En seguida se substituyen las pinzas por ligaduras; cada ligamento ancho, previamente laminado con el angiotribo, se liga separadamente (empleo siempre la seda) por fuera de los anexos; hace unos nueve años que si la enferma es joven y alguno de los ovarios está completamente sano, lo dejo para que sirva de auto-opoterapia ovárica. Las uterinas se ligan aisladamente de los tejidos vecinos, y si al separar el útero no las dejo disecadas, creo preferible aislarlas luego; las demás arteriolas que sangran se ligan también, y no se da la hemostasia por terminada hasta que todo el campo operatorio queda exangüe.

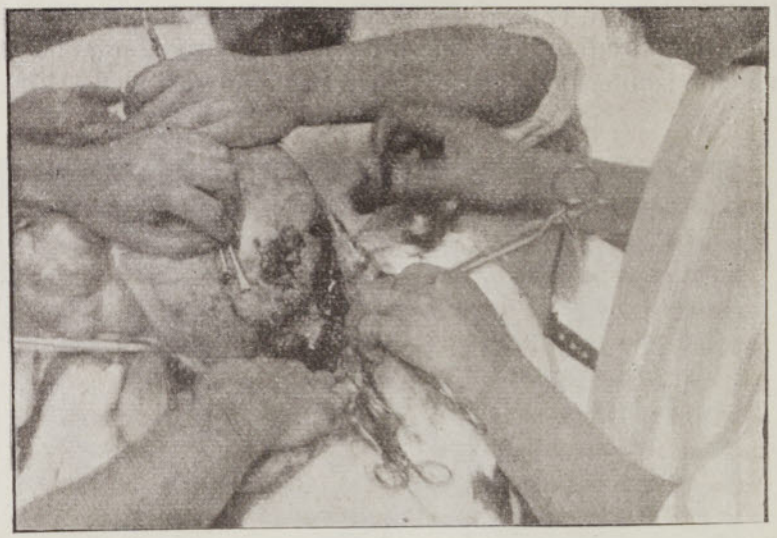


FIG. 171

Histerectomía abdominal. Desprendimiento del ligamento ancho derecho.

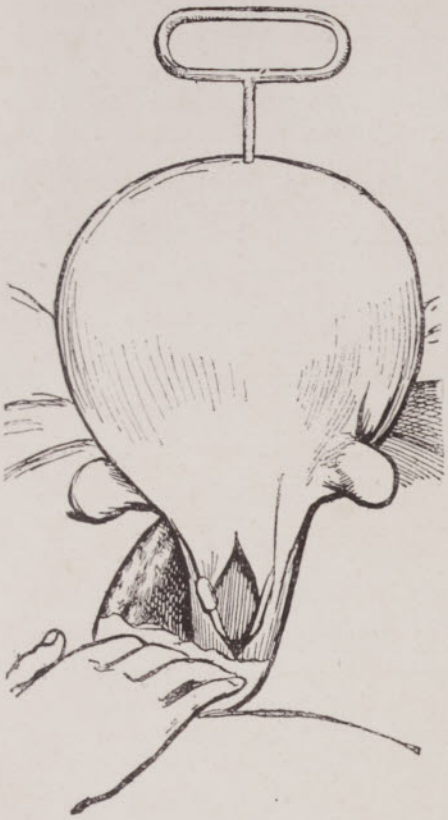
Sexto tiempo.— Comprende la peritoneización del suelo de la pelvis; en los primeros casos seguí la ténica de Doyen, invaginando los ligamentos anchos hacia la vagina y aplicando desde el abdomen una sutura circular. Encontrando algunas veces dificultades para ello, he preferido desde hace mucho tiempo cortar al ras los ligamentos anchos y ligaduras y practicar una sutura transversal de derecha á izquierda, haciendo de modo que los pedículos

FIG. 172

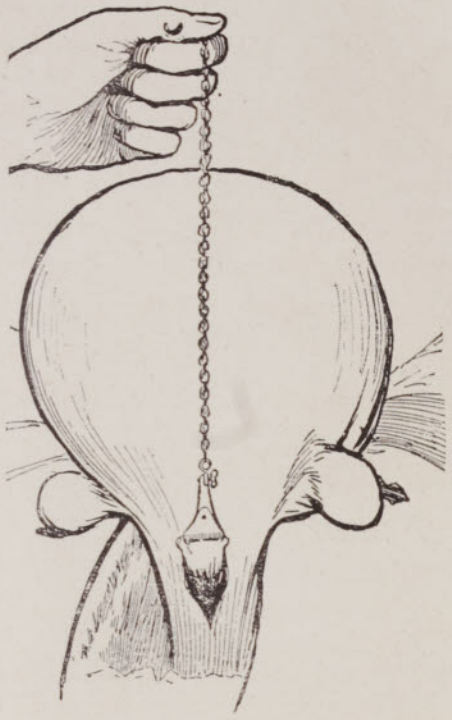
Histerectomía abdominal. Útero basculado á la izquierda y desprendimiento del ligamento del propio lado.

LÁMINA VI

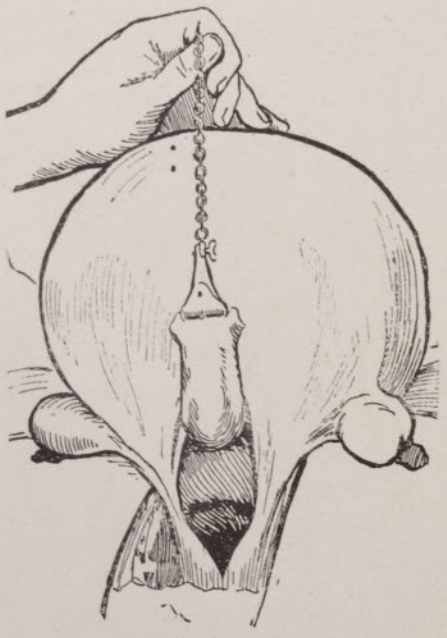
Histerectomía abdominal



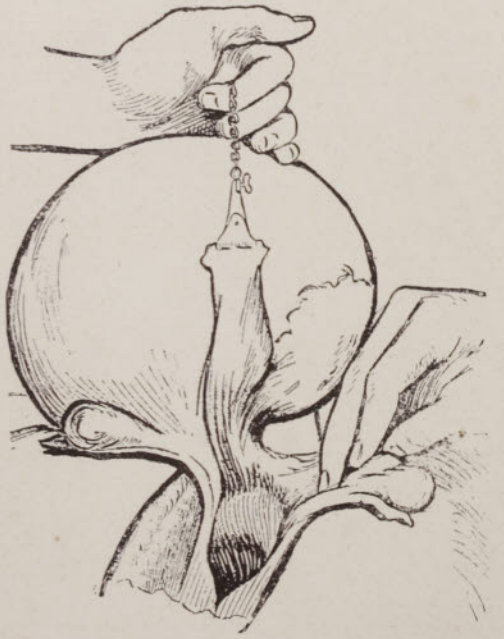
I.— *Abertura del fondo de saco de Douglas y pinza montada con el dedal que desde la vagina forma salida.*



II.— *Cadena cogida por el dedal desde el abdomen y que hace asomar el cuello por la abertura del Douglas.*



III.— *Cuello levantado y separado de sus inserciones vaginales, vesicales y paramétricas.*



IV.— *Ligamento ancho derecho desprendido; el útero queda sólo unido al ligamento ancho izquierdo.*

quedaran sub-peritoneales y sólo se viera en el fondo de la pelvis una línea de sutura transversal (1) (figs. 173 y 174).

Nunca he suturado la vagina, que dejo siempre abierta, y al través de la misma dejo siempre desagüe que lleve al exterior el rezumamiento del tejido celular pelviano. Aplico el desagüe pasando desde el abdomen á la vagina una gasa esterilizada, cuyo extremo abdominal queda rellenando y taponando el espacio sub-peritoneal; últimamente he visto á Doyen aplicar tres tubos de cristal, que salen por la vagina sostenidos por una gasa, para asegurar el desagüe; no me he convencido de que esto tuviera ventajas sobre el desagüe con

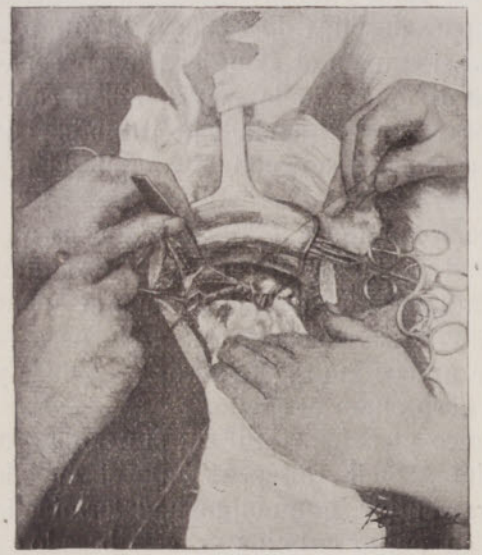


FIG 173

Histerectomía abdominal. Sutura transversal del fondo de la pelvis.

FIG. 174

Histerectomía abdominal. Peritonización del fondo de la pelvis, terminada mediante la sutura transversal.

simple gasa, así como la cantidad enorme de rezumamiento que en algunos casos lleva el taponamiento al exterior me ha convencido de su utilidad; por este motivo precisamente practico á veces la histerectomía total cuando por cualquier motivo juzgo indicado un buen desagüe.

Antes de cerrar el suelo de la pelvis, si es caso en que creo debe hacerse el lavado peritoneal, pongo la enferma plana y lo practico haciendo salir el líquido al través de la vagina; luego suturo el fondo de la pelvis, y nunca en un caso usual dejo taponamiento ni desagüe abdominal.

Tiempo complementario. — Consiste en cerrar la abertura abdominal como en los casos usuales, después de haber ligado las adherencias y reparado las heridas viscerales si las hubo.

(1) *Loc. cit.*, pág. 13.

Las dificultades que pueden presentarse dependen sobre todo de la topografía de los miomas y de las lesiones de los anexos. Los miomas bajos enclavados en la pelvis ó que se han desarrollado hacia el ligamento ancho, dislocan el útero ú obstruyen la entrada de la pequeña pelvis, dificultando el acceso al fondo de Douglas y la presa del cuello: se solventan sencillamente enucleando los miomas que estorban para descubrir el fondo de Douglas; esta enucleación tampoco exige hemostasia previa, aunque sean miomas voluminosos, á no ser en el caso que sea preciso cortar el ligamento ancho por encima, que puede obligar á pinzar la ovárica; siempre he logrado hacer asequible el cuello, aun en casos difíciles y miomas voluminosos. Las lesiones flogísticas de los anexos pueden ser una dificultad; si están hacia los lados y no privan de descubrir el fondo de Douglas, se deja su enucleación para después de extirpar el útero, y pueden entonces enuclearse sencillamente; si ocupan el Douglas, deben separarse antes aislándolos de sus adherencias al fondo de la pelvis, ó bien cambiando el procedimiento por alguno de los recursos que indicaré al hablar de las supuraciones de los anexos; varias veces he encontrado tal complicación y siempre me ha sido fácil triunfar.

