

Adeno-carcinoma del cuerpo uterino, no infectado, en una virgen de 56 años de edad, complicado con un fibromioma del ligamento redondo, derecho, intraligamentario y adherido a la pared posterior de la vejiga.

Panhisterectomía y colpectomía parcial por la vía subpúbica.

Exito operatorio y terapéutico hasta la fecha, más de un año de la intervención.

DR. JULIÁN VILLARREAL.

La existencia de la degeneración cancerosa de la matriz en las múltiparas es cosa reconocida por todos los ginecólogos, y se describen las lesiones precancerosas, desgarros del cuello, cervicitis y endometritis crónicas, pólipos, etc., que es necesario tratar para prevenir la enfermedad; mas en las nulíparas y en las vírgenes no hay hasta ahora lesiones que puedan indicarse como precancerosas, y sin embargo el terrible mal se ceba en ellas, como lo prueba el caso de que me ocupé en mi último trabajo reglamentario y el siguiente que creo digno de atención por su rareza y las enseñanzas que entraña.

La Señorita X, de 56 años, de Oaxaca, se presentó en mi sanatorio a principios del año pasado. Se le retiró la menstruación hace diecisiete años; su actividad genital pasó sin incidente digno de llamar la atención; su menopausia no apagó ningún fuego y se estableció sin contratiempos. Pero hace dos años que un flujo blanco primero y después amarillo le empezó a incomodar por las comezones que le producía, y coincidiendo con esto ciertos dolores y mal-estar en el vientre bajo; aunque es verdad que ella ha tenido siempre un vientre abultado, no obstante que es delgada y escasa de carnes y que hace mucho tiempo se sentía una dureza en el abdomen y ganas frecuentes de orinar, a las que no daba gran importancia. A los dolores ligeros e incomodidades pasajeras sucedieron los dolores crueles que no dejaban reposo a la enferma; y de allí el insomnio, el enflaquecimiento y las penas consiguientes por tener que mostrar sus virginales formas a griegos y troyanos, matronas, curanderas y por fin a médicos de ciencia, quienes ha tiempo le dijeron tenía un tumor que era necesario operar. Pero vino la revolución, los viajes se hicieron difíciles y peligrosos, la vida encareció y los ahorros se fueron; el mal se hizo intolerable de cuatro meses atrás en que empezó a venirle sangre de vez en cuando, abundante, y un flujo que cuando no era amarillo era rosado; las ganas de orinar se tornaron más y más apremiantes, siendo la orina escasa en cada micción y sintiendo en ellas ardor y dolor; el estreñimiento constituía también una de las molestias que la mortificaban. Mujer de estatura mediana, delgada, de color moreno, pálida, andaba con dificultad y se le veía un abdomen abultado. En posición horizontal, este abultamiento era el signo predominante; la región subumbilical sobre todo era de forma irre-

gular, con protuberancias, las que por la palpación se revelaban de consistencia dura, y unidas entre sí formaban un cuerpo de superficie en general convexa que desaparecía detrás del pubis y se extendía de una fosa ilíaca a la otra; al nivel del ombligo presentaba un borde que se sentía al través de la pared abdominal, arriba del cual los dedos se hundían. Este tumor no se desalojaba hacia abajo ni para arriba aunque sí un poco hacia atrás; su volumen era como el de una cabeza de adulto. Profundamente y hacia la izquierda se sentía otro tumor duro, renitente, movable y como del tamaño de una cabeza de niño; estos tumores, oscuros a la percusión, limitaban la sonoridad intestinal, la que quedaba encima del ombligo y hacia los flancos. Al retirar la orina con la sonda de plata padecía la enferma, y se sentía una resistencia que impedía al instrumento penetrar en la vejiga, y esto sólo se conseguía inclinando el pabellón hacia abajo. La orina, clara y de olor normal; su examen no presentó nada patológico. La exploración vaginal no se practica por tratarse de una virgen. La exploración rectal permite tocar un cuello pequeño al que hace continuación un tumor grande, que con la exploración bimanual se comprueba ser el tumor profundo, duro y resistente del lado izquierdo; el resto de la pelvis estaba lleno por una masa dura que parecía continuarse con la región subumbilical. En el momento de la exploración había por la vulva un ligero escurrimiento de sangre sin mal olor, como si fuera ménstruo.

