

Indicaciones. — Demostrada y aceptada la curabilidad del cáncer del útero, las indicaciones se desprenden de cuanto acabo de decir, y bajo este punto de vista pueden establecerse tres categorías:

1.º *Cánceres que deben operarse.* — Pertenecen á esta clase los cánceres aislados sin propagación, ó por lo menos sin propagación visible, con fondos de saco vaginales libres y con parametrio sin señales de invasión; el útero conserva toda su movilidad y los ligamentos anchos aparecen blandos al tacto vaginal y rectal. Son generalmente cánceres del cuello cuyo diagnóstico se ha hecho muy precozmente y en los que todavía no hay dolores, y cánceres del cuerpo que, aunque lleven una existencia prolongada, su propagación es tardía. La intervención podrá ser curativa.

2.º *Cánceres que pueden operarse.* — Pertenecen á este grupo un gran número de casos, desgraciadamente mayor que el anterior, y en los que existen algunas señales de propagación. La invasión de los fondos de saco vaginales en los cánceres de la porción vaginal, coloca el caso en la categoría de los que pueden operarse; si la invasión viene de un cáncer cervical, es mejor abstenerse. Una ligera infiltración de los parametrios, que el tacto reconoce y los dolores confirman, con reducción de la movilidad del útero, que sin embargo puede descender, hacen del caso uno de los que pueden operarse. La intervención será casi siempre paliativa.

3.º *Casos que no deben operarse.* — Todos aquellos, desgraciadamente en inmensa mayoría, en que la propagación es evidente y amplia hacia los fondos de saco ó hacia el parametrio. El tacto nos revela perfectamente la propagación, por la infiltración del tejido peri-uterino y de los ligamentos anchos y por la poca movilidad del útero, que llega á veces á enclavarse por completo. Entiendo que tampoco deben operarse los cánceres que presentan síntomas de invasión vesical ó rectal. En estos casos la intervención no reporta beneficios.

Cabe, en la clasificación de los casos, una causa de error que debe tenerse en cuenta, dependiente de las lesiones flogísticas peri-uterinas. La movilidad del útero y la infiltración paramétrica pueden ser debidas no á la neoplasia, sino á la coexistencia de una flogosis pelviana. La historia de la enferma y la exploración detenida bastarán muchas veces para resolver la cuestión, y en caso de duda, puede someterse la enferma durante quince días á un tratamiento paliativo enérgico de la flogosis, y se ven disminuir los síntomas, en tanto que si es debida á la infiltración neoplásica, no hay tratamiento que dé resultado alguno. Uno de mis casos, que lleva seis años sin recidiva, sufría una anexitis doble intensa con infiltración flogística de los ligamentos anchos. Más de una vez he visto desaparecer, con un tratamiento apropiado, fenómenos dolorosos que era dudoso si eran debidos á la propagación neoplásica ó á fenómenos flogísticos. Ocurre esto principalmente cuando el cáncer ha sido objeto de tratamientos tópicos contraproducentes.

Resuelta así la cuestión, no todos los ginecólogos tienen igual criterio respecto á la operabilidad del cáncer del útero. Algunos no reconocen otro límite á la intervención que la imposibilidad técnica de llevarla á cabo, y no retroceden

ante una invasión vesical ya prevista, como Mackenrodt y otros, ó una resección uretral; otros aceptan los nuevos métodos de intervención abdominal para aumentar con ellos el número de casos operables, como Wertheim, y son bastantes los que consideran la invasión extensa y manifiesta de los parametrios como una dificultad, no como una contraindicación, y se comprende que para ellos la técnica que les permite vencer más dificultades es la mejor. Creo que es éste un criterio equivocado, pero me felicito de que haya quien lo apoye y ponga en práctica, para ver si con hechos demuestran que nuestra intervención puede ser más eficaz; creo que las indicaciones son independientes de la técnica, y que el caso inoperable por la propagación de la dolencia lo es cualquiera que sea el método empleado; que el método podrá tener influencia en los resultados obtenidos, pero siempre á condición que el caso sea susceptible de ello y que haya, por lo tanto, *indicación*. La propagación manifiesta y extensa del cáncer del útero es una contraindicación, sea cual fuere el método empleado.

Ciertamente que nada hay absoluto en esta cuestión y que la práctica nos reserva grandes sorpresas. He citado antes un caso que demuestra lo falaz de nuestros juicios tratándose del cáncer del útero (pág. 357), y al lado de aquél podría señalar algún otro completamente opuesto, y en el que pareciendo las lesiones extensas y con útero friable, con todo y parecer seguro no haber traspasado en la exéresis la zona de invasión, sin embargo, los resultados han sido duraderos. Sabemos poco todavía de las causas que influyen en la evolución del cáncer; la experiencia nos ha enseñado que podemos esperar mejores resultados de nuestra intervención en las mujeres ancianas que en las jóvenes; que las formas excrescentes suelen tardar más en recaer que las infiltradas; que el cáncer del cuerpo es menos grave, bajo este punto de vista, que el del cuello, y aun de éste sabemos que es preferible el de la porción vaginal que el de la cavidad cervical, pero en todos ellos ignoramos la influencia que la constitución y el temperamento de cada enferma pueda tener; como el estado moral y otros estados constitucionales pueden modificar el curso de la dolencia; porque en unas hay metástasis visceral y en otras no; porque las profesiones y la posición social parece dejan también sentir sus efectos en el curso de la neoplasia maligna del útero, y finalmente, nada sabemos de si la índole de vida sexual que la mujer haya llevado puede ser indiferente á este asunto. Por eso no cabe un criterio absoluto, y por mi parte más bien con tendencia á restringir que á prodigar las intervenciones, respeto mucho los pareceres opuestos.

Cuando el tratamiento radical no está indicado, debemos recurrir al tratamiento paliativo, en el que existen algunas indicaciones que cumplir, con frecuencia sumamente útiles, tanto para aliviar los sufrimientos de la enferma, como para prolongar su vida.

Tratamiento radical. — AMPUTACIONES DEL CUELLO. — Actualmente está completamente abandonada y pertenece á la historia la simple amputación de la porción vaginal del cuello con el bisturí, el estrangulador ó el asa galvánica; pudo tener su razón de ser y su utilidad en muy contados casos cuando operaciones más radicales tenían una gravedad inusitada. No sucede lo mismo con la amputación alta del cuello, llamada por Schröder amputación supravaginal; su técnica es por demás sencilla, y consiste:

1.º Incisión circular de la vagina alrededor del cuello del útero, despegando el cuello de sus conexiones con la vejiga y en parte con la base de los ligamentos anchos y fondo de Douglas, como se hace en el primer tiempo de la histerectomía vaginal, pero sin llegar al peritoneo por ningún fondo de saco.

2.º Amputación del cuello con el bisturí (Schroeder) ó con el cauterio (Byrne) en forma cónica, de manera que el vértice del cono alcance la región del istmo del útero. Si algún vaso sangra con exceso, lo que no suele ocurrir, se aplica una ligadura con catgut; por lo común, en el tercer tiempo queda del todo cohibida la hemorragia.

3.º Sutura con catgut de la mucosa vaginal con la mucosa cervical, de manera que la mucosa vaginal venga á cubrir la superficie cruenta.

Los resultados obtenidos con la amputación alta no son desfavorables ni mucho menos. En cuanto á mortalidad, no hay duda que la operación es benigna, pues si bien en los 150 primeros casos de la clínica de Berlín hubo diez muertes, ó sea un 7,5 por 100, mortalidad que apenas alcanza hoy la histerectomía vaginal, téngase en cuenta la época á que se refieren dichas operaciones, ó sea de 1878 á 1885; en cambio, en la misma clínica de Berlín, los últimos 44, desde 1885 á 1891, no dan mortalidad, y en las operaciones realizadas en estos últimos tiempos se ha reconocido que es una intervención absolutamente benigna. Bajo este punto de vista, ninguna de las otras operaciones radicales puede sostener la competencia.

En cuanto á los resultados curativos, si hemos de dar crédito á los estudios de Hoffmeier y Winter, y no tenemos ningún motivo para dudar de la competencia diagnóstica de Schroeder, á quien pertenecen la mayoría de operaciones examinadas por dichos autores, han podido observar, de las 155 primeras operadas, 132, y resulta que un 27,6 por 100 no tenían recidiva al cabo de cinco años; en la misma clínica de Berlín, la histerectomía vaginal daba un 17,6 por 100 de no recidivas á los cinco años. Si los resultados aportados por Hoffmeier y Winter, y posteriormente por Krukenberg, son exactos, y con ello concuerdan las observaciones de otros autores, se comprende que hoy todavía haya quien defienda la amputación supravaginal, como lo hace Franque en su trabajo ya aludido y lo hizo en el Congreso de Roma.

Sin embargo, si la operación no está abandonada poco le falta, pues en la misma clínica de Berlín va cayendo en desuso, ya que se practicaron:

De 1878 á 1884:	histerectomías,	40;	amputaciones supravaginales,	105
en 1897:	»	42;	»	6
en 1890:	»	54;	»	2

Algunos, para rehabilitar la amputación alta del cuello, arguyen el hecho de que con la amputación supravaginal se conserva el útero y sus funciones, y se cita algún caso de embarazo y parto consecutivo normales. El hecho podrá ser cierto y en determinados casos pesar en el ánimo del ginecólogo para adoptar la amputación en vez de la histerectomía, pero tratándose de la vida de la enferma, tiene poco valor el sostenimiento de una función.

Lo que realmente es contrario al ostracismo de la amputación supravagi-

nal es su benignidad y los resultados obtenidos. Ciertamente que con ella es imposible toda exéresis regional, pero se comprende que si no existe propagación, la amputación ha de dar buenos resultados. Pero anunciada así la cosa, es un verdadero contrasentido, pues si hemos de conservar la amputación supravaginal, es tan sólo para determinados casos, como son los cánceres muy limitados de la porción vaginal y los que de esta porción muestran más tendencia á invadir la vagina que el conducto cervical; en ningún caso de cáncer cervical debe emplearse la amputación, porque hay el peligro de la propagación al útero, que no existe en los limitados á la porción vaginal. Franque pretende haber establecido que la metástasis linfática del cáncer de la porción vaginal es muy tardía, y por eso aboga por la amputación.

Por eso no debe considerarse como bien justificado el abandono de la operación de Schroeder; lo que sí procede, de quererla emplear, es una selección metódica de los casos limitados á la porción vaginal, y con esto y un diagnóstico precoz no sería extraño que con la amputación del cuello se lograsen resultados parecidos á los que se han logrado con la amputación supravaginal del útero en los cánceres del cuerpo.

Tres veces tan sólo he recurrido á la amputación supravaginal, y de la última hace siete años; después, ó no he encontrado ningún caso tributario de esta operación, ó es que la he condenado al ostracismo tan inmotivadamente como otros muchos autores. De los tres casos, uno de ellos no tengo noticia ninguna; otro se me presentó con una recidiva á los cinco años, no en la cicatriz, sino en una placa vaginal difusa que, aunque la extirpé, recidivó á los pocos meses muriendo la enferma, y el tercero sé que murió á los seis años, y aunque no la ví, por los datos adquiridos me atrevo á asegurar que murió de recidiva.

Para terminar lo referente á la amputación del cuello, diré que, aunque en muy contados casos, me parece tan racional como la histerectomía.

