredes vaginales, no trepidando en comprimir los vasos importantes, que dén sangre y que pudieran causar accidentes ulteriores.

Con pinzas envueltas por compresas se procede á la limpieza de la cavidad de Douglas, procediendo después al taponamiento de la herida y de la vagina. Las maniobras ulteriores son tendentes al aislamiento de las pinzas.

Histerectomía abdominal, diferentes procedimientos

Kimball y Koeberlé fueron los primeros que practicaron la histerectomía abdominal decididamente; desde entonces esta operación ha pasado por tres fases sucesivas que han dejado cada una un mètodo particular, marcando siempre un progreso sobre el precedente.

La primero que se hizo fué la amputación supravaginal del útero: el pedículo era tomado con un *clamp*, se ligaba con seda, permaneciendo mantenido al exterior. Era la *histerectomía á pedículo externo*, de la que fueron promotores, Stilling, Spencer Wells y principalmente Pean.

Algun tiempo después, Kleeberg de Odesa, Martin, Hegar, etc., sustituyeron al *clamp* el empleo de una ligadura elástica, como medio de hemostasia definitiva y de ligadura del pedículo. Sin embargo, el pedículo externo tardaba en desprenderse y, por consiguiente, la curación era tardía en llegar. Por comparación con la ovariotomía, en que se reducía el pedículo, se pensó en hacer lo mismo con el muñón uterino; siendo Schroeder, en 1878 y Spencer Wells en 1880 los primeros que propusieron la reducción del pedículo en

el abdomen: desde ese momento quedó creado el *método del tratamiento intraperitoneal.*

Durante varios años se esforzaron los cirujanos, por encontrar un procedimiento de ligadura que pusiese al abrigo de la hemorragia y de la infección del peritoneo por la cavidad uterina abierta; así fué que á la sutura de Schroeder, á la ligadura elástica perdida de Czerny y de Olshausen, Chrobach, Richelst agregaron la protección de la superficie cortada, por un colgajo de peritoneo. Siguiendo esta marcha progresiva, Martin hace el drenaje vaginal; von Hacker y Woeeltler fijan el pedículo reducido, á la pared abdominal cerrada por delante. Pero, á pesar de todo, la seguridad era equivocadora; en efecto, el muñón uterino era un foco séptico, de donde la infección podía invadir la serosa; era pues inútil y peligroso, había que suprimirlo y es entonces que Pean, Bardenheuer, Martín, Trendelemburg, Dixon, Jones, Krug, Chrobach, Bouilly, Rouffart, Doyen, etc ,comienzan la *histerectomía abdominal ó abdómino-vaginal total.*

La histerectomía abdominal total, ha reemplazado á todas las otras, no usándose más el pedículo externo; es pues la histerectomía á pedículo perdido el método que ha dado tan brillantes resultados, y por consiguiente el que se empleará en la inmensa mayoría de los casos.

No puedo pasar por alto sin citar el procedimiento de Rutier que es de *histerectomía abdómino-vaginal* y aplicable principalmente al tratamiento de los fibromas; pero, siendo mi objeto tratar solamente los de

histerectomía abdominal y sobre todo en relación con la afección de que me ocupo, pasaré á detallar los principales procedimientos.

Procedimiento de Caruso.—Este procedimiento ha sido descripto por la primera vez en los Anales de Ginecología y Obstetricia de 1894. He aquí en que consiste su manual operatorio: Una vez abierta la cavidad abdominal, precedida, naturalmente, de todos los cuidados de antisepsia necesarios, se va en busca del útero; inmediatamente se rompen las adherencias que tenga, abrazando después con pinzas de compresión el ligamento útero-ovárico, la trompa y el ligamento redondo. Después se practica una ligadura en cadena, seccionando en su intérvalo. Se procede á la formación de dos colgajos peritoneales. Para esto se practica una incisión semicircular sobre la superficie anterior del útero, cuyo punto culminante pase, cinco ó seis centímetros, por arriba del fondo de saco vésico-uterino, y hacia los lados descienda hasta el nivel de los ligamentos anchos, en el punto en que estos fueron seccionados. La incisión no comprende más que el peritoneo, el cual se desprende con el dedo para separar la vejiga del útero, hasta la implantación de la vagina sobre el cuello y poder palpar el labio anterior. Colocando después el útero en anteflexión forzada, se hace lo mismo sobre la cara posterior y á dos ó tres centímetros por arriba del fondo de saco vaginal posterior. Se separa la serosa y se rompen las adherencias útero-rectales. Hay que tener cuidado en que los colgajos peritoneales tengan el largo suficien-