Con los datos recogidos podía llegarse a esta conclusión: fibromiomas uterinos y degeneración cancerosa de la matriz. Lo primero por la consistencia de los tumores, las irregularidades de la superficie, su simetría, extensiva a ambos lados de la pelvis. Los escurrimientos uterinos actuales después de diecisiete años de la edad crítica hacían presumir con evidencia lo segundo; y que la degeneración estaba en el cuerpo uterino, lo indicaban el tamaño y consistencia del cuello; y el no haber mal olor y los fuertes dolores del vientre y las pérdidas periódicas, que la cavidad uterina estaba aún aséptica, que la secreción se retenía y era evacuada cuando vencía en virtud de las contracciones uterinas el ítsmo del cuello. De los fibromiomas había que suponer que la mayor parte, es decir, la masa mayor era subperitoneal, supuesto que la enferma nunca padeció de hemorragias y parece que toda la vida fué de vientre abultado; la falta de movilidad de esta masa fibrosa hacía suponer su adherencia con el peritoneo parietal y su relación íntima con la vejiga, a la que estorbaba y excitaba. No pensé en un tumor sólido del ovario por la simetría y la consistencia, y había siempre que suponer una afección uterina degenerativa.

El pronóstico era serio por la naturaleza del padecimiento, la debilitación general de la paciente, los sufrimientos prolongados y la complicación de una masa fibrosa, si no sarcomatosa, unida al peritoneo parietal de la pared abdominal anterior y por lo tanto a la vejiga. Los órganos torácicos y los riñones no manifestaban signos de enfermedad, y esto era en abono de la paciente.

El tratamiento no podía ser otro que la extirpación por el abdomen de toda la masa neoplásica, seccionando la vagina cuando menos en su cuarto superior para llevarse la inserción vaginal y evitar una reproducción. Prac-

tiqué la operación el día 9 de marzo de 1917, de la siguiente manera: ra-quianestesia (I c.c. de solución isotónica estéril de clorhidrato de cocaína al 3%, puesta con aguja capilar sobre la línea media en el tercer espacio lumbar); aseo de la pared del vientre y la vagina con tintura de yodo y alcohol yodado; comprobando por el tacto vaginal el estado del cuello, pequeño, casi cerrado y no dando escurrimiento alguno en esos momentos.