Otra dificultad de la operación es la cortedad de los ligamentos anchos, que impide al útero ascender y bascular sobre el pubis; en tal caso se cortan antes los ligamentos anchos, sea entre pinzas, sea desgarrando el ligamento ancho por su base cerca del útero con el pulgar, y cogiéndolo entre dos pinzas para cortarlo luego; hecha igual maniobra por ambos lados, el útero se moviliza y se hace fácil el resto de la operación para desprender el cuello.

La técnica que acabo de describir parece atrevida y difícil; sin embargo, cuando se comprende bien, resulta expedita y fácil. Obsérvese que el método está basado en no practicar hemostasia preventiva, que obliga á determinada técnica engorrosa y á veces difícil, y que su punto culminante está basado en la manera de ir en busca del cuello; se penetra en la vagina al través del Douglas, región completamente libre de vasos y órganos importantes; los procedimientos similares, como los de Jonnesco y Richelot al abrir el fondo de saco anterior y el de Kelly al abrir el lateral, van al través de regiones peligrosas, en las que una anomalía ó adherencia accidental pueden poner bajo la tijera ó el bisturí la vejiga, el uréter ó la uterina.

Cuando se domina la técnica del método de Doyen, es fácil adoptar cualquier procedimiento sin necesidad de querer demostrar siempre que la hemostasia preventiva no es necesaria y que puede prescindirse de ella cuando el caso lo requiera.

Después de haber realizado docenas de veces el procedimiento típico tal como queda descrito, procedo ahora á la operación siguiendo una técnica que, no siendo esclava de ningún principio, me permite igualmente hacer una histerectomía total ó sub-total.

HISTERECTOMÍA SUB-TOTAL. — Consiste en no abrir la vagina, dejando tan sólo el cuello, que se corta lo más bajo posible.

Primer tiempo. — Laparotomía en Trendelenburg; aislamiento y extracción del tumor fuera del abdomen con el tirabuzón (lám. VII, 1): si el tumor es

muy grande, puede usarse el aparato de Reverdin, que lo mantiene alto gracias á una enorme pinza colgada de una polea; nunca he tenido necesidad de ello.

Segundo tiempo. — Inclinado el útero á la izquierda, liberación del ligamento ancho derecho, desgarrándolo con el pulgar sobre el borde mismo del útero y cogiéndolo entre dos pinzas (lám. VII, II, III, y lám. VIII, I); en seguida se va al lado del cuello del útero en busca del paquete vascular de la uterina, se coge entre dos pinzas y se corta aislando algo el extremo inferior (lám. VII, IV y lám. VIII, II).

Tercer tiempo. — Se bascula el útero á la derecha y se trata igualmente el ligamento izquierdo y el paquete de la uterina (lám. VII, III).

Cuarto tiempo. — Se bascula el útero, que después de este aislamiento asciende siempre mucho, contra el pubis, y con una tijera corto el cuello de atrás adelante hasta el intersticio útero-vesical (lám. VII, I, IV, y lám. VIII, IV): con una pinza de garfios se coge el extremo inferior del cuello. En seguida se separa el útero de la vejiga y del peritoneo de la cara anterior, que se desgarra dejando un colgajo bastante ancho; se puede, antes de cortar el cuello, circunscribir por delante el colgajo peritoneal con un corte transversal que permite á la vez apartar la vejiga desde delante empujándola y aislándola hacia abajo (lám. VIII, III). Al cortar el cuello debe hacerse de modo que la sección quede plana, y mejor si forma una V, recordando algo el procedimiento de Schrœder y Hoffmeyer. El bisturí, dando un corte oblicuo sobre la cara posterior y otro sobre la anterior, permite, quizás mejor que la tijera, dar á la sección del cuello esa forma excavada ó en V.

Esta manera de aislar el útero está perfectamente descrita en las obras de Schrœder (1) y su discípulo Hoffmeyer (2). Si de la descripción de dichos autores quitamos la aplicación temporaria del tubo elástico para hacer la hemostasia preventiva, que Doyen nos ha enseñado á despreciar, tendremos la operación casi típica que algunos recomiendan hoy como procedimientos personales y originales.

Quinto tiempo. — Se coloca la valva abdominal y se substituyen las pinzas de los ligamentos anchos y de los paquetes uterinos por ligaduras previa laminación con el angiotribo. Hecho esto, vemos que nada sangra, excepto muy ligeramente la superficie de sección del cuello.

Sexto tiempo. — Previa cauterización del conducto cervical con el termocauterio ó con un aplicador empapado en ácido fénico, se sutura la superficie de sección con tres ó cuatro puntos de delante á atrás que cierren el conducto cervical y lo dejen exangüe (fig. 175). Actualmente cierro el cuello con una sola aguja, aplicando dos puntos con la misma asa que se entrecruzan y cierran per-

(1) SCHRŒDER: *Organes genitaux de la femme*, págs. 269 y 332.
(2) HOFFMEYER: *Manuel de gynecologie operatoire*, 1889, págs. 255 y 278.

fectamente el cuello (fig. 176): reservo los puntos separados para cuellos muy anchos.

Séptimo tiempo. —Sutura transversal del peritoneo pelviano, dejando debajo de la sutura los muñones de ligadura y el cuello del útero; al nivel de éste se sutura el peritoneo anterior con la cara posterior del cuello: algo parecido á lo recomendado por Chrobak en su procedimiento (figs. 173 y 174).

FIG. 175

Histerectomía abdominal sub-total. Muñón del cuello uterino suturado.

Octavo tiempo.— Sutura abdominal.

Como se ve por esta descripción, la histerectomía sub-total es la supra-vaginal de los alemanes, que desde Schroeder vienen practicando, y que han perfeccionado Chrobak, Olshausen, Kustner y otros. La cuna y perfeccionamiento son, por tanto, alemanes.

La operación resulta rápida, exangüe y sin peligro de producir herida ninguna visceral ni dejar la vagina abierta: ésta queda cerrada por un resto de cuello que queda allí á manera de tapón ó de cúpula.

Si en vez de hacerse una histerectomía sub-total quiere hacerse una histerectomía total, no dejando ninguna porción de cuello, en el cuarto tiempo se clava la tijera dos centímetros más abajo, y en vez de correr por la substancia de la porción supra-vaginal del cuello, queda abierta la vagina aun sin necesidad de pinza vaginal que forme relieve, y al través de esta abertura se coge el cuello, se desinserta por los lados y por delante y queda terminada la operación con la vagina abierta en la parte alta. La única diferencia entre la total y la sub-total consiste en extraer ó dejar el muñón cervical; prefiero siempre aislar el útero de su parametrio siguiendo el principio de Doyen de atacarlo por detrás, que no es zona peligrosa.

En el método americano se hace lo mismo empezando por la derecha ó por la izquierda: se aisla el ligamento ancho según queda dicho (el derecho, por ejemplo), se busca la uterina correspondiente, se corta al través del cuello la porción supra-vaginal de derecha á izquierda; cortado el cuello, se bascula el útero á izquierda (fig. 177), se descubre la uterina izquierda, se pinza y corta, se desgaja el ligamento ancho izquierdo hasta el vértice y se corta, luego se procede á la hemostasia. Si por este método se quiere hacer una histerectomía total, se corta al llegar al cuello un poco más abajo en la vagina misma, queda ésta abierta, se coge al través de la abertura el cuello como en el procedimiento de Doyen, se separa por delante, por detrás y lado opuesto de sus ataduras vaginales y se bascula á la izquierda para seguir igual con los demás tiempos. Repito que prefiero atacar el cuello del útero, tanto en la total como en la sub-

LAMINA VII

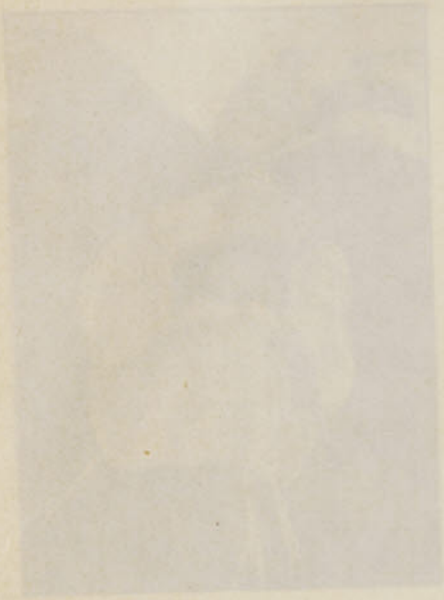
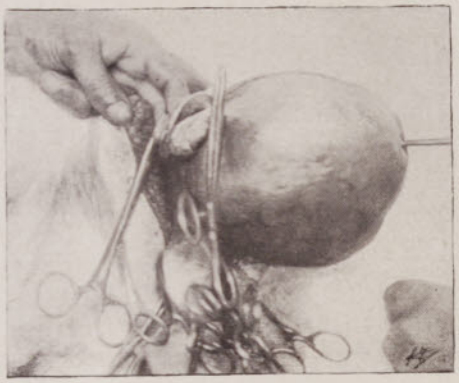


LÁMINA VII

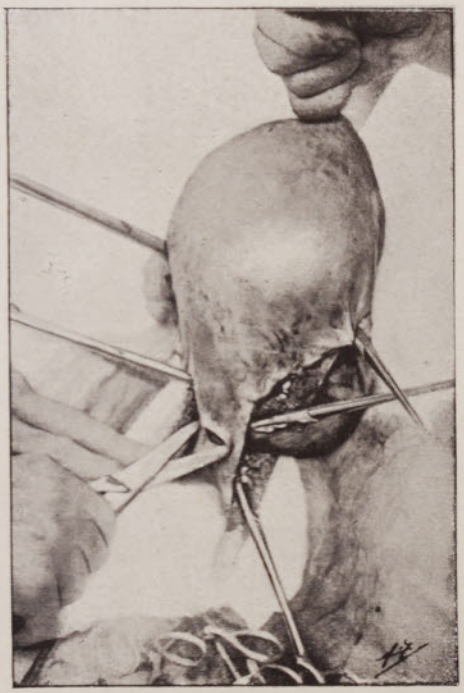
Histerectomía abdominal sub-total

I.— *Útero levantado con el tirabuzón y basculado sobre el pubis: á ambos lados ovarios y ligamentos anchos.*