HISTERECTOMÍA VAGINAL SIMPLE. — Para muchos ginecólogos es la operación de elección en los casos operables, y cuenta más sufragios en su favor que la histerectomía abdominal; tiene, sin embargo, algunas contraindicaciones, que, aun deseando y prefiriendo esta vía, obligan á elegir la vía abdominal: la falta de cuello por una amputación anterior; el excesivo desgaste y friabilidad del mismo por los progresos de la neoplasia, que impide hacer presa sobre el cuello para el descenso del órgano, y finalmente, los casos de útero voluminoso, como en ciertos adenomas, cáncer complicado con fibroma, piometra, porque en todos ellos resulta la operación laboriosa, y forzosamente hay que triturar tejidos que pueden fácilmente producir la infección ó la inoculación.

Existen muchos procedimientos para la histerectomía vaginal contra el cáncer; algunos de ellos están fundados en buscar facilidades técnicas, otros en prevenir la recidiva. Entre estos últimos figura el de Mackenrodt, que verifica la disección con el gálvano-cauterio para impedir la inoculación de células cancerosas; la formación de un manguito vaginal recomendada por Kelly, que se sutura para cerrar la región infecta; los procedimientos de ligadura sucesiva del ligamento ancho con descenso simétrico del útero, sin bascularlo ni practicar incisiones en el órgano de ninguna clase para evitar la infección y la inoculación. Como para la histerectomía por fibromas, unos emplean la forcipre-

sión y otros las ligaduras. El número de procedimientos es infinito, pero muchos de ellos con muy poca originalidad.

Yo aplico á la histerectomía vaginal por cáncer el procedimiento de Doyen hace unos quince años; en los primeros casos había empleado ligaduras según el método de Czerny-Martin ó forcipresión de abajo arriba á la manera de Pean-Richelot. Introduzco algunas modalidades hijas del modo de ser de la neoplasia, que la diferencian de la histerectomía por miomas, aunque en el fondo es el mismo procedimiento.

Tiempo preliminar.—Preparatorio, y de él no prescindo nunca. Consiste en un raspado profundo de la neoplasia que arrastre todo el tejido reblandecido; luego un lavado abundantísimo y en seguida una cauterización detenida que practico con torundas empapadas en una solución al 10 por 100 de cloruro de zinc. No fío en la antisepsis sola, y con este raspado y cauterización logro una desinfección más eficaz y la destrucción del tejido canceroso más friable para que no resulte tan fácil la inoculación.

Primer tiempo.—Se hace, previa colocación de las valvas, presa del cuello con pinzas de garfios en el sitio que presenta más solidez; no pueden siempre escogerse los lados, porque á veces la neoplasia ocupa dicho sitio, sino los labios; en ocasiones, las dos pinzas de garfios no pueden engarzarse simétricamente.

Segundo tiempo.—Se practica la incisión vaginal siempre por fuera de la neoplasia, de manera que á veces no es sobre el cuello donde se hace la incisión, sino sobre la pared vaginal; en esta incisión no comprendo el fondo de saco posterior si el útero es suficientemente móvil; tan sólo abro el Douglas cuando debo desprender adherencias para movilizar el órgano. El objeto de respetar el fondo de saco posterior es no abrir la vagina ni el peritoneo por detrás para evitar inoculaciones. En seguida separo con los dedos la vejiga de la cara anterior del cuello y éste de la base de los ligamentos anchos.

Tercer tiempo.—Incisión de la pared anterior del cuello todo lo más alta posible para engarzar dos pinzas de garfios en su ángulo y en tejido sano. Tratándose de cáncer del cuello, por lo regular cuanto más arriba más sano el tejido y mejor presa.

Cuarto tiempo.—Basculo el útero hacia adelante, y como tratándose de cánceres del cuello el cuerpo del útero suele ser pequeño, procuro no prolongar más la incisión media anterior y practico la basculación con los dedos y pinzas sobre la cara anterior, para tocar poco la neoplasia y prevenir la inoculación; si no lo logro, prolongo la incisión media anterior y pongo las pinzas más arriba.

Quinto tiempo.—Basculado el órgano, aplico sobre cada ligamento ancho y lo más afuera posible las dos pinzas de Doyen, tal como queda descrito (pág. 307).

Sexto tiempo.—Cortados los ligamentos anchos, el útero queda pendiente de la pared vaginal posterior y peritoneo del fondo de Douglas; con tijeras corto

estas ataduras resecaando un gran trozo de vagina y de peritoneo, con lo que logro que la neoplasia no se ponga en contacto de superficies cruentas. Cuando la neoplasia es del labio posterior, con esta técnica se aísla perfectamente, y aun pueden encontrarse y resecaar en parte las propagaciones hacia la parte baja del parametrio, á donde se llevan las pinzas de forcipresión.

Séptimo tiempo.—Lavado de la región con agua esterilizada y apósito tal como queda descrito (pág. 308).

No me preocupo de los anexos si están sanos, y los extirpo si ofrecen alguna lesión. Al contrario, si la mujer es joven, conservo á lo menos un ovario, pues ya queda dicho que, particularmente tratándose de cáncer del cuello, no es temible la metástasis ovárica.

Variantes.—Cuando la neoplasia es del labio anterior ó de la pared del conducto cervical, puede haber grandes dificultades en separar de abajo arriba la vejiga, y aun más para hacer presa sobre la cara anterior del útero y bascularlo, porque el tejido se desgarrá á la menor tracción é imposibilita seguir adelante. En este caso, y si ladeándose un poco no se encuentra buena presa, es preferible cambiar de camino, abrir el fondo de saco posterior, coger el labio posterior, tirar de él arriba y adelante y bascular el órgano por detrás congiéndolo con pinzas de garfios que auxilian la acción de los dedos, ó incindiendo la pared posterior, como se hace con la anterior si es preciso. Entonces se aísla la vejiga del útero de arriba abajo, lo que suele resultar más fácil. Las pinzas se aplican de la misma manera, sólo que en vez de coger el ligamento de arriba abajo lo cogen de abajo arriba. Algunos, como Doderlein últimamente, eligen deliberadamente la vía posterior y la basculación posterior del útero; por lo que he observado en mis casos, en los que sólo por necesidad he recurrido á la vía posterior, ésta sería ventajosa tratándose de neoplasias de la región anterior del cuello; para los de la región posterior y los del cuerpo es preferible la vía anterior.

Accidentes.—Puede ocurrir que al apreciar la operabilidad de un caso nos equivoquemos y la histerectomía vaginal resulte fracasada por imposibilidad técnica, cuando todos los tejidos son sumamente friables; en éstos la paciencia y la destreza podrán triunfar en algunas ocasiones, verificando el aislamiento del útero en zonas profundas y prescindiendo de su descenso hasta que pueda clavarse una pinza en tejido relativamente sano; á veces tendrá que ponerse una pinza en la base del ligamento y cortar de ambos lados para facilitar la extracción del órgano; si esos contratiempos ocurren y se trata de un cáncer del cuerpo, lo mejor es abandonar la vía vaginal y proceder inmediatamente á la laparotomía; alguna vez me ha ocurrido y la operación se termina muy rápidamente. Si es del cuello, no hay tampoco más camino que recurrir á la vía alta ó convertir una operación que se comienza con augurios de radical en simplemente paliativa.

Otro de los accidentes que suelen ocurrir es que la vejiga esté invadida y se perfore á pesar del cuidado puesto en su disección. No hay más camino que resecaar el trozo correspondiente y suturarla; en un caso en que tuve que rese-

car un buen trozo de vejiga, la enferma murió al cabo del año de metástasis pleural sin fenómenos de recidiva local. Ya he dicho antes que *á priori* deben desecharse los casos que exigen resección vesical.

La hemorragia no es de temer con la técnica indicada; sin embargo, más fácilmente que en los casos de mioma puede, durante la operación, desgarrarse la uterina y producir una hemorragia alarmante, que se cohibe con una pinza.

Deliberadamente no empleo ligadura en la histerectomía vaginal por cáncer, porque con las pinzas puedo alcanzar una gran parte del parametrio y ligamentos anchos; todo el tejido comprendido entre las pinzas se esfacela y es una garantía para la no recidiva, mientras que las ligaduras no permitirían llevar la sección tan hacia afuera. Así opinan también Richelot, Gutiérrez y otros.

El tratamiento post-operatorio y las complicaciones que pueden ocurrir son análogas á las de la histerectomía vaginal por miomas, con la diferencia de que sin duda es más fácil la infección, por existir comúnmente un foco séptico.

Resultados.—Los resultados inmediatos de la operación son buenos, puesto que si bien al principio, allá por los años 1880 á 1890, la mortalidad operatoria era algo elevada, alcanzando á veces un 20 y un 35 por 100, actualmente ha mejorado mucho y adquirido una relativa benignidad.

En una estadística que comprende 969 casos de la práctica de Leopold, Landau, Martin, Hofmeier y Olshausen, figuran 73 defunciones, ó sea una mortalidad de 7,5 por 100.

En otra estadística reciente en que figuran De Ott, Schauta, Sweiffel, Hersfeld, Sanger, Jauvrin y Burkhart con un total de 739 casos, 47 defunciones, ó sea un 6,5 por 100.

En una estadística de autores franceses, en la que entran Pozzi, Bouilly, Segond, Richelot, Terrier, Schwartz y Quenu, en un total de 476 casos, 62 defunciones, ó sea 13,5 por 100 de mortalidad.

De España conozco la estadística presentada por Gutiérrez en el Congreso de Madrid, que hasta 1897 comprende 45 casos con 8 defunciones, y la mía, que hasta 1910, comprende 97 con 8 defunciones.

Sorel, en una estadística que abarca 3.155 casos pertenecientes á un gran número de cirujanos de todos los países, encuentra 289 muertes, ó sea un 9 por 100 de mortalidad. Realmente, esta es la gravedad de la intervención en los momentos actuales, contando en que hay series afortunadas en que la mortalidad llega á 0 y otras en que todavía resulta bastante elevada.

Por mi parte considero bastante más grave la histerectomía vaginal por cáncer que la que se practica por mioma, pues teniendo en aquélla una sola defunción entre 64 casos, no puedo compararla con la del cáncer. La mayor parte de muertes, ó casi todas, son por infección, que algunas veces creo debida al foco existente, difícil ó imposible de agotar. Yo por lo menos no he visto perderse una sola enferma de hemorragia.

El estado de las enfermas después de la operación es inmejorable, hasta que sobreviene la recidiva. Puede calcularse por los trabajos de Winter, Krukenberg, Hoffmeier y otros, que la recidiva sobreviene el primer año, en un 50 por 100 de casos; el segundo año, en un 50 por 100 del resto; el tercero, cuarto

y quinto, las recidivas son más raras. Winter considera, como antes he dicho, curadas las que al quinto año no tienen recidiva, y dice que en su práctica no ha visto ninguna recidiva después de cuatro años. Ya he indicado antes que todavía se presentan, y yo mismo he visto más de un caso.

En mis enfermas no he visto las recidivas al primer año tan frecuentes, pero esto depende de la índole de los casos operados; si no se hace una buena selección, las recidivas serán más rápidas que si se desechan los casos más dudosos.

De entre las distintas formas de cáncer, las que recidivan más frecuentemente y más pronto son las del conducto cervical, menos las de la porción vaginal y notablemente menos las del cuerpo del útero.

Ya he indicado que la recidiva es casi siempre local, en la misma cicatriz ó en sus vecindades del parametrio ó de la vejiga, pocas veces ganglionar y alguna vez visceral.