te para evitar su desgarradura al suturarlos, si son cortos, ó su mortificación por falta de nutrición si son demasiado largos. Manteniendo el útero levantado se completa hacia los lados la ligadura parcial de los ligamentos anchos colocando dos nuevos hilos de seda. Estos abrazan el resto del ligamento que en este punto, por la formación de los colgajos peritoneales se encuentra privado de serosa y las ligaduras están destinadas á asegurar la hemostasis de la arteria uterina. Debe tenerse cuidado al hacer esta ligadura de no comprender ó lastimar el uréter. La ligadura de la arteria uterina pudo haberse efectuado también al principio de la operación. Se toma enseguida, con una pinza de Museaux, la pared anterior de la vagina, lo más cerca posible de su inserción uterina y se incinde hasta penetrar en su cavidad. Se prolonga la incisión, con las tijeras, de un lado al otro y transversalmente sobre la extensión de la pared anterior, aplicando pinzas de Pean sobre los vasos que sangran. Se cortan los fondos laterales, cuidando de no seccionar las ligaduras colocadas y, por último, el fondo de saco posterior.

Para evitar una hemorragia secundaria, es conveniente hacer la ligadura aislada de los vasos mas gruesos.

Se sutura el orificio vaginal introduciendo la aguja 5 ó 6 milímetros por debajo del borde externo de la superficie de sección de la pared vaginal posterior, atravesando la serosa y muscular solamente, para salir en el borde indicado, respetando siempre la mucosa. Se cruza el orificio y se introduce la aguja en la pared

vaginal anterior, del mismo modo que en la posterior, pero en sentido contrario. El comienzo de la sutura puede hacerse indiferentemente á derecha ó izquierda. Al terminar la sutura, las superficies de sección de la vagina vienen á estar en contacto inmediato. Con seda ó catgut se hace una sutura contínua ó á puntos separados, reuniendo los dos colgajos peritoneales desde un ligamento ancho al otro de manera que queden completamente cubiertos con la serosa, el pedículo vaginal y la mayor parte posible del pedículo de los ligamentos anchos.

Por último se cierra la cavidad abdominal.

Procedimiento Americano.—Una gran parte de los cirujanos de Estados Unidos de Norte América, entre ellos Polk, Krug, Eastman, Boldt, Kelly, etc., practican este procedimiento. Su manual operatorio es de una sencillez admirable. He aquí segun Segond, que se ha hecho un vulgarizador apasionado de este procedimiento, en qué consiste. El útero y los anexos son extirpados de izquierda á derecha. Se secciona primero el ligamento ancho, después de haber desprendido las adherencias y buscado los anexos. La arteria útero-ovárica es ligada hacia afuera y tomada del lado del útero con una pinza hemostática. Se secciona todo el ligamento ancho de arriba abajo hasta la arteria uterina, una vez reconocida esta, se liga del lado externo, se toma con una pinza del lado del útero y se corta entre el hilo y la pinza. Se incinde la vagina del lado del fondo de saco lateral correspondiente, el izquierdo. El cuello es tomado con una pinza y

llevado hácia arriba y á la derecha, librado adelante y atrás, teniendo la precaución de cortar sobre las caras anterior y posterior un colgajo peritoneal de largo suficiente. Cuando el cuello está separado completamente de sus adherencias vaginales, se percibe la arteria uterina del lado derecho, es ligada, y el ligamento ancho es seccionado de abajo arriba y de izquierda á derecha. La arteria útero-ovárica derecha es ligada como la izquierda. Una vez extirpado todo el útero comprendidos los anexos, se completa la hemostasia y se termina haciendo una sutura en jareta, con catgut ó seda.