Laparotomía suprapúbica empezando cerca del ombligo para evitar la vejiga que pudiera haber sido arrastrada por el tumor. Dividida la vaina de la aponeurosis del recto izquierdo, medio centímetro hacia afuera de la línea media y al descubrir el tejido subperitoneal, quedé sorprendido por el volumen y cantidad de venas que se presentaban a mi vista, llenas de sangre, turgentes, que caminaban paralelamente dirigiéndose de arriba hacia abajo y algunas se anastomosaban entre sí. Yo he visto venas parecidas en algunos fibroquistes voluminosos que toman su alimentación del epiplón, cuya substancia propia se reabsorbe, deja las venas desnudas, enormes, tortuosas, delgadas, amenazando romperse y poniendo perplejo al cirujano. En estos casos se las coge en manojo entre dos pinzas y se prosigue; en el que tenía a la vista había que proceder de modo diferente, pues podía lesionar la vejiga y de todos modos no avanzaba gran cosa, pues no sabía las relaciones que estas venas guardaban con el tumor: era necesario ver éste desde el peritoneo. Proseguí hacia arriba, pasé el ombligo y llegué al peritoneo: el borde romo del tumor limitando la abertura peritoneal hacia abajo, me dió a entender que iba a vérmelas por de pronto con un tumor fibroso subperitoneal, en el sentido propio de la palabra, debajo del peritoneo parietal anterior, revistiendo así el carácter de intrategumentario. ¿Qué relaciones guardaba con la matriz? ¿cuál era su punto de implantación, y ésta sesil o pediculada? ¿la vejiga y los ureteres qué relaciones tendrían? Preguntas cuya contestación tenía que ser inmediata y de trascendencia para el porvenir. La ojeada de la cavidad pélvica por la abertura peritoneal me permitió distinguir que el tumor voluminoso anterior estaba separado del otro tumor posterior e izquierdo, que era la matriz llena de tumores, por un fondo peritoneal amplio, y que el peritoneo anterior revestía el tumor en contacto inmediato; se notaban sus gibas pálidas y los vasos interlobulillares; por lo tanto la cara anterior del tumor estaba en relación con la posterior de la vejiga, y las venas voluminosas y tortuosas eran las de la cara anterior del órgano urinario, y no había que ocuparse de ellas. Pegándose en la disección sobre la superficie del tumor se evitaba herir dicho órgano vesical. El peritoneo que revestía la cara posterior del tumor estaba tan íntimamente unido con él que no había que pensar en su disección, y tendría que seccionarse en el límite de la cara cóncava del tumor, la cual veía hacia la matriz. Volví al tejido subperitoneal cerca del ombligo y seccionando el peritoneo sobre el borde romo del tumor, empecé el desprendimiento de éste pegándome, como dije antes, a la superficie del tumor, y haciendo el desprendimiento de los tejidos que lo rodeaban, con el índice y protegiendo la vejiga. La primera parte, como la mitad superior, no presentó grandes obstáculos; el plano de *clivage* fué fácil de encontrarse; el desprendimiento también; pero no pasó lo mismo con el resto de la pared vesical, enteramente unida, y los ha-

ces musculares restirados, esparcidos y extendidos sobre la superficie del tumor; cada vez que separaba alguno me parecía que iba a desgarrar la vejiga; en algunos puntos la separación muscular era tan completa que se veía entre las fibras musculares la basal de la mucosa. Hacia la derecha el tumor avanzaba profundamente hasta ponerse en contacto con la región obturatriz y la aponeurosis perineal superior. Ni un solo momento dejé la superficie del tumor; libré la región ureteral sin obstáculo y llegué por abajo hasta el revestimiento peritoneal de la cara posterior del tumor junto a la inserción uterina del ligamento redondo derecho; de este punto partía un pedículo subperitoneal de dos centímetros de diámetro que había dado nacimiento a aquella mole. Seccionando el peritoneo parietal en su reflexión hacia el tumor se extirpó éste dando un tizeretazo sobre su pedículo, que había sido cogido por unas pinzas de *forcipresura*. Viendo que no sangraba el tejido celular subyacente al desprendimiento que acababa de llevar a cabo y que la vejiga enorme estaba desnuda por su cara posterior y en parte por su cara anterior y no dejaba pasar la orina, continué la operación luxando la masa neoplásica constituida por la matriz fibromatosa y, según el diagnóstico, en degeneración maligna. El tumor globular, del tamaño de una cabeza de feto a término, de superficie irregular, llena de protuberancias, era renitente y según se dejaba entender con líquido en su interior; al comprimirlo entre las manos empieza a escurrir por la vulva un líquido sanguinolento, rojizo, viscoso, sin mal olor. Desde este momento se tomaron todas las precauciones para evitar que el tumor se desgarrara, cogiendo sobre los cuernos uterinos los ligamentos anchos al ras del tumor con pinzas de *forcipresura*, poder hacer tracciones mediatas sobre el tumor, y protegiendo con gases el recinto pélvico por si acaso salía líquido, poderlo recoger sin que se ensuciara el peritoneo. Practicados los cortes de los ligamentos infundibulopélvicos, redondos y úterosacros y de los vasos uterinos entre pinzas, no se hizo ninguna disección del tejido celular, pues no había señal alguna de infiltración. Los lados de la matriz aparecían lisos; sólo que sí parecían como reblandecidas las paredes uterinas. No había necesidad de seccionar el peritoneo del fondo anterior por haber sido ya extirpado con el tumor de que antes hablé. Se separó la vejiga de la pared vaginal, y lateralmente se llevó el desprendimiento hasta la aponeurosis pélvica superior, y al llevar el tumor hacia adelante para terminar la sección del Douglas, iniciada con la de los úterosacros, se perforó el tumor sobre el istmo del cuello, lo que dejó escapar un líquido semejante al que escurría por la vulva; se rodeó la parte perforada con gasa estéril para evitar la salida del líquido; pero al repetir la maniobra de separación de la vagina del recto se desprendió el tumor en el sitio indicado, quedando el cuello hasta el istmo, y, aunque se retiró rápidamente el tumor, no pudo evitarse cayera algún líquido sobre las compresas que cubrían la pelvis; cogí el istmo del cuello con unas pinzas de seis garras para evitar continuara su desgarrar, pues se veían en la mucosa las granulaciones propias del adenocarcinoma; se retiran las gasas sucias reemplazándolas por limpias y, alejándome un poco del cuello, diséqué la vagina con su vaina, abrí este conducto por su pared anterior junto a la vejiga e introduje por ella con unas pinzas de curación uterina una tira de gasa que hice salir por

