

Gaceta Médica de México

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Tomo LVII

México, Enero-Febrero 1926

Núm. 1.

TRABAJOS REGLAMENTARIOS

Algunos Casos de Cáncer Uterino tratados ya por Operación, por Alta Frecuencia o por Radio.

Empleo aislado de alguno de los tres medios o combinado
de dos o tres de ellos y a veces asociado a los
Rayos X del Tubo Coolidge.

POR EL DR. JULIAN VILLARREAL

Varias veces he entretenido la atención de ustedes en años anteriores con la presentación de observaciones de cánceres inoperables de la matriz, sobre todo del cuello uterino, tratados por la electro-coagulación como un medio paliativo, habiendo conseguido en ciertas circunstancias una sobrevivencia hasta de veinte meses, desapareciendo las hemorragias, la secreciones fétidas y los dolores, en una palabra, haciendo soportable la existencia.

Me he ocupado también llamando la atención de vuestro ilustrado criterio sobre la facilidad y seguridad del tratamiento de las afecciones precancerosas del cuello uterino y de los cánceres incipientes de dicho órgano ¡qué de peligros inmediatos y futuros ahorrados a los pacientes! ¡Qué disminución de gravedad en las intervenciones! ¡Cuánta histerectomía innecesaria emprendida por el fantasma o sospecha de un cáncer! ¡Que reducción de la mortalidad y cuántos beneficios para las personas pusilánimes que, por no someterse a una intervención oportuna y tal vez salvadora, son

víctimas de la voraz enfermedad! La dificultad para poder seguir a las pacientes, la falta de oportunidad para poder demostrar los casos que confirman la curación de las lesiones, el temor de especializar esta Academia en una sola materia cuando su objeto y tendencias son tan generales, me ha hecho más de una vez no insistir en estos estudios de trascendencia y divagando por los campos de la cirugía general y de la dermatología, he querido asociar en este estudio a mis colegas; pero no habiéndolo conseguido no he descansado en mi tarea emprendida: he modificado la instrumentación primera así como la técnica; los aparatos, sin ser aun lo que imagino, dóciles me prestan su concurso: empleo intensidades hasta de 12 amperes con tensiones de 20 a 61 mil voltios y frecuencia de 500 a 600 mil ciclos y ondas cortas, que sin producir convulsiones a los pacientes, tampoco me molestan al servirme como aplicadores de los instrumentos comunes: escalpelos, pinzas de forcipresura, histerómetros, sondas de Hegar, espejos de Cusco, etc., cogidos con las manos desnudas y frecuentemente húmedas. Los instrumentos de Keatin Hart para fulguración, con sus largos mangos de ebonita, con los que empecé a trabajar quedan en el arsenal relegados al olvido.

Los aparatos de alta frecuencia no llegué a servirme de ellos convenientemente sino después de estudios largos y penosos, y encontrándolos altamente eficaces me propuse emplearlos en el tratamiento del cáncer.

El empeño que he tenido en prestar mi contingente, así sea insignificante en el tratamiento de esta afección lo he demostrado en mis repetidas comunicaciones a esta Academia y a los Congresos Científicos Nacionales y he procurado adquirir los medios más recientes de que la ciencia se vale para el tratamiento de esta dolencia, para la que la intervención operatoria frecuentemente es inútil y excesivamente peligrosa y, sin decir que esto sea exclusivo de nosotros, si es de lamentarse el que los pacientes se presenten a requerir remedio cuando su afección está grandemente desarrollada y lo que es más de lamentar que muchos de esos enfermos han estado durante varios meses atendidos por médicos titulados.

En los consultorios y hospitales frecuentemente son desechadas enfermas por epitelomas de la vulva, del cuello y cuerpo de la matriz, por considerarlas fuera de los recursos de la ciencia, condenándolas a la intoxicación por la morfina como único medio de hacer menos penosos los últimos días de su desgraciada existencia. Bien triste es para el profesionista declararse impotente y sentenciar inexorablemente a estas infelices dignas de mejor suerte, pues en su inmensa mayoría son madres de numerosa prole y sucumben a los progresos de la enfermedad en la edad media de la vida, cuando más falta hacen a sus pequeños vástagos y la enfermedad que las mata, no hacía muchos meses era puramente local ¡el haberla

conocido a tiempo habría cambiado su suerte y la de su infeliz familia! La ignorancia de nuestro pueblo, donde el charlatanismo impera como soberano, es legendaria y años si no siglos, pasarán para que pueda tener idea de cuales son los males que la asechan y precaverse de ellos; pero los médicos de la República toda, cuya inteligencia queda sancionada por un título profesional, deben llenar el papel que les ha sido confiado y jamás recetar por una afección ginecológica con hemorragia o escurrimiento fétido sin reconocer escrupulosamente a su paciente y, si descubren la ulceración o fungosidad reveladora del cáncer, aconsejar lo apropiado, remitiéndola a un centro operatorio si el médico tratante no está en condiciones ni se considera con la pericia suficiente para atender a su enferma. La responsabilidad moral del médico va más allá; debe instruir a su clientela así como la instruye para hacer que los niños se vacunen para preservarlos de la viruela o se inyecten para ponerse a salvo de la difteria en caso de que los de su casa se vean atacados de esta enfermedad o haya epidemia grave. La enunciación de ciertos síntomas como escurrimientos sanguinolentos meses o años después de la menopausa, el noventa y cinco por ciento son de origen canceroso; escurrimientos de cualquiera índole, máxime si tienen mal olor, después de dicha edad crítica, son sospechosos de la misma enfermedad; y en las mujeres jóvenes, máxime si han tenido muchos hijos, las pérdidas sanguíneas intermenstruales o con las relaciones sexuales y los escurrimientos de mal olor y amarillentos deben revelarse a su médico para que éste practique un examen y, por poco que el caso le parezca sospechoso, consulte a un especialista y a falta de éste, con un compañero de más experiencia. ¡Cuántas vidas se salvarían, cuántos hogares volverían a la tranquilidad, cuántas bendiciones sobre el acertado consejero y como se dignificaría la profesión! Con cuanta justicia podremos reclamar no solo la responsabilidad moral sino la social e individual para los perezosos e ignorantes y pedir que se excluya y se prohíba el ejercicio de la medicina a los charlatanes y a los que no tienen el conocimiento necesario para practicar un reconocimiento y cuyas recetas son aceptadas por el público incauto bajo el pretexto de que si no hacen bien tampoco mal, sin comprender que, sometidos a la idea de estarse medicinando, dejan progresar enfermedades que, oportuna y convenientemente tratadas, hubieran sido curadas.

Estas ideas de moral médica me han sido sugeridas desde hace años por el número de enfermas en estado desesperado que me han consultado y me consultan y de las que desechaba gran número cuando no tenía más medio que ofrecerles para tratar su afección que el tratamiento operatorio. Hoy es diferente, con la operación, la electro-coagulación y el Radio y a veces los penetrantes rayos X producidos por el tubo de Coolidge, muchas enfermas que a mis colegas expertos en la materia y a mí nos parecían fuera de

toda acción benéfica, disfrutan hoy de la vida y de la salud y de las cuales algunas observaciones me permito presentar a la consideración de ustedes; pero antes permítaseme hacer un poco de historia y presentar la secuela somera de las observaciones que me han llevado al momento actual.

Los casos que presenté el año de 1914 de afecciones precancerosas y de pólipos del cuello uterino tratados por la electro-coagulación y de que alguno de ellos fue motivo para hablar aquí, así como observaciones de cánceres inoperables sometidos al mismo tratamiento, los perdí de vista por haber yo permanecido en el extranjero cerca de dos años; reanudados mis trabajos el año de 1916 la electro-coagulación con la instrumentación que empleaba desde 1914 solo me servía como adyuvante en las intervenciones y la muerte de la paciente que fue objeto de mi trabajo reglamentario de ese año, (1) consecutiva a la reproducción de su afección y los estudios sobre la permeación linfática de Handley en el cáncer del seno, me hicieron reflexionar en la insuficiencia de los medios empleados y la necesidad de utilizar una intensidad mayor en los tratamientos que emprendía.