Procedimiento de Doyen.—Tres tiempos comprende esta operación, helos aquí:

1.er, tiempo. *Incisión de la pared abdominal y extracción del tumor arriba del pubis.* La enferma colocada en la posición de Trendelemburg, la pared abdominal es incindida del pubis hácia el ombligo lo suficientemente necesario para la extirpación del tumor. El peritoneo es abierto y tomado con pinzas ó ansas de seda y el tumor siendo recubierto por una compresa se perfora en su centro con un tirabuzón especial y es llevado hácia afuera. Se rodea ó se aisla el intestino con compresas y se procede á la extirpación del tumor. Como se ve este tiempo es sobre todo referente á los fíbromas.

2.º, tiempo. *Extirpación del útero y hemóstasis de sus adherencias pelvianas.* La extirpación del útero cuando el ha podido ser fácilmente tirado fuera del vientre debe ser practicada muy rápidamente sin he-

móstasis primitivo: una larga pinza curva introducida en la vagina que ha sido préviamente desinfectada es llevada por detrás del cuello de manera que la extremidad de sus ramas vengan á hacer saliencia lo mas arriba posible en el fondo de saco posterior. La altura exacta de la inserción posterior del cuello encontrándose así determinada al nivel de la pared anterior del fondo de saco de Douglas, una ansa de seda es inmediatamente pasada á un centímetro próximamente debajo del punto donde la vagina va á ser abierta. Esta ansa tiene por objeto, al terminar la operación llevar y mantener alto el borde posterior de la herida peritoneal y facilitar el cierre del orificio vaginal.

El fondo de saco de Douglas es incindido longitudinalmente sobre la salida de la pinza, con bisturí ó tijeras, y empujada fuertemente, por el ayudante que la introduce, penetrando así en el perítoneo. Hecho esto, la pinza es abierta y por el ojal así agrandando el operador introduce su dedo índice y palpa el cuello que toma con una *erina* especial construída por Collin bajo la dirección del Dr. Doyen. Este cuello sólidamente mantenido por la *erina* es tirado y aparece entre los bordes de la incisión vaginal. Con tijeras se corta á cada lado al contacto del tejido uterino libertándolo de sus adherencias laterales á la porción del ligamento ancho. Bien pronto se eleva por las tracciones de la pinza *erina*, que lo lleva vigorosamente hácia arriba. El fondo de saco vaginal anterior se hace visible, el labio anterior, si es necesario, se toma con una pinza de Museaux, hecho lo cual se lo desprende

totalmente de la vagina por medio de tijeras, teniendo cuidado de no arrastrar la vejiga juntos con el cuello del cual se la separa con el dedo.

El útero no presenta mas que sus conexiones vasculares laterales. Para desprenderlo enteramente se introduce á la derecha, arriba del ligamento ancho, el índice izquierdo, se perfora el perítoneo vésico-uterino y se termina con el dedo encorvado en gancho el desprendimiento del ligamento ancho derecho. Este último es tomado por el ayudante entre los dedos y cortado entre los anexos y el útero. El tumor es entonces rápidamente basculado hácia la izquierda. Se hace lo mismo con el ligamento ancho izquierdo, que es tomado por el cirujano, y de esta manera el tumor es ya enteramente desprendido y en las manos del ayudante.

En los casos favorables, apenas si algunos pequeños chorros de sangre proveniente de las uterinas, las útero ováricas y de dos ó tres arteriolas accesorias aparecen en el momento de la extracción del útero. Esto se obtiene siempre que se tenga cuidado de rasar el tejido uterino, pues de este modo la sección se lleva, no sobre el tronco mismo de la uterina ó de la arcada útero-ovárica, pero sí sobre sus ramas internas de mucho menor diámetro.

Con respecto á la hemóstasis diré que Doyen ha demostrado que se puede, hasta este momento, abandonar sin hemóstasis el campo operatorio, donde sangran apenas unas arteriolas de pequeño calibre. Una ligadura hecha circularmente al pedículo prévia trans-

fisión y debajo de los anexos derechos, permite la extirpación. Los izquierdos son ligados y extraídos á su vez. Las extremidades de estos hilos son tomadas con una pinza hemostática. Las uterinas y las ramas principales, que han sido tomadas con pinzas despues de la extirpación del útero, son ligadas aisladamente.