la vulva arrastrando los líquidos que a través de la vagina escurrieron de la cavidad uterina. Seccionada la vagina al ras del hocico de tenca y desprendida con la porción restante de la matriz desgarrada y por temor de la propagación de la enfermedad a la parte alta de la región, seccioné una porción más de este conducto de la siguiente manera: sobre la línea media, adelante y atrás, debajo de la vejiga y adelante del recto, dividí el conducto vaginal en la extensión dicha, y al fin de esta división, dentro de la vagina hice la sección del semiconductor de uno y otro lado cogiendo con pinzas de Musseux la extremidad periférica de la porción por extirpar; lo hice evitando así la disección laboriosa que hubiera sido necesario practicar disecando por fuera la fibrosa vaginal. Sostenidos con pinzas los cortes vaginales anterior y posterior, se hizo pasar por este conducto un tubo de caucho de un centímetro de diámetro y paredes perforadas, y una doble tira de gasa yodoformada para canalizar la pelvis y la cavidad abdominal. La peritonización se practicó de la manera siguiente: los haces musculares de la pared posterior de la vejiga fueron sostenidos con puntos entrecortados (*catgut* delgado); con el peritoneo de la porción derecha de la pelvis se cubrió la cara posterior de la vejiga suturando este peritoneo, que era amplio, con el del lado izquierdo; el borde inferior de estos peritoneos se unió con el corte vaginal anterior por tres puntos entrecortados, y con *surjetes* el peritoneo rectal y pélvico posterior sobre la parte media, incluyendo el corte vaginal posterior. La base de la vejiga revestida de peritoneo cubría la sección vaginal abierta por el tubo y las gasas de canalización; un punto de sutura con *catgut* delgado unió los peritoneos rectal y vesical por los lados, quedando las canaladuras peritoneales laterales para la canalización peritoneal. Retiradas las gasas de protección, hecho su recuento así como la última revisión de las ligaduras y suturas y aseo del peritoneo pélvico con gasas estériles, se cambió la posición de Trendelenbourg a la horizontal, se puso el epiplón sobre los intestinos y se cerró el vientre con *catgut* para el peritoneo y músculos; con seda, *surjetes* temporalmente perdidos, para las aponeurosis y seda también para la piel. Al poner la sonda a permanencia en la vejiga se retiraron unos 20 c.c. de líquido sanguinolento, lo que hizo temer que la mucosa hubiera sido escoriada u oradada en algunos puntos y que esto había pasado inadvertido; entonces se recomendó tener a la enferma con la cabecera de la cama levantada unos 30 centímetros para que todo escurrimiento pasara por la canalización vaginal. El matraz destinado para recibir la orina sólo recogió un poco de líquido francamente sanguinolento en las ocho primeras horas que siguieron a la operación; los líquidos escurridos por la vagina no eran abundantes, no habían pasado el apósito vulvar y no se percibía olor de orina; temiendo que la sonda estuviera mal colocada o tapada (era una de Nélaton, No. 22, Chanier), pasé un mandrín y después de retirarlo hice algunos movimientos con la sonda por ver si se obtenía algún líquido, no obteniendo sino una que otra gota de líquido sanguinolento, y no atreviéndome a inyectar líquido por temor de forzar su paso en el peritoneo, opté por esperar. El estado de la enferma era bueno, un centígramo de morfina había calmado los dolores; no hubo propiamente choque operatorio no obstante la debilidad y el enflaquecimiento. El pulso era de 84 y la temperatura de 37°. A la mañana siguiente se