En esta época traté por la vía vagino-perineal, previa electro-coagulación un caso muy avanzado de epiteloma del cuello uterino invadiendo las fondos vaginales. La paciente había sido considerada como inoperable por los colegas y consocios que la vieron antes que yo, opinión que yo ignoré hasta que la paciente estuvo bien. Dos meses después, encontrando la cicatriz vaginal dura y pareciéndome sospechosa de una reproducción, practiqué una electro-coagulación de la cicatriz, extendiéndome sobre la mucosa vaginal sana, tanto hacía adelante sobre la vejiga como hacía atrás sobre el recto, empleando chispa corta en el estallador para obrar en superficie y no en profundidad, evitando así perforar la vejiga o el recto. Ocho meses después de la primera operación y seis de la electro-coagulación presenté a la enferma a esta Honorable Academia, que se sirvió nombrar en comisión para examinar a la paciente a los doctores Ramón Icaza y Juan Velázquez Uriarte, quienes concurrieron a mi sanatorio para explorar a la mencionada enferma, haciendo el tacto vaginal y vagino-abdominal y con el cistoscopio explorador de Nitze les hice ver la mucosa vesical de aspecto normal, la deformación de la cavidad vesical por el acortamiento de la vagina que no medía arriba de cuatro centímetros y la unión del peritoneo vesical con el mismo y único fondo vaginal. Con un rectoscopio corto y de iluminación eléctrica les hice ver la mucosa rectal sana.

(1) Vaciamiento pélvico por la vía abdominal motivado por adeno-epiteloma voluminoso del cuello y cuerpo uterinos, practicando previamente la electro-coagulación. Dr. Julián Villarreal.—1914.

Los señores doctores de la comisión se sirvieron informar a esta honorable corporación, manifestando que la paciente estaba hasta aquella fecha sana, felicitándome por mi labor y agregando el doctor Velázquez su desconfianza por el porvenir y sus dudas en cuanto a que el resultado actual fuera debido a la cooperación de la electro-coagulación y el doctor Icaza dijo conocer a la paciente que era su pariente y él fue uno de los consocios que opinó sobre la gravedad de la enfermedad, lo extendida que estaba y lo difícil de su alivio por cualquier medio que fuera. Se siguió luego una discusión en la que el exponente como sus ilustrados colegas convinieron en que el tiempo nos informaría que debíamos esperar.

El tiempo ha transcurrido y a pesar de que de aquella época a la fecha han pasado tres años, la enfermedad de que se trató a la paciente por los medios dichos no ha aparecido y las mucosas vaginal, vesical y rectal tienen el mismo aspecto de salud que cuando fueron examinadas por los doctores Icaza y Velázquez Uriarte y esta señora que ha conservado su salud ha perdido, víctimas de la influenza dos hijos, un varón de 27 años y una señorita de 24 y su esposo, ex-empleado de los ferrocarriles, cesante, padece actualmente de un epiteloma de la laringe. Resumen: un ser que parecía condenado a morir en un lapso de tiempo muy corto, dos meses de existencia le daba nuestro malogrado compañero y muy sentido amigo el doctor Carral, siempre que no se operara, muerte súbita en caso de operación, vive y ha tenido fuerza bastante para soportar las desgracias de la vida, siendo el consuelo y apoyo moral de su atribulada familia.

Observaciones dignas de referir y que sirven para afirmar el juicio sobre lo que podemos esperar de la diatermia son las siguientes:

Mi amigo el doctor Ramos solicitó a principios del año de 1917 mi concurso para el tratamiento de la señora de M., anciana valetudinaria de setenta y cuatro años de edad que venía de Yucatán agobiada por toda clase de padecimientos, reumática, con dolores en las articulaciones y músculos, al decir de sus familiares, cardíaca, con dificultades y dolores a la micción, con escurrimientos fétidos y sanguinolentos y una ulceración visible desde el clítoris hasta el perineo, siguiendo el labio izquierdo de la vulva; el escozor, la secreción pútrida y los dolores que el contacto de la orina provocaban hacían que la enferma estuviera en un continuo suplicio y con ella las hijas e hijo que, amantes y cariñosos, no podían soportar las quejas de su madre sin sentirse excitados al paroxismo recurriendo a las aplicaciones de cocaína loco dolenti y cuando no era suficiente se empleaba la morfina. Los colegas de Mérida y del Puerto de Veracruz que fueron consultados estuvieron conformes en que se trataba de un epiteloma de la vagina y de la vulva inoperable por su extensión y por la edad avanzada y estado general de la paciente. Recurrí al cloroformo para el examen; encontré que la ma-

triz no estaba invadida por el neoplasma, que la infiltración neoplásica invadía el labio izquierdo hasta el clitoris y se extendía a las paredes lateral e inferior de la vagina ahorrando la uretra y abarcando cinco o seis centímetros de la entrada vulvar, la parte ulcerada cubriendo la cara interna del gran labio izquierdo, el pequeño labio y se extendía hasta un centímetro de la piel del perineo; no había invasión ganglionar.

El examen de la orina manifestó un funcionamiento fisiológico del riñón. Los ruidos cardíacos me parecían normales. La frecuencia y tensión del pulso lo mismo, alterándose solo cuando los dolores eran intensos. Su primida toda medicación, purgada la paciente, sometida al régimen lacteo, y hecho por una enfermera entendida el aseo de la vagina y vulva con soluciones antisépticas débiles y calientes, pronto cambió el cuadro y me pareció practicable la operación. El Dr. Gregorio Mendzabal nuestro ilustrado consocio fue solicitado en junta médica por la familia de la enferma días después de la intervención y vió desesperado el caso. Sin embargo, la eliminación de la escara se hizo sin inconveniente, sin sangre, los dolores se mitigaron y con cuidados y atenciones por parte de la familia de la enferma y del Dr. de cabecera, todo se llevó a feliz término; la enferma se recobró, volvió a servirse de sus piernas, no hubo más dolor al orinar, el reumatismo desapareció y han transcurrido dos años y meses; y una hija de la señora que vino de Mérida fue a mi despacho hará unos quince días, a informarme del estado inmejorable que guardaba su señora madre para quien la vida fue totalmente diferente después de la intervención. Su vejez se desliza tranquila al lado de su esposo octogenario.

Otra observación semejante a la anterior es la de una enferma de la clientela de mi amigo el doctor Reigadas Vértiz. La ulceración cancerosa se extendía hacia ambos lados de la vulva, comprendiendo la totalidad de los labios grande y pequeño del lado derecho y la mitad superior de los mismos del lado izquierdo, pasando como una herradura por el clitoris; los dolores y las secreciones fétidas hacían sumamente penosa la existencia a la paciente, que puede decirse vivía recluida en su habitación. Dos años y meses han transcurrido de la intervención; la curación persiste.

Estos y otros casos tratados con éxito me hicieron concebir el proyecto de ver si llevando más profundamente la acción de la corriente, por lo tanto aumentando la longitud de la chispa y el tiempo de la aplicación y empleando un electrodo de pequeño diámetro, (un histerómetro) podía en los casos inoperables, emplear la electro-coagulación no solamente como paliativo sino como medio curativo, la experiencia habiendo enseñado que frecuentemente, aunque los fondos vaginales estén invadidos y el parametrio comprometido, los ganglios pélvicos permanecen indemnes, semejándose los epitelíomas ulcerados o vegetantes del cuello uterino a los ulcus rodens o

a los grandes papilomas de la piel de la cara en que los tejidos son destruidos en grandes extensiones sin participar los ganglios en el proceso neoplásico. La ocasión de intentar la realización de esta idea se me presentó en el siguiente caso:

El Dr. Adrián de Garay profesor de la Escuela Nacional de Medicina tuvo a bien recomendarme a la señora S. P., que, había sido operada de histerectomía supravaginal por fibromiomas uterinos con todo éxito hacía quince años por el Dr. Velázquez Uriarte en el Hospital González Echeverría, pues siendo médico adjunto me substituyó en el servicio y dirección de dicho establecimiento durante mi permanencia en Estados Unidos en aquella época. La Sra. S. P. viuda, de 39 años, múltipara, hacía un año que empezaba á sentirse enferma y hasta hace seis meses consultó con un médico que la dijo tenía cáncer y la remitió a un hospital particular donde le hicieron una raspa. Poco después aumentaron sus sufrimientos: dolores en el bajo vientre y la cintura, dolor terrible en la rabadilla, estreñimiento tenaz con pujo al evacuar y flujo sanguinolento extremadamente fétido.