II.— *Útero ladeado á izquierda para separar el ligamento ancho derecho.*



III.— *Ligamento ancho izquierdo cogido entre dos pinzas antes de cortarlo.*

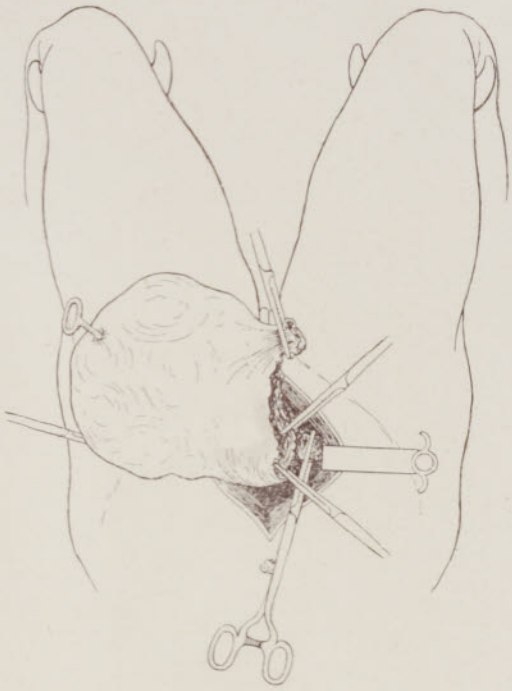


IV. — *Uterina cogida y cortada entre dos pinzas. Momento de cortar con la tijera el cuello.*

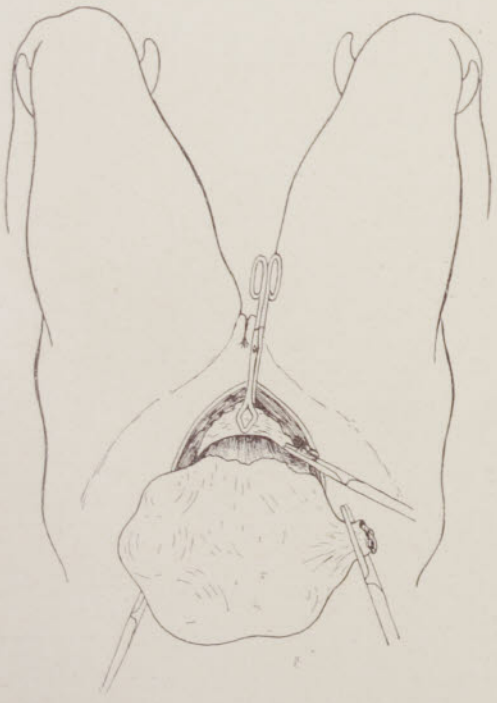
LÁMINA VIII

Histerectomía abdominal sub-total (Esquemáticas)

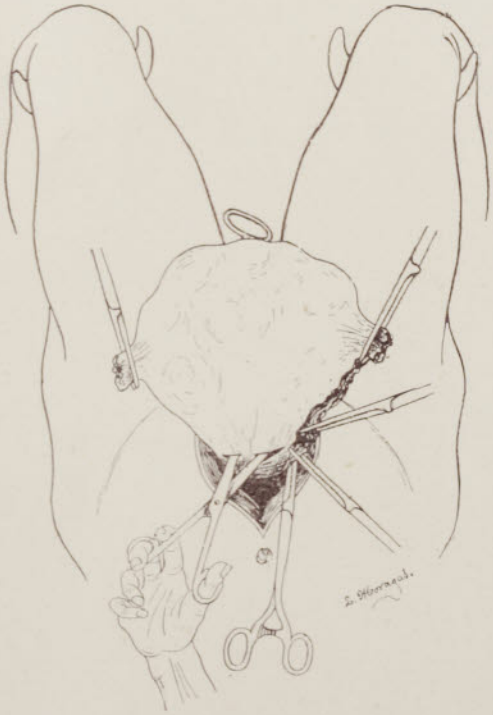
I.—*Liberación y pediculización del ligamento ancho derecho.*



II. — *Momento de coger la uterina entre dos pinzas.*



III. — *Disección y aislamiento de un colgajo peritoneal anterior y de la vejiga.*



IV. — *Momento en que, una vez aislado el útero, se corta el cuello.*

total, por detrás que no por los lados ni por delante; practíquese el corte más arriba ó más abajo, no han de preocuparnos los uréteres ni la vejiga: el espacio para el corte es grande y los tejidos que debe interesar nada peligrosos.

Esta técnica debe forzosamente sufrir modificaciones con la topografía del tumor, igual que ha de sufrirlas el procedimiento típico de Doyen, según dejo indicado; en los miomas enclavados que dislocan el útero ó despegan el ligamento ancho, poniéndose en contacto de los uréteres y apartando la uterina, no puede seguirse esta técnica precisa, sino que deberá enuclearse antes el mioma para colocar los órganos en su verdadera situación, y entonces habrá necesidad de modificar el procedimiento haciéndolo mixto con maniobras de uno y otro.

Los miomas del segmento inferior que llevan encima, á manera de casquete, un útero pequeño llenando la pelvis menor hasta sus paredes, son los que más cambios introducen en las relaciones de unos órganos con otros, y me he encontrado á veces en la imposibilidad de aplicar un procedimiento determinado por no poder pasar entre el tumor y las paredes pelvianas; alguna vez he incindido por en medio de la masa neoplásica para hacer la enucleación central del mioma y extirpar consecutivamente el útero, siendo á veces difícil apreciar dónde acaba el útero y comienza la vagina. Si el tumor del segmento inferior corresponde á la parte anterior, puede haber dislocado la vejiga hacia arriba levantando el fondo de saco peritoneal; entonces conviene disecar primero por delante, aprovechando todo el peritoneo posible de la cara anterior del útero miomatoso, para reconstituir luego el suelo pelviano y separar la vejiga de sus uniones con el útero introduciendo un catéter vesical que sirva de guía, y á veces otro vaginal, como me ocurrió en un caso, que sirve para abrir la vagina por delante y bascular el útero hacia atrás, para aislarlo del fondo de la pelvis.

FIG. 176

Sutura entrecruzada y con una sola asa, para el muñón del cuello uterino, en la histerectomía sub-total.

Pero indudablemente los casos más difíciles y que más obligan á modificar la técnica son los tumores intra-ligamentosos; recuerdo un caso que siendo del ligamento ancho izquierdo, había desplegado todo el peritoneo de la fosa ilíaca correspondiente y parte del mesocolon descendente; la S ilíaca serpenteaba sobre el tumor; el uréter, en contacto inmediato del mioma, quedó disecado en la longitud de 12 centímetros. En otro caso, también intra-ligamentoso del lado derecho, el ciego y el apéndice estaban en contacto de la cara inferior del híga-

UNIVERSITAT DE BARCELONA
Centre de Recursos per a l'Aprenentatge i la Investigació
Biblioteca de Medicina

do; el uréter aprisionado entre dos nódulos miomatosos unos diez centímetros, se rompió, y el tumor había levantado el peritoneo del fondo de Douglas, de la fosa ilíaca y la pared anterior del abdomen. Todas las variedades pueden presentarse, y en estos casos debe procederse á la enucleación por el camino que parezca más seguro y rápido. Enucleando el mioma, puede ocurrir que se encuentre un útero pequeño que pueda salvarse, ó bien que interesado el órgano, no pueda ser respetado, ó bien que la edad de la enferma no autorice á conservar una víscera ya inútil y que es un estorbo para la técnica; entonces termina la operación con una histerectomía, que en estos casos debe ser total, para asegurar el desagüe por la vagina.

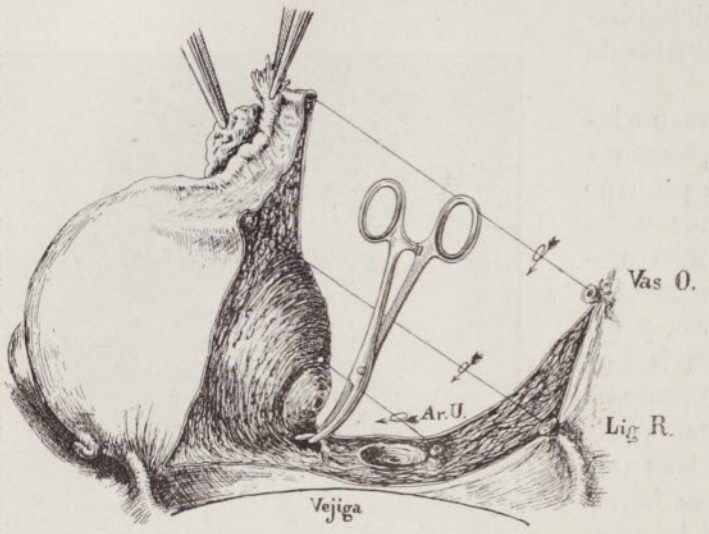


FIG. 177

Histerectomía abdominal de derecha á izquierda, según Kelly.

Tales variedades pueden presentarse, que no es posible señalar para cada una de ellas una técnica determinada, sino que el ginecólogo debe amoldarse sacando recursos de cualquier procedimiento, con tal de terminar la operación con la mayor brevedad compatible con la perfección técnica; debe saberse desentender de hábitos y procedimientos á los que esté acostumbrado, y saber poner en práctica la frase de: *mucho cirujano y poco procedimiento,* con lo que, y dados los recursos actuales, bien puede de cirse que no hay caso, por complicado que parezca, de *mioma inoperable.*

No he ensayado los procedimientos de hemostasia confiada exclusivamente á la angiotripsia ni la hemostasia termo-eléctrica. Me merecen el mismo juicio que para la histerectomía vaginal, y creo que, teniendo á mano procedimientos tan sencillos y seguros, no hay necesidad de substiuirlos por otros, *à priori* más inseguros y dudosos.

Entre los accidentes especiales que pueden ocurrir en la operación de la histerectomía, figuran, sin duda como preferentes, las heridas viscerales en el aparato urinario, ya en la vejiga, ya en los uréteres: esto ocurre particularmente tratándose de miomas intra-ligamentosos. Estos accidentes deben ser reparados inmediatamente suturando la vejiga ó practicando la urétero-cistoneostomía, si es el uréter el que se ha cortado. Siempre que he tenido que reparar una herida vesical, he aplicado dos planos de sutura continua: uno que adose los bordes de la incisión sin penetrar en la vejiga, y otro por encima que comprenda sólo capa muscular y atmósfera celular de la vejiga; coloco después

una sonda permanente; procediendo de esta manera siempre he obtenido resultados completamente satisfactorios.

Las heridas ureterales pueden ser simplemente aberturas laterales, hecho muy raro, que pueden obturarse por sutura lateral, ó secciones completas con ó sin pérdida de uréter. Si no hay pérdida de uréter, se lleva el extremo central del uréter hacia la vejiga, y en una abertura de ésta se enchufa el uréter, fijándolo por dos planos circulares de sutura entrecortada, que tengan cada uno cuatro puntos. Cuando hay pérdida de uréter, puede dislocarse la vejiga para llevarla á donde alcanza este último; en un caso con pérdida de 12 centímetros de uréter y desgarro de la pared posterior de la vejiga de unos 10 centímetros, suturé ésta en toda su longitud excepto su extremidad superior, disloqué la vejiga hacia el lado derecho y pude enchufar en dicho punto el uréter siguiendo el procedimiento indicado; al cuarto día falleció la enferma de infección, y en la autopsia pudo comprobarse que se habían unido perfectamente así la herida vesical como la anastomosis ureteral. Si no es posible llevar la extremidad hasta la vejiga ó ésta hasta aquélla, debe hacerse una nefrectomía, que podrá hacerse en la misma sesión si lo permite el estado de la enferma, ó bien dejar la extremidad del uréter hacia la piel para practicarla secundariamente: el enchufe del uréter al intestino hasta ahora no cuenta con casos en su apoyo para hacerlo viable.

