mo encapsulando a los elementos; en esta zona hay considerable pigmento hemático; en cortes por congelación, teñidos por el Sharlat Root aparece gran cantidad de colesterol, indicando una profunda degeneración grasienta; en general, la reacción cromofínica de la substancia medular es escasa.

Comentarios ginecológicos *

Por el Dr. GABRIEL M. MALDA

La poderosa acción que tiene el medio exterior para cada ser viviente, hace que el espíritu refleje los acontecimientos extrínsecos de una manera fiel y visible, como un espejo que proyecta por ángulo de reflexión el rayo luminoso que incide sobre él. Influencia y muy grande tiene sobre nosotros todo lo que vemos, lo que connotamos o aquilatamos del medio ambiente. Empero, el portentoso influjo se perfila más, cuando se refiere a hechos que nuestras condiciones especiales de vivir pueden apreciar más directamente y darles entrada favorable para meditarlos, madurar algunos y acrecentar con trabajo paciente y laborioso un caudal de conocimientos que asciende lentamente y llega a esclarecer problemas dudosos.

Hace muy poco tiempo que 50 naciones inauguraron el mismo día y a la misma hora, sus trabajos emprendidos para estudiar el cáncer. México forma parte en la cooperación, y la Academia de Medicina nombró su representante, recayendo en mi modesta persona tan honroso nombramiento. Como lo expresaba en líneas anteriores, la influencia del medio espoleó al elemento científico para fijar su atención ante el incremento que el cáncer toma, disfrazándose con sus aspectos variados histopatológicos para envolver y desolar a la humanidad.

Repetida es esta pregunta entre los hombres de ciencia: ¿El cáncer en realidad ha aumentado? ¿O el diagnóstico se ha perfeccionado para descubrirlo? No voy a repetir ni a copiar discusiones académicas; quiero traer algo práctico y efectivo en el embrollado problema de la cancerología.

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 13 de noviembre de 1940.

Hace muchos años mi atención se fijó en el cáncer de la matriz. Siendo estudiante, mis destinos me unieron en sólida amistad con los Dres. Ricardo Fuertes, que regresaba de Alemania donde ocupó un puesto docente de ginecólogo; Tomás Noriega, que trabajaba en el vetusto Hospital de Jesús; Ramón Macías, en el Morelos; y Julián Villarreal, en el González Echeverría. Todos cultivaban la ginecología en aquellos tiempos; exhibiendo operaciones atrevidas abordaban con gran interés el problema del cáncer, tomando como único recurso la cirugía.

En aquellos tiempos, hay que confesarlo, el cirujano se hacía, formaba su carrera quirúrgica siguiendo etapas; se forjaba en los estudios pacientes y abnegados de una anatomía impecable, aprendida en las planchas de los anfiteatros. Profundos conocedores del cuerpo humano las personas mencionadas, hacían la disección de la cavidad pélvica hasta llegar a lugares recónditos, quitando ganglios linfáticos, tejido celular, y todo aquello que presumían ser madrigueras del cáncer ya difundido. ¡Empero, ayer, como hoy, el cáncer reaparecía como fantasma invencible, cruel, sin piedad para el adolorido paciente de quien se había apoderado, no abandonando la presa hasta finalizar con la vida!

Más tarde, aparecen mensajeros de auroras soñadoras, hablando de la curación del cáncer por la terapia profunda y el radium. El entusiasmo en los primeros tiempos fué inaudito, estrepitoso; pero vino la realidad, el aplomo, el aquilatamiento de los hechos y demostró que este género de fisioterapia no tenía la grandiosidad que se le había creído, y que lo mismo que la cirugía fracasaba y producía grandes vacíos en las esperanzas del clínico.

Los años, implacablemente llegan a convencer por la historia que arrastran consigo, son argumentos incommovibles que exhiben la realidad dura y amarga, de que el canceroso tiene una sola esperanza, "el que su cáncer sea reconocido en los albores de su desarrollo".

En estas felices épocas la cirugía recobra su nombre y apogeo; los Rayos X ocupan su debido lugar, y el radium sorprende por su poderosa magia. Empero, cuando el tenebroso mal se ha desarrollado y cundido, renunciar para siempre a toda esperanza de curación, todo está perdido, y las armas terapéuticas de que disponemos quedan rendidas ante la evidencia de los hechos.

Un solo pensamiento en la larga discusión de la cancerología debe estereotiparse, debe sintetizarse: "descubrir el cáncer en la iniciación de su desarrollo". Las tendencias actuales también son el evitarlo, el cimentar una profilaxis con los pocos elementos que sabemos acerca de él; pero pocos son en verdad, y muy discutidos!

De los cánceres de la matriz son los del cuello los que con frecuencia se encuentran y más se temen. Pasma el saber que en el vecino país del Norte más de trece mil mujeres mueren por año. Nuestros esfuerzos deben encaminarse a despistar a tiempo el cáncer; pero esta región de la matriz llamada *cérvix*, es el lugar del engaño; la cancerosa no tiene en sus principios ni pérdidas blancas ni rojas, ni dolores ni molestias de ninguna naturaleza; todo se encuentra en absoluta calma; no obstante, es la matriz el órgano sexual más atribulado por el cáncer.

Es justificada la división de los cánceres de la matriz en corporales, y cervicales; pero la clasificación de estos últimos en carcinomas de la "portio" y de la porción intra-cervical, debe ser abandonada clínicamente. Schottlander distingue: 1o. Los carcinomas "exofíticos" que son evertidos, proliferantes, en coliflor; 2o. Los carcinomas "endofíticos" invertidos, infiltrantes y 3o., los carcinomas en superficie que invaden las mucosas. El período terminal el mismo para todos; la necrosis, determinando la destrucción de los tejidos y produciendo cráteres con periferias irregulares más o menos endurecidas.

Afirman eminentes anatomo-patologistas y clínicos, que el carcinoma de la "portio" nace del epitelio que rodea el meato uterino; de las erosiones, laceraciones, ectropiones, etc. Pero hay un hecho que culmina, una observación que sobresale: la continua irritación producida por un proceso inflamatorio.

Otro tumor maligno, el sarcoma, puede también encontrarse en el cuello del útero aunque rara vez, y en menos frecuencia en relación al cuerpo uterino; puede ser intramural o desarrollado en la membrana mucosa; siendo el primero el más encontrado, teniendo un origen miomatoso; degeneración bien estudiada en las estadísticas de Ohlshausen y Frankl. El sarcoma de la membrana mucosa del *cérvix* es "polipode" o "botroide", a menudo con un largo pedículo de base dura; los glóbulos botroides suaves, desmenuzables y necróticos. El sarcoma de la pared fácilmente simula

un mioma porque está rodeado de una cápsula fibrosa o miomatosa.

No menciono el corioepitelioma porque verdaderamente no es un cáncer de la matriz, y es remotísima su localización en el cuello. Quiero enfocar mis estudios clínicos del cáncer del cérvix a buscar su causa; pero no entro a enumerar las variadas teorías y argumentos que se han invocado como "factores primarios"; todas discutidas, combatidas, y llevando consigo sus épocas de apogeo. ;Que existe un factor biológico desconocido que obra en la celdilla misma y la desvía de su tipo normal, nadie lo duda! Las teorías de Cohnheim; la de los factores "hereditarios"; la interesante concepción de Blair Bell; la asociación entre las hormonas del lobo anterior de la hipófisis y los cánceres genitales, las ideas muy recientes de Hafbauer sobre la hipertrofia del epitelium cervical durante el embarazo, dando sus celdillas imágenes idénticas a los estados precancerosos tan discutidos, y otras muchas expresiones del pensamiento para explicar la causa del cáncer, todas desfilan ante nosotros a título provisional, mientras venga el ansiado momento que nos diga: ;aquí está la causa del cáncer!

El ginecólogo debe estereotipar en su mente que al explorar un cuello de matriz, el epitelio estratificado que lo cubre puede haber dado nacimiento al carcinoma de celdillas escamosas (epitelioma, cáncer epidermoide), y que un cáncer de celdillas cilíndricas formado a expensas del tapiz cervical y de sus glándulas puede también encontrarse allí. Ambos tipos se asocian (aunque rara vez) en el mismo cérvix. Empero, cánceres que se desarrollan en el ostium no tienen invariablemente el mismo aspecto histológico, porque la línea de división entre el escamoso y el cilíndrico no está matemáticamente marcada en el mismo lugar. El escamoso puede avanzar al canal, o el cilíndrico puede pasar del canal al cérvix vaginal (ectropión). Es decir, que cánceres de la parte inferior del canal cervical pueden ser carcinomas de celdillas escamosas, y cánceres del "portio" adenocarcinomas. Ambos tipos histológicos presentan un aspecto macroscópico semejante y primariamente son "exofíticos" o "endofíticos"; pero las biopsias de miles de cánceres cervicales enviadas al laboratorio exhiben que el tipo más común es el carcinoma de celdillas escamosas.

No son ni la edad, ni el estado social, los atributos para defender a una mujer del cáncer uterino, y si es cierto que la incidencia

mayor es entre cuarenta y cuarenta y cinco años, más bien precediendo a la menopausia, también lo es que el cáncer cervical ataca a la joven y aun a la niña, casi como una curiosidad clínica.

Obras clásicas han afirmado tiempo muy atrás, que las desgarraduras del cuello consecutivas al parto, eran responsables del cáncer; pero ¿cómo admitiendo esta hipótesis, explicar el cáncer en las mujeres que no habían pasado por el parto? Las laceraciones cervicales post-partum se encadenan con el cáncer pensando en que el cuello queda abierto, y las glándulas cervicales están más expuestas a la infección, lo mismo que el epitelio cervical procedente como resultado también de la hipertrofia de los labios por el edema y la inflamación. La contra-prueba es que el cáncer cervical no se le ve nacer sino rara vez en las cicatrices íntegras de una desgarradura. En la observación clínica es visto con frecuencia donde una endocervicitis papilar bañada por moco-pus ha preparado el terreno, y este padecimiento inflamatorio puede aparecer lo mismo en la nulípara que en la múltipara.

La importancia de la infección crónica como factor predisponente del cáncer, la escuela sajona con sus fabulosas cifras estadísticas se ha encargado de demostrar. Graves ha seguido 6,000 mujeres a quienes se les había tratado sus desgarraduras con el fin de extirpar las áreas infectadas, y encuentra que sólo dos habían tenido cáncer posteriormente. Linch da también un por ciento parecido.

La nulípara lo mismo que la mujer virgen puede tener una irritación crónica del cérvix que la predisponga al cáncer. El ectropión congénito y la ercción cervical son vistos en mujeres vírgenes con útero desalojado de su posición normal; estenosis cervicales y formaciones fibrosas bloquean el cuello e impiden la canalización; mujeres vírgenes llegan a la vejez y tienen vaginitis senil después de la menopausia. La gonorrea misma es causa de infección crónica del cuello.

A mayor abundamiento puede decirse también que la irritación crónica del canal cérvico-uterino tiene relacion con el cáncer del cuerpo; una mala canalización de la matriz favorece la irritación uterina y produce la piometria. Podría establecerse como conclusión esta "generalización aproximativa": no es el parto, sino una irritación por largo tiempo verificada, la causa predisponente

principal de ámbos cánceres, del cuerpo y del cuello. Apoyan la generalización anterior, las observaciones de Bosi, quien afirma que la cervicitis crónica y la hiperplasia del endometrio son precursoras del carcinoma. Las cervicitis fueron tratadas por este ginecólogo usando la amputación, y el endometrio hiperplástico por la raspera; no observando el relator un solo caso de cáncer después de muchos años en la siete mil enfermas manejadas de esta manera.

Pemberton y Smith han tenido el escrúpulo de examinar todo fragmento cervical procedente de lesiones aparentemente benignas, y encuentran un 2% de cánceres. Durante un período de 52 años, cinco mil novecientos sesenta casos de cervicitis crónicas fueron tratadas, unas por traquelo-rafia, otras con amputación, otras más por electrocauterio. Sólo cinco mujeres tuvieron cáncer después, tratadas por traquelo-rafia.

El cáncer no se desarrolla en un tejido u órgano sano; encuentra su cimentación en aquellos parajes donde las celdillas demuestran un tipo inflamatorio; una irritación continua aunque sea suave, una infección crónica, trabajan en el foco y producen la malignidad. Schiller y Bailey, entre otros muchos, han demostrado por prolijos exámenes y cortes sistemáticamente practicados, la transformación de las celdillas del foco inflamatorio a la malignidad. En el departamento ginecológico de Schmitz en 100 cérvix enfermos y amputados, se encontró siete carcinomas que la evidencia clínica no había ni siquiera sospechado. De todo esto se concluye que "tratar una cervicitis crónica significa la profilaxis del cáncer."

Por otra parte, todo tumor para hacerse perceptible debe crecer en determinada proporción; antes de ella no da síntomas. El encontrar un cáncer del cérvix en este período silencioso expresado por el "nódulo", es asegurar el pronóstico mediante un tratamiento precoz. Las estadísticas hablan mucho, son elocuentes en favor de esta idea; el tratamiento del nódulo canceroso limitado, incipiente, da un 80 a 95% de magníficos resultados.

La profilaxis del carcinoma del cérvix con las premisas anteriores significa, pues, lanzarse a investigar cervicitis crónicas restos de infecciones del endometrio", complicaciones infecciosas consecutivas al parto, etc. Estas investigaciones verificadas por pa-

cientos exámenes ginecológicos, recuerdan que toda lesión cervical debe ser tratada hasta su completa curación, porque en ella se albergan potencialidades que llevan la malignidad.

Desgraciadamente esta terrible enfermedad, por la manera insidiosa de presentarse y su cautela, no da síntomas observables por las enfermas al iniciarse su desarrollo; por eso hay la obligación de ir a buscarla. No es el interrogatorio el que informará de la terrible dolencia cuando está en su primera etapa. Es el tacto y la inspección desarmada y armada, los útiles recursos de que disponemos para despistarla en su iniciación.

Clásicamente o docentemente (no sé como llamarlo), se dan como síntomas protagonistas del cáncer uterino, la leucorrea, la hemorragia, y el dolor; pero aún tardías son por lo general estas expresiones, en relación con el avance anatómico que solapadamente ha verificado ya la neoplasia. ¡Esperar la hemorragia, la leucorrea, el dolor, para diagnosticar el cáncer de la matriz, es lo mismo que esperar el vómito fecaloide para diagnosticar una oclusión intestinal! Esto significa dejar pasar la época bonancible para estrangular el padecimiento.

Toda modificación en la menstruación, toda pérdida anormal, pide una investigación minuciosa; especialmente es importante el retorno de los menstruos en una mujer que haya pasado por la menopausia.

La leucorrea se encuentra en la mitad de los casos; es una pérdida más bien acuosa que mucosa; sin color al principio, después estriada por la sangre y en período más avanzado cuando la ulceración se presenta, produce un mal olor característico para el que conoce el cáncer. Ácida e irritante, esa secreción lastima la piel de la vulva y el perineo. Por otra parte, la presencia de esta leucorrea acuosa e irritante en una enferma en la que no hay visible ulceración, sugiere la idea de una piometría que comúnmente se asocia al cáncer, como causa o como síntoma.

Las pérdidas rojas pueden ser las que nos den el grito de alarma; otras veces, el cáncer puede encontrarse muy avanzado sin producir una gota de sangre. La hemorragia es metrorrágica, y menorrágica en casos complicados de lesiones anexiales. La pérdida de sangre pertenece a los cánceres exofíticos, y la producen

el coito, las duchas vaginales, el esfuerzo de la defecación, la exploración digital o el espejo.

En las formas endofíticas no hay sangre, y cuando ésta se presenta es porque la nutrición del tumor está comprometida, produciéndose la necrosis, y la ruptura de los vasos.

Hay que se conoce tan distintamente el cáncer de la matriz, no hay clínico que espere el dolor para diagnosticarlo; la espera del dolor es la espera de la muerte. Cuando el dolor existe, es que el parametrio está invadido, que los ganglios linfáticos han sido alcanzados en los contornos de la pelvis. Si el dolor es marcado en el sacro por la mano de la enferma, y expresa su irradiación al miembro inferior, aunque el útero esté móvil y los parametrios se sientan suaves, debe pensarse en la invasión ganglionar. Todos los atributos conocidos en la semiótica del dolor pueden aquí encontrarse, observándose su recrudesencia mayor durante la noche.

Es frecuente que el dolor se acompañe o anuncie por lo menos, ese cortejo sintomático tan definido del cáncer, expresado por el aspecto especial que toma la piel; la fiebre, las perturbaciones urinarias, las manifestaciones urémicas, y la caquexia como última palabra.

Ai ponerse una enferma con cáncer uterino en nuestras manos, tenemos una obligación imprescindible que llenar; la de precisar la época en que se encuentra su cáncer. No se trata de satisfacer una curiosidad; es un conocimiento que se hace indispensable para tomarlo como sólida premisa en la argumentación pronóstica, y la valorización terapéutica.

El Comité del Cáncer de la Liga de las Naciones ha distinguido en el cáncer del cérvix etapas, o períodos; formulando la siguiente clasificación:

Etapa 1a. o Grupo 1o.—El tumor está estrictamente limitado al cérvix; la matriz absolutamente móvil; el diámetro del nódulo no pasa de un centímetro. Esta etapa responde a la primera pregunta que por catequismo mental hace un ginecólogo avezado: ¿El cáncer está claramente localizado, o no lo está? La duda existe ya porque el útero no se desaloja tan holgadamente, ha disminuído su movilidad; alguno de los fondos de saco presenta sospechas de infiltración, los tejidos paracervicales pueden o no sentirse

infiltrados; esta es la 2a. Etapa o Grupo 2. La 3a. Etapa o Grupo 3 la constituyen los cánceres que han infiltrado los parametrios sin ninguna duda, extendiéndose rumbo a las paredes pélvicas; límitase marcadamente la movilidad uterina, y los ganglios linfáticos están atacados, produciendo un conglomerado más o menos inmóvil; puede además advertirse en esta etapa una infiltración más o menos superficial de la vagina, con útero algo móvil; metástasis aisladas en los gánglios coincidiendo con un tumor primario, quizá pequeño; metástasis aisladas en la parte inferior de la vagina.

La Etapa 4a. la forman los casos enteramente perdidos para las terapéuticas del cáncer; la infiltración es en masa y completa en los parametrios, extendiéndose a las paredes pélvicas. El carcinoma ha invadido el recto, la vejiga, la vagina está infiltrada; hay metástasis más lejanas. Esta etapa comprende también el estado caquéctico. ¡Toda esperanza se encuentra desvanecida!

Es frecuente apoyar la decisión operatoria en la movilidad o inmovilidad del útero; pero un útero puede venir a ser inmóvil por infiltraciones inflamatorias de los parametrios complicando al cáncer ulcerado. Cuando la infiltración es carcinomatosa el útero forma cuerpo, se continúa con las masas paramétricas y su inmovilidad es absoluta. En el cáncer esta fijación es tardía, y precoz en las parametritis. Los procesos inflamatorios regresan, el carcinoma progresa.

Con igual idea de evitar confusiones, elimínense tumores de los ovarios, ligamentos, y del útero mismo, que pueden producir la inmovilidad de la matriz.

Interpretando la sintomatología del cáncer del cérvix puede expresarse que sus manifestaciones están relacionadas con el crecimiento, con la extensión, que vaya adquiriendo el tumor. El nódulo inicial está libre de síntomas; la ulceración produce las hemorragias, la leucorrea. La necrosis, las grandes hemorragias; la infección de las úlceras, el mal olor. El crecimiento periférico el dolor, las perturbaciones urinarias y rectales, la oclusión intestinal.

Toda la exposición que acabo de hacer conduce al apoyo de una idea radical que no connota dudas, y está fuera de discusiones: todos los esfuerzos deben encaminarse a evitar el cáncer, o a descu-

brirlo en su etapa primaria de desarrollo. Hacer diagnósticos precisos y precoces debe ser el apotegma del ginecólogo.

No es apoyándose en signos subjetivos el camino que se debe emprender para edificar el concepto de cáncer; marcado está que o no existe sintomatología en la Etapa 1a. (un nódulo ulcerado y nada más); cuando las pérdidas se presentan visibles y apremiantes para la enferma, el cáncer ya ha cundido en proporciones alarmantes. El cáncer del cervix pide la "objetividad" para ser descubierto. Aun así, el trabajo puede presentarse dificultoso y comprometido.

Las imágenes a la simple vista son diferentes en los diversos casos. En algunos de ellos un simple nódulo, duro al tacto, percibido en un cérvix ligeramente hipertrofiado; el epitelio que lo cubre es azulado y lústroso; los bordes que le rodean están edematosos; sangre no aparece al traumatismo producido por la exploración.

En otros casos la única lesión es un pequeño nódulo gris amarillento desarrollado sobre el cérvix; de consistencia más firme que en el resto de tejido y elevándose de su nivel. Una inspección cuidadosa descubre eminencias papilares minúsculas sobre su superficie que sangran al contacto. Otra mujer puede tener una cervicitis papilar en el borde de la cual se encuentran pequeñas