La exploración vaginal y vagino-abdominal demostró la existencia de una ulceración que comprendía el cuello y los fondos vaginales y una masa compacta, dura, que se extendía lateralmente entre la vejiga y el recto comprimiendo este órgano, lo que explicaba el tenesmo. Había bacteruria y disminución de los cloruros en la orina. La infiltración neoplásica dada su fijez y extensión además del para y perimetrio indudablemente invadía los ganglios hipogástricos y los ureteres estaban comprimidos en todo su trayecto intrapélvico, comprometiendo el funcionamiento renal. La exploración manual de la región renal no revela ni aumento sensible de los riñones, ni dolor. Irremisiblemente perdida, era el pronóstico. ¿Qué podría obtenerse con la electro-coagulación? Alivio muy grande de las hemorragias, del escurrimiento y de los dolores, según la experiencia adquirida en los muchos casos en que este método fué empleado como paliativo. Pero en esta paciente de buena edad cabía intentar algo más, detener los progresos de la enfermedad, llevar la penetración lejos de la superficie de aplicación aunque se corrieran algunos riesgos ¿Cuáles eran estos? Primero al caer la escara, la perforación del recto o la vejiga o ambos tal vez, una asa del intestino delgado que hubiera contraído adherencias con el neoplasma, los ureteres podían correr la misma suerte; pero el mayor peligro sería la hemorragia no por las uterinas ya trombosadas de años atrás, sino por las venas vaginales uterinas, hemorroidales que concurren a formar la hipogástrica y por las arterias del mismo nombre que se desprende de la hipogástrica y por esta arteria misma. Verdad es que a los mismos peligros estaba sometida la paciente por el progreso de la ulceración, más el agotamiento por los dolores y la fetidez de las secreciones. Ella estaba resuelta a todo, la muerte misma le parecía un consuelo.

Opté por no llevar las cosas al extremo y hacer el tratamiento por etapas, electro-coagular en varias sesiones con la mira de destruir la enfermedad y no como un medio simplemente paliativo. Tal vez se conseguirá así, si no evitar la perforación de los órganos huecos sí las hemorragias; el proceso escleroso de defensa orgánica para la eliminación de la escara estrecharía poco a poco los vasos y por último pronto tendríamos la oportunidad de poseer una dosis terapéutica de Radio y aprovecharíamos su curso.

El día 3 de enero de 1918 se hizo el primer tratamiento. Desde luego se sintió aliviada la paciente, se calmaron los dolores y desapareció la fetidez de los escurrimientos; la escara se eliminó sin ninguna perturbación. Al mes de la intervención, cuando me proponía hacer una segunda sesión, la enferma sintiéndose bien, sin dolores ni hemorragias, sin escurrimiento fétido, pide salir del sanatorio para el arreglo de algunos asuntos y no volvió a presentarse hasta el 1º de marzo, dos meses después, en que el estado local de la afección y general de la paciente no eran los mismos: los escurrimientos volvieron a ser fétidos, los dolores volvieron a incomodarla, sobre todo por las noches y la orina era turbia. Poco tiempo, en verdad, había durado la mejoría, pero se había obtenido alguna. Ahora era necesario volver a comenzar.

El 3 de marzo repetí la intervención, más seria esta vez, en la región ureteral derecha: cavé un túnel para atacar los ganglios hipogástricos muy desarrollados a este nivel, eran del volumen de una mandarina mediana, además ya teníamos el Radio y utilizaríamos su concurso. Se eliminó la escara esta segunda vez temprano sin hemorragia, la paciente volvió a sentirse aliviada de sus sufrimientos, solo le quedó un escurrimiento abundante que el olor característico reveló ser la orina; el uréter derecho había sufrido en su integridad, pues en la vejiga se recogía bastante orina. Días después se detuvo el escurrimiento urinoso y aumentó la orina recogida en la vejiga.

Pudiendo disponer del Radio con el aparato que tuve el honor de presentar a esta Academia, apliqué el tubo convenientemente aislado en plomo y hule en la coquedad que había preparado en la región ureteral derecha y las placas exteriormente sobre la región sacro-iliaca de este lado, para obtener el máximun de eficacia en fuego cruzado. Treinta y seis horas más tarde se repetía la misma operación en el lado derecho. Transcurridas otras tantas horas le aplicaron el tubo en la parte media de la ulceración y las placas sobre el pubis. Los cincuenta miligramos de elemento de Radio así aplicados eran insuficientes indudablemente tratándose de un epitelioma, sin embargo, careciendo de otro medio, multiplicando las aplicaciones, pudiera tal vez obtenerse algún resultado; así lo hice; en los meses de abril

mayo y junio, se repitieron las aplicaciones. La enferma salió del sanatorio pasada la primera aplicación, su aspecto era bueno, se sentía bien, dormía tranquilamente; no volvieron a presentarse las hemorragias, pero sí el escurrimiento urinoso, lo que atribuí a que el uréter estaba invadido por el neoplasma, el que al ser influenciado por el Radio había dejado a la orina filtrarse por la pared ureteral; el estado de salud compatible con la vida de una gente que tiene necesidad de trabajar para vivir. Continué durante los meses siguientes la paciente internándose en el sanatorio cada tres o cuatro semanas para las aplicaciones de Radio. En agosto signos marcados de Radio-dermitis en el fondo vaginal y en el trayecto de la región ureteral derecha impidieron hacer otra aplicación, el total de dos mil miligramos hora en cada lugar en que se aplicó el tubo si pueden considerarse insuficientes en una sola aplicación, mayormente en cuatro aplicaciones con veinte o treinta días de intervalo.

En octubre la enferma aparentemente continuaba bien; sin embargo, su aspecto había cambiado, parecía triste; el escurrimiento urinario había cesado desde últimos de agosto, no había, propiamente hablando, escurrimiento; una ligera secreción irritante que obligaba a la enferma a doble lavado cotidiano. Sufrió de insomnio, y dolores en las piernas y rabadilla comenzaban a incomodarla. Continuaba la membrana blanquecina de Radio-dermitis y la masa de infiltración neoplásica era dura como madera, la orina turbia dejaba depositar un sedimento blanquecino: pus. La pielonefritis se había establecido y próximamente era de esperarse el decaimiento y la muerte de la enferma. No fue así, su naturaleza se defendió a un extremo increíble; la neuritis iniciada en septiembre y octubre continuó exacerbándose haciéndose insoportables los dolores; la morfina en grandes dosis le fué administrada en los meses de enero, febrero, marzo y abril de este año en que sucumbió de agotamiento. No volví a intentar otra sesión de electro-coagulación porque me pareció inútil, comprendí que la afección estando en los nervios, solo la destrucción de éstos, con consecuencias que no son de referirse podrían mitigar los dolores, pero no los sufrimientos. La operación de Fraisser no la intenté por parecerme fatal en este caso y en cuanto al Radio no había que pensar más en él habiéndose obtenido el máximo de acción con la cantidad de que podemos actualmente disponer.

Este caso y los siguientes que voy a referir tratados al mismo tiempo nos manifiestan que hay ciertos tumores del cuello que son excesivamente malignos, que, invadidos los ganglios, la acción de los agentes físicos solos o acompañados de la intervención son precarios; que la histerectomía total es preferible a la supravaginal; que la amputación del cuello por epiteloma incipiente es de desecharse y que si no se trata por los agentes físicos diatermia o radio, debe recurrirse a la histerectomía.

Año de 1917, octubre 5. Altigracia Moreno, múltipara, dos abortos, se queja de metrorragias, flujo sanginolento fétido, dolores en el bajo vientre. Sus padecimientos datan de un año. Exploración: ulceración del cuello uterino y del fondo lateral derecho y posterior infiltración dura en la base del ligamento derecho; un núcleo aislado debajo de la pared lateral cerca del fondo vaginal anterior. Orina sedimentosa, cloruros 4.10 por litro, albúmina 0.50%. Diagnóstico: epiteloma del cuello uterino y fondos vaginales mencionados, invasión de los ganglios inferiores, de la base del ligamento ancho y compresión del uréter derecho.

Aceptada la intervención se practicó en mi sanatorio, ayudado por el doctor Francisco Ortega Fuentes y ministrando el cloroformo el doctor J. Baca, electro-coagulación de la ulceración para cauterizarla. Desinfección de la vagina. Sección de este conducto en la unión de su mitad anterior con la posterior. Disección de esta porción de la vagina hasta los fondos vaginales donde se desgarró. No pudiendo hacer presión en la matriz por su extremada deleznablez y estando invadida la pared anterior de la vejiga, seccioné este órgano adelante del núcleo lateral derecho ya mencionado, reseco hacia atrás del trigono un colgajo vesical de forma rómbica, dejándolo adherido a la matriz y penetro al peritoneo a través de la pared vesical posterior. Desprendo lateralmente la vejiga de la matriz y en el lado derecho se ve el uréter dilatado y rodeado de la producción neoplásica. Con el fin de facilitar la presión de la uterina cerca de su nacimiento, divido el perineo y vagina hacia la derecha. Introduzo una valva en el fondo peritoneal anterior ya abierto, coloco una pinza en el infundíbulo-pélvico derecho y otra en el redondo, secciono al ras de ellos y tirando fuertemente sobre el cuerno uterino; pongo a la vista la cara posterior del ligamento ancho derecho que cubre la masa de infiltración adeno-ganglionar. Cuidando el uréter que se ve desnudo, introduzo una pinza de forcipresura y cojo la uterina lo más atrás que es posible, comprendiendo el peritoneo y secciono al ras, lo que me permite llevar la acción sobre la masa referida, iniciando su desprendimiento del elevador del ano y parte lateral derecha del recto. Repitiendo a la izquierda la presión y sección de los ligamentos infundíbulo-pélvico y redondo y de la arteria uterina y hoja posterior del ligamento ancho correspondiente, pude, con no pocas dificultades seccionar el peritoneo de Douglas junto al recto, cogiendo antes las utero-sacras y diseccionando de atrás hacia adelante, pegado al recto desprendo la masa neoplásica aparentemente en su totalidad. La exploración de la región de la hipogástrica y parte anterior de la iliaca externa no me reveló la existencia de producciones ganglionares. Suturé la vejiga con un doble plano de sutura en surjete, el primero músculo-musculoso sin comprender la mucosa, con catgut delgado crómico del número dos y el segundo seroso-vaginal con crómico

del número tres, de la misma dureza y por último, la aproximación en la línea media del corte vaginal anterior, los perineos vesical y rectal y corte vaginal posterior. Hacia los lados de esta unión quedaron las pinzas a permanencia para facilitar la canalización, que tiras de gasa yodoformada colocadas en la pequeña vagina hacían más efectiva. Se colocó por la uretra una sonda fija, el perineo fue suturado también con catgut crómico.