Cuando aparece la recidiva los síntomas son los mismos que los de la neoplasia primitiva: leucorrea, hemorragias y dolor, pero todos ellos más remisos, de manera que el curso de la recidiva, con ser tan fatal como la misma neoplasia, es mejor tolerado y las enfermas sufren menos. La exploración nos indicará en qué sitio tiene lugar, y muy raras veces podrá dar origen á una nueva operación como en el caso que antes he citado, pues casi únicamente la recidiva vaginal puede autorizar una nueva resección de la neoplasia.

Como se ve, la histerectomía vaginal es, la mayoría de veces, una operación paliativa; pero aun como á tal y escogiendo los casos de manera que no sean fáciles las reproducciones inmediatas, como ocurre algunas veces, lo que se logra prescindiendo de la posibilidad técnica para atenerse á las contraindicaciones hijas de la propagación, es una intervención no sólo justificada sino sumamente beneficiosa para las enfermas, á las que se proporciona un gran consuelo físico y moral á cambio de un peligro operatorio relativamente pequeño.

HISTERECTOMÍA VAGINAL CON EXÉRESIS REGIONAL.—Ya he indicado antes que para facilitar mayor destrucción del tejido celular paramétrico empleo deliberadamente, y en todo caso de histerectomía por cáncer, la forcipresión para la hemostasia definitiva.

Algunos autores, guiados por la idea de hacer una más amplia extirpación de los tejidos invadidos y también para hacer operables casos difíciles de alcanzar con la técnica corriente de la histerectomía vaginal, han ideado procedimientos muy originales y atrevidos, tales como la histerectomía por la vía perineal de Zuckerlkant y la histerectomía por la vía sacra de Hochenegg. La primera ha tenido siempre muy poca aceptación; pero la segunda, permitiendo descubrir los ligamentos anchos y hacer una disección directa, teniendo los uréteres á la vista, hizo prosélitos; Schede, Czerny, Hegar, Sweiffel y otros la practicaron para casos difíciles; realmente era un recurso cuando su autor la inventó (1888), en aquella época en que la histerectomía abdominal por cáncer ofrecía una mortalidad aterradora. Pero actualmente, en que casi no es tan grave la vía abdominal como la vía sacra, ésta sólo queda como recuerdo y como procedimiento de transición, aceptable en aquel período evolutivo. Las facilidades

técnicas entre una y otra vía no son comparables, ni la perfección con que puede llevarse á cabo la exéresis tampoco, así es que hoy nadie la practica.

Los procedimientos de Dursen, incindiendo longitudinalmente la vagina para hacer más asequible el parametrio y el de Schuchart, con su incisión paravaginal, que permite descubrir el fondo de la pelvis y poner á la vista los uréteres para disecar el parametrio, tampoco tiene ventaja ninguna sobre la laparotomía ni siquiera la igualan, tanto que Schuchart mismo lo ha abandonado para preferir y recomendar la laparotomía.

De modo, que actualmente, cuando se quiere practicar la exéresis regional y no quiere contentarse uno con lo que la histerectomía vaginal con pinzas pueda dar de sí, el único camino aceptable es recurrir á la laparotomía como más benigna, más fácil y más eficaz que estos grandes traumatismos, difíciles de reparar, que se necesitan por la vía baja para abrir un campo operatorio limitado é imperfecto.

HISTERECTOMÍA ABDOMINAL SIMPLE.—Introducida por Freund para el tratamiento del cáncer del cuello, y preconizada por Schröder contra el cáncer del cuerpo, como amputación sub-total no ha dejado de tener, desde su introducción en la cirugía, algunos partidarios, y nunca se ha abandonado en absoluto. Ciertamente que tuvo un largo período, del 80 al 90, en que se empleó muy poco, vista la inmensa gravedad que comportaba. En una estadística de los primeros tiempos referida por Richelot, figuraban 93 casos con 63 muertes, ó sea un 67 por 100 de mortalidad. Resultados tan desfavorables eran á propósito para descorazonar al cirujano más convencido, así es que aplicada al cáncer del cuello cayó casi en olvido hasta más tarde. En cambio, aplicada á la neoplasia del cuerpo, ha dado siempre resultados muy aceptables, y ello ha contribuído no poco á mantener el método hasta que ha llegado el momento de su rehabilitación.

Con todo, una estadística moderna de Richelot (1) de cirujanos franceses y no franceses, que comprende 351 casos, lleva 113 muertes, ó sea un 32,1 por 100 de mortalidad.

He practicado veinte veces la histerectomía abdominal simple con dos defunciones, ó sea un 10 por 100 de mortalidad. De ellos 16 eran del cuerpo y los otros 4 del cuello: de las dos defunciones una pertenece al primer grupo y otra al segundo. Creo que actualmente es la histerectomía abdominal simple una buena operación, quizás la de elección en las neoplasias del cuerpo, en las que por su modo de propagación es poco de temer la recidiva por propagación vaginal y paramétrica: en cambio resulta más fácil evitar la abertura del útero y la producción de injertos, de modo que, excepto cuando las condiciones individuales antes indicadas son una gran dificultad, prefiero la histerectomía abdominal á la vaginal para todos los cánceres del cuerpo. Aplicada á los cánceres del cuello hoy no debe aceptarse más que en los casos en que se haya comenzado una operación por la vía vaginal y no pueda terminarse: mis casos son de épocas pasadas en que la técnica no era precisa como hoy, y la vía abdominal se miraba tan sólo como un recurso para vencer dificultades, pero no como un

(1) *Loc. cit.*, pág. 700.

método de elección. Para el cáncer del cuello, indudablemente entre la colpohisterectomía y la histerectomía abdominal simple, es preferible aquélla: pero como al hacer la histerectomía abdominal por cáncer del cuello lo menos que haremos será resección vaginal, de ahí las ventajas de esta última aun á trueque de una mayor mortalidad.

Para la neoplasia del cuerpo procedo siempre igual que si se tratara de mioma. Previa *toilette* vaginal y taponamiento con gasa yodofórmica para que empape cualquier rezumamiento que venga del interior del útero, procedo á aislar el útero igual que si se tratara de un mioma, y aplico el procedimiento de Doyen abriendo el fondo de saco posterior y cogiendo el cuello tal como queda dicho en páginas anteriores. Este tiempo es el más peligroso, porque pueden venir líquidos intra-uterinos al campo operatorio é infectarlo; de aquí la conveniencia de aplicar pinzas de garfios de manera que cierren por completo el hocico de tenca si la erina de Doyen ha dejado éste abierto; á la vez se protege bien el campo operatorio con compresas que se renuevan inmediatamente después de extraído el útero. En la neoplasia del cuerpo, la erina ó pinza que coge el cuello no sólo es un instrumento de tracción, como en los úteros miomatosos, sino á la vez de obturación; de aquí que mi erina fija tiene particular aplicación en casos de esta índole, porque ella sustituye perfectamente la sutura previa del cuello que recomiendan Kelly y otros autores, y aisla el foco de infección

intra-uterino del campo operatorio. Puede emplearse perfectamente en estos casos la pinza de Collin (figura 195) que aprisionando el útero al nivel del istmo, ó más abajo, desde el abdomen, á la vez que sirve para hacer tracción sobre el útero sin desgarrarlo, sustituyendo las pinzas de garfios, obtura el conducto cervical

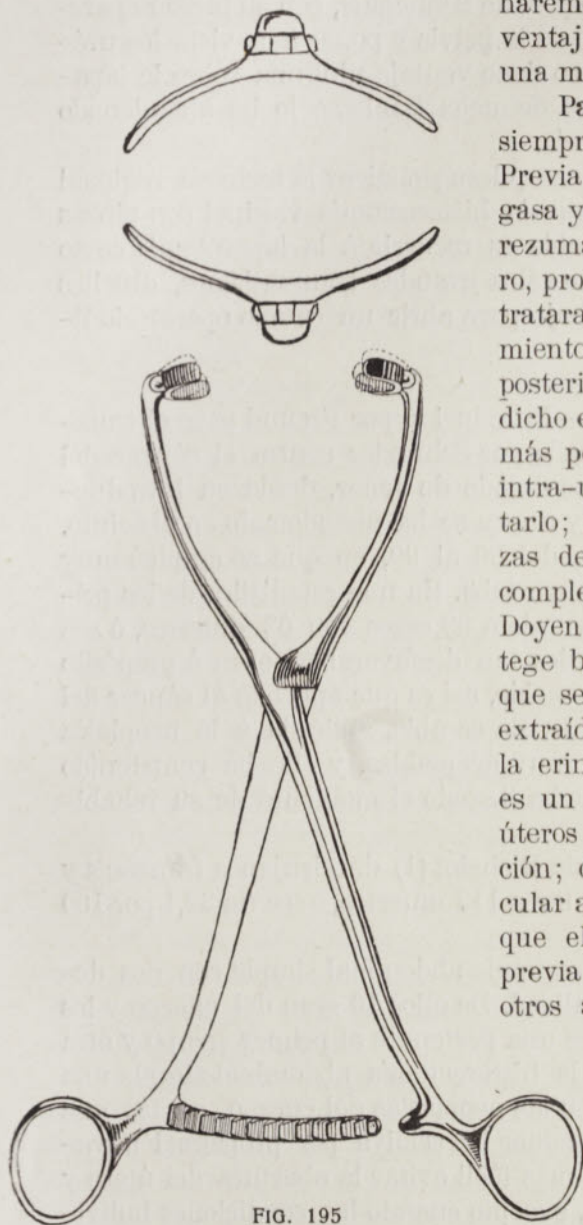


FIG. 195

Pinza de Collin
para la histerectomía abdominal.

cal por compresión de las paredes impidiendo la salida del contenido uterino. Todo lo demás se hace igual que queda descrito al hablar de la histerectomía total por miomas. Procediendo así, la histerectomía abdominal simple por neoplasias del cuerpo es poco más grave que la histerectomía por miomas, y en mis casos, que alcanzan á diez y seis, he tenido una sola defunción.

HISTERECTOMÍA ABDOMINAL CON EXÉRESIS REGIONAL.—Si los hechos llegaran á demostrar que son reales y positivas las ventajas que sus más entusiastas partidarios cifran en este método para la curación del cáncer del útero, sería indudablemente el mayor progreso de la Ginecología en los últimos años.