La cavidad pelviana es secada, se observa á menudo todavía, una pequeña hemorragia al nivel de la sección vagino-peritoneal posterior; el borde correspondiente es tirado hácia arriba con ayuda del ansa de seda colocada en este punto antes de la abertura de la vagina, la mucosa vaginal es tomada á su vez con pinzas y se la aproxima mediante algunos puntos de sutura. Las extremidades de las ligaduras de los pedículos útero-ováricos son entonces tirados hácia la vagina con ayuda de la pinza curva que ha sido introducida al principio de la operación para perforar sobre ella el fondo de saco posterior, y por último no queda otra cosa que cerrar el peritoneo pelviano.

3.er Tiempo.—*Cierre del perítoneo pelviano.* Se toma con una pinza de dientes el pedículo tubo-ovárico izquierdo, se pasa una aguja que atraviesa sucesivamente dicho pedículo, despues pequeños pliegues del peritoneo posterior y en fin el pedículo derecho. Se circunscribe de esta manera la semi-circunferencia posterior de la herida peritoneal. La misma operación se repite con la semi-circunferencia anterior tomando en esta el perítoneo vesical. Al hacer estas suturas hay que tener cuidado de no herir los vasos que han sido ligados y que inundarían de sangre el campo

operatorio. Los repliegues serosos circuscritos por las ansas de seda son fruncidos en bolsa y anudados con doble nudo. Se hace la *toilette* del perítoneo que recubre el fondo de saco de Douglas y se cierra la cavidad abdominal en dos planos, segun Doyen, el primero sero aponeurótico hecho con seda, el segundo, que comprendé la piel, con crin de Florencia y á puntos separados.

Procedimiento Wertheim.—Este procedimiento ha sido publicado en la Revista de Ginecología y Cirujía abdominal de Pozzi, en el año 1901, por D. Stapler.

El autor convencido de la imposibilidad de desinfectar una vagina llena de masas cancerosas renuncia á toda antisepsia prévia de la vagina, lo mismo que al curetaje y cauterización del cáncer con termo cauterio.

El abdómen es perfectamente lavado y desinfectado, el enfermo es puesto en la posición declive. Se practica la incisión que va desde el ombligo hasta la sínfisis, se apartan bien las paredes y se vé, principalmente en las enfermas flacas, transparentarse el uréter en el borde de la pequeña pélvis (línea innominada). Se levanta, entonces, el perítoneo sobre el uréter, con dos pinzas, y se corta con precaución. Esta incisión se prolonga hácia el *parametrium*; del otro lado se hace lo mismo. Bajando el útero, se corta sobre su parte anterior el perítoneo y se desprende la vejiga.

Los ovarios son levantados siempre despues de la ligadura de los ligamentos redondos é *infundibulo pelvianos* de cada lado.

Se llega al punto donde el uréter cruza la arteria uterina; el uréter siendo siempre visible, es fácil evitar su herida pasando el dedo á lo largo de este órgano en el *parametrium*, para aislar la arteria uterina y ligarla. Efectuado esto se atrae fuertemente el útero, lo que permite ver los ligamentos útero racros converger y tenderse, se los liga muy cerca del recto antes de cortarlos.

Vigilando constantemente el uréter se levanta el máximun posible de tejidos *paramétricos*; se separa el recto de la vagina y á partir de este momento es bastante fácil aislar la vagina en toda su extensión, casi hasta la vulva, esto se hace con tijeras ó simplemente con los dedos. Una vez hecho este aislamiento se toma el útero y la vagina colocando despues de cada lado y cerca de la vulva una fuerte pinza acodada. Estas pinzas cierran completamente la vagina debajo del cuello. Ha llegado el momento en que se puede proceder á la limpieza de la vagina. Efectuada esta, se secciona la vagina entre las pinzas y la vulva, resultando que la extirpación del útero con sus anexos, así como del *parametrium* y de la vagina ha sido hecha sin que la herida haya estado en contacto con la menor particula cancerosa: un ingerto meoplásico es absolutamente imposible en estas condiciones.

Queda todavía que hacer la hemostasia de los vasos hemorroidales y la investigación de los gánglios que pueden estar atacados, cuya extirpación se practica.

Despues de efectuado esto se reconstituye el piso peritoneal, de la pequeña pelvis, reuniendo el peri-

toneo de la vejiga con el del recto, por algunos puntos aislados y cubriendo los uréteres con los colgajos peritoneales laterales; debajo queda la porción de gasa que conduce las secreciones á la vagina.

No queda mas que cerrar la cavidad abdominal la que se hace en tres planos y á puntos aislados. Todas las ligaduras y suturas son hechas con seda.