En un caso en que quedó disecado el uréter unos diez centímetros, temí el esfacelo consecutivo y practiqué la hicterectomía total, de la que hubiera podido prescindir por ser el útero pequeño; efectivamente, á los diez y siete días sobrevino una fistula uretral sin consecuencias, porque fué fácil y amplio el desagüe por la vagina; á los cinco meses curó espontáneamente.

Los miomas pueden tener adherencias intestinales que sean motivo de heridas y reparaciones, que deberán hacerse siguiendo las prácticas corrientes en estos casos.

Las complicaciones y accidentes después de la láparo-histerectomía, son las corrientes en toda laparotomía, sólo que más frecuentes, porque más á menudo dan lugar á operaciones laboriosas. Por eso, con haber alcanzado gran benignidad, es todavía la operación ginecológica más grave que se practica, si exceptuamos la histerectomía abdominal por cáncer.

¿A qué procedimiento debe darse la preferencia: á la histerectomia total ó la sub-total? Después de un largo período en que practiqué la histerectomía total, hace unos ocho años que practico la sub-total en la mayoría de casos, pero no en todos. En buena práctica, no deja de ser una ventaja el no abrir la cavidad vaginal, más que por el traumatismo mayor que supone, para evitar una cavidad que puede ser origen de infección, aunque indudablemente se ha exagerado algo sobre el particular; pero al fin y al cabo es una ventaja, aparte de que la sub-total es más rápida. No me parecen justificados los recelos de Richelot y de otros que preconizan la histerectomía total para evitar la degeneración cancerosa del cuello; es cierto que se cita algún caso, pero son muy raros; en más de 250 histerectomías con conservación del cuello, no he visto un solo caso de degeneración; en una extraje á los ocho años un pólipo mucoso del conducto cervical.

Otro inconveniente señalado á la histerectomía sub-total es la facilidad con que las suturas pélvicas pueden infectarse y servir de focos de irritación peri-

toneal tardía que molesten á la enferma, cosa que no es tan fácil con la total, porque con la abertura vaginal hay desagüe y menos facilidad de infección; realmente en dos casos he visto esta complicación, que no ha ocurrido en ninguna de mis histerectomías totales, pero no me ha parecido el inconveniente de bastante monta para poder rechazar el procedimiento.

Practico la histerectomía total siempre que hay alguna alteración del cuello, que el mioma es del segmento inferior y no me permite hacer un corte limpio de la porción supra-vaginal, y siempre que quedan cavidades en el fondo de saco posterior ó en los ligamentos anchos, rezumantes y que necesitan desagüe; entonces la histerectomía total, dejando la vagina abierta, me permite taponarlas saliendo el taponamiento por la vagina, haciendo algo parecido á lo que más adelante describiré para la histerectomía abdominal en los casos de cáncer del útero.

¿Es menos grave la histerectomía sub-total? Así parece desprenderse de las estadísticas. La de Ricard, quien suma 207 casos á los 1.025 de la estadística de Longuet, sumando, por tanto, 1.232 histerectomías totales, da una mortalidad de 9'68 por 100. A las 826 histerectomías sub-totales reunidas por Longuet, añade Ricard 232, ó sea un total de 1.058 histerectomías sub-totales, con una mortalidad de 4'50 por 100. La estadística que publica Pozzi en su última edición (1907), comprende para la histerectomía total 951 casos de diez y nueve autores con 118 defunciones, ó sea un 12'4 por 100 de mortalidad, y para la sub-total 1.120 casos de doce autores con 71 defunciones, ó sea 6'3 por 100 de mortalidad (1). Doderlein (2) da una estadística de 1.409 totales con 129 muertos ó sea 9'1 por 100, y 689 sub-totales con 32 defunciones, ó sea 4'6 por 100. Como resultados personales obtenidos en la clínica de Tubinga por el mismo Doderlein, señala 62 sub-totales con 1 defunción y 170 totales con 6.

Mis resultados personales van en el cuadro adjunto, que comprende tres períodos. El primero, de 10 años, desde 1884, en que practiqué mi primera histerectomía, haciendo pedículo externo por el método de Hegar, hasta 1894, con todos los casos irregulares y atípicos, y algunos en que empleé procedimientos de tanteo, como la hemostasia con pinzas vaginales y alguno de ligadura elástica perdida; el segundo de 1895, en que adopté la técnica definida de la histerectomía total, hasta 1904 inclusive, comprendiendo ya bastantes casos de subtotal, notándose principalmente la mejora debida á una técnica precisa y á la supresión del pedículo; el tercero desde 1905 á 1909 inclusives, en el que doy la preferencia á la sub-total y coincide con la introducción en mi práctica de los guantes y otros perfeccionamientos asépticos, á los que más que á la técnica atribuyo la mejora.

De 1884 á 1894—	67	laparatomías	por	mioma—	14	defunciones—	20'8	por 100 de mortalidad
De 1895 á 1904—	102	»	»	»	8	»	8	» »
De 1905 á 1909—	200	»	»	»	4	»	2	» »

Las de estos dos últimos períodos en que he adoptado una técnica que casi puede considerarse definitiva, se descomponen como sigue, por lo que respecta

(1) *Loc. cit.*, pág. 751.
(2) *Loc. cit.*, pág. 457.

á las distintas clases de intervención, y para que cada cual pueda sacar enseñanzas de los resultados.

De 1895 á 1904 (inclusives)	Histerectomía total. . .	66,	curadas	60,	fallecidas	6,	mortalidad	10	por 100
	Histerectomía sub-total. .	28	»	27	»	1	»	3'5	»
	Operaciones conservadoras	8	»	7	»	1	»	12'5	»
De 1905 á 1909 (inclusives)	Histerectomía total. . . .	16	»	14	»	2	»	12'5	»
	Histerectomía sub-total. .	166	»	164	»	2	»	1'2	»
	Operaciones conservadoras	18	»	18	»	0	»	0	»

Para comprobar mejor el valor relativo de los métodos pueden agruparse en un sólo cuadro, en el que figure sólo la influencia del método y no la de los perfeccionamientos asépticos.

De 1895 á 1909 (inclusives)	Histerectomía total. . . .	82,	curadas	74,	fallecidas	8,	mortalidad	9'7	por 100
	Histerectomía sub-total .	194	»	191	»	3	»	1'5	»
	Operaciones conservadoras	26	»	25	»	1	»	1'2	»

Si alguna causa de error puede haber en estas agrupaciones es ciertamente en contra de la histerectomía total, por la sencilla razón de que actualmente sólo recurro á ella en casos de excepción, que por lo regular son los más graves: así se comprende que en los últimos tres años he podido hacer una serie de más de 100 histerectomías sub-totales sin una sola defunción (43 en la clínica oficial y 71 en mi clínica privada).

Se comprende que con los brillantes resultados que nos proporciona la vía abdominal, la vía vaginal va perdiendo terreno: sin embargo, quien creyera que debe abandonarse no estaría en lo justo. Para aquellos casos discutibles, ya que la gravedad pueda influir poco en la preferencia, recuérdese que un parto posterior, si es operación conservadora, y la ausencia de cicatriz abdominal, si es histerectomía, abonan en pro de la vía vaginal que aun hoy debe aplicarse cuando los casos sean á propósito para ello.

Miomas y embarazo.—Aunque no sea frecuente la concepción en casos de miomas, tampoco es tan rara que todo ginecólogo de práctica algo extensa no haya tenido ocasión de luchar con tal coincidencia y no deba estar prevenido de los problemas que pueden plantearse.

Sin duda que un gran número de embarazos con miomas siguen un curso normal y el parto se realiza fácilmente, pero otros muchos resultan modificados y alterados por la existencia del mioma.

El aborto, el parto prematuro, inserción viciosa de la placenta, retroflexión é incarceración del útero y hemorragias accidentales son los fenómenos que se han observado durante el embarazo por causa de la coexistencia de miomas.

Durante el parto, las presentaciones viciosas son una de las consecuencias más frecuentes. De las estadísticas de Susserott, Toloczinow, Lefour y Nauss resultan por cada 100 partos 54 presentaciones de vértice (en vez de 95), 24 de nalgas (en vez de 3,1) y 19 transversales (en vez de 0,6). Los miomas que más influyen en estas presentaciones son los del segmento inferior. El fibroma puede por acción mecánica, aun teniendo lugar el parto espontáneamente, ocasionar la muerte del feto; Freund vió un caso de hundimiento del occipital; yo he visto

uno en que el feto nació muerto por aplastamiento de la cabeza y hundimiento del parietal derecho; se trataba de un mioma de la pared anterior y segmento inferior. Distocias variadas, que pueden llegar hasta el parto irrealizable, se ofrecen sobre todo en los del segmento inferior, teniendo particular importancia los retro-uterinos, que se presentan como mioma previo.

Durante el puerpuerio pueden ser causa de retención de placenta, hemorragias graves y aun mortales. Recuerdo que hace doce años fuí llamado con urgencia para una recién parida; hacía veinticuatro horas que había expulsado un feto y quedaba la placenta con un útero muy voluminoso que creían era un segundo feto; la enferma estaba agónica por hemorragia, y al practicar la exploración encontré la placenta retenida é implantada sobre un voluminoso fibroma intersticial; la enferma falleció durante la exploración. He visto dos casos más de parto prematuro con mioma y retención placentaria, ambos terminados fatalmente por infección.

A pesar de todos estos peligros reales y positivos, no está autorizada una indicación preventiva ó profiláctica, y no bastará que diagnostiquemos la existencia de un mioma con un embarazo para que, con objeto de evitar las complicaciones dichas, sentemos la indicación de intervenir: durante el embarazo, porque con la intervención favoreceremos el accidente más frecuente, cual es el aborto; durante el parto, porque muchos fibromas que parecía debían ocasionar una distocia grave, permiten un parto espontáneo, sea reblandeciéndose, sea reduciéndose por elevación y dejando libre el paso al feto; y durante el puerperio, porque si los accidentes no se presentan debemos recordar que las intervenciones en este período son sumamente graves.

Así es que, por regla general, por el solo hecho de coexistencia de un embarazo con mioma no hay indicación, y deben aguardarse los acontecimientos para obrar según se presenten.

Existen, con todo, casos particulares en los que se presentan síntomas de intolerancia ó complicaciones que obligan á intervenir sin aguardar el desarrollo de los acontecimientos, y otros en que se presenta el problema de manera que se prevé una complicación segura para el momento del parto.