encontraron en el matraz como 40 c.c. de líquido sanguinolento y la curación estaba húmeda, y tenía el olor *sui generis* de la orina. El estado general bueno, lengua húmeda, 37°7, pulso 80, regular, fuerte; sin sentir dolor la paciente, sólo se queja de sentirse cansada. En el resto del día no se recoge nada de orina y hay que cambiar tres veces el apósito vulvar empapado. El estado de la enferma es el mismo de en la mañana. El cuarto día se recogen como 100 c.c. de orina; la curación vulvar se cambia seis veces en el día y se hacen tres lavados antisépticos de los órganos genitales externos. El estado general es siempre satisfactorio; la temperatura ha oscilado entre 36°5 a 37°2; pulso regular, fuerte, no ha pasado de 86; respiración tranquila, lengua húmeda; ha tomado por alimento atole cada cuatro horas, desde la noche del segundo día de la operación en que empezó a arrojar gases por el ano. Sigue quejándose mucho y llora por todo. Se cambió el apósito abdominal por haberse humedecido con la orina. No se ve huella alguna de infección en la herida. Se ministró una lavativa purgante esa noche y al día siguiente se dió un purgante de aceite de recino. Su estado es mejor, si cabe, que los días anteriores; después de haber evacuado el intestino, que dió mucho, ha entrado la enferma en tranquilidad, y ya no se queja. Se recogen unos 80 c.c. de orina y el apósito vaginal y sábanas materialmente se empapan. No ha subido la temperatura y el pulso y la respiración son normales. Al séptimo día nuevo un poco las gasas y el tubo cortándoles unos 4 centímetros; se recoge ese día una poca más de orina (150 c.c.); al día siguiente se recogen 500; se moja menos la enferma; retiro la canalización practicando un lavado con solución de permanganato de potasio, débil y estéril, débil presión y levantando el tronco; pongo un tubo de caucho suave de medio centímetro de diámetro y de paredes perforadas para que sirva de canalización, y se recogen 900 c.c. de orina. Al día siguiente no se moja la enferma y se han reunido 1,200 c.c. de orina; se hace una instalación de 5 c.c. de solución de nitrato de plata al 5% y se retira la sonda; se le recomienda a la enferma orinar cada dos horas, lo que verifica sin perderse nada de orina por la vagina. Se retira el tubo vaginal y se hacen tres lavados vaginales con una sonda de Nélaton del No. 30; al duodécimo día se quitan los puntos de la piel y se sueltan los cabos de los *surjetes* aponeuróticos. La reunión de la herida es completa, sin una gota de pus. Al día siguiente empieza a dar los primeros pasos la enferma; a los dieciocho se retiraron las suturas aponeuróticas y se dejaron de hacer las inyecciones vaginales por no haber ningún escurrimiento; dando de alta a la paciente, que empieza a reponerse y anda con facilidad y vacía su vejiga cada seis u ocho horas sin perturbación alguna.

