

GINECOLOGÍA.

Cáncer del cuello del útero.—Histerectomía total.

La señora de R., de 58 años de edad, empezó á menstruar á los 16 años; presenta como antecedentes personales: un parto prematuro de seis meses. Menstruaciones bien arregladas desde los 16 años. Menopausia hace 5 años, á la edad de 33 años. Sufre leucorrea. Desde la menopausia, sufre ligero escurrimiento sanguinolento que dura un día cada mes. Hace seis meses tuvo metrorragia abundante que duró ocho días.

Desde entonces, pérdidas intermitentes bajo la forma de escurrimiento sanioso sin fetidez; alguna vez la sangre es pura, no señala dolor en el vientre, quejase de fatiga al menor esfuerzo; tinte facial amarillento, pero no se parece al del cáncer.

Examen en Julio de 1896.—Útero pequeño, 6½ cents., móvil; cuello liso, de apariencia normal, orificio interno muy estrecho, orificio externo de forma redonda, pequeña dimensión y deja ver una yema vegetante de la mucosa hacia el lado izquierdo. Con la cucharilla tomo fragmentos blandos y visiblemente degenerados; exploro profundamente y ahuecando con la extremidad de la cucharilla, estimo que la úlcera neoplásica que se sitúa en el trayecto cervical, segregados los racimos vegetantes que la llenan, podría alojar una pequeña nuez; escurre abundante sangre durante la raspa.

El tacto permite reconocer que el cuello es de consistencia normal, salvo en un punto limitado, en donde parece ligeramente endurecido, sin irregularidades ni salientes en el punto correspondiente á la lesión interna.

El parámetro está sano y no se nota ningún engrosamiento en el lado que corresponde á la lesión intracervical. El parenquima de tejido sano que limita la úlcera maligna debe ser de espesor exiguo, porque ejerciendo tracción ligera con la pinza se desgarran el tejido.

La vulva es estrecha y corta la vagina.

Clínicamente es el tipo del cáncer cervical, que ahueca el cuello de dentro á fuera y se propaga hacia el orificio interno y hacia el parámetro, respetando la parte exterior del hocico de tenca. Parece la lesión acantonada en el órgano mismo sin haber alcanzado los tejidos periuterinos.

El examen histológico de los fragmentos extraídos, demostró que los despo-

jos fungosos están constituidos por un tejido compuesto únicamente de pequeñas células características del sarcoma.

Plan operatorio.—*Histerectomía total.*—Se preparó la enferma durante cinco días con inyecciones de sublimado y tapones yodoformizados.

Operación el 20 de Julio.—Cloroformización. Irrigación continua de solución de sublimado al 3000°. Cateterismo vesical. Retracción del periné con la valva de Martin. La valva es estrecha, pero el útero muy móvil; toma del cuello con pinza dentada; incisión circular a un centímetro arriba de la extremidad del hocico de tenca, interesando solamente la mucosa; desbridamiento del fondo de saco anterior y en seguida del posterior de la vagina.

Colocación de dos asas de seda sobre el labio vaginal anterior que sirven para separarlo arriba y adelante; se pasan dos asas análogas sobre el labio posterior y se estiran hacia abajo, haciendo oficio de separadores hacia atrás y haciendo inútil ya el empleo de la valva de Martin. Practico el despegamiento con el dedo y la espátula y abro de un tijeretazo los dos fondos peritoneales, paso una pinza sobre el ligamento ancho izquierdo, colocando cada rama aisladamente y solamente guiada por el dedo índice; restringí, en consecuencia, tanto como me fué posible la incisión del peritoneo, para evitar la necesidad de colocar suturas ó pinzas suplementarias.

El pequeño volumen del útero permitió hacer la váscula lateral y la sola aplicación de una pinza sobre el ligamento ancho derecho, con más la resección de una porción de la vagina que se encontró en conexión con la zona degenerada del cuello, dieron término feliz a la operación. El taponamiento con gasa yodoformizada bastó a detener el escurrimiento de sangre que daba la superficie cruenta de la vagina.

Debo decir, que ligué las paredes opuestas de la vagina mediante los hilos colocados en el curso de la operación.

Consecuencias operatorias muy sencillas: 38° la noche de la operación; después, apirexia.

El 22 de Julio quito las pinzas, no habiendo pus ni mal olor.

El 10 de Agosto, corto los hilos de seda que cierran la parte media del fondo de la vagina y encuentro que éste es perfectamente blando, con una cicatriz lineal transversal en el fondo.

En esta observación es preciso hacer resaltar: primero, el sitio intrauterino de la lesión y su exigüidad; y en seguida la dificultad de establecer un diagnóstico cierto, si no se hubiese practicado la raspa preliminar que permitió el examen histológico.