Cuando un mioma sub-peritoneal pediculado ó sesil se inflama ó provoca muchos dolores, ó su volumen determina fenómenos de compresión durante el embarazo, existe indicación de intervenir, á veces con urgencia. El útero es más tolerante de lo que parece para estas intervenciones. Teniendo en cuenta que están en juego dos vidas y que hemos de procurar salvar las dos, conviene saber si dada una indicación urgente podemos contar con la tolerancia del útero y si podemos practicar ciertas operaciones conservando el producto de la concepción.

En 1899 (1) ví una enferma en la que diagnostiqué un embarazo al quinto mes y un mioma del lado derecho del útero. Tenía la enferma síntomas de peritonitis y el tumor era extremadamente sensible; el feto estaba vivo, y los síntomas locales y generales, en vez de ceder, iban en aumento, por lo que decidí practicar la laparotomía de urgencia con ánimo de practicar la histerectomía total si no podía hacer ginecología conservadora. Encontré un mioma en vías de esfacelo bastante voluminoso, que pesó 2.000 gramos, implantado en el fondo

(1) *Comptes rendus du Congrès d'Amsterdam*, pág. 433.

y cuerno derecho del útero, con una base de implantación de 10 á 12 centímetros; incindí la cápsula ovalmente y practiqué la enucleación; una delgada capa de tejido muscular separaba el fondo de la herida de la cavidad del útero; la hemorragia era bastante regular, pero se cohibió con la sutura entrecortada; las primeras veinticuatro horas tuvo la enferma cólicos uterinos que cedieron al láudano y á la morfina, y á los nueve meses parió sin contrariedad un feto vivo.

Este caso demuestra cómo puede hacerse, aun durante el embarazo, la enucleación de miomas conservándose el producto de la concepción. Holshausen (1) ha reunido 21 casos curados de enucleación de miomas operados durante el embarazo por laparotomía, de los que tan sólo en ocho sobrevino el aborto; esta estadística comprende sólo casos operados desde 1885. En otra estadística del mismo autor, también desde el año 1885, reune 22 casos curados de miomectomía simple por miomas pediculados, en los que sobrevino el aborto tres veces. La proporción de casos en que el embarazo sigue su curso autoriza, por tanto, siempre que hay indicación, á practicar la extirpación del mioma, conservando el útero.

Con todo, los casos en que será posible hacer una operación conservadora, siempre serán los menos, y la mayor parte no podrán resolverse más que en el momento de la intervención, lo que viene á dar mayor valor al principio, profesado por todos los autores, de que durante el embarazo las indicaciones de intervención serán muy pocas. Efectivamente, es necesario que la indicación sea muy premiosa, como en el caso que ya he citado, para realizar la intervención quirúrgica, puesto que si no es posible la operación conservadora, debe recurrirse á la histerectomía, lo que significa el sacrificio del producto de la concepción.

Atendiendo debidamente el ginecólogo á la vida del feto no aceptará la indicación más que cuando sea vital; en los demás casos, que son la inmensa mayoría, en que tiene espera la indicación, aguardará que el feto sea viable, y si la cosa no urge esperará los acontecimientos hasta la proximidad del parto, como hizo Gutiérrez en dos notables ejemplos (2). Aun en los casos dudosos puede esperarse que se inicie el trabajo, y no intervenir hasta que se vea el curso que éste sigue, pues no es raro, y testigos de ello son todos los ginecólogos, ver terminar felizmente un parto que por el volumen y topografía de los tumores parecía *á priori* absolutamente irrealizable. Esa espectación durante el parto ha de ser muy prudente, porque si se exagera, como en un caso que luego citaré, se pierden las buenas circunstancias para salvar ambas vidas; debe intervenirse antes que los efectos de la distocia se dejen sentir sobre el feto ni sobre la madre.

Sentada ya la necesidad de intervenir, sea en período de viabilidad del feto, sea en los últimos días del embarazo ó durante el parto, tenemos, para el primer caso, la provocación del parto prematuro, y en el segundo, distintas intervenciones tocológicas, como fórceps, versión, embriotomía, sinfisiotomía, operaciones á las que se recurría en épocas anteriores. Actualmente se resuelven

---

(1) *Enciclopedia de Ginecología*, tomo II, pág. 855.

(2) *Revue de Gynecologie et Chirurgie abdominale*, 1898, pág 615.

estos casos con criterio ginecológico y no tocológico, y se abandona la vía baja para ir directamente á la laparotomía, mucho más benigna para el feto y para la madre; véase cómo un tocólogo resuelve la cuestión; dice Pinard (1), en la discusión de la ponencia de Boursier *sobre las intervenciones quirúrgicas en los casos de distocia por fibroma* en el Congreso de Nantes, en Septiembre de 1901: «si con una dilatación completa no tiene lugar el descenso del feto, nada de sinfisiotomía ni de fórceps ni versión, sino intervención por la vía alta.»

Por otra parte, el parto prematuro hacia el séptimo mes tampoco es aceptable, pues de la estadística de Kirscheimer resulta un 40 por 100 de mortalidad para la madre y otro tanto para el feto; de modo, que caso de ser urgente la indicación y no poder aguardar los últimos dos meses del embarazo ó el momento del parto, también la vía abdominal es la mejor, tanto para la madre como para el feto.

Dada indicación para intervenir y practicada la laparotomía, no tratándose de un caso en que sea posible una operación conservadora, debe procederse á la histerectomía total ó sub-total; si el feto está muerto, directamente y sin abrir el útero para evitar fáciles infecciones; si el feto está vivo, operación cesárea previa é histerectomía consecutiva, como lo hizo Gutiérrez en los dos casos citados, en que salvó la vida del feto y la de la madre. El procedimiento y la técnica á emplear es la misma antes descrita.

La estadística de Thumin es elocuente, y demuestra que nuestra conducta no ha de ser vacilante en esta cuestión; abarca todos los casos que ha podido recoger desde 1885 hasta 1901. Comprende dicha estadística 89 histerectomías sub-totales y 56 histerectomías totales sin operación cesárea previa, porque el feto estaba muerto ó no era viable, y, por lo tanto, no hay que contar los resultados sobre la vida del feto. Los primeros dieron diez defunciones y los segundos cinco. Esta estadística podría, sin duda, ser más numerosa si se publicaran todos los casos en que se diagnosticó el mioma, pero no el embarazo, y se procedió á una operación innecesaria é intempestiva cuando menos, porque aguardando podía salvarse la vida del feto.

Por otra parte, ha reunido Thumin 49 casos de operación cesárea seguidos de histerectomía sub-total y 14 seguidos de histerectomía total. De los primeros hubo seis defunciones entre las madres y nueve entre los hijos, y de los segundos, una defunción entre las madres y otra entre los hijos (2). Comparando estos resultados con los de las prácticas antiguas, no hay discusión posible. Quizás estos resultados tan halagüeños son motivo de que no siempre el ginecólogo guarde el respeto debido á la vida del feto; repitámoslo una vez más: *so pena de indicación vital, debe aguardarse, para intervenir, que el feto sea viable y, en lo posible, los últimos días del embarazo, y si el caso es dudoso, esperar el momento del parto para ver si tiene una solución espontánea.*

He visto un caso elocuente de lo pernicioso que es durante el parto la espectación demasiado prolongada. En Marzo de 1891 fuí llamado para ver una enferma de treinta y tres años, primípara, que hacía tres días estaba en tra-

---

(1) *Revue dc Gynecologie et Chirurgie abdominale*, 1898, pág. 615.

(2) *Revue de Gynecologie et Chirurgie abdominale*, 1901, pág. 653, y *Annales de Gynecologie et d'Obstetrique*, 1902, t. LVII, 46.

bajo de parto y dos que un tocólogo esperaba la solución espontánea del conflicto, después de inútiles tentativas de versión y fórceps: éste no se realizaba por existir en el fondo de Douglas un mioma como una naranja que obstruía el conducto pelvi-genital (fig. 178); por las vías naturales no podía terminarse el parto, y dado el estado de la enferma, no era prudente una extirpación del mioma al través de la vagina, que técnicamente hubiera sido fácil, porque la enferma estaba á 39,5 y 130 pulsaciones con meteorismo é intolerancia gástrica; el feto no daba señales de vida, y los líquidos que salían del útero enormemente fétidos. Procedí á la histerectomía total previa cesárea por si el feto hubiese vivido, lo que no fué así, y practiqué un lavado y drenaje por la vagina; en la operación no hubo la más pequeña dificultad. Los primeros días la enferma estaba bastante bien, pero lentamente fué agravándose, hasta que falleció, al séptimo día, de una peritonitis pútrida producida por contagio del útero infectado y que no se pudo combatir, á pesar de la reapertura del vientre y drenaje; estoy convencido que operando al principio del parto se hubiera salvado el feto y la madre.

FIG. 178

Útero puerperal procedente de una histerectomía con operación cesárea previa, con un mioma retro-uterino del segmento inferior, que hizo el parto imposible.

La histerectomía abdominal, practicada antes de la viabilidad del feto, es del todo análoga á la histerectomía usual, según puede verse en la estadística de Turner, y aunque Doleris al comentarla y sacar conclusiones (1) parece mos-

(1) DOLERIS: *Fibromes uterins et grossese. Pronostic et traitement*, La Gynecologie, 1900, p. 118.

trar tendencia á inclinarse por aceptar intervenciones prematuras, no hay duda que muchas pueden aplazarse esperando la viabilidad del feto sin aumentar en gravedad.

Solamente en dos casos he practicado la histerectomía tratándose de embarazo con miomas y sin ser el feto viable: se trataba en uno de un mioma intersticial del fondo del útero, que emprendió un crecimiento rápido á la vez que sobrevenía una albuminuria grave y síntomas de intolerancia, lo que me obligó á intervenir al quinto mes del embarazo; en el otro se trataba de miomas múltiples, con uno retro-uterino irreductible y con fenómenos graves de compresión é intolerancia, por lo que intervine muy cerca del séptimo mes. En ambos casos practiqué con éxito la histerectomía sub-total: los fetos vivos, pero no viables.

Después del parto, y ya eliminado el feto, deberá procederse por las condiciones y complicaciones de cada caso, teniendo en cuenta la facilidad con que pueden sobrevenir accidentes en el curso de los miomas en un útero puerperal.

En los miomas de evolución vaginal el problema es más sencillo, ya se trate de pólipos que puedan extirparse en cualquier momento, ya se trate de miomas del cuello, asequibles á la enucleación; en estos últimos casos debe recordarse la facilidad con que puede sobrevenir el aborto después de estas enucleaciones para aplazarlas hasta el final del embarazo ó al principio del parto; Schrœder, Olshausen, Munde y muchos otros citan casos que demuestran la facilidad con que se enuclean estos miomas antes del parto. No deberá esperarse la viabilidad del feto cuando el mioma se esfacele y produzca metrorragias.