Ningún accidente digno de notarse. No hubo shock. A las 48 horas se retiraron las pinzas; al día siguiente se observó que la curación se humedecía, pero como por la sonda vesical se recogía bastante orina, pensé desde luego que alguna porción del uréter desnudo se había esfacelado. Persistiendo el escurrimiento de orina se cambiaron las gasas vaginales que fueron reemplazadas por un tubo de caucho y un apósito exterior. A los diez días se retiró la sonda. A los quince la enferma podía evacuar sola su vejiga; el escurrimiento por la vagina continuaba aunque no tan abundante. Al mes de la intervención solo un pequeño agujero, señal de la fistula ureteral quedaba en el fondo de la vagina, la que había quedado reducida a un pequeño hundimiento de cuatro a cinco centímetros. El perineo firmemente cicatrizado al igual de la vagina, juzgué el momento oportuno para tratar la fistula ureteral haciendo la cauterización del uréter. Me valí del cistoscopio de Schlagenweit, empleando sondas del N^o 6 con mandrín metálico. La mucosa vesical en vía de reparación en algunos puntos no estaba completamente cicatrizada y así, aunque introduje la sonda en el meato ureteral derecho, habiendo notado resistencia para el paso de ella, no insistí porque comprendí que había un codo que era difícil franquear sin hacer presión y por lo tanto, atirantamientos y suspendí la operación. Que el uréter no estaba seccionado en totalidad, lo revelaba el que el meato ureteral se contraía aunque de tarde en tarde; en ninguna de estas contracciones observé la salida de la orina, contrastando con el lado izquierdo en que las contracciones eran más frecuentes y se observaba el movimiento del chorro de la orina. Transcurridas dos semanas repetí la maniobra; la vejiga después de instilaciones de soluciones de nitrato de plata a que se la había sujetado, estaba completamente cicatrizada; la deformidad del bajo fondo vesical se había acentuado con la retracción cicatricial, el meato ureteral derecho quedaba casi cubierto por un pliegue de la mucosa. Con gran dificultad pude introducir la sonda unos tres centímetros, no obstante que recurrí a todos los medios aconsejados, entre ellos posición de Trendelenburg muy exagerada. La enferma quejándose mucho, no insistí más, proponiéndome en la próxima sesión elorofórmala y en caso de fracaso cerrar la fístula por la vagina; pero desde la tarde de ese día no perdió más orina por este conducto y así estuvo cuatro días, al cabo de los cuales volvió a presentarse el escurrimiento, pero otro cateterismo sin anestesia en que la sonda no pene-

tró más que la vez anterior, fue suficiente para quitar a la paciente esta molestia.

Esto pasaba a fines de enero de 1919; la que fuera enferma de una afección grave se encontraba bien, gozando de salud y llena de esperanzas, sus negocios habían mejorado, era frutera, con un presente de su mercancía, aprovechaba la oportunidad para informarme del estado de su salud. No había vuelto a tener ningún escurrimiento, ni dolor ni molestia alguna, había aumentado de peso y en esa semana iba emprender un viaje por el interior del país. El reconocimiento que le hice de sus órganos pélvicos no me reveló nada anormal. En abril se me presentó otra vez y desde luego me extrañó su estado decaído y su desmejoramiento general. Había pasado muchos trabajos y tenido penas. Las funciones urinarias e intestinal se efectuaban con toda regularidad; algunas veces sentía un dolor que la molestaba en la región lumbar derecha, pero, pasándosele pronto, no le daba importancia. Al hacer el tacto vaginal encontré un núcleo duro, del tamaño de una avellana en el sitio en que estaba la abertura de la fistula uretro-vaginal. La exploración bimanual revelaba otros dos núcleos algo mayores que el anterior y profundamente situados, uno delante del otro hacia la región hipogástrica. Con gran asombro y no menor tristeza oyó la paciente el anuncio de la necesidad urgente de un tratamiento para su dolencia, el que se verificó el 19 de abril: electro-coagulación de los núcleos mencionados previniendo la posibilidad de que se renovara el escurrimiento de la orina, de que se presentara una hemorragia o se perforara el intestino. El escurrimiento de la orina se presentó al sexto día de la electro-coagulación y antes de la eliminación de la escara se le aplicó el Radio de la misma manera que he dejado referido, la primera aplicación ocho días después de la intervención y la segunda el 17 de mayo. El 2 de junio, al hacer la tercera aplicación noté un núcleo grande como una nuez, que comprendía la parte media y fondo izquierdo de la vagina, el tacto bimanual demostraba que el endurecimiento era mayor y probablemente en relación con el intestino, la paciente habiendo empezado a quejarse de cólicos. Me armé de resolución y comuniqué mi pensamiento a la enferma, diciéndole que había que combatir el mal que se presentaba cada día más y más amenazador, y para esto era necesaria una nueva intervención; de resultas de ella vendría la salida de materias fecales por la herida, pero que esto también sucedería sin la intervención con la desventaja de que entonces el mal ya habría avanzado al grado de grado de no ser posible intentar recurso alguno. El 8 de junio practiqué la electro-coagulación y dos días después se hizo una tercera aplicación de Radio en el lugar en que se habían hecho las dos primeras aplicaciones; el escurrimiento de orina era más abundante que nunca y en la vejiga se recogían de 400 a 500 gramos. El 15 de junio empezaron

a presentarse materias fecales líquidas en la vulva; para el día 20 había que hacer tres y cuatro lavados diarios, la paciente estaba profundamente apesadumbrada, no la consolaba el que la dijera que se tenían esperanzas de poder detener el curso de la enfermedad; deseaba que se le quitara aquella incomodidad que la humillaba, lo que era inútil si la enfermedad no había cedido y esto no podía saberse sino pasados algunos meses. ¡A costa de qué sufrimientos se paga algunas veces la alegría de vivir!

A mediados de julio dejó la enferma el sanatorio, más resignada, sin dolencias pero con la pena de tenerse que lavar tres y cuatro veces en el día y llevar consigo un orinal para recoger la orina y las materias fecales, que indudablemente venían de una asa del intestino delgado, pues siempre eran líquidas.

A principios de agosto volví a ver a la enferma en iguales condiciones. Pasando el tiempo y extrañándome el que no hubiera vuelto supe que había ingresado al hospital de Jesús y meses después supe que aun vivía.

Otro caso en el que la constancia y el esfuerzo puestos a la disposición del que sufre estuvieron a prueba, fue el de la señora O., de 48 años, viuda, múltipara. Un epiteloma ulcerado de la pared vaginal posterior, extendido lateralmente, comprendiendo el parametrio y envolviendo el recto, producían fuertes dolores de vientre y rabadilla y grandes hemorragias que dejaban exhausta a la enferma. Electro-coagulación de la ulceración el 8 de marzo de 1918, empleando anestesia clorofórmica. Se detuvieron las hemorragias, cayó la escara sin accidente alguno, pero continuando los dolores de cintura, se empezaron a hacer aplicaciones de Radio, combinado en fuego cruzado con el tubo Coolidge y las placas, se le aplicó en tres meses una radiación de 4,500 miligramos hora; pero los dolores no cesan y siendo sobre todo intolerables en la vulva y perineo, le hice inyecciones de alcohol absoluto en ambos nervios pudendos a su entrada en la fosa izquierda rectal, lo que por algún tiempo hizo descansar a la enferma, en los tres meses siguientes se le aplicó otra radiación igual a la anterior. No volvieron a presentarse las hemorragias, los escurrimientos fétidos desaparecieron, la ulceración cancerosa en parte se cicatrizó y en parte del fondo vaginal fue reemplazada por una membrana blanquecina adherente de Radio-dermitis, la infiltración dura se localizó al rededor del intestino; el tenesmo rectal se presentaba solamente cuando el bolo fecal era muy duro; los dolores de cintura y perineo la mortificaban dos o tres veces por semana; la enferma que fue en camilla al sanatorio, iba después a la consulta por su pie y desde un barrio apartado de la ciudad. He dejado de verla desde principios de este año, pero sé que vive y desempeña sus trabajos domésticos.