Ahora creo conveniente detallar el manual operatorio empleado por el doctor Corbellini en las dos enfermas cuyas historias van al final de esta tésis.

El procedimiento es una combinación de los métodos de Caruso ó Kelly, cuyos tiempos sigue en su primera mitad y el de Wertheim que imita al final, agregando la sutura de la vagina y perítoneo para hacer, de esa manera una operación completamente terminada de la que la enferma debe curar por primera intención.

Se empieza por hacer, en los cuatro ó cinco días que preceden al de la operación, una rigurosa antisepsia de la vagina. Despues se procede á la abertura del abdómen en la línea media sub-umbilical, se exploran los anexos que pueden estar sanos ó enfermos. Si están sanos se coloca una pinza afuera de ellos, se practica una ligadura mas afuera aun, esta ligadura encierra la arteria útero-ovárica y la del ligamento redondo; despues se secciona entre la pinza y la ligadura. Lo mismo se hace del otro lado. Enseguida se incinde transversalmente como Caruso el perítoneo uterino anterior, se separa este perítoneo de la matríz y con él la vejiga y los uréteres; se desprende

despues el perítoneo posterior. Las arterias uterinas han quedado á descubierto; se las liga á uno ó dos centímetros por fuera de la matríz, se coloca del lado del cuelio una pinza hemostática y se corta entre la pinza y la ligadura. Hasta aquí pues las maniobras son idénticas á las de Caruso.

Llegado sobre los fondos de saco vaginales se disecan las paredes de la vagina hasta dos ó tres centímetros por debajo del nivel del hocico de tenca. Se cierra la vagina por medio de dos pinzas *clamps* acodadas, á la manera de Wertheim y se corta la vagina por debajo de las pinzas. Utero, vagina y anexos forman entonces una masa que es extraída en totalidad sin haber tocado para nada el cáncer y sin haber abierto la cavidad, siempre infecta de la matríz. Solo se ha abierto la vagina que ha sido anteriormente desinfectada con prolijidad, y se la abre lejos del cuello uterino, es decir, lejos del tumor, fuente de infecciones y de ingertos. El Dr. Corbellini agrega á todas estas maniobras la sutura de la vagina seguida de sutura de los colgajos peritoneales, haciendo por consiguiente una operación bien concluída. Se termina por la sutura en tres planos de la pared abdominal.

Si los anexos estuviesen enfermos entonces en lugar de seguir en los primeros tiempos la práctica de Caruso se debe proceder como lo hace Delagénière, es decir extirpar los anexos entre dos pinzas colocadas perpendicularmente la una á la otra y seguir despues la técnica que acabo de describir.

Discusión y conclusiones

Recorriendo esta tésis se habrá tenido ocasión de notar que tanto al hablar de la histerectomía vaginal como de la abdominal, solo he descrito los procedimientos más modernos y principalmente más en relación con el tratamiento del cáncer del cuello de la matríz objeto del presente trabajo.

Particularizándome con cada sistema, empezaré con las histerectomías vaginales que exprofesamente y siguiendo un orden de progreso científico he colocado antes de las histerectomías abdominales. Pero analicemos esta clase de operaciones y tendremos, tomando todas menos el procedimiento de Delagèniere, que estos procedimientos son defectuosos por las siguientes razones: en primer lugar se opera por una vía infectada, pués es absolutamente seguro que jamás se podrá hacer la antisepsia de una superficie ulcerada, supurante muchas veces, y á la que cuesta trabajo llegar. Además las paredes de la vagina siempre quedarán conteniendo gérmenes infecciosos en los intersticios donde los antipséticos no penetren; en segundo lugar el cuello atacado por el neoplasma es to-

mado con pinzas, desgarrado muchas veces y de ahi la facilidad de un ingerto canceroso en las regiones cercanas, circunstancia comprobada muchas veces; en tercer lugar, se abre la cavidad abdominal operando en un terreno séptico y después de manosear el cáncer.