Pueden acumularse las circunstancias desfavorables de tal modo, que obliguen á una histerectomía vaginal, la que no ofrecerá dificultad siempre que el embarazo no traspase el quinto mes, pero usualmente no habrá indicación y podrá esperarse.

Existen algunos miomas del cuello que probablemente permitirían el paso del feto por su reblandecimiento; pero teniendo en cuenta que por el traumatismo que ha de sufrir en el acto del parto están muy expuestas á esfacelarse durante el período puerperal, se hará bien en extirparlos al iniciarse el mecanismo.

Nada digo de las pequeñas maniobras que deben realizarse en determinados casos para reducir un útero en retroflexión con mioma y embarazo, ni de la manera que debe procurarse la reposición de un mioma pélvico movible; ello pertenece al estudio de las distocias.

Reasumiendo lo dicho, creo pueden sentarse las siguientes bases como guía en tan complicados casos:

1.° Los miomas de evolución vaginal deben operarse antes del parto ó al comenzar el trabajo.

2.° Los miomas pélvicos y abdominales raras veces dan lugar á indicaciones durante el embarazo.

3.° Si el diagnóstico es bastante preciso para prever una operación conservadora, puede practicarse la laparotomía en cualquier época del embarazo, siempre que haya indicación.

4.° En los demás casos se retardará la indicación hasta la viabilidad del feto ó la proximidad del parto, recurriendo á la histerectomía abdominal.

5.° Las distocias por miomas se solucionan muchas veces espontáneamente; por tanto, en los casos dudosos debe esperarse.

6.° Los miomas más temibles son los sub-peritoneales pélvicos y los del segmento inferior, en los que á veces *á priori* puede pronosticarse un parto imposible.

7.° En los casos de distocia no debe prolongarse la espectación en espera de una solución espontánea más allá de lo que permite una integridad completa del feto y de la madre.

8.° Dada la indicación en los casos de distocia, no se harán maniobras por las vías naturales y se procederá siempre por laparotomía.

CÁNCER DEL ÚTERO

Pertenece al grupo de neoplasias malignas en el sentido anatómico de la palabra, pues también existen neoplasias que clínicamente son malignas, sin serlo anatómicamente. Es maligna por ser una neoplasia atípica, progresiva y destructora, que se generaliza y recidiva fácilmente. Junto con el cáncer, forman el grupo de neoplasias malignas del útero el adenoma, el sarcoma y el deciduoma.

Etiología y patogenia.—No es el cáncer afección que ataque por igual en todas las edades, sino que tiene su preponderancia en determinadas épocas de la vida. Completamente desconocido en el primer decenio de la vida, muy raro en el segundo, poco frecuente en el tercero, aumenta mucho en el cuarto, para alcanzar su máximum de frecuencia entre los cuarenta y cincuenta años: sigue su frecuencia de los cincuenta á sesenta, y en adelante, aunque su número absoluto disminuye, su frecuencia relativa al número de mujeres que alcanzan esta edad es todavía mayor que de cuarenta á cincuenta; efectivamente, parece que su proporción es siempre mayor con la edad. La estadística de Gusserow comprende 2.270 casos de distintos autores, y en ella se nota:

Menos de 20 años..	2
de 20 á 30 »	81
de 30 á 40 »	476
de 40 á 50 »	771
de 50 á 60 »	600
de 60 á 70 »	258
más allá de 70 »	82
	2.270

Existiendo una ley general que parece dominar la aparición de las neoplasias cancerosas, cual es que con la edad aumenta su frecuencia, como si en la vejez encontrasen aptitudes para su desarrollo, se comprende que el cáncer del útero aparezca junto con la declinación ó muerte funcional del aparato genésico; la menopausia marca el período álgido en la frecuencia del cáncer uterino, frecuencia que se sostiene desde este período en adelante.

Esta vejez prematura del aparato genital femenino quizás contribuya á explicar por qué el cáncer es mucho más frecuente en la mujer que en el hombre, ya que éste no tiene ningún aparato que se convierta en parásito dentro del organismo, como lo hace el aparato genital de la mujer. Efectivamente, Simpson ha reunido en una estadística todos los casos de muerte por cáncer ocurridos en Inglaterra desde 1847 hasta 1861, sumando un total de 87.348, de los que 61.715 son mujeres y 25.633 hombres, lo que da una proporción de 2,5 á 1.

Por otra parte, las mismas estadísticas de Simpson, Hough, Tauchon y otros demuestran que de 1.966 mujeres fallecidas de cáncer, una tercera parte eran afectas de cáncer del útero; el de la mama ocupa el segundo lugar en orden de frecuencia. Demuestra también Simpson, en un trabajo hecho sobre la mortalidad relativa por cáncer ocurrida en Inglaterra en 1860, que entre el sexo femenino representa un 2,2 por 100; de modo que casi podemos decir que un 1 por 100 de mujeres mueren de cáncer del útero.

Es evidente que la mayor frecuencia del cáncer en el sexo femenino es debida en gran parte á la enorme frecuencia del cáncer del útero.

La raza parece que no es del todo indiferente, pues se desprende de las observaciones de Chisalen que la raza blanca presenta por lo menos doble contingente que la raza negra; en cambio, en ésta son mucho más frecuentes que en aquélla los miomas.

Se ha hablado mucho de la herencia en el cáncer del útero; sin duda que una observación algo detenida encuentra casos en que aparece evidente, pero en la inmensa mayoría no se encuentra antecedente hereditario ninguno. Las estadísticas de Gusserow, Scanzoni, Barker, West y Sibby reunidas, dan un total de 948 casos, en los que tan sólo 78 veces pudieron reconocerse antecedentes hereditarios: una proporción de 8,2 por 100, dada la gran frecuencia de la dolencia, puede perfectamente ser un hecho de simple coincidencia.

Scanzoni, Schrœder (1) y muchos otros autores conceden gran importancia á las condiciones sociales de la enferma; la miseria fisiológica, las pasiones de ánimo deprimentes y la falta de higiene, serían otros tantos factores que en la clase proletaria podrían influir en la mayor frecuencia del cáncer. Schrœder encuentra que contra un 2,1 por 100 de cancerosas de su conducta privada, tiene un 3,6 por 100 en la consulta de la policlínica; en los miomas, la proporción es inversa y mucho mayor (5,7 por 1,9). Indudablemente todas estas causas obrarán cuando menos disminuyendo la resistencia orgánica.

La fecundación y la multiparidad parece que predisponen á la aparición del cáncer, según resulta de los estudios de Gusserow, Winkel y otros, sobre todo por lo que se refiere al cáncer del cuello, pues también parece ser que re-

(1) *Loc. cit.*, pág. 297.

lativamente es más frecuente en las nullíparas que en las multíparas el cáncer del cuerpo. Esta influencia de la fecundación y multiparidad, con existir realmente, no es tanta que autoricen opiniones como la de Emmet, que casi niega la existencia del cáncer del cuello en las vírgenes y nullíparas (1). Emmet atribuye la influencia etiológica de la multiparidad á las cicatrices que se forman en el cuello del útero á consecuencia de los desgarros ocurridos durante el parto, diciendo: *creo que en casi todos los casos de epitelioma ó de excrescencia en forma de coliflor, sino en todos, se puede hacer remontar la causa eficiente á una rasgadura del cuello.* Como Emmet son muchos los autores, sobre todo americanos, que conceden á las cicatrices del cuello una gran influencia etiológica.

Ruge y Veit, concediendo á la metritis cervical crónica un gran papel en el desarrollo del cáncer, y considerándolo muchas veces como secuela necesaria de tal dolencia, han venido á dar apoyo á la idea de Emmet, dada la gran relación que existe entre la metritis cervical y el desgarro del cuello. Amann, habiendo encontrado que la proliferación epitelial atípica empieza muchas veces en los bordes de las erosiones y ectropions del cuello, concede gran importancia etiológica á los procesos flogísticos crónicos. Scanzoni, Schrœder, Leopold, Schultze, Freund y otros conceden también importancia en la patogenia del cáncer á esas irritaciones locales producidas y sostenidas por procesos flegmásicos crónicos.

De todas estas consideraciones se desprende una sola idea algo vaga y no bien comprobada, pero que cuenta con gran número de adeptos entre los más eminentes ginecólogos y clínicos, y es que parece ser que el cáncer del útero obedece á causas que mantienen una irritación local, entrando, por tanto, en la teoría general de Virchow sobre el origen irritativo de las neoplasias.

Realmente pocos órganos como el útero, y sobre todo el cuello, son asiento más frecuente de causas de irritación; las hiperemias menstruales con todas sus irregularidades y alteraciones, las congestiones eróticas, los grandes cambios que la fecundación le imprime, la distensión del cuello en los partos repetidos y las cicatrices y cervicitis, que tan á menudo persisten, producen en el útero una irritación sostenida, y si á esto se añade que este órgano alcanza pronto la vejez, circunstancia que parece favorecer la evolución de la neoplasia atípica, quizás nos explicaremos algo su frecuencia, pero con todo ello nada sabremos de la causa eficiente ó determinante del cáncer; sólo sabremos que es un terreno abonado para su aparición.

Si ésta es debida á que, según la teoría de Conheim, quedan elementos embrionarios que bajo tales causas pueden proliferar y dar origen á la neoplasia, ó es debida á un microbio, como pretenden Leopold, Doyen y otros muchos, no lo sabemos.

La teoría embriogénica de Conheim pierde cada día terreno, porque, aun demostrada la existencia de tales elementos embrionarios, faltaría saber por qué con iguales causas en unos casos se desarrollan y en otros no; con ello no hacemos más que llevar la cuestión un poco más allá; la predisposición es un hecho evidente, hijo de todo lo que acabamos de decir, pero que nada explica; la diátesis de los autores antiguos es una concepción teórica puramente abs-

(1) *Loc. cit.*, pág. 509.

tracta, que sólo puede satisfacer á espíritus poco exigentes. De aquí que cada día va ganando terreno la idea de que es una afección parasitaria, cuyo microbio, zooparásito ó fito-parásito, pues todavía no se conoce, al llegar á un terreno abonado por las causas antedichas desplegaría sus efectos; realmente la observación demuestra que reuniendo todas las causas predisponentes conocidas, no podemos pronosticar ni asegurar la aparición del cáncer, sino que unas veces aparece y otras no, lo que parece significar que se necesita otra circunstancia ajena al organismo y puramente accidental en su aparición; realmente un microbio podría representar bien este papel y explicarnos cómo, por bien preparado que esté el terreno, si no se implanta la semilla no aparece la dolencia.