Los nombres de Ries, Rumpf, Clark, Kelly, Freund, Veit, Jacobs, Jonnesco, Ricard, Regnier y otros, figuran entre los que más se han distinguido para vul-

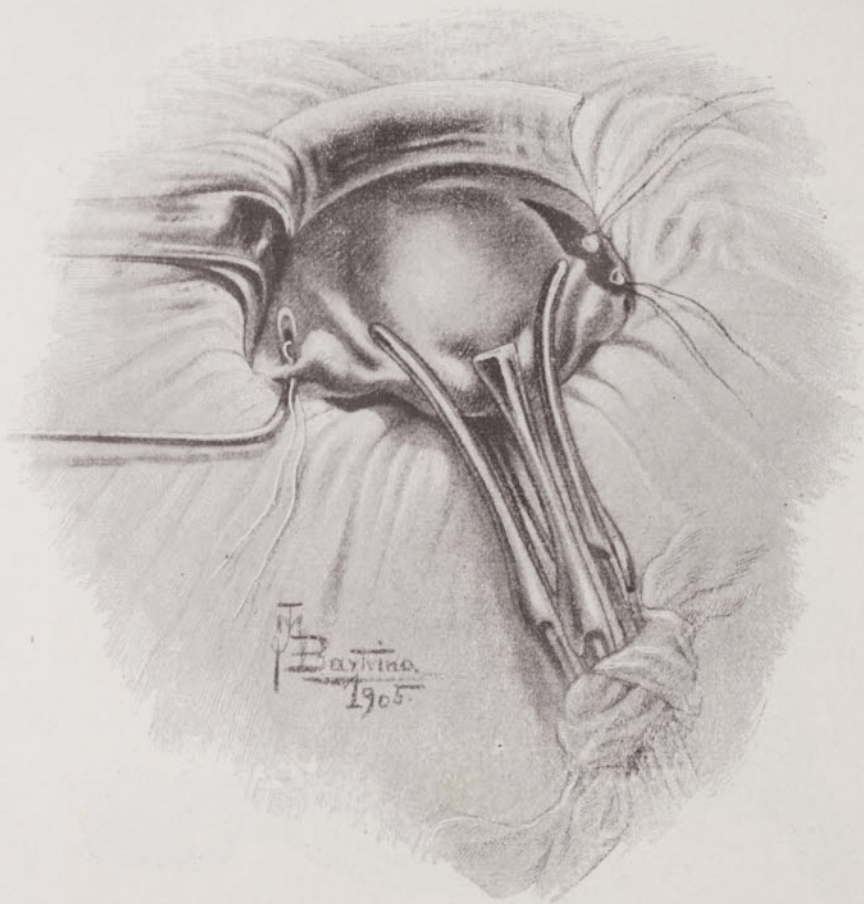


FIG. 196

Histerectomía abdominal por cáncer del cuello. Sección hacia afuera de los ligamentos anchos.

garizar y hacer aceptar el nuevo método. Indudablemente Wertheim ocupa un lugar distinguido en esta lucha, por haber vulgarizado una técnica relativamente fácil y sencilla á la que se ha adherido el mismo Kelly, y presentar una suma de material cual ningún otro, y que en el Congreso de Roma alcanzaba á 120 operadas metódicamente de la misma manera. Ciertamente, en la técnica de Wertheim no todo es original, pues cada una de sus partes había sido ya ejecutada por otros, pero tiene la ventaja de haber sabido formar un conjunto armónico añadiendo algunos detalles que simplifican el acto operatorio.

La preparación de la enferma se hace igual que he descrito para la histe-

rectomía vaginal en la neoplasia del cuello, ó sea raspado, cauterización de la superficie y taponamiento antiséptico; en sus primeros 90 casos prescindía Wertheim de este requisito, pero en los primeros 10 de su cuarta serie de 30 murieron 4, y atribuyó la infección á que su procedimiento de pinzas para obturar la vagina es defectuoso, y entonces recurrió á la desinfección enérgica del foco; los 20 casos siguientes curaron todos.

Puesta la enferma en posición de Trendelenbourg y protegida la gran

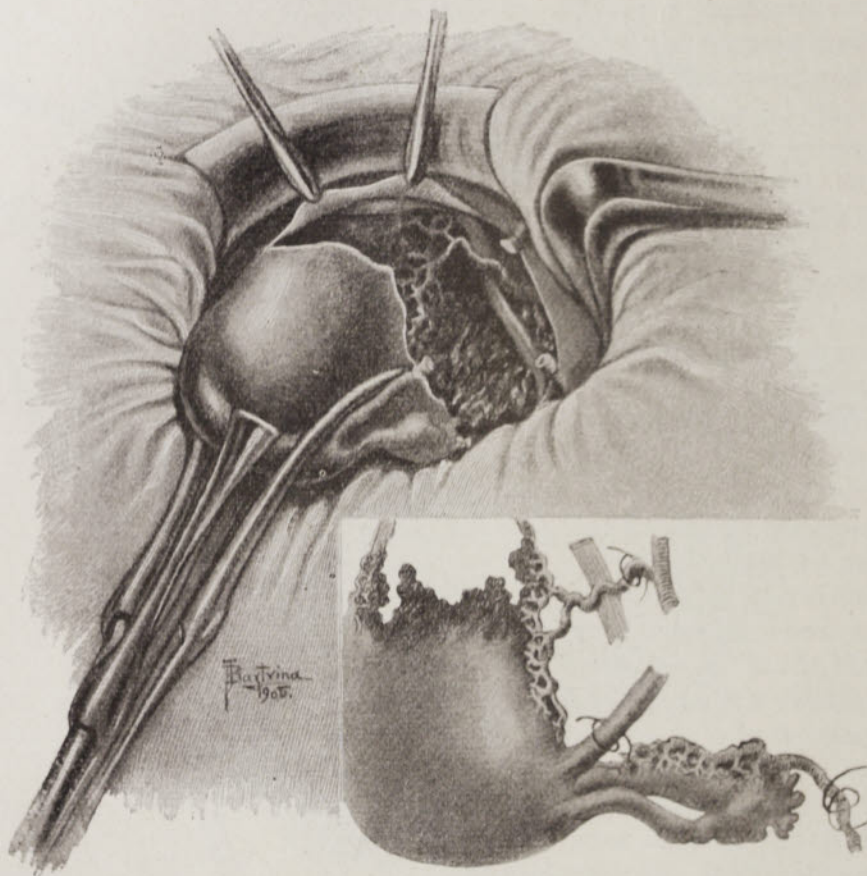


FIG. 197

Histerectomía abdominal por cáncer del cuello. Aislamiento de la vejiga, del uréter y de la uterina; ligadura de esta última.

serosa con compresas, procedo á los distintos tiempos operatorios de la manera siguiente:

1.º Ligadura muy hacia afuera del ligamento infundíbulo-pélvico para obturar la ovárica.

2.º Ligadura del ligamento redondo. Aplicación de una pinza en el borde del ligamento ancho correspondiente y corte del ligamento infundíbulo-pélvico y redondo al ras de la ligadura: con esta pinza evito ligadura doble y gano tiempo: luego esta pinza la coloco formando manojo con la que previamente se ha implantado al nivel del istmo (fig. 195) ó al fondo del útero para levantarlo

y desviarlo. El peritoneo que va del ligamento redondo al infundíbulo-pélvico lo incindo con la tijera (fig. 196).

3.º Las mismas maniobras del lado opuesto.

4.º Incisión del peritoneo por delante del útero y separación de la vejiga lo más bajo posible (fig. 197).

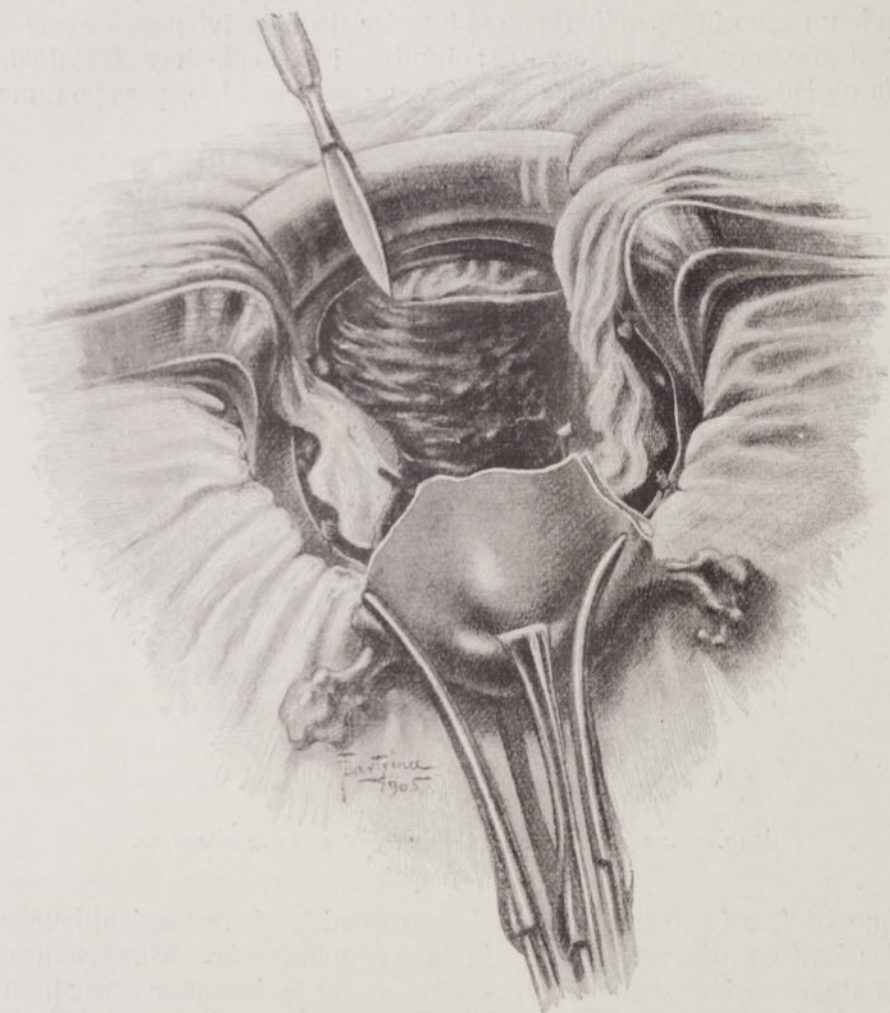


FIG. 198

Histerectomía abdominal por cáncer del cuello. Aislamiento y corte del manguito vaginal.

5.º Incisión del peritoneo por detrás del útero y aislamiento del mismo; ambas incisiones transversales deben unirse con las laterales.

6.º El útero se moviliza mucho, y entonces se levanta y desvía á la izquierda, y hacia la parte derecha de la pelvis, se busca el uréter á su entrada en la excavación, se aísla por dentro dejándole adherencias hacia afuera, y se va siguiendo con la vista y el dedo en su trayecto hacia abajo y adentro hasta que el índice descubre la uterina que pasa por sobre el uréter, la que se corta entre dos ligaduras (fig. 197); la externa lo más afuera posible; en seguida se conti-

núa la separación del uréter dejándolo hacia afuera y adelante hasta que se llega al espacio vésico-uterino. Procediendo así, el uréter está siempre á la vista y no hay necesidad de aplicar previamente un catéter ureteral, como recomendaron Kelly y otros; puede prescindirse perfectamente de este requisito.

7.º Se hace igual maniobra del lado opuesto.

8.º El útero sólo queda unido á la vagina; ésta se aísla todo lo necesario, formando un tubo independiente en el interior de la pelvis; puede este aislamiento llegar muy cerca de la vulva; el único sitio donde hay dificultades es hacia la región vesical; hacia los lados á veces sangra algo, pero yo nunca he



FIG 199

Útero, anexos y manguito vaginal extirpados en una sola pieza.

visto que tuviese importancia. Cuando en este aislamiento vaginal hemos llegado dos ó más centímetros por debajo de la neoplasia (fig. 198), cortamos circularmente la vagina, lo que se procura hacer con rapidez para sacar pronto la pieza patológica (fig. 199). El taponamiento vaginal se retira en seguida por la vulva. La experiencia me ha enseñado á modificar este tiempo, aceptando la obturación vaginal de Wertheim con pinzas antes de abrir la vagina. Una de mis primeras operadas de operación de Wertheim (la octava), á los 18 meses reingresó en el Hospital Clínico con una tumoración de rápido desarrollo en la cicatriz abdominal y sin ningún síntoma de recidiva local. Con diagnóstico dudoso, operé el tumor de la cicatriz, lo que me obligó á resear gran parte de la misma, encontrando el peritoneo sano: el examen histológico del tumor demostró una neoplasia epitelial análoga á la que obligó á la histerectomía: se trataba, pues, de un caso típico de injerto realizado por contacto durante la operación. Desde entonces obturo la vagina con una ó dos pinzas curvas antes de cortarla, y así aislo perfectamente el foco neoplásico y séptico (fig. 200). La resección va-

ginal conviene que se haga extensa. Con estas mismas pinzas comprendo todo el parametrio posible por debajo del uréter.