En cuanto al procedimiento de Delagénière merece que se le dedique una atención especial por su manual operatorio. Este procedimiento dedicado, por su autor, al tratamiento del cáncer del cuello de la matríz, tiene una ventaja de inmenso valor sobre los procedimientos antes descritos. En efecto, la confección de un capuchón vaginal que cubre al cuello enfermo es un excelente preservativo de los ingertos. Pero la disecccción de este colgajo es muy difícil practicarla, habiendo que descender mucho la matríz, cosa que á veces no puede hacerse. Después viene la sección transversal del cuello, sección que puede llevarse todavía por algun núcleo canceroso y resultaría perdida la ventaja que se creía obtener. Por lo demás, suponiendo que no sucediera así, subsisten todos los demás inconvenientes referentes á las operaciones por vía vaginal. Antes de pasar á otra cosa quiero dejar sentado que á no existir la histerectomía abdominal, este sería el procedimiento más racional para operar el cáncer del cuello de la matríz.

Ahora vienen los diferentes procedimientos de histerectomía abdominal que tienen ventajas importantes con respecto á los ya citados. Ante todo se puede estar completamente seguro de la antisepsia efectuada

para abrir la cavidad abdominal, de manera que la operación viene á ser rigurosamente aséptica, ventaja inapreciable, pues que permite cerrar la cavidad abdominal: es decir se puede hacer la operación completa.

Pero todos estos procedimientos, exceptuando el de Wertheim, tocan el cuello enfermo, en el curso de la operación; en cambio en este último se saca esta parte de la matríz, con la porción que se crea conveniente de vagina y esta envolviendo el cuello, de manera que un ingerto neoplasico es absolutamente imposible, desde que el tumor no haya invadido la pelvis.

Wertheim ha ideado su operación para los casos avanzados en que el tumor del cuello está ya propagado á la vagina y al *parametrium*; envuelve el uréter que hay que disecar y expone así á la necrosis; adhiere quizás á la vejiga que ha sido mas de una vez desgarrada durante la operación y que se ha propagado ya á los gánglios pelvianos. Se hace así una operación sumamente grave cuyos resultados son bién poco satisfactorios. El mismo peligro del ingerto subsiste en el método de Wertheim, porque si bien es cierto que no se toca al cáncer en el cuello se lo toca en las masas del *parametrium* ó en los gánglios.

Las necrosis del uréter, las heridas de la vejiga y las resultantes de un traumatismo tan grande como es el vaciamiento de la pelvis son otras tantas condiciones que agravan considerablemente la operación. Además operando en casos tan avanzados resulta que se tiene la casi seguridad de la residiva próxima.

Todas estas grandes maniobras no tienen razón de

ser cuando se operan casos como los del Dr. Corbellini. En estos casos el tumor limitado no ha invadido el *parametrium*, deja libre y móvil á la matríz; no toca los uréteres ni la vejiga ni á los gánglios.

No habiendo el tumor invadido tantos tejidos no son necesarias ciertas maniobras, como la disección del uréter que forma uno de los tiempos fundamentales de la operación de Wertheim, simplificándose considerablemente el manual operatorio. Hemos dicho que el Dr. Corbellini en los primeros tiempos de la operación sigue la práctica de Caruso porque la de Wertheim no es necesaria y que recién después de llegar á las paredes vaginales procede como este último autor. Por último el Dr. Corbellini ha tenido la felíz idea de suturar la vagina, lo que constituye una verdadera é importante innovación de inmenso valor, pues que permite dejar la operación concluída.

En conclusión:

La histerectomía abdominal es el método de elección en el tratamiento del cáncer del cuello de la matríz.

La histerectomía debe practicarse de la manera que lo ha hecho el Dr. Corbellini, es decir, practicando la operación de Wertheim con las modificaciones apuntadas, cuando todavía el cáncer no ha invadido los tejidos vecinos, único caso en que puede hacerse con suma simplicidad, una operación completa y aséptica.

Historias de casos

Servicio de Cirujía.—Hospital de Clínicas

I

C. D. de 45 años, casada, italiana;

Diagnóstico.—Cancer del cuello de la matriz.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Reglada á los 13 años con regularidad.

Casada á los 23 años, ha tenido 7 hijos sanos. El último parto data de 7 años.

Desde ese tiempo ha quedado enferma del vientre, quejándose frecuentemente de dolores en las caderas y en la región lumbar.

Un flujo blanco viscoso, mas ó menos abundante existe también desde esa fecha.

Ha sido asistida por muchos médicos que siempre le han dicho que tenía una inflamación de la matriz.