La observación que paso a referir, es la de una señora de la buena so-

ciudad, de la ciudad de X, y que me fue recomendada por mi amigo el doctor Espinosa que ejerce en Jalapa. La señora tiene 64 años de edad, viuda, múltipara, dejó de tener su período hace 20 años. De ocho meses a la fecha en que yo la ví, agosto de 1918, había empezado a sufrir de fuertes dolores en el vientre. El flujo en los últimos meses era constituido por sangre pura y también por sangre y pus; teniendo muy mal olor. Baja de cuerpo, delgada, su vientre relajado; padecía del estómago y tenía alternativas de constipación y diarrea.

Por la exploración vine en conocimiento de que no había ulceración en el cuello, que la matriz estaba crecida y en anteflexión, los anexos sanos. Al introducir un cateter en el cuello uterino se precipitó un chorro de pus fétido mezclado con sangre, unos 40 grms. Las paredes vaginales anterior e interior salientes, el perineo desgarrado, ya he dicho que la pared abdominal estaba floja, el vientre bajo colgante, había un descenso genital de las vísceras, ambos riñones se sentían debajo de las costillas. La enfermedad principal es evidentemente un edeno-epitelioma del cuerpo uterino, el prolapso vaginal y la ptosis visceral, aunque importantes, pasan al segundo término. Una operación, la histerectomía vaginal en una matriz móvil y con vagina amplia es cuestión de diez minutos, pero se trata de una persona delicada, pusilánime, que tiene horror a las operaciones y por benigna que sea una intervención en que se interesa el peritoneo hay siempre un riesgo, por lo tanto me parece encontrar en el acto una indicación para el tratamiento por medio de los agentes físicos, Radio, Rayos X. Practiqué la dilatación uterina gradualmente, lentamente, sin anestesia; sale gran cantidad de pus sanguinolento fétido; de antemano he preparado el tubo de 0.025, aislado en otro tubo de plomo de tres milímetros, todo estéril es introducido en una sonda de Nelaton del N° 30 con escala de centímetros; coloco la sonda en la cavidad uterina hasta tocar el fondo, miro el rasgo de la escala que corresponde al orificio externo y fijo la sonda sobre éste con una pieza de dos ganchos y taponé con gasa iodoformada la vagina, cuidando que la sonda no se desaloje y se coloca una placa de radio sobre la región sacra y otra encima del pubis y se marcan tres puntos de entrada en la pared abdominal anterior y tres en la posterior por cada una de ellos, seis unidades Hampson, ministradas por el tubo Coolidge con filtro de tres milímetros de espesor, usando una corriente de diez miliamperios con ocho pulgadas de chispa en el espintómetro, colocando el antecatódo a treinta centímetros de la región; así tendríamos una y media unidades Hampson o sea una y media dosis destructiva de las celdillas malignas en el interior de la matriz y esta acción será multiplicada por la radiación cruzada del tubo del radio y aumentada con el de las placas. A las veinticuatro horas se retiró la sonda que contenía el Radio en una extensión de tres milímetros

y las placas se movieron de manera que el borde superior quedara debajo de la señal que dejó el borde inferior en la aplicación anterior. Seis unidades Hampson fueron aplicadas en la región sacra. Al tercer día se retiró la sonda que contenía el Radio otros tres centímetros, se mueven las placas hacia abajo de la manera que ya se indicó y se dan seis unidades Hampson sobre la pared abdominal anterior a los lados de la aplicación media, inclinando el localizador sobre la línea media con el propósito de encontrar la matriz en su trayecto. Al segundo día se retiraron el tubo de Radio y las placas y se continuó la aplicación de los Rayos X sobre los puntos de entrada marcados hacia atrás a los lados de la región sacra.

Cada semana seguí practicando una curación intrauterina, para vigilar el resultado del tratamiento. Los dolores desaparecieron desde la introducción de la sonda y el escurrimiento disminuyó mucho, no siendo ya fétido ni sanguinolento, sino seroso. Desde la tercera semana desapareció el flujo. A la sexta semana la matriz había disminuído sensiblemente de tamaño; ni flujo ni pérdidas de sangre, ni dolores. Le aplico un pesario y a su faja abdominal se le añaden dos pelotas para sostener los riñones. Han transcurrido once meses, la paciente está en su tierra, se siente bien, ha aumentado de peso y muy contenta de haber curado sin necesidad de procedimientos cruentos.

Las dos observaciones que paso a relatar son una manifestación palpable de lo que puede esperarse de la utilización combinada de los agentes físicos y el tratamiento operatorio.

La señora de G., de 39 años de edad, múltipara, fue operada hace más de dos años por el doctor X., practicándole una amputación del cuello uterino. El producto de una raspa de la pequeña excavación del cuello hecha con anterioridad, había demostrado tratarse de un epiteloma, según el estudio histológico hecho por el Dr. Perrín. El cirujano creyó, siendo la lesión tan pequeña, que con la referida operación era suficiente. La paciente había estado sin novedad hasta julio de 1918, de entonces a la fecha, noviembre del mismo año, no se sentía bien: períodos abundantes y anticipados, flujo amarillento, dolores en el bajo vientre y cintura, malas digestiones, irritabilidad de carácter y malestar general. Explorándola encontré el cuello duro y ulcerado, núcleos duros rodeando el cuello y extendiéndose a los lados, matriz enclavada. La orina abundante, de color pálido y turbia, su examen reveló la existencia de una pequeña cantidad de albúmina, 0.30 por litro, la disminución de los cloruros 4.00 por mil, algunos cilindros granulosos y gran número de leucocitos y de bacterias. Refirió la señora haber padecido escarlatina en su infancia y que después de la operación que se le había practicado comenzó a observar que a veces la orina era muy turbia y dejaba asientos, de vez en cuando sentía dolores

en los lomos y fuertes dolores de cabeza, pero no había dado importancia a esto; últimamente el dolor lumbar la molestaba a menudo y lo que ella llamaba jaquecas eran muy frecuentes. Para mí era evidente que el epiteliooma reproducido invadía el parametrio, comprimiendo los uréteres y provocando una pielonefritis. El esposo se esperaba la reproducción del cáncer no sorprendiéndole mi diagnóstico; no así la complicación renal. Comprendía con su inteligencia clara, la gravedad del caso y la necesidad de una intervención seria, agravada por el estado renal.

Siendo aceptada mi proposición, empecé por someter a dieta láctea a la señora de G., ministrándole cada cuatro días un purgante de aceite de ricino para desinfectar su intestino y haciéndola tomar un gramo de helmitol cada día en dos dosis. En un segundo examen de la orina, hecho en la orina recogida al tercer día del segundo purgante, se encontró muy mejorada, aumentada ésta a 1,500 gramos, pálida, pero transparente, los cloruros 6%, nada de albúmina ni de cilindros, leucocitos escasos. Al día siguiente del tercer purgante, 28 de noviembre de 1918, le hice la electrocoagulación del cuello y núcleos que le rodeaban, no solamente con el objeto de su destrucción sino para aumentar su consistencia y poder hacer presión en la masa y con el escabelo y tijeras, separarla de la vejiga y recto si era posible, o con porción de estos órganos y del tejido celular pelvico y uréteres, extirpando la porción coagulada en una sola masa con la matriz y anexos, abriendo el perineo de uno o ambos lados, según las necesidades, para la hemostasia o extirpación de la neoplasia. La triste experiencia con los cánceres reproducidos, cuya gravedad es notoria, (los dos casos ya referidos son una prueba palpable), me hicieron formar este proyecto de intervención; más tarde me proponía aplicar el Radio sobre la cicatriz. Pero sucedió que habiendo principiado la intervención con raquí-anestesia para administrar la menor cantidad de cloroformo posible, dado el estado de los riñones, hecho el aseo de la pared del vientre en previsión de algún incidente que no pudiera ser tratado por la vagina, aseada esta misma y lista para empezar la operación, el ruido del estallador rotatorio y todo el imponente aparato de la sala de operaciones, dieron al traste con la formalidad y entereza de la paciente y una crisis nerviosa de sollozos y convulsiones hizo que, desde luego se recurriera al cloroformo y se practicara solo la primera parte del programa: la electrocoagulación. Primero porque había pasado mucho tiempo y me temía los efectos del choque traumático y segundo porque mi dedo, al recorrer los bordes de la coquedad carbonizada, no transmitían a mi cerebro una impresión clara sobre la mejor manera de tratar la lesión sin comprometer demasiado la vida de la enferma aplacé para una segunda sesión el término de la empresa y más tarde me felicité de ello. Esa misma noche una temperatura de 39 grados, una anuria casi