Por otra parte, el curso y las variedades clínicas de la dolencia no se apartan de lo que conocemos de otras infecciones, y así se comprende que vaya ganando adeptos la teoría parasitaria; los que más se han ocupado en esta cuestión encuentran una objeción muy digna de tener en cuenta: en las metástasis de las otras infecciones, el origen de la metástasis es el microbio que, trasplantado en otro sitio, produce sus fenómenos propios, según los órganos y variando con la textura de éstos; las metástasis cancerosas son producidas por células, si no hay transporte de células no hay metástasis, y ésta está formada por una célula epitelial que, trasplantada á otro sitio donde no haya epitelio, crece y prolifera sin embargo como tal célula epitelial. Con todo, esto podría demostrar tan sólo que el único vector del microbio específico sería la célula epitelial, cosa que ya no repugna con lo que hoy sabemos de las condiciones de vida de determinados microbios. Siempre que se ha logrado trasplantar, como lo han logrado Hanau, Weler, Zenuy y algún otro, la neoplasia cancerosa se ha desarrollado con todos los caracteres que tenía en el sitio de origen, y no puede pretenderse, por tanto, que sea una inoculación, sino un injerto. La inoculación procedente de cultivos, á pesar de los hechos de Leopold, Doyen y otros, no está todavía demostrada. Esperemos, por tanto, que los estudios histológicos y bacteriológicos vengan á demostrarnos que es un microbio la causa del cáncer, única esperanza que hoy tenemos de llegar á saber algo de su verdadera etiología, y, entretanto, digamos que la etiología del cáncer del útero es casi tan obscura y poco conocida como la de las demás neoplasias malignas.

La histogénesis del cáncer del útero es sumamente sencilla: cubiertas epiteliales cuyas células proliferan formando grupos y deformándose más ó menos, que pierden su agrupación regular para asociarse de una manera irregular é informe, que desgastan y atraviesan la membrana basal que todo epitelio tiene, invadiendo los tejidos profundos y no reconociendo valla ni límite á su invasión. Estas masas epiteliales se agrupan de diferente manera según la forma del cáncer, su origen y según los tejidos que invaden.

Doy por supuesto que aceptamos el origen epitelial de la neoplasia cancerosa según Thierch y Waldeyer, por más que los trabajos de Ruge y Veit lo mismo pueden avalorar esta creencia que la de Virchow, de que las células cancerosas provienen del tejido conjuntivo. Actualmente parece indiscutible la naturaleza epitelial de la neoplasia cancerosa, aunque á partir de este hecho no todos los autores están conformes en que el tejido conjuntivo represente un papel pasivo en la histogénesis del cáncer; no falta quien, como Bidder, atribuye á una irritación del tejido conjuntivo el primer paso hacia la neoformación epi-

telial; él sería el que, inmiscuyéndose entre las capas epiteliales, separaría las primeras células, que habrían de ser el punto de partida del nódulo neoplásico una vez libres de sus conexiones.

Existiendo en el útero distintas clases de epitelio, se comprende que habrá formas histológicas distintas, según sea el punto de origen de la neoplasia. De un lado tenemos el epitelio pavimentoso de la porción vaginal, y de otro el epitelio cilíndrico del cuello y cuerpo. Aquél desprovisto de glándulas, éste con numerosas glándulas, arracimadas en el cuello y utriculares en el cuerpo; de aquí la existencia del epitelioma pavimentoso y del epitelioma cilíndrico. Algunos autores hacen sinónimo el epitelioma cilíndrico del epitelioma de origen glandular, suponiendo para ello que el epitelio cilíndrico de la mucosa uterina, antes de dar origen á formaciones cancerosas, sufre una modificación metaplásica que le asemeja al epitelio pavimentoso de la porción vaginal, y así, bajo el punto de vista histológico, tendremos un cáncer pavimentoso originado en el epitelio de cubierta de la mucosa, y un cáncer cilíndrico originado en el epitelio que recubre las glándulas (1).

Cáncer pavimentoso.—Suele empezar á desarrollarse en las capas profundas del epitelio protector, sea en la porción vaginal, sea en la cavidad del útero. Se forman masas de células que, rompiendo la membrana basal, penetran en el tejido del útero formando agrupaciones distintas entre el estroma mio-conjuntivo; unas veces aparecen como tubos de grupos celulares que forman á manera de una red, con mallas de tejido inter-neoplásico de apariencia alveolar, otras forman grandes masas celulares en las que apenas hay tejido ó trabéculas intermedias, y en ocasiones forman como capas concéntricas parecidas á una cebolla; en el espesor de esas masas celulares se forman á veces focos de reblandecimiento por degeneración de las células centrales.

El cáncer pavimentoso tiene su asiento preferente en la porción vaginal del cuello; pero se presenta también en la cavidad del cuello y del cuerpo, aunque en estos sitios precisa la modificación metaplásica del epitelio protector.

Cáncer cilíndrico.—Su sitio de origen son las mismas glándulas del conducto cervical ó del cuerpo del útero. El epitelio cilíndrico empieza á proliferar formando varias capas estratificadas que llenan la glándula hacia adentro. No tardan, en la verdadera forma de cáncer cilíndrico, en romper la membrana basal, que aisla la glándula de los tejidos vecinos, invadiendo el estroma uterino; en tanto la neoformación celular no rompa la membrana protectora, tenemos un adenoma; cuando esto ocurre tenemos un verdadero carcinoma de origen glandular. Las masas epiteliales procedentes de las glándulas, y que invaden los tejidos vecinos, conservan su forma cilíndrica más ó menos tiempo, pero pronto se modifican cambiando su forma, haciéndose cúbicas y poligonales; por otra parte, las células escamosas del epitelio pavimentoso sufren iguales cambios, y llega un momento en que unas y otras se confunden y no puede dilucidarse donde tuvo el cáncer su origen. Es muy conveniente tener en cuenta este proceso anaplásico de las células del epitelioma del útero, tan bien des-

(1) Winter: *Enciclopedia de Ginecología*, tomo IV, pág. 10.

crito por Hanssemann, para comprender como, reconociendo orígenes distintos y pudiendo á veces diferenciarse un epitelioma cilíndrico de otro pavimentoso, llega un momento que se confunden y toda diferenciación es imposible.

Hace más difícil esta diferenciación el hecho de que si bien el cáncer cilíndrico tiene su punto de partida preferentemente en la cavidad del útero, también en la porción vaginal puede presentarse por la frecuencia con que existen erosiones y metaplasias glandulares en dicho sitio. Así resulta que esta forma de cáncer, que constituye el verdadero epitelioma atípico ó carcinoma de algunos franceses (1), no sería más que la resultante de dos formas distintas en su origen: el epitelioma pavimentoso y el cilíndrico; ambos conservarían más ó menos tiempo su forma primitiva, constituyendo, por así decirlo, un período inicial de la dolencia hasta que, en virtud del proceso anaplásico, descrito por Hanssemann, vendrían á confundirse. En tanto el epitelioma conserva su forma primitiva y tiene todavía algo de su tipo originario, sin degeneración anaplásica, no tiene tanta tendencia á invadir los tejidos vecinos y tiene por tanto menos malignidad. Eso explica que veamos en clínica formas de epitelioma más graves unas que otras y en los que la recidiva es más segura.

Según esto, estas formas histológicas corresponderían á formas clínico-anatómicas: el epitelioma pavimentoso y el cilíndrico formarían el verdadero epitelioma de los clínicos antes de sufrir la degeneración anaplásica, y después de ésta quedaría constituído el verdadero carcinoma. Este proceso es muy variable con respecto á la rapidez de su desarrollo, y por eso observamos en clínica casos más benignos y casos más malignos; por regla general el epitelioma tarda más en reproducirse que el carcinoma; y el adenoma, cuando no se ha convertido en epitelioma, con todo y ser una producción maligna, es más benigna que las antedichas, y nos ofrece mayores garantías contra la recidiva.

El estroma del cáncer del útero está constituído por los elementos que forman dicho órgano: fibras musculares y tejido conjuntivo, si es en el cuello, y casi exclusivamente fibras musculares, si es en el cuerpo. La cantidad de estroma es sumamente variable, pues á veces existen trabéculas gruesas bien visibles á simple vista, y en otras ocasiones quedan reducidos á delgadas laminillas, según sea el sitio del examen y aun la forma de cáncer que se examina. Si la proliferación epitelial crece hacia el espesor del útero, su mismo tejido forma el estroma, y si crece hacia la superficie formando excrecencias, envía también sus prolongaciones el estroma uterino con los vasos correspondientes y formando el armazón de esas neoplasias hipertróficas que llegan á ser muy voluminosas, dominando en estos casos el tejido conjuntivo.

Anatomía patológica.—Por múltiples causas conviene establecer una separación entre el cáncer del cuello y el del cuerpo; ni por su frecuencia, ni por su evolución, ni por sus síntomas, pueden ni deben confundirse.

Cáncer del cuello.—El cáncer del cuello difiere por sus formas y aspecto, según corresponda á la porción vaginal ó al conducto cervical.

El cáncer de la porción vaginal se nos ofrece bajo cuatro formas distintas:

(1) Pozzi: *Loc. cit.*, pág. 399.

papilar ó eflorescente, cavitaria ó corrosiva, nodular ó infiltrada y laminar ó vaginal.

El *cáncer papilar*, epitelioma eflorescente ó vegetante, empieza generalmente en uno de los labios del cuello del útero; ora en la mucosa que corresponde á la zona vaginal, ora en el punto de unión de ésta con la cervical; algunas veces tiene su comienzo en una de las comisuras, sobre todo cuando existen cicatrices anteriores; muy raras veces ataca ambos lados; cuando esto ocurre es, por lo común, en un período muy adelantado de la dolencia.

Sobre una pequeña base de induración de la mucosa, que penetra algo en el parénquima del cuello, aparecen pequeñas elevaciones en forma de pólipos ó excrecencias que se van multiplicando en número y creciendo en volumen á la vez que su base de implantación se extiende hasta alcanzar todo el labio en donde tuvo su comienzo. A la vez el labio correspondiente del cuello se alarga é hipertrofia para dar base de implantación á la enorme cantidad de vegetaciones que se van desarrollando (fig. 179).

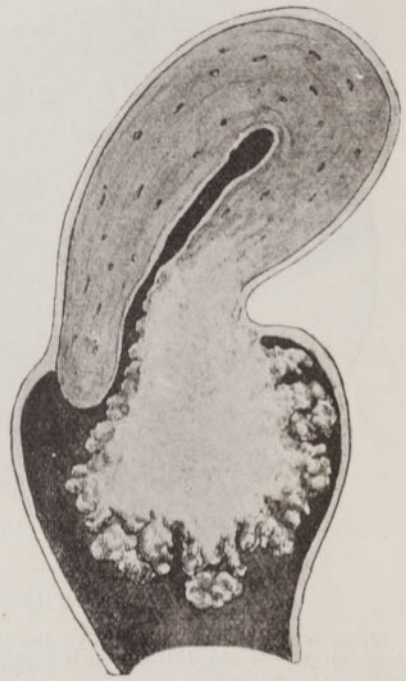


FIG. 179

Epitelioma eflorescente del cuello del útero.