En casos semejantes asaltan al cirujano varias dudas. El neoplasma es intra-

uterino, escapa al simple examen y los síntomas reaccionales (como las hemorragias, leucorrea y el dolor), solamente pueden dar la idea de su existencia. Por desgracia, en este caso, las revelaciones sintomáticas pueden ser muy tardías, y cuando la atención se ha fijado decididamente sobre la posibilidad del cáncer, la propagación por los linfáticos puede ser bastante extensa, para hacer que sólo dé resultados temporales la operación que se emprenda. La histerectomía, la histerotomía, la raspa combinada con cauterizaciones, son impotentes para prevenir la reincidencia más ó menos tardía; luego en esta primera eventualidad, faltó el indicio precoz que hubiera advertido la naturaleza del mal y su oportuno remedio.

Con frecuencia solamente se piensa en lesiones inflamatorias, fungosidades ó vegetaciones del endometrio, y se adquiere falsa confianza, deteniendo la intervención quirúrgica.

En la segunda eventualidad las cosas pasan de otro modo, porque la vegetación de aspecto benigno algunas veces, pero destinada á ser maligna con el tiempo, es exterior desde el principio, y se puede decir que el clínico la tiene mucho tiempo bajo su observación antes de decidir sobre su carácter. Se entiende que no se trata de suponer que un neoplasma benigno pueda degenerar en maligno, sino simplemente de exponer, que sobre un fondo de inflamación crónica simple, pueden nacer tanto el epiteloma como el sarcoma.

La dificultad que hay para establecer la malignidad del neoplasma, reside en la confusión, que para todos los órganos glandulares en particular existe entre ciertos procesos de inflamación simple y ciertas vegetaciones de naturaleza maligna. Así vemos que en el estómago ciertas producciones polipiformes, ademoides, pueden ser consideradas como procesos inflamatorios similares de los neoplasmas malignos, no encontrándose en el examen microscópico un criterio absoluto.

Sucede lo propio tratándose de la mucosa uterina, y antes de emitir conclusiones precisas creemos que debe el práctico aprovechar esta noción profunda, á saber: que el cáncer del útero nace casi siempre de lesiones banales, y sospechar como de mal carácter toda apariencia fungosa de la porción libre del cuello, rebelde á la terapéutica ordinaria.

Toda lesión que se deje en el cuello, sin estar cierto de haber destruído hasta en sus raíces los gérmenes más profundos del proceso anormal, puede ser causa de remordimiento para el médico.

De lo expuesto debo concluir que la gran conclusión práctica es extirpar el mal por el bisturí ó el cauterio actual, pero sobre todo por medio del bisturí, con el fin de la conservación plástica del órgano, así como por la facilidad y ra-

pidez de la curación; tal conducta debe seguirse en las erosiones que complican al ectropión del cuello, siempre que resista á la acción de los medios ligeros, procurando quitar en cada labio un corte de tejido bastante grueso para estar seguro de que ha desaparecido toda la mucosa.

Debe lograrse previa dilatación cuando el neoplasma es supuesto intracervical, y según las dimensiones, la edad, la extensión, el estado del parámetro, hacer la abrasión alta ó baja del cuello, la histerectomía ó atenerse al legrado y cauterizaciones.

Desde el punto de vista operatorio de la histerectomía, debe reducirse la abertura del peritoneo á lo estrictamente necesario, á fin de obtener la disminución proporcional de las superficies cruentas al nivel de la zona de desinserción de la vejiga y el recto; bastando dos hilos para cerrar el fondo de la vagina y para hacer la hemostasis de estas superficies, siendo esto ventajoso para obtener la reunión rápida, realizándose la histerectomía desde el punto de vista artístico como un acto quirúrgico simple y bien reglamentado.

México, Diciembre 30 de 1896.

FRANCISCO HURTADO.

CRÓNICA.

Segundo Congreso Pan-Americano, celebrado en México.*

(CONTINÚA.)

Leyó después el DR. LUIS DEBAYLE, de Nicaragua, su tesis titulada: "De la saturación antiséptica por la vía epidérmica—endérmica y sus aplicaciones en terapéutica, especialmente á las enfermedades infecciosas." Denomina saturación antiséptica la impregnación del organismo todo por medicamentos antisépticos. El método consiste en inmersiones prolongadas en líquidos antisépticos, ya de una parte, ya de la totalidad del cuerpo. En estos casos la absorción se hace ya por la piel intacta, ya por ulceraciones ú otras soluciones de continuidad. Emplea diversas sustancias antisépticas, que es necesario hacer penetrar prudentemente y no llevarlas hasta dosis tóxicas, para lo cual hay que vigilar atentamente el estado del enfermo, principalmente de sus riñones, y buscar el medicamento en los líquidos excrementicios. Este procedimiento que el autor

* Véase la pág. 147 del núm. 5.