completa, terrible dolor de cabeza y accesos de convulsiones me hicieron pensar en lo acertado de mi determinación. Revulsivos aplicados en las pantorrillas, hielo en la cabeza y ningún alimento ni medicamento y solamente agua caliente para apagar la sed, fue la prescripción y en 24 horas la orina se restableció, la enferma se tranquilizó, bajó la temperatura a 38 y disminuyó el dolor de cabeza; se estableció el regimen lácteo, se volvió a purgar la paciente, que no obstante los purgantes anteriores, expelió gran cantidad de materias fecales. Día a día la paciente mejoraba y había que concluir el programa formulado y con el que creía poder obtener la curación. El 6 de diciembre procedí a la ejecución de este difícil segundo acto, ayudado como en todos los casos que dejo referidos por los doctores F. Ortega Fuentes y J. Baca G., éste último ministrando el cloroformo. El aseo de la vagina fue especialmente minucioso, dado que había empezado a desprenderse la escara; se empleó solución de permanganato de potasa al 50% con tapones de algodón estéril para destruir los anaerobios. Con ácido oxálico se decoloraron las partes tocadas por el permanganato y se quitó este con agua estéril; se secó perfectamente con gasas la vagina y luego se trató, como de costumbre, con yodo y alcohol a 96°.

Laboriosa y difícil fue la separación de la mitad superior del mango vaginal, constituida por la mitad superior de la vagina al nivel del fondo vaginal anterior; tuve que interesar un poco la mucosa vesical, el resto de la operación fue como me lo había imaginado, teniendo que abrir a ambos lados el perineo para coger los vasos uterinos cerca de la hipogástrica; ambos uréteres quedaron a descubierto en cinco o seis centímetros de extensión: dejé pinzas a permanencia y se terminó la intervención de la misma manera que la de Altagracia Moreno, aumentando la sutura del lado derecho del perineo. Sobrevino fuerte choque operatorio, aplicaciones calientes y bebidas calientes hicieron que éste se disipara. Por la noche la enferma estaba tranquila, pudo dormir, la orina recogida por la sonda a permanencia fueron unos 120 gramos en ocho horas. La orina de la noche 300 gramos de color un poco subido. La temperatura máxima 37°8. A las 48 horas se retiraron las pinzas. Ni el pulso ni la temperatura revelan nada de anormal. Contrasta este estado con el anterior. Continúa la mejoría y la orina, de color amarillo citrino algo pálido es de 1,400 a 1,500 gramos; no hay sedimento apreciable, ligeras nubes de moco opalino; hay que recordar que la mucosa vesical fue herida. A los ocho días se retiran las gasas que son reemplazadas por tubos, en vista de que la vagina no alcanza a cubrir las regiones laterales. Desde el día siguiente el apósito se moja mucho; se retira la sonda a permanencia; la enferma vacía sola su vejiga. La cantidad recogida en la vejiga es de 400 a 500 gramos en el día. Alguno de los uréteres ha sufrido en su integridad: hay que esperar lo que el proceso

cicatricial pueda hacer. La enferma ha continuado sometida al régimen lácteo, su estado es excelente, duerme tranquila, evacua con regularidad la vejiga; el intestino es irrigado diariamente y si no fuera por la humedad de la curación no tendría ninguna molestia. Al 15º día de la intervención y 6º de haber empezado el escurrimiento acuoso con olor ligeramente urinoso, se observa que éste ha disminuído sensiblemente y la orina aumenta en la vejiga. Tres días más tarde, estando seco el apósito exterior, se retiran los tubos y los lavados vaginales se hacen con una sonda Nelatón del Nº 30. El perineo cicatrizado firmemente. Hice por primera vez al 20º día de la intervención una exploración de la vagina hacia los lados de la línea media quedan pequeñas superficies triangulares que aun sangran; las toqué con tintura de yodo. Hacía ya cuatro días que la enferma se baja de la cama y empezado a andar; no volvió a sentir escurrimiento y el apósito se retiraba siempre limpio y seco. El 30 de diciembre, estando completamente cicatrizada la vagina y paredes, habiendo pasado quince días sin haber escurrimiento vaginal y no habiendo ya temor de detener el proceso de reparación cicatricial y con el objeto de destruir cualquiera celdilla neoplásica que hubiera escapado a la electro-coagulación y disección operatoria, juzgué oportuno aplicar el Radio en fuego cruzado con el tubo en uno de los ángulos laterales y las placas al exterior, sobre la sínfisis sacro-iliaca correspondiente y en el pubis al lado de la línea media y otra aplicación media, aislando perfectamente las partes que no quería fueran radiadas, dando así un total de dos mil miligramos hora en el fondo vaginal y tres mil exteriormente.

El 6 de enero de ese año, tres días después de la aplicación del Radio, se presentó de nuevo el escurrimiento por la vagina, escurrimiento que fue aumentando los días siguientes; la cantidad de orina recogida en la vejiga disminuye de 1,500 a 600 gramos. Creí que este fenómeno sería debido a la acción del Radio, que, destruyendo los elementos malignos que hubiera en la cicatriz de la pared ureteral, habría dejado perforado ésta, permitiendo la salida de la orina y esperé a que, como después de la operación, la reparación se hiciera por solo los esfuerzos de la naturaleza. En estos días la enferma tuvo una desviación del régimen alimenticio: la indigestión fue fuerte, tuvo basca y deposiciones y un movimiento febril alto, hasta 40. Desde luego la orina se volvió turbia y aparecieron dolores en la región lumbar; del enturbiamiento pasó la orina a ser francamente purulenta, dejando un gran sedimento, tres y cuatro centímetros en el fondo del frasco en que se colectaba y se estableció una fiebre de 38 a 38º6. La pielonefritis instalada con esta intensidad era por sí sola grave; los dos riñones estaban dolorosos, pero principalmente el derecho, coincidiendo con la fistula vaginal en el ángulo derecho de la cicatriz vaginal: era de

presumirse que el uréter derecho fuera el enfermo. Los lavados de la pelvicilla renal en el período de exacerbación aguda de la inflamación me parecieron inapropiados, aplazándolos para más tarde, recomendando el reposo el régimen lácteo y el helmitol a la dosis de 2 a 3 gramos por día en porciones de medio gramo cada vez que se tomara. La fiebre fue decreciendo, llegando a desaparecer con frecuentes recaídas; el pus siguió la marcha de la fiebre y al mes de iniciados los accidentes, habiendo algo de pus, pero no fiebre, hice una cistoscopia, para confirmar por medio de la inspección del meato ureteral, si en efecto era el uréter derecho el infectado y observada la falta de funcionamiento de este orificio me hizo confirmar mi suposición. Bastó la distención que practiqué en la vejiga para que se modificara el escurrimiento de la orina, que llegó a ser nulo por las noches y muy escaso en el día. Pasado otro mes la calentura había desaparecido completamente y la orina era clara, volviéndose turbia cuando se dejaba el régimen lácteo; el helmitol habíase reducido a medio gramo diario. Persistiendo algo el escurrimiento de orina en el día propuse un cateterismo ureteral y no bien había introducido un centímetro el cateter cuando la paciente empezó a ser víctima de sus nervios y me ví precisado a retirar el instrumento, aplazando para el día siguiente el hacer la pequeña intervención con anestesia clorofórmica. No fue esto necesario: desde el siguiente día no volvió a presentarse el escurrimiento, ligeras humidades que en nada la molestan suele tener, más no escurrimiento franco.

Su estado ha mejorado mucho; han transcurrido más de ocho meses y no hay señales de reproducción. Me propongo hacerla otra aplicación de Radio.