La pieza anatómica consta de cuatro partes: 1. El fibromioma subperitoneal intraligamentario, que es la parte más voluminosa y tiene la forma de un menisco esférico; la cara convexa y desprovista de todo revestimiento era la que estaba en contacto con la vejiga; la cara cóncava, revestida de peritoneo, estaba en relación mediata con la matriz fibrosarcomatosa; los bordes embotados: el más delgado, el superior, quedaba cerca del ombligo; el posterior, grueso, separaba la base de la vejiga de la cara anterior de la matriz; el derecho se hundía en la región obturatriz correspondiente, el piso pélvico y las partes vecinas; el izquierdo, más delgado, se insinuaba en el

peritoneo de la fosa iliaca izquierda; la parte alta de estos bordes desprendía el peritoneo parietal anterior de la pared abdominal. 2. El cuerpo de la matriz cubierto de tumores y con su mucosa en degeneración adenosarcomatosa, tenía el tamaño de una cabeza de feto. 3. El cuello uterino con la porción del istmo en el punto en que se desgarró y donde se ven granulaciones de la degeneración mencionada. 4. Las dos porciones que constituyen la parte alta de la vagina.

CONCLUSIONES.—1. La práctica de abrir el peritoneo lo más cerca posible del ombligo pone a salvo de herir la vejiga. 2. No debe practicarse ninguna intervención, así sea parcial, sin darse cuenta de una manera general de lo que constituye la lesión y cerciorarse si hay probabilidades de llevar a buen fin la operación. Si las venas que revestían la pared anterior de la vejiga hubieran sido seccionadas desde un principio, se habría alargado la operación y hecho algo que no era necesario para el tratamiento de la afección. 3. La canalización pélvica abdominal con tubo y gasas a través de la vagina peritonizando como se dejó dicho, ha venido a confirmar una vez más su existencia, permitiendo el paso de la orina mientras se reparaban por sí solas las capas vesicales disociadas. 4. Los tumores malignos en las nulíparas y vírgenes parecen ser más frecuentes de lo que hasta ahora asientan las estadísticas.

México, abril 3 de 1918.

Algunas consideraciones acerca de la vaginofijación supracervical.

DR. ROSENDO AMOR.

Para tener una idea clara de este problema, no es preciso recordar por ahora lo que se ha escrito acerca de la anatomía, fisiología y clínica de los órganos genitales internos, en relación con las desviaciones uterinas; pero si prescindo de estas nociones tan importantes en el presente trabajo, no olvido ni por un momento que la estática uterina tiene un punto capital sobre el cual se debe concentrar la atención, y es el sistema ligamentoso. El procedimiento a que me voy a referir consiste, como su nombre lo indica, en poner en íntimo contacto, en fijar sólidamente una parte de la matriz y la cara interna de la mucosa vaginal. En el caso de una desviación hacia atrás, que es uno de las más comunes, el íntimo contacto a que vengo refiriéndome se hace entre la porción inferior de la cara anterior del útero o sea su porción supracervical y la cara interna de la mucosa vaginal, previa resección de un sector de mucosa. En otras ocasiones, en lugar de un rombo, en lugar de este sector, se hace la resección de un cilindro vaginal en la porción superior de ésta (su tercio o su cuarto), de manera que al acortarse en su longitud queda estirada, viniendo en estas condiciones a representar todo el tubo vaginal un verdadero ligamento que tiende a darle al útero la posición normal que le corresponde en cualquier caso de desviación, siempre que los puntos de tracción sean suficientemente eficaces y fuertes para poderlo palanquear. Las suspensiones del útero a la vagina no han realizado su objeto en muchos