9.º Libre del todo la pelvis, y con el uréter y grandes vasos á la vista, se procede á resekar todo el tejido celular paramétrico de dentro á fuera y llegando hasta la base del ligamento ancho y vaciando el triángulo que forman la íliaca interna y la externa. Esta resección ó vaciamiento se practica con pinzas y tijeras. A veces las propagaciones envuelven el uréter y hay que disecarlas para aislarlo; Jonnesco asegura que esto es fácil porque el uréter consérvese algo aislado entre la masa neoplásica; otros, dada la íntima unión de la neoplasia con el uréter, aconsejan, como Cullen y Mackenrodt, resecarlo y practicar luego la urétero-cisto-neostomía. En algún caso en que encontré las propagaciones neoplásicas envolviendo el uréter me fué difícil la separación, pero no los resequé.

10.º Extirpación de los ganglios obturadores hipogástricos é ilíacos. Se aconseja extirparlos siempre, estén ó no enfermos, ó por lo menos extirpar los que se pueda, y Jonnesco amplía la cosa hasta extraer los ganglios lumbares. En mis casos, hasta ahora, habida

cuenta de que no siempre están invadidos y de que cuando lo están no son siempre neoplásicos y que la recidiva ganglionar es muy rara, me he contentado con levantar el peritoneo de la región, y si el tacto me hace descubrir un ganglio lo extirpo, y si no encuentro ninguno, doy por terminada la operación. Mi exploración se dirige hacia la íliaca externa é interna, pero prescindo de la región lumbar.

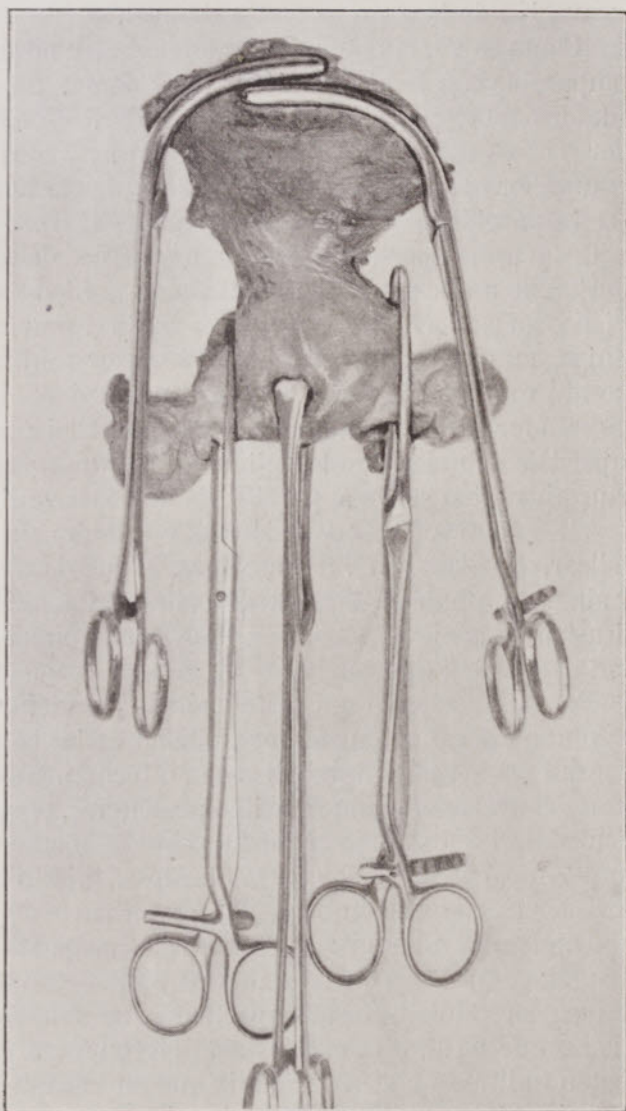


FIG. 200

Pieza patológica extirpada en la operación de Wertheim con las pinzas de prensión y las de obturación.

11.º Colocación de un taponamiento pélvico con gasa esterilizada y yodofórmica que salga por la vulva, y peritoneización del suelo de la pelvis, suturando el peritoneo anterior al posterior, ó bien sobre el recto, ó bien llevando la S ilíaca al estrecho superior á lo Bardenehuer; lo importante es dejar aislada la excavación de la gran serosa peritoneal.

Como se ve, la operación es laboriosa, y no faltan en ella dificultades. No es comparable con la histerectomía por mioma. Su duración varía según las dificultades del caso y el hábito del operador. Wertheim refiere que si en los primeros casos tardaba dos horas ó dos horas y media, ahora termina la operación en una hora para los casos favorables y hasta hora y media para los difíciles.

Los accidentes que pueden presentarse son: la herida del uréter ó de la vejiga y la hemorragia. Esta no me parece de temer ligando bien la ovárica y uterina de ambos lados; la ligadura de la hipogástrica, que algunos han aconsejado, no es necesaria. La sutura vaginal previa de Sampson, que Cullen preconiza, tampoco es necesaria. Si el uréter resulta herido ó reseca, se anastomosará con la vejiga y ésta se suturará si se desgarró; caso de tenerla que desprender de la vagina en una gran extensión, aconseja Wertheim reducir la superficie desnuda de la vejiga con algunos puntos de catgut ó seda que la frunzan y fijen sobre la porción de la pared vaginal anterior.

He practicado la operación de Wertheim siguiendo la técnica que acabo de indicar, 42 veces con 7 defunciones, lo que da una mortalidad de 16'6 por 100. De las 42 ha habido 4 casos de operación manifestamente incompleta por la difusión de las propagaciones: estos casos son siempre los más graves, pues me han dado dos defunciones.

Por mi parte creo que este método es mejor para garantizar la recidiva, pero no para aumentar la operabilidad de las cancerosas: cuando las propagaciones invaden la vejiga ó el recto, ó forman masas paramétricas que involucren los uréteres, creo preferible abstenerse, porque sin confianza de una curación radical ó duradera se hecha sobre la operación un descrédito que redundará en perjuicio de la lucha contra el cáncer, puesto que en nuestro país, en que está por hacer la educación del público y en parte de la clase médica, esos fracasos contribuyen á mantener la resistencia que existe á aceptar los progresos de la cirugía: comprendo que Bumm opere el 90 por 100 de enfermas que se presentan en su Clínica, porque aparte de que acuden allí mucho más prematuramente que aquí, los fracasos sólo sirven para estimular á las enfermas que tienen infiltrada la convicción de que en tales dolencias debe recurrirse lo más pronto posible al auxilio de la cirugía.

Así se comprende la importancia que tiene el método como operación exploradora y que Wertheim diga que él *no decide una operación hasta después de abierto el vientre*, porque hay casos en que la exploración clínica hace presagiar una operación fácil que resulta casi imposible ó incompleta y otros que parecen difíciles á la exploración y resultan fáciles y buenos para el acto quirúrgico. De modo que, dentro los límites de la operabilidad que la exploración clínica nos imponga, debemos aceptar la rectificación de nuestras decisiones, según resulte de la exploración operatoria.

Un accidente algo frecuente es la formación post-operatoria de una fístula ureteral; cuatro veces la he visto sobrevenir; ocurre en general á los ocho ó

diez días y es debida al esfacelo de una porción de uréter. Algunos pretenden que el taponamiento del fondo de la pelvis puede favorecer este accidente y yo opino que quizás no les falte la razón si se aplica un taponamiento apretado: pero si se deja muy flojo, de manera que tan sólo sirva para asegurar el desagüe, creo que no: los cuatro casos que he visto, tres fueron entre la primera mitad de mis operadas en que ponía un taponamiento algo apretado, pero en el segundo en que lo dejé muy flojo he tenido un solo caso. Por lo demás, todas las enfermas curaron espontáneamente de su fístula ureteral, menos una que tuvo una recidiva rápida.

Mis casos de muerte han recaído casi todos en operaciones muy difíciles y laboriosas y la causa en tres de ellos, fué la infección; en dos, la neumonía; en una, una afección cardíaca y en otra, ocurrió por lesión renal.

Se observa en esta operación, como en todas: á medida que va perfeccionándose mejoran los resultados y no tengo duda que, dentro de poco, si no adquiere la benignidad de las otras laparatomías bajará su mortalidad á 8 ó 10 por 100. A la mortalidad de 27 por 100 señalada por Belleuff, en su estadística de 1900, englobando 459 casos de distintos operadores, podemos hoy oponer los resultados obtenidos por Doderlein, Kustner, Wertheim y muchos otros, cuya mortalidad no pasa del 14 al 15 por 100: no es dudoso que la mejora seguirá por los progresos de la técnica de una parte y la habilidad adquirida de otra, á la vez que mejorarán las circunstancias de cada caso. Yo recuerdo que en mis primeras operaciones siendo favorables, no tardaba menos de una hora y actualmente he hecho varios en menos de 40 minutos. Doderlein dice que para los casos comunes la operación ha de durar de 30 á 40 minutos; por este solo concepto existe ya una gran mejora.

Los procedimientos ideados al lado de esta operación, que bien podemos ya llamar clásica, como los de Ammam, Mackenrodt, Rumpf y otros, para hacer teóricamente la operación más completa ó para hacerla extra-peritoneal incindiendo transversalmente las paredes abdominales y suturando el peritoneo anterior hacia atrás, no me parecen tener ventajas y creo que basta atenerse al procedimiento clásico descrito, renunciando á los casos que con dicho procedimiento no puedan vencerse. Una sola excepción hago para los casos de cáncer útero-vaginal, en los que la propagación llega tan cerca la vulva que no son asequibles por el abdomen: entonces creo puede hecharse mano de un procedimiento combinado por las dos vías, tal como queda descrito anteriormente (1).

Decía en mi anterior edición que *probablemente, á no tardar, la histerectomía abdominal con exéresis será la operación de elección* (2). Hoy creo que la perfección técnica, la benignidad lograda y los resultados tardíos, autorizan completamente la evolución.

Tratamiento del cáncer complicado de embarazo.—Cuando en el cáncer del cuello sobreviene un embarazo, pueden darse varias circunstancias á cual más variable. Supongamos el hecho más frecuente en nuestro país, cual es que se descubre el cáncer y se diagnostica el embarazo en un período en que

(1) Véase tomo I, pág. 491.

(2) Véase primera edición, tomo II, pág. 420.

aquél es inoperable. Es el caso más sencillo: la vida de la madre está irremisiblemente perdida, y nuestro deber, por tanto, es velar por la vida del feto, respetar el embarazo y hacer lo posible para que llegue á término, y una vez comenzado el parto, si las condiciones de la neoplasia, por la friabilidad de los tejidos y mala dilatación del cuello, le hacen distócico, practicar la operación cesárea simple extrayendo el feto y dejando el útero suturado con las reglas habituales en estos casos; así es menos fácil que se infecte la madre y pueda seguir el curso regular de su neoplasia que si hacemos operación de Porro. De este modo procedí en 1896, en que tuve un caso de esta índole en la clínica oficial y pude extraer por la laparo-histerotomía dos fetos vivos. La unanimidad entre ginecólogos y tocólogos en tales casos es completa. Sanger, Fritchs, Dursen, Pinard, Olshausen, Ribemont, Pozzi, etc., así opinan.