El caso de la señora de J. de 56 años de edad, es como calcado sobre el anterior, con la diferencia de que el adeno-epitelioma del cuello era primitivo e igualmente extendido hacia las regiones ureterales. La intervención fue hecha en una sola sesión el día 7 de diciembre de 1918. Se abrió lateralmente el perineo, se desnudaron los uréteres y el escurrimiento urinario que se estableció por la vagina no desapareció un solo momento; cicatrizadas las heridas perineales y los cortes vaginales quedó una fistula ureteral izquierda que no fue posible curar ni por el cateterismo intentado con el cistoscopio de refracción ni con el de visión derecha de Kelly ni con la maniobra del cateter metálico guiado por el cistoscopio de exploración de Nitze, siempre encuentro un codo infranqueable a dos centímetros del meato ureteral, codo que nunca pude vencer y después de dos meses de expectación y de tentativas infructuosas y 42 días posteriormente a la aplicación del Radio (2,500 miligramos hora.) hice la implantación del orificio uretero vaginal en la vejiga, lográndose la intervención completamente; la fistula uretero-vagino-vesical vista con el cistoscopio de Nitze, merecía

retratarse, era un verdadero meato. Digo que casi completa fue la curación porque siempre se perdía algo de orina por una pequeña fistula, pero no incomodando mucho a la paciente esta humedad, se fue para su pueblo y sé que hasta la fecha, ocho meses después de esto, se encuentra bien.

Muy diferentes de los anteriores son los dos últimos casos de que me voy a ocupar, puede decirse que son un resumen de los esfuerzos en que me he empeñado en esta lucha contra el cáncer y una esperanza de salvación para la inmensa mayoría de las desgraciadas víctimas de esta terrible plaga.

En este trabajo, que ya se alarga demasiado, el hecho dominante es la operación cruenta llena de accidentes, difícil y peligrosa; peligros presentes y remotos, exagerándose esto en los cánceres reproducidos. Las observaciones proporcionadas por los enfermos recomendados por los Dres. Ramos, Reigadas y Espinosa dejan como cierta tranquilidad, afecciones graves y difíciles de curar han sido tratadas con agentes raros, pero que no requieren un gran esfuerzo para su aplicación ni entrañan grandes riesgos para los pacientes ¡nos fuera dado hacer lo mismo con los cánceres del cuello uterino! reducir a simples fórmulas su tratamiento, hacer accesible el libertar a tantas infelices que han dejado pasar la etapa propicia de la operación y son el mayor número y porque el cáncer uterino y vaginal, hasta etapas muy avanzadas parece ser una afección local, las invasiones de los ganglios pélvicos son raras, es la opinión de los que se ocupan en este estudio, es la impresión que me ha dejado la experiencia y, después de lo que voy a decir, me hago la ilusión de que ustedes pensarán como yo.

La señora F. A. de P., de 50 años, múltipara, viuda, se le retiró su período a los 42 años. En el mes de marzo que me consultó me refirió que desde hacía ocho meses había empezado a sufrir de fuertes hemorragias que la habían dejado anémica y débil; además la molestaba un flujo de mal olor; frecuentemente tenía pujo al orinar y era muy estreñida. Es baja de cuerpo y delgada; por su color amarillento y los antecedentes, el diagnóstico no era difícil. La exploración demostró un gran epiteloma vejetante que llenaba toda la vagina, sangrando profusamente y despreñándose porciones esfaceladas. El estado del parametrio y las relaciones íntimas con las paredes de la vejiga y el recto solo durante la intervención podrían apreciarse. Sometida a un lavado bi-cotidiano con permanganato de potasa para desinfectar la vagina y durante una semana al régimen lácteo, por haberse encontrado en el análisis de la orina disminución de los cloruros y pequeña cantidad de albúmina, purgantes oleosos para desinfectar el intestino, procedí a practicar la operación: pan histerectomía vagino-perineal previa electro-coagulación bajo anestesia clorofórmica el 31 de marzo del año en curso.

El hongo epitelial como dejo referido, era muy grande, como el puño, y llenaba la vagina y para que no perdiera sangre la enferma sumamente anémica, hice la destrucción del hongo electro-coagulando hasta que pude desprenderlo sin que perdiera una gota de sangre la enferma y continué con el cuello uterino y fondos vaginales dejando una superficie tersa, negra por la carbonización superficial, completamente exangue y me aprestaba para continuar la operación cuando comprendí que la extensión de vejiga y de intestino recto que había que llevarse con la escara para poder seccionar el tejido como desprendiendo el tejido periuterino y periureteral; que difícilmente podría la enferma soportar el traumatismo, pues en la destrucción del tumor y el arreglo del campo operatorio para dejarlo en las condiciones dichas, había pasado mucho tiempo (1 hora) y la operación requería otro tanto o más; sino había algún accidente que la prolongara, y así, opté por aplazarla hasta la caída de la escara y aplicar el aparato de Radio convenientemente filtrado para hacer la radiación en la cavidad referida dejada por la eliminación de la escara y tejidos esfacelados, productos de la electro-coagulación de que antes hablé.

El 15 de abril, ya caída la escara sin incidente alguno, hice una exploración para darme cuenta del estado de los tejidos. Una gran cloaca limitada adelante por la pared vesical (la cistitis existente indicaba que la mucosa misma sufría en el proceso de la eliminación) hacia atrás por el recto (el tenesmo y el moco indicaban también reacción inflamatoria); la parte alta por lo que quedaba de matriz y los fondos peritoneales; lateralmente la aponeurosis pélvica superior y tejido celular infiltrado, endurecido por el proceso de defensa y eliminación y que defendía el uréter y la vaina de la hipogástrica; siendo imposible el pensar en una intervención operatoria sobre aquellos tejidos infiltrados y supurantes; pensé en recurrir al Radio desde luego y antes de la eliminación completa de los tejidos esfacelados, a fin de que si ocurría una inflamación por el Radio, fuera sufrida en los tejidos esfacelados, sirviendo estos de filtros y facilitando la reparación de dichos tejidos. El 20 de abril se hizo la aplicación del Radio usando todo el aparato, el tubo conteniendo 0.025 de Radio y dentro de un tubo de hule de dos mm. de espesor y todo cubierto por 5 mm. de gasa iodeformada se colocó en el fondo y las placas con igual filtro, se colocaron en los límites de la vagina adelante y atrás. 24 horas más tarde se retiró, 3 cm. el tubo y las placas se colocaron en límite de la vagina en el diámetro transversal, un total de dos mil cuatrocientos miligramos hora.

El tratamiento posterior después de retirado el aparato, fue una inyección bi-cuotidiana de solución al uno por mil de permanganato de potasa y curación semanal; aplicando un toque de tintura de yodo semana por semana, se fueron notando los progresos de la cicatrización, reemplazándose

en poco tiempo la gran cavidad tomentosa por otra menor, de aspecto rosado que sangraba poco cuando se le tocaba. A las cinco semanas de la intervención y dos de la aplicación del Radio quedaba una cavidad que con dificultad admitía el dedo. Dos semanas más tarde solo se notaba en el fondo una pequeña membrana gris, resto de la acción del Radio y podía introducir un histerómetro sonda en la cavidad uterina que medía tres centímetros. El resultado no podía ser más notable: en dos meses se había conseguido la desaparición de un hongo canceroso del cuello uterino y de los fondos vaginales sin intervención cruenta, en caso desesperado y considerado como inoperable y la grande, la extensa y profunda cavidad que había sucedido a la electro-coagulación se había reducido y cerrado y revestido de epitelio. El beneficio no podía ser mayor ni con menos riesgos. De continuar este estado de cosas estábamos en presencia de un suceso digno de ser llevado al conocimiento del esclarecido entendimiento de esta sociedad, mayormente cuando el estado referido persiste. El último día del corriente mes habrán pasado cuatro meses de la intervención y dos y medio de haber desaparecido los restos de la ulceración.

Examinando a la enferma por la exploración bimanual se siente suavidad en el fondo vaginal y tejidos pélvicos. La inspección de la vagina deja ver la mucosa de este conducto de un aspecto normal; en el sitio en que entraba en relación con la neoplasia hay un cambio de coloración, una superficie pálida pero brillante, algo húmeda, que no sangra y va estrechándose en embudo hasta llegar a la matriz, cuyo orificio está cerrado. Habiéndose pasado dos meses sin que la enferma se presentara a la consulta no me fue posible pasar el histerómetro y no quise hacer tentativas en este sentido por considerarlo innecesario, la menopausa habiendo pasado hace años.

El estado general de la enferma corresponde al local: ha aumentado de peso, el color amarillento ha desaparecido, se siente bien y se dedica a sus tareas domésticas con gusto y actividad. Está aquí presente.