Este epitelioma, en su comienzo, lo mismo puede ser pavimentoso que cilíndrico; pero, ya desarrollado, las agrupaciones celulares ofrecen la uniformidad del tejido epitelial canceroso con sus células poliédricas y yuxtapuestas (fig. 180); el tejido conjuntivo y muscular, al hipertrofiarse para formar la base de la neoplasia, sufren también la infiltración epitelial y se hacen enormemente vasculares.

Llegan á formarse masas neoplásicas enormes, que llenan una gran parte ó toda la vagina, de superficie irregular, rojiza, que sangra fácilmente, friable al tacto, y que pende del cuello como un pólipo de ancha base; es un verdadero epitelioma en forma de coliflor.

Durante mucho tiempo puede esta forma permanecer estacionada sin propagarse á los tejidos y órganos vecinos; pero al fin invade los fondos de saco vaginales y los tejidos peri-uterinos.

El *cáncer cavitario ó corrosivo* se desarrolla como el anterior, ora en la porción vaginal libre, ora en el mismo hocico de tenca ó en una de las comisuras; también, por regla general, aparece limitado en una de estas zonas (fig. 181).

Una induración que se eleva ligeramente sobre la superficie mucosa del cuello y que adquiere tamaños variables, generalmente mal delimitada y que muy pronto se ulcera en su centro, penetrando en la substancia del cuello que desgasta rápidamente y que va invadiendo de una manera progresiva.

Generalmente, por lo menos al principio, la úlcera no alcanza gran tamaño

(uno ó dos centímetros), y durante un período de tiempo variable parece conservarse estacionaria, pero á su alrededor el cuello va disminuyendo como si el tejido canceroso que va desgantando y corroyendo el cuello del útero se retrajera. De modo que la neoplasia parece conservar el mismo tamaño, pero el cuello va perdiendo el suyo, es alcanzado el labio opuesto, y así llega casi á desaparecer la porción vaginal. No suele tardar tanto como el anterior en invadir los tejidos y órganos vecinos.

El *cáncer nodular, infiltrado ó parenquimatoso,* forma la variedad que algunos llaman carcinoma (fig. 182). Se inicia como las anteriores; pero ni forma excrecencias, ni se ulcera corroyendo los tejidos, sino que se forman grandes masas de células epiteliales (fig. 183) que infiltran el parénquima del cuello y forman masa neoplásica en los fondos vaginales, pero con independencia de los tejidos vecinos.

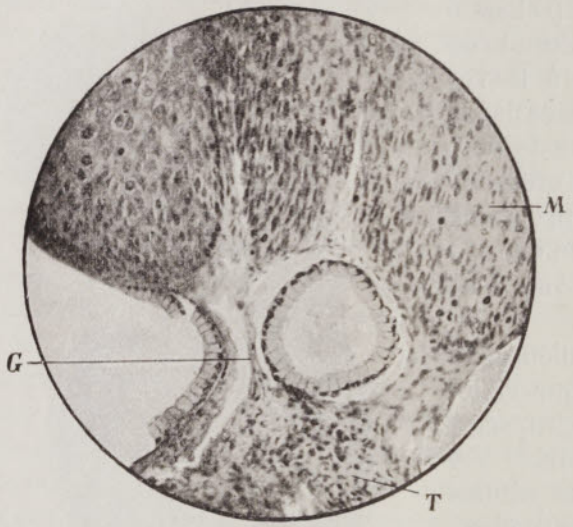


FIG. 180

Epitelioma del cuello uterino.

M, masa neoplásica.—*T,* tejido conjuntivo con infiltración micro-celular.—*G,* glándulas; la de la izquierda está casi destruída por la neoplasia.

(Aumento 150 diámetros.)

Llegan á veces á formar masas enormes como una nuez y aun un huevo de gallina antes de ulcerarse, y cuando esto ocurre la ulceración es más bien superficial que profunda; á veces se mortifican las células centrales del gran nódulo canceroso y entran en fusión, formándose verdaderos cráteres profundos é irregulares. Cuando esos nódulos se forman en una comisura crecen hacia el ligamento ancho, en cuya base forman tumoraciones voluminosas.

Esta forma de cáncer del cuello no es tan frecuente como los dos anteriores, y respecto á malignidad lo es tanto como la segunda, y más que la primera. Se propaga á los tejidos vecinos con más rapidez que la forma excrecente.

El *cáncer laminar ó vaginal* (fig. 184) podría también llamarse en coraza. Suele ser una forma de cáncer superficial, que sin penetrar muy pronto en los tejidos ni formar grandes excrecencias, va invadiendo superficialmente zonas vecinas hasta llegar al fondo de saco vaginal que invade también, alcanzando más ó menos extensión en la vagina. Todo esto va ocurriendo sin que la neoplasia invada ni se propague á los tejidos y órganos profundos.

Recuerdo un caso en el que la neoplasia había invadido todo el cuello y el fondo de saco circular de la vagina; por la cara anterior de ésta, bajaba unos dos centímetros, y de la cara posterior invadía cuatro y cinco centímetros. Todo esto ocurre sin que aparentemente los tejidos profundos sean invadidos ó infiltrados por la neoplasia. No son, por lo general, los más graves.

El *cáncer del conducto cervical* se diferencía del de la porción vaginal por su localización. Conviene tener en cuenta que el conducto cervical forma á veces una cavidad cerrada por la abertura circular del hocico de tenca y otras veces abierta, de manera que la mucosa cervical queda al descubierto. En este último caso el cáncer de la cavidad cervical se confunde con el de la porción vaginal porque lo tenemos asequible al tacto y á la vista.

Pero conviene recordar que cuando el conducto cervical conserva su forma normal el cáncer del cuello se modifica en su forma y aspecto, y sobre todo es poco asequible á nuestra exploración.

Las formas más comunes del cáncer cervical son la infiltrada y la corrosiva; la forma eflorescente y laminar son más raras. La forma infiltrada es la más frecuente, y se comprende teniendo en cuenta la frecuencia con que las glándulas que penetran profundamente en el estroma uterino son el punto de partida de la neoplasia epitelial, y á veces se encuentra un cuello voluminoso y deforme por grandes infiltraciones cancerosas hacia las paredes y periferia del cuello. La forma corrosiva desgasta el cuello, reduciéndolo en su volumen y deformándolo poco hacia el hocico de tenca (fig. 185). Tienen importancia estas formas por las dificultades diagnósticas que presentan y porque engañan fácilmente cuando se quiere interpretar la cuantía é importancia de la destrucción, pues por lo general se creen ó aparecen mucho menores de lo que realmente son.

FIG. 181

Epitelioma corrosivo del cuello del útero.

En la forma excrecente las fungosidades no tardan en llenar la cavidad cervical y salir al través del hocico de tenca, pero encerradas en una cavidad inextensible no tardan en invadir los tejidos profundos y confundirse con la forma infiltrada.

La forma laminar en la cavidad cervical existe también, aunque muy raras veces. Se extiende por toda la mucosa cervical sin profundizar mucho en los tejidos, corre hacia el cuerpo del útero y alcanza la porción vaginal del cuello. Tarda bastante en infiltrar los tejidos y regiones profundas, de modo que es, en su curso, más benigno que los anteriores, y conviene tenerlo en cuenta porque es de las formas que durante más largo período es asequible á la acción quirúrgica.

Propagación del cáncer del cuello.—Todas estas formas de cáncer del cuello tienden á invadir y destruir los tejidos y órganos vecinos, y si al principio de la dolencia, cuando macroscópicamente está todavía limitada, pueden distinguirse sus distintas modalidades, llega un momento en períodos más avanzados, en

que todas se confunden en un conjunto de destrucción, pues, aunque variable en los detalles, ofrece siempre los mismos caracteres: destrucción de los tejidos y órganos vecinos sin excepción.

La propagación del cáncer tiene lugar por infiltración y por metástasis.

La *infiltración*, según han demostrado los estudios de Abel, Landau, Seelig y otros, se realiza infiltrándose las células cancerosas entre los elementos anatómicos que las rodean, separando las fibras musculares y los haces de tejido conjuntivo y llenando los espacios linfáticos con grupos de células hasta que llegan á los primeros puntos en donde los espacios linfáticos se cubren de endotelio. Algo dominado este trabajo de infiltración por la disposición de los elementos anatómicos y espacios linfáticos, no tiene camino trazado de antemano é invade siempre las zonas y tejidos más próximos, y así vemos que para el cáncer del cuello las zonas primeramente invadidas son el parametrio, la vagina, el cuerpo del útero, la vejiga y los uréteres, el recto y el peritoneo.

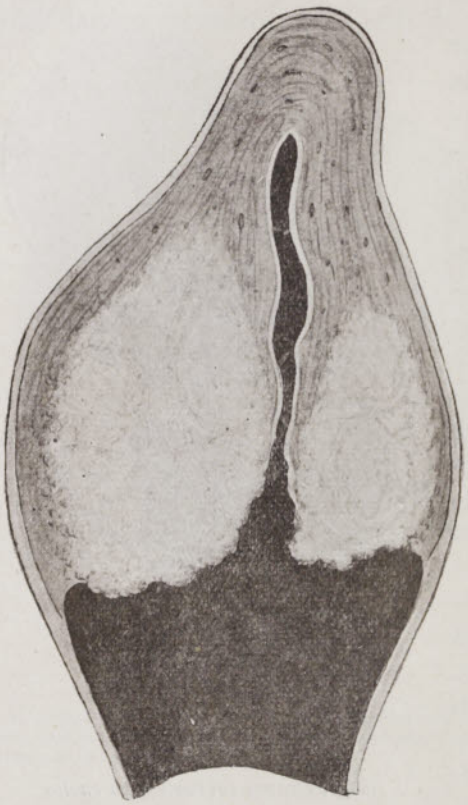


FIG. 182

Epitelioma infiltrado ó carcinoma del cuello del útero.

El *parametrio* es invadido fácilmente por la infiltración neoplásica; los sitios donde preferentemente se presenta son hacia los lados, en la base de los ligamentos anchos y hacia su parte posterior; aun tratándose de cánceres que tengan su asiento en uno de los labios del cuello, se observa la tendencia á infiltrar las partes laterales, porque hacia allí llevan las corrientes linfáticas las células cancerosas. El tejido celular vésico-cervical y el de la cara posterior del cuello, junto al de Douglas, son los últimamente invadidos, y como en estas regiones es escaso, no llegan por lo común á formarse infiltraciones masivas y voluminosas como hacia las partes laterales en los ligamentos anchos.

La rapidez con que se verifica la infiltración del parametrio es sumamente variable, guardando relación, al parecer, con la actividad de la circulación linfática; por eso se observa más rápida propagación en las mujeres obesas y linfáticas, y más tardía y lenta en las personas de edad en las que la circulación linfática está muy disminuída. De la misma manera que existe una gran variabilidad individual en el modo de ser de los tejidos tocante á su fácil imbibición, á sus variedades circulatorias y á su tendencia á la disociación, es muy variable también el modo de verificarse la infiltración cancerosa.