Supongamos un embarazo en los dos primeros trimestres y un cáncer del cuello limitado, y por tanto, en período perfectamente operable, Bouilly, Pinard, Varnier, Champetier de Ribes y otros tocólogos quieren que se respete la vida del niño, y considerando perdida ó muy problemática la de la madre, seguir una conducta expectante en favor del feto para llevarlo á término ó á período de viabilidad y entonces obrar en consecuencia. En cambio, los ginecólogos como Legueu, Pozzi, Segond, Landau, Hoffmeier, Kaltenbach y otros, aplicando á estos casos un criterio más quirúrgico y confiando más en la eficacia de la intervención, quieren que se apliquen á ellos las reglas generales y se opere á la enferma prescindiendo del feto, cuya vida consideran problemática por la facilidad con que sobreviene el aborto, y sea por la vía vaginal, sea por la abdominal, extirpan útero y contenido. Pocas veces se presentará el problema en el primer trimestre, que es cuando es más difícil de resolver, porque ya en el segundo, probablemente podrá aguardarse la viabilidad del feto; en el primero casi siempre pasará desapercibido el embarazo, y el único diagnóstico establecido será el de cáncer del cuello operable, y durante la operación encontrará el ginecólogo que además había un embarazo, y el problema se ha resuelto por sí solo al terminar el ginecólogo la intervención; así me ha ocurrido en dos casos, y en todos los demás que he visto, la enferma no sospechó los primeros meses que estuviese embarazada, y si llega ya á la segunda mitad, entonces la solución puede ser otra, que pertenece al grupo siguiente.

Un tercer grupo de casos lo constituyen las enfermas de cáncer operable con un embarazo en el último trimestre ó sea cuando el feto es viable. Si el caso permite alguna dilación, llegar todo lo posible á las proximidades del parto en beneficio del feto; si la lesión es de tal índole por su desarrollo que haga temer la pérdida de una ocasión oportuna en beneficio de la madre, operar en cualquier momento del tercer trimestre. Establecido así el criterio, tratar un útero canceroso operable conteniendo un feto viable igual que se trata un útero miomatoso que hace el parto irrealizable, ó sea practicando la histerectomía abdominal total; ese es el criterio de la mayoría de los ginecólogos y tocólogos. Dursen y Acconi proponen la vía vaginal, haciendo previamente una cesárea vaginal: penetran por el fondo de saco anterior, separan la vejiga, incinden la pared anterior del segmento inferior y el labio anterior del cuello, luego el labio posterior, con lo que tienen abertura bastante para extraer el feto, después de lo cual practican la histerectomía vaginal. No he tenido que intervenir en un caso

parecido, pero de tenerlo que hacer preferiría la histerectomía abdominal total á la conducta preconizada por Dursen y Acconi. Los resultados que hoy se obtienen con la laparo-histerectomía autorizan esta conducta, aun tratándose de un cáncer incipiente; quizás alguna vez podría dejarse realizar el parto y aplazar la intervención para terminado el puerperio, pero no se olvide que parto y puerperio en una neoplasia maligna, si no es muy incipiente, están expuestos á muchos peligros.

Tratamiento paliativo. — En los casos inoperables la acción del ginecólogo es á veces insignificante y otras veces bastante beneficiosa.

Cuando existen metrorragias abundantes y leucorrea difusa debemos procurar corregirlas, y realmente es fácil lograr resultados positivos, particularmente cuando se trata de formas excrecentes. Las cauterizaciones que se han recomendado y practicado mucho, sea con el cauterio sea con sustancias químicas, producen resultados muy dudosos y discutibles; por lo menos yo, después de haberlos usado algunas veces, no me atrevo á recomendar ni los toques con el termocauterio, ni con percloruro de hierro, ácido nítrico, fénico, acético y tantos otros como se han recomendado.

El único medio eficaz es practicar exactamente lo que antes he descrito como tiempo preliminar de la histerectomía, esto es, un raspado cuidadoso de todas las excrecencias y granulaciones, de modo que la superficie saniosa de la úlcera del cáncer sea substituída por una superficie lisa y limpia, en la que el tejido neoplásico tenga cierta consistencia; cuanto menos tejido neoplásico quede mejor.

Este raspado debe practicarse con cierta precaución, sobre todo en los cánceres muy adelantados, pues muy fácilmente puede perforarse la vejiga ó interesar una uterina. Inmediatamente después del raspado se practica una cauterización con una solución de cloruro de zinc al 10 ó 20 por 100; se limpia toda la superficie con torundas empapadas en dicha solución y luego se deja aplicado un taponamiento con tiras empapadas en lo mismo y un taponamiento seco con gasa yodofórmica á guisa de apósito. Las consecuencias de la operación son siempre sencillas.

Algunas veces será preciso recurrir á la anestesia general, pero comúnmente no hay dificultad en verificar la maniobra sin anestesia.

A las veinticuatro horas se retira el taponamiento, y la úlcera queda substituída por una escara seca que penetra más ó menos profundamente, según la cantidad de solución empleada y la concentración de la misma; el ginecólogo debe graduar el grosor de la escara, pues también ésta al desprenderse puede haber perforado la vejiga; recuérdese, como precedente, que el cloruro de zinc al 20, empapando completamente el taponamiento cáustico que se aplica sobre la úlcera, puede producir una escara de un centímetro de grosor. Al desprenderse la escara deja una úlcera limpia, granulosa, que á veces cicatriza en algunos sitios en que quedó destruído todo el tejido neoplásico, pero que lentamente vuelve á adquirir el carácter neoplásico que tenía antes de la intervención.

El período de mejoría es muy variable, pero puede contarse cuando puede aplicarse el tratamiento con todo rigor, con una duración mínima de tres meses; en ciertos casos es bastante mayor la duración de la mejoría; las hemorragias

y la leucorrea han desaparecido y aun el dolor disminuye en bastantes casos. He visto algún caso en que los efectos paliativos han durado hasta ocho meses, de modo que hay histerectomías que no producen una curación tan duradera; sin embargo, no es lo común, y los síntomas suelen reproducirse á los dos meses para alcanzar otra vez toda su intensidad á los tres; si el caso lo permite, puede repetirse la operación con análogos resultados; generalmente no ha lugar más que para una aplicación.

He ensayado algunos de los tratamientos tópicos propuestos y he acabado por desecharlos todos, limitándome, cuando no puedo emplear el tratamiento antedicho, á prescribir irrigaciones vaginales dos ó tres veces al día con una solución de pioctanina al 1 por 1.000; los efectos antisépticos y deterrentes de esta solución son muy notables; la fetidez desaparece, la leucorrea disminuye y las metrorragias son menos intensas á partir del quinto ó sexto día del tratamiento.

Las inyecciones de formalina al 1 por 1.000 son también favorables, aunque no tanto como las anteriores y las de bicloruro de mercurio, permanganato, cloruro de cal, lisol, sulfato de cobre, etc., que se han recomendado, ninguno puede compararse con la pioctanina, cuyo único defecto es la facilidad con que lo mancha todo.

Se han recomendado mucho las inyecciones intersticiales de alcohol por Schultze y Vouillet. Se practican frecuentemente y en distintos puntos de la neoplasia, pero como su acción es debida á que el alcohol mortifica los tejidos que impregna, y su aplicación, que dura varios días, es bastante dolorosa, no me parece pueda tener ventajas sobre el procedimiento de raspado y cauterización propuestos.

Guinard ha propuesto destruir las fungosidades con el carburo de calcio, aplicando trozos de carburo en el fondo de la vagina, que se sostienen con un taponamiento durante tres ó cuatro días. La acción es dolorosa y sumamente molesto el olor del acetileno que se desprende, al decir de los que lo han usado, y como al fin y al cabo se trata también de obtener una cauterización que la produce el óxido de cal que queda libre, resulta dicha cauterización vaga y difícil de limitar, por lo que prefiero también la cucharilla y el cloruro de zinc.

Sin prejuzgar el valor de la electro-coagulación de Doyen como medio curativo, pues ha de decirlo el tiempo y la experiencia, por lo que he podido ver en algún caso así tratado, paréceme que puede resultar un buen medio paliativo en los casos inoperables.

Igual que para los fibromas, se ha propuesto para el cáncer inoperable verificar ligaduras atrofiantes, preconizando unos la ligadura de las hipogástricas, y otros la de las uterinas. Kelly, Roux, Prior, Hartmann y otros, han recurrido á estos procedimientos con resultados muy variables, pero, por lo común, la mejoría es poco duradera. De aquí que el procedimiento no se haya generalizado; por mi parte no lo he empleado ni me seduce á ello la lectura de los trabajos publicados.

Reasumiendo el tratamiento tópico del cáncer inoperable, creo que debe limitarse á las inyecciones vaginales de pioctanina ó formalina, y en los casos favorables, el raspado y cauterización con el cloruro de zinc, como tratamiento muy beneficioso.

Aparte estas indicaciones tópicas, se presentan en el curso del cáncer uterino varias indicaciones á cumplir, dependientes del estado general, como son combatir la inapetencia, el estreñimiento, el insomnio y el dolor.

El *dolor* es, sin duda, el síntoma más terrible en el cáncer del útero, y nunca como en él tiene mejor aplicación el empleo de la morfina en inyecciones hipodérmicas; la acción calmante de la morfina se agota rápidamente en los cánceres de forma dolorosa, así es que habrá necesidad de ir aumentando la dosis hasta obtener los efectos deseados; sin escrúpulo puede prodigarse la morfina en estos casos, pues estando la enferma condenada á morir irremisiblemente, no hemos de temer los efectos de la morfinomanía. Algunas veces fracasa la morfina y difícilmente se encuentra con qué sustituirla. Recuerdo algunos casos en que, fracasando todos los calmantes, logré efectos muy notables con una corriente continua de 30 á 40 miliamperios, dos veces por semana, con polo positivo en el cuello neoplásico.

Otro sin fin de pequeñas indicaciones se presentan á medida que la enfermedad progresa y se acerca el período final, que no pueden especificarse todas y que en cada caso tendrán que amoldarse á las manifestaciones que se presentan.

SARCOMA DEL ÚTERO

Etiología y patogenia. — La etiología del sarcoma del útero nos es tan desconocida como la del cáncer. Siendo la enfermedad bastante menos frecuente, conocemos menos que para aquélla las circunstancias en que se desarrolla.

El único dato estadístico relativo á la frecuencia en las enfermas ginecológicas es el de Krukenberg, quien encuentra 19 sarcomas del útero en un total de 24,287 enfermas de la clínica y policlínica de Berlín, ó sea un 0,076 por 100. Grezner cree que esta proporción puede ser inferior á la normal atendida la índole de enfermas que acuden á la clínica de Berlín, en donde acude un gran número de enfermas por ligeras molestias debidas al embarazo. Yo recuerdo haber visto unos 16 casos, de ellos 11 con examen histológico y los demás sin tal requisito, de modo que no tienen todo el valor que debe exigirse; por otra parte, estoy seguro que algunos han pasado por mis manos sin que los haya diagnosticado. Resulta bien demostrado que á medida que se examinan al microscopio más número de afecciones uterinas, aumenta la frecuencia del sarcoma, de modo que no podemos darla todavía por definitivamente establecida. No hace mucho se confundía con el cáncer, porque en realidad clínicamente, si bien pueden ofrecer algunas diferencias, entran los dos en el cuadro clínico de neoplasia maligna, y bajo este concepto resultaban perfectamente englobados.

Así vemos que Gurlt, apoyándose en la literatura antigua, encuentra en 2.649 tumores del útero 1.571 carcinomas, 883 fibromas y sólo dos sarcomas. Geisler, en la clínica de Breslau, entre 771 enfermas tratadas por tumores uterinos, encuentra 405 carcinomas, 288 miomas y pólipos mucosos y 8 sarcomas; Krukenberg, en la clínica de Berlín, encuentra un sarcoma del útero por 47 carcinomas; Gessner, en Erlanger, un sarcoma por cada 38 cánceres, y Poschmann, en Halle, 1 por 24. Podemos, pues, aceptar una frecuencia del sarcoma del útero con relación al cáncer de 1 á 40.

La influencia de la edad existe, aunque no tan manifiesta como para el carcinoma. La mayor frecuencia se encuentra entre los cuarenta y cinco y cincuenta y cinco años, según puede verse en las tablas de Gessner (1), pero también se encuentran casos en el primer quinquenio de la vida (7 entre 223).

La influencia de la herencia no se comprueba y la de la multiparidad no aparece tampoco manifiesta como para el cáncer, pues Gessner, entre 159 sarcomatosas mayores de veinte años, encuentra 36 nullíparas, ó sea casi la cuarta parte.

Así como para el cáncer parece comprobada la influencia de la posición social por su mayor frecuencia entre las clases menesterosas, en el sarcoma no ocurre lo mismo, pues quizás es mayor su frecuencia en las altas clases sociales, entre las cuales, según Weit, se encuentra la cuarta parte de las sarcomatosas.

No parece dudoso que ciertas enfermedades del útero, como algunos pólipos mucosos del cuello y la endometritis corporal, particularmente la de la menopausia, lo mismo que los miomas, crean circunstancias favorables á la producción sarcomatosa; pero la relación de una irritación con desarrollo de la neoplasia no aparece tan manifiesta para el sarcoma como para el cáncer, si bien el estudio completo de las circunstancias que acompañan á su evolución no puede ser tan exacto para el sarcoma como para el cáncer, dada su menor frecuencia.

La histogénesis del sarcoma consiste en una hipertrofia é hiperplasia del tejido conjuntivo de cualquiera región del útero; se forman masas de células de tejido conjuntivo, globo-celulares, fuso-celulares ó mixtas, que lo mismo pueden invadir la mucosa que el tejido muscular, y aun para este último recuérdese lo que he dicho (2), y realmente muchos autores aceptan que las fibras musculares del útero pueden transformarse en células sarcomatosas, sobre todo tratándose de la transformación sarcomatosa de los miomas.

Anatomía patológica.—La estructura del mioma uterino es la misma que la del sarcoma en general; constituido por células redondas, *globo-celular* (fig. 201), ó fusiformes, *fuso-celular* (fig. 202), ó mezcladas, *mixto*, sin que falten á veces las grandes células multinucleares. No hay, por tanto, para qué insistir, ya que su estructura no se diferencia del sarcoma de otras regiones.

Lo único que debe advertirse es que algunas veces se encuentra en el parénquima del sarcoma glándulas ó restos de las mismas, así del cuello como del

(1) *Enciclopedia de Ginecología*, tomo IV, pág. 716.

(2) Véase pág. 252.

cuerpo, que han servido á algunos autores para hablar de adeno-sarcomas, de la misma manera que se encuentran á veces entremezcladas fibras musculares íntegras ó en vías de degeneración, que algunos llaman mio-sarcoma. La única ventaja de estas denominaciones sería para indicar el punto de origen, ya en las glándulas, ya en el tejido muscular, y siendo esto muchas veces discutible, más vale emplear como denominación general la palabra sarcoma, ya que éste, una vez constituido, forma verdadera entidad, cualquiera que haya sido su origen.

Por su topografía, el sarcoma del útero puede dividirse en sarcoma del cuello y del cuerpo, lo mismo que el cáncer, y ambos pueden tener su punto de partida, bien en la mucosa, bien en la capa muscular. Con la particularidad que, comparado con el cáncer, presenta el sarcoma una proporción inversa, pues en tanto que el cáncer del cuello es el más frecuente, para el sarcoma la preponderancia está en el cuerpo del útero; según Gessner, esa proporción sería un sarcoma del cuello por ocho del cuerpo. Algunos encuentran esta proporción todavía mayor, como Krukenberg, que encuentra uno del cuello por 19 del cuerpo en la clínica de Berlín; la mía es mayor, pues de 14 había 3 del cuello con examen histológico, y todavía á estos del cuello podría añadir otro cuyo examen histológico y diagnóstico me vino hecho por el doctor Candela, de Valencia, quien hizo la amputación del cuello y yo presencié la recidiva.

Indudablemente que el sarcoma de la pared del útero es más frecuente que el de la mucosa, sobre todo incluyendo en él, como debe hacerse, el sarcoma procedente de la degeneración de los miomas.

SARCOMA DE LA MUCOSA DEL CUERPO DEL ÚTERO.—Puede afectar dos formas principales: la *circunscrita* y la *difusa*.

En la forma *circunscrita* se encuentra en un sitio cualquiera de la mucosa, más generalmente hacia el fondo, una producción sarcomatosa que unas veces tiene una ancha base de implantación y otras estrecha y bastante delgada á manera de verdaderos pólipos; la superficie de la neoplasia es lisa é irregular, según los casos, y siempre friable; su base de implantación no ofrece, como en el carcinoma, una zona indurada de invasión á los tejidos vecinos y capa muscular, por el contrario, suele tardar bastante en invadir esta última región. Su volumen es muy variable, pero no es raro que alcance el volumen de medio

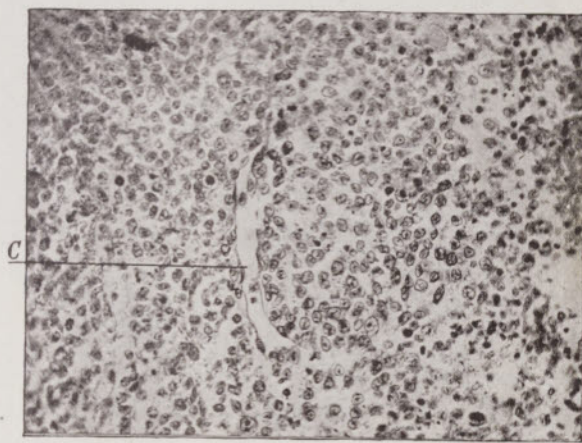


FIG. 201

Sarcoma globo-celular del cuello del útero.

C, capilar que atraviesa la masa del tumor.

(Aumento 150 diámetros.)

puño y aun de un puño, y á veces en la forma poliposa existen más de uno de tamaño variable, hasta alcanzar alguno de los pólipos el de un huevo de gallina. El útero se hipertrofia, igual que lo hace en el cáncer y en los miomas.

En la forma *difusa*, toda la superficie de la mucosa está afectada, y ora se presenta con un aspecto afelpado, ora con varias prominencias, como si cada

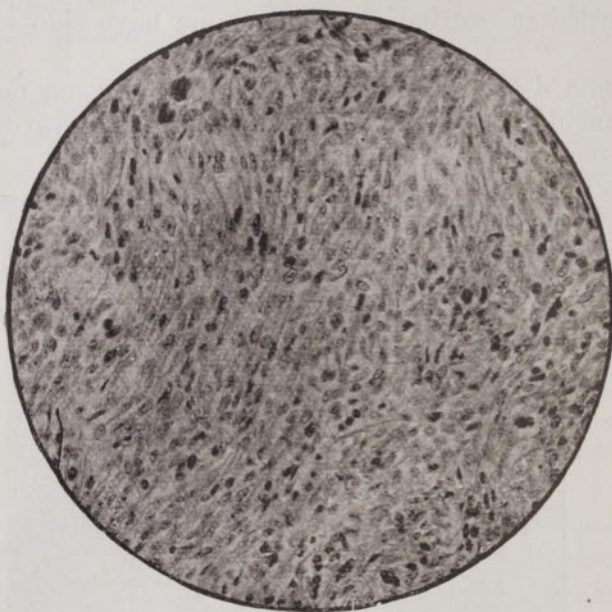


FIG. 202

Sarcoma fuso-celular del útero. Las células fusiformes forman haces orientados en todos sentidos.

(Aumento 150 diámetros.)

una de ellas constituyese un nódulo sarcomatoso independiente; á veces esos nódulos forman masas bastante gruesas que llenan la cavidad del útero comprimiéndose y amoldándose unos á otros, de modo que presentan como una forma poliédrica. Otras veces la neoplasia es más difusa y no se forman esas masas algo independientes; toda la mucosa se engruesa y su superficie blanda, tomentosa é irregular, deja descubrir al tacto una serie de pequeñas masas neoplásicas; el tejido es friable, y más todavía cuando la neoplasia presenta en su superficie zonas de mortificación. Los elementos propios de la mucosa se atro-

fian, de modo que sólo se encuentran restos de glándulas. La cáscara muscular del útero se hipertrofia, así es que el órgano se presenta muy aumentado de volumen, pero las masas neoplásicas respetan bastante la cáscara muscular, tanto que la invasión y destrucción de ésta por la producción sarcomatosa es bastante tardía.

SARCOMA DE LA MUCOSA DEL CUELLO DEL ÚTERO. — Llamado también *sarcoma racimoso* y *sarcoma butiroides*, es bastante raro, y aun algunos autores no juzgan bastante definida su existencia para considerarlo como entidad independiente. Gessner ha reunido 16 casos, y Pfannestiel, Ruge y otros lo consideran como una verdadera neoformación sarcomatosa.

Su aspecto es muy parecido al de los pólipos mucosos múltiples del cuello del útero. A partir del hocico de tenca y del conducto cervical, se forman unas masas granulosas como pequeños pólipos esféricos ú oblongos que penden del cuello por raíces ó pedículos que se van ensanchando hacia su punto de inserción en el cuello; alguna ó algunas de estas producciones poliposas pueden sufrir la degeneración quística, lo que justifica el nombre de sarcoma racimoso. Llegan á formar grandes masas que llenan la vagina, como el único caso que

yo he visto, en el que antes de alcanzar el cuello extraje una cantidad enorme de neoplasia que llenaba y distendía la vagina, sumamente friable y de forma granulosa, como granos de uva más grandes ó más pequeños, pero no quísticos en mi caso, y que el examen histológico demostró tratarse de un sarcoma.

Pueden distinguirse, en esta forma de sarcoma racimoso, dos zonas: una periférica, constituida por producciones poliposas ó racimosas, y otra central, que forma la base de implantación de aquélla, y que se encuentra en uno de los labios del útero ó en los dos, como en mi caso; en esta zona el cuello del útero se encuentra engrosado é infiltrado en más ó menos extensión.

Se comprende que puede existir una gran diversidad de formas macroscópicas que hacen difícil la clasificación de estos casos, algunos de los cuales se confunden con ciertas formas de epiteloma (1); otros los llaman mixoma por su textura, lo que debe atribuirse á una infiltración mayor ó menor de los tejidos patológicos. La estructura que le da carácter es, sin embargo, la de la zona central, en donde siempre se encuentran masas de neoplasia sarcomatosa y en donde se han descubierto unas veces células fusiformes, otras globulares y aun multinucleares. En cambio, la estructura de la porción racimosa es muy variable; raras veces es francamente sarcomatosa, como en mi caso, sino que se presenta muy variable, sobre todo en las formas quísticas, cuya estructura é histogénesis no puede precisarse todavía dada la diversidad de opiniones entre los autores.

SARCOMAS INTERSTICIALES Ó DE LA CAPA MUSCULAR. — Algunos autores se preguntan si existe el sarcoma primitivo de la zona muscular del útero. Apoyados en que no hay motivo para que el tejido conectivo del útero no pueda dar origen á un sarcoma como el de las demás regiones del organismo, por una parte, y por otra en la existencia de casos bien comprobados en que todo el útero neoplásico era verdaderamente asiento de degeneración sarcomatosa, y de otros en los que existen múltiples nódulos neoplásicos esparcidos por todo el útero, *todos ellos sarcomatosos*, como el caso examinado por Khalden, aceptan la existencia del sarcoma primitivo de la pared muscular del útero. Sin embargo, debe hacerse constar que la mayoría tienen su origen en miomas preexistentes que han sufrido la degeneración sarcomatosa; basta considerar que Martin y Franque, en un examen histológico de una serie de miomas extirpados, han comprobado la degeneración sarcomatosa en un 3 por 100 de casos.

Algunos autores creyeron que bastaba descubrir la cápsula que rodea al tumor para decidir si era un mioma degenerado ó un sarcoma primitivo; pero habida cuenta que algunos miomas no tienen cápsula y que ésta puede ser englobada por la degeneración en período adelantado, no sirve este dato para la diferenciación; parece que ésta hay que confiarla al examen histológico, y cuando éste descubra tejido miomatoso entremezclado con el sarcomatoso, podremos creer que se trata de un mioma degenerado (mio-sarcoma ó sarcoma miomatoso). Puede haber en esto una causa de error cuando el mioma, teniendo mucho tejido fibroso, sufre la transformación sarcomatosa por el hecho de poderse encontrar zonas neoplásicas de células fusiformes apretadas que apenas se dis-

(1) Véase pág. 349.

tingan del tejido fibroso (fibro-sarcoma de algunos autores), entonces hay que buscar la solución en tejidos vecinos, pues el sarcoma dependiente de la degeneración de un mioma ofrece la misma estructura que los demás, y se encuentran por tanto, por regla general, células redondas en grupos junto con las fusiformes.

Los sarcomas intersticiales pueden encontrarse en cualquier sitio del útero, siendo más frecuentes en el cuerpo que en el cuello, y teniendo generalmente por asiento un mioma preexistente que podrá ser, como éste, intersticial, subseroso ó sub-mucoso, siendo estos últimos los más frecuentes de todos. En cuanto á volumen, es sumamente variable, ya que viene ligado con el del mioma que le dió asiento la mayor parte de veces, aparte el crecimiento rápido que suele imprimirle.

Síntomas y diagnóstico. — Los síntomas del sarcoma son, como los del cáncer, la *leucorrea* y las *hemorragias*. El dolor puede existir, pero es bastante menos frecuente que en los casos de cáncer; son muchos los sarcomas perfectamente indoloros, aun tratándose de sarcomas intra-uterinos, según hacen observar los autores y he podido comprobarlo; algunas veces se presentan dolores expulsivos cuando grandes masas sarcomatosas llenan un útero hipertrofiado.

La leucorrea es un síntoma dominante, sobre todo en los sarcomas de la mucosa del cuerpo. Precede á las hemorragias y ofrece frecuentemente el aspecto de verdadera hidrorrea, tal como la presentan á veces los miomas submucosos y algunas endometritis. La fetidez de la leucorrea es rara: tan sólo en los últimos períodos, cuando la neoplasia se mortifica, suele presentarse, pero al principio suele ser inodora.

Las hemorragias, como las del cáncer, suelen ser atípicas é irregulares, muy variables en duración y cantidad, aunque por lo común no son exageradas. Los sarcomas del cuello son más hemorrágicos que los del cuerpo.

El examen de la enferma no revela ningún síntoma característico del sarcoma. Si se trata de un sarcoma de la mucosa del cuerpo, el útero está aumentado de volumen como en el cáncer, y aunque se trate de una menopausia, nada permite diferenciar uno de otro. Ni aun el tacto intra-uterino puede darnos garantías, pues si bien es cierto que el sarcoma ofrece al tacto una superficie más lisa, por lo general basta que esté mortificado en algún punto para que el dedo descubra lo mismo en uno y otro caso. Clínicamente poco interés hay en distinguir un cáncer de un sarcoma del cuerpo, pero de querer hacer el diagnóstico diferencial, lo único que tendrá valor es la cucharilla y el examen histológico; por otra parte, esta exploración es más práctica é inocente en la generalidad de casos que el tacto intra-uterino (véase pág. 375).

El sarcoma de la mucosa del cuello es de difícil diagnóstico; en sus períodos adelantados será fácil sospecharlo, y sólo podrá confundirse con un cáncer en coliflor, lo que clínicamente tiene poca importancia. En cambio, en los primeros períodos de su desarrollo puede ser muy difícil de reconocer y fácilmente confundido con pólipos mucosos comunes, ya que éstos son muy frecuentes. Ciertamente que la rareza del sarcoma racimoso parece autorizar su olvido en la práctica y considerarlo como verdadero caso de excepción, pero nos expone á erro-

res como el siguiente: en 1898 vino á consultarme una señora múltipara, con desgarró del cuello, de cincuenta y dos años de edad, menopáusica desde los cuarenta y ocho años, por una leucorrea bastante abundante que alguna vez tenía color sanguinolento; presentaba en el labio anterior ectropión de la mucosa cervical y todo él parecía algo abultado; habían implantados en él tres pólipos, uno de ellos más grande que los otros dos, y todos de una forma oblonga como habichuelas; estaban adheridos á la mucosa, más que por un pedículo por una de las extremidades y cada uno tenía implantación distinta; en los sitios próximos, alguna elevación de la mucosa parecía indicar el comienzo de nuevos pólipos; su consistencia y color era exactamente el mismo de los pólipos mucosos y así los interpreté; practiqué la extirpación con pinzas y luego cautericé la región con el termocauterio, no porque sospechara nada de lo que luego ocurrió, sino para destruir la mucosa en los puntos en que parecía demostrar tendencia á la formación poliposa. Al principio, la enferma estuvo bien, y yo, como nada sospechaba, nada la previne. A los cinco meses volvió á verme con los mismos síntomas de la primera vez, pero más acentuados y sin ningún dolor; al examen encontré sobre el labio anterior una formación poliposa de ancha base con 10 ó 12 pequeños pólipos, alguno sobrepuesto á los otros y los mayores iguales en tamaño á los que antes había extirpado; inútilmente buscaba una base de induración para diagnosticar un cáncer. No muy seguro yo del concepto clínico de la dolencia y recelosa la enferma por haber equivocado mi pronóstico cuando la primera intervención, fueron motivo que la enferma perdiera en mí su confianza y dejé de verla durante seis meses, al cabo de los cuales la vi otra vez casi caquética, con una gran masa neoplásica en el fondo de la vagina de aspecto arracimado, aunque muy alterada por numerosas cauterizaciones; juzgué pasado el período de una intervención radical, y al poco tiempo murió la enferma; me falta de este caso el examen histológico, pero tengo la convicción de que se trataba de un sarcoma butiroide.

El diagnóstico de estos casos, al principio es muy difícil, porque aun el examen histológico de los pólipos deja á veces en la duda, dada la poca fijeza en la estructura de los mismos; pero una recidiva rápida de los pólipos debe darnos la seguridad de que se trata de una neoplasia maligna, y la mayor parte de veces todavía dará lugar á una intervención radical, cual habría ocurrido en mi caso si yo al observar la recidiva le hubiese concedido toda la importancia que tiene; los pólipos mucosos pueden recidivar, pero siempre se pasan meses y aun años para que se haga manifiesta.

Cuando la neoplasia está más adelantada, una exploración detenida podrá despertar nuestra sospecha, pues en tanto que los pólipos mucosos tienen cada uno una inserción pedicular é independiente, el sarcoma racimoso tiene en el cuello del útero una amplia base de inserción que recuerda perfectamente los hongos denominados manecillas, y en tales circunstancias debemos sospechar y recurrir al examen histológico. Lo más que podrá ocurrir es que el microscopio no confirme la sospecha; el último curso tuve en la clínica oficial una enferma, la que con leucorrea abundante y muy ligeras hemorragias, presentaba una verdadera masa tapiroide en la comisura izquierda del cuello más extendida al labio anterior que al posterior y formando una masa tumoral de dos centímetros de elevación sobre la superficie del cuello, de ancha base de implantación y de

aspecto muriforme; el examen histológico reveló una excrecencia de metritis cervical tuberculosa (véase pág. 46).

Cuando forman grandes masas neoplásicas que llenan el fondo de la vagina, el tacto, reconociendo la friabilidad del tejido y lo fácilmente que provoca hemorragias, calificará fácilmente la malignidad de la producción que el microscopio se encargará de decidir si es epitelial ó conjuntiva.

El sarcoma intersticial ofrece muchas dificultades diagnósticas, porque su sintomatología se confunde con la de los miomas, de los que es hijo la mayor parte de veces. La aparición de leucorrea, cuando no existía antes, y de metrorragias irregulares, con el crecimiento rápido de un tumor preexistente, deben despertar la sospecha de una degeneración sarcomatosa. Cuando una enferma afecta de mioma entra en la menopausia y aquél se eclipsa, siendo perfectamente tolerado, y en un momento dado aparecen leucorrea y hemorragias, es muy de temer la degeneración sarcomatosa del mioma ó el desarrollo de un cáncer uterino, que si es del cuerpo sólo el examen histológico podrá diferenciarlo del sarcoma.

En cuanto al tumor en sí, aun teniéndolo á la vista, será difícil, por no decir imposible, el diagnóstico; cierto que un sarcoma no tiene límites marcados como un mioma y que cuando éste degenera, la cápsula es invadida y la limitación del tumor desaparece; pero estos detalles son muy difíciles de apreciar, no sólo á la exploración sino aun durante la disección del tumor. En Enero de 1903, operé una enferma, que había sufrido de grandes hemorragias y hacía un mes que la hemorragia era continua y mezclada con leucorrea fétida; al examen salía por la vulva una neoplasia en vías de esfacelo; limpiada en lo posible pude encontrar que hacia arriba formaba un tumor liso y duro implantado en el labio posterior del cuello y fondo de saco posterior: su volumen excesivo había producido varias veces retención de orina. Establecí el diagnóstico de mioma esfacelado y procedí, á pesar del estado lamentable de la enferma, á la enucleación del mismo. La operación fué laboriosa, tanto por el volumen del tumor, que fué preciso fragmentar varias veces, como porque no pude encontrar una cápsula bien delimitada por donde hacer una enucleación típica; sin embargo, logré extraer toda la neoplasia, y sus caracteres físicos eran tan marcadamente los del mioma que no se hizo el examen histológico. La convalecencia fué del todo feliz, y la herida cicatrizó rápidamente, á pesar del enorme hueco que quedó en el sitio del labio posterior y fondo de saco correspondiente. A los dos meses me pareció que la retracción de los tejidos no era tan marcada como yo esperaba, y he visto en otros casos de enucleación de mioma parecidos por su topografía al que he descrito. A los cuatro meses ya no me cabía duda, la neoplasia se reproducía rápidamente, y á los seis, la vagina estaba casi tan llena como cuando mi primera intervención; extraje un fragmento de neoplasia y comprobé lo que ya entonces me había hecho creer el examen clínico: se trataba de un sarcoma probablemente de origen miomatoso.

Algunas veces he podido clínicamente diagnosticar esta degeneración de los miomas; pero es en períodos muy adelantados y cuando el tumor es asequible al tacto por la vagina ó por el recto; la adherencia ó identificación de la mucosa con la neoplasia, á quien recubre, supone siempre una degeneración maligna.