Un hecho no menos notable, en el sentido en que vengo ocupándome, es el caso de la señora B., profesora de instrucción, de 35 años, múltipara, viuda. Se encontraba en estado de caquexia cancerosa, su cuerpo y cara de un color amarillo paja, con hemorragias profusas y escurrimiento continuo de un líquido sanguinolento, fétido; dolores de vientre y cintura, dificultades para orinar, orina escasa y pálida, no evacuaba si no era con lavativas o laxantes, su miseria orgánica solo guardaba paralelo con la excesiva escasez en que vivía, teniendo que sostener ocho de familia con su corto sueldo. La exploración vaginal dió a conocer el estrechamiento de este órgano por el neoplasma, invadidos por infiltración cancerosa los tabiques recto-vaginal, vesico-vaginal desde la unión de su tercio inferior con los dos ter-

cios superiores, el indice explorador solo haciendo presión podía abrirse paso para llegar a donde empezaba la ulceración crateriforme, nauseabunda, a partir de la parte media de la vagina, comprendiendo el cuello y los fondos vaginales. El endurecimiento y la invasión del fondo pélvico, apreciados por el tacto bimanual, eran muy extensos, verdadera carcinosis pélvica que, no obstante la experiencia adquirida en los últimos tiempos, consideré como fuera de todo lenitivo racional y más como un consuelo para la enferma que con esperanza de hacerle algún beneficio real, consentí en ocuparme de ella y así se lo expuse al señor Inspector que fue a rogar el certificado para que se le concedieran dos meses de licencia con goce de sueldo a esta desgraciada, que creí sería la última ganancia en lo que le restaba de vida.

Que en este caso como en el anterior, estaba yo muy errado en el pronóstico lo confirmaron los sucesos posteriores.

El 3 de mayo, con anestesia clorofórmica, practiqué la electro-coagulación sin hacer ésta muy penetrante, pues no quería más, como antes dije, que dar un consuelo a la paciente y un alivio retirando las hemorragias. Diez días después y antes de que acabaran de caer las escaras, repetí la electro-coagulación en vista de la mejoría tan grande que había experimentado la paciente; había vuelto el apetito, los dolores en el vientre, cintura y piernas habían desaparecido. Excusado es decir que igual cosa había sucedido con las hemorragias y escurrimiento. En esta segunda sesión, además de quitar una especie de hongo negrusco que hacía eminencia en medio de la cavidad dejada por la primera intervención, como si fuera un badajo de campana adherido a lo que parecía ser el cuello uterino, completé la electro-coagulación en las paredes de la cavidad, haciendo ésta más penetrante y carbonizando bien las superficies de ella hasta dejar una superficie seca, negra, carbonizada, donde podía caber bien una naranja. Diez días más tarde y antes del desprendimiento total de las escaras, se hizo, por mi ayudante el doctor Baca del Consejo Superior de Salubridad, una aplicación del Radio igual a la que he descrito en el caso anterior, 2,400 miligramos hora. Los progresos del restablecimiento de la enferma y cicatrización y epidermización de la enorme pérdida de substancia húmeda, anfractuosa, separante, que quedó a la caída de las escaras no es para describirse. Aquel ser que tenía ya por perdido y en los límites de su resistencia, fue a anunciarme, a las seis semanas de su intervención, con la sonrisa en los labios que estaba preparándose para emprender su trabajo, pues no teniendo dolores ni pérdida de sangre, se sentía con fuerzas bastantes. En el fondo de la cavidad que dejó la eliminación de la escara, ya muy reducida, había una membrana gris algo dolorosa al tacto y que medía unos cuatro centímetros de diámetro. Transcurridas dos semanas la membrana se reducía a unos

centímetros de diámetro, no había ningún escurrimiento y la paciente, completamente transformada, volvería a su trabajo al día siguiente. Desde entonces no he vuelto a verla, ha cambiado de domicilio.

Y por último, entre los casos más recientemente tratados, citaré el de una enferma que vino de Guadalajara, remitida por el doctor Banda, en un estado de caquexia, pálida, amarillenta, macilenta, con dificultad para moverse, con grandes pérdidas de sangre y flujos pestilentes; necesitó de ayuda para subir a la mesa de reconocimientos. El neoplasma vegetante como un cogido de coliflor, invadía las paredes vaginales además del cuello uterino, empastamiteno del piso pélvico era muy extenso. Seis semanas después del tratamiento: electro-coagulación y Radio, muy aliviada la enferma, recuperadas las fuerzas, mejorando su color y aspecto general, sin pérdidas de sangre, aunque todavía con flujo purulento, la cicatrización no siendo completa, volvía a su casa, ofreciendo venir en dos o tres meses, para seguir observando la marcha de su afección, tratada, como dejé dicho y pido a usted a repetir el tratamiento, si fuera necesario, en vista de los resultados obtenidos.

De lo expuesto pueden sentarse las siguientes conclusiones:

I.—La electro-coagulación es el método de elección para el tratamiento de las ex-ulceraciones del cuello uterino y la mayor parte de las afecciones que se llaman precancerosas.

II.—Igual preferencia merece en los epitelomas incipientes del cuello uterino y en caso de recurrirse a ella hay que hacer en los epitelomas del cuello la histerectomía vaginal, amplia y no la amputación del cuello.

III.—La electro-coagulación se muestra soberana en el tratamiento de los epitelomas vulvares y vulvo-vaginales cuando los ganglios inguinales no han sido invadidos. El Radio puede también emplearse como sustituto adyuvante.

IV.—En los cánceres reproducidos y con invasión ganglionar cualquier método que se emplee, el operatorio comprendido, es precario; y para evitar el peligro posible, cuando se practique la histerectomía abdominal, no debe dejarse el cuello. Casos de las señoras de C. de F. G., de G. y de G.

V.—En algunos casos difíciles ha sido posible con los métodos combinados, electro-coagulación, operación y Radio dar la curación y sobrevida, en algunos casos, hasta el momento, por tres años.

VI.—Al haber podido hacer desaparecer las manifestaciones clínicas en un adenocarcinoma del cuerpo uterino solamente por los agentes físicos, como los Rayos X, nos es permitido esperar resultados más notables en un futuro próximo, en que estemos mejor y más ampliamente dotados de estos procedimientos.

VII y último.—Los casos de las señoras de A. de P. y de B., son una

esperanza y una pequeña cantidad de una acción...

Y si esto es en las medicaciones...

¡Estamos interesados a una gran suma humana y en el interés de todos por ponerse en un estado individual es...

Dos en las sentencias ante la Academia de los dentistas tengo...

C. que lleva el tante el pe que conside salvadores otra cosa:

nos, tres y peligros y ocupé de e de que un intervenir, vico vagin operación.

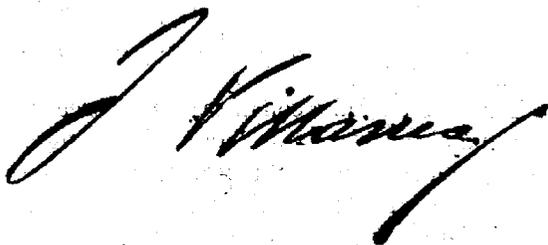
a esto? Ig ra que el mente en vuestra be

esperanza y un consuelo. La electro-coagulación y el Radio, aun en la pequeña cantidad de éste último con que podemos contar, permiten llevar una acción benéfica en los casos más adelantados de este terrible mal, que lleva la desgracia a un gran número de hogares.

Y si esto podemos en las grandes manifestaciones del mal ¿qué será en las medianas, en las pequeñas?

¿Estamos en vías de redimir de la intervención cruenta, difícil y peligrosa a una multitud de seres por demás queridos y respetados por el grupo humano y estas consideraciones y esperanzas fundadas despertarán el interés de todos los que practican la medicina y en el público en general, para ponerse en actividad y luchar contra este azote que, como enfermedad individual es el más atroz de los males?

Dos enfermas que han sido tratadas como he expuesto y que representan la síntesis de este trabajo, me han hecho el favor de presentarse ante la Academia para ser examinadas por la comisión que el señor Presidente tenga a bien designar y que emitirá su opinión. Una es la señora de C. que lleva tres años de su tratamiento y cuya su salud persiste, no obstante el pesimismo de algunos colegas y la otra es la señora de A. de P., que consideré fuera de los recursos operatorios juzgados como los únicos salvadores y por lo tanto irremisiblemente perdida. Los hechos demuestran otra cosa: cuatro meses han transcurrido de la intervención y cuando menos, tres y medio de sentirse esta paciente bien, sin haber corrido grandes peligros y sin excesivas molestias; su estado lo dejé ya descrito cuando me ocupé de ella en este ya largo trabajo y solo me resta añadir que en caso de que un espíritu obsecado por la idea de la continuación del mal quisiera intervenir, hallaría los tejidos suaves y propicios para un vaciamiento pélvico vagino-abdominal y a la enferma suficiente fuerte para soportar la operación. Pero ¿hay alguien que examinando a la paciente se atreva a a esto? Ignoramos el porvenir y una vez más aplazamos nuestro juicio para que el tiempo nos informe sobre el caso particular y los otros actualmente en estudio y de que no he querido ocuparme por no abusar más de vuestra benévola y ya cansada atención. (1)



(1) Trabajo leído el 16 de julio de 1919.