Estado actual.—Bien desarrollada y en buen estado de nutrición.

Se queja de dolores ilíacos y lumbares, de mareos

frecuentes, accesos de sofocación, palpitaciones é inapetencia.

No hay nada de anormal en los órganos esplánicos.

Orina normal.

Flujo vaginal abundante, sero-sanguinolento, con lijero mal olor.

El cuello de la matriz á la inspección presenta una ulceración que abarca toda la mitad derecha de su borde libre. Esta ulceración es de aspecto irregular, presentando salidas y depresiones caprichosas; sus bordes son completamente irregulares.

La palpación del cuello denota una induración de toda la región ulcerada y también de la no ulcerada.

Los fondos de saco faginales están completamente libres, la matriz es bien movible y la compresión del cuerpo por palpación bimanual es dolorosa.

Tratamiento.—Histerectomia abdominal total con resección de la vagina ocluida. Operación practicada el 10 de Marzo de 1902 por el Dr. Corbellini.

II

M. T. de 43 años, viuda, italiana.

Diagnóstico.—Cancer del cuello de la matríz.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Regló á los 14 años, las reglas han sido siempre regulares, duranban 3 á 4 días y la cantidad normal. Se casó á los 16 años. El primer parto se efectuó al año de haber contraído matrimonio, fué normal. Ha tenido 14 hijos, de los

cuales los tres últimos no nacieron á término, (uno á los 5 meses, los otros dos á los 6 meses).

Todos sus partos han sido normales. Desde los 14 á los 15 años dice que ha sufrido de vez en cuando palpitaciones, sobre todo después de fatigarse; por lo demás siempre ha sido sana.

Desde hace año y medio tiene flujo blanco abundante.

Hará como dos meses, en medio de la salud más completa, aparentemente, empezó á sentir dolores en la región hipogástrica, dolores que fueron aumentando de intensidad y que la obligaron á guardar cama. Poco después notó que á pesar de fuertes deseos de orinar, expulsaba poca cantidad de orina y la micción se acompañaba de ardor en la uretra. Contemporaneamente se hizo constipada. Este estado de constipación y disuria duró unos 5 días, después de los cuales se disipó por completo y hasta su entrada al hospital se han efectuado normalmente.

Estado actual.—Bien desarrollada y en regular estado de nutrición.

La enferma siente dolores lumbares, á veces con irradiaciones á los muslos, se acompañan de anorexia y decaimiento general Padece de palpitaciones é inapetencia.

Orina normal.

Flujo vaginal abundante.

A la inspección: cuello de la matriz con una ligera ulceración de bordes irregulares y fondo sanioso.

A la palpación: matriz movible, anexos libres, cue·

llo indurado, sobre todo en los alrededores de la ulceración.

Las demás visceras de la cavidad abdominal completamente normales.

Tratamiento.—Histerectomía abdominal total con resección de la vagina ocluida.

Operación practicada el 15 de Julio de 1902 por el Dr. Corbellini.

Buenos Aires, Marzo 26 de 1903.

F. N. Cabrera

Buenos Aires, Marzo 30 de 1903

Nómbrase á los Sres: Académico Dr. Jacob de Tezanos Pinto, Profesor titular Dr. Samuel Molina y Profesor suplente Dr. Fanor Velarde, para que, constituidos en Comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

J. T. Baca
Zenón Aguilar.

Buenos Aires, Mayo 26 de 1903

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis que antecede: — «En el local de la « Facultad á 15 de Mayo de 1903, reunida la Comi- « sión que suscribe, encargada de dictaminar res- « pecto de la admisibilidad de la tesis presentada « por el ex-alumno Sr. Francisco N. Cabrera, que « versa sobre «Tratamiento quirúrgico del cáncer del « cuello de la matriz», resolvió admitirla». Con lo que terminó el acto.

Firmados: J. de Tezanos Pinto.—S. Molina.—F. Velarde.—*Cárlos Robertson*, Pro-Secretario.

Zenón Aguilar.

Buenos Aires, Mayo 26 de 1903.

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría, el día en que haya de ser sostenida.

E. Uballes
Zenón Aguilar.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

1.ª Operación de Wertheim.

2.ª Tratamiento del prolapsus del útero.

3.ª ¿Dónde se efectúa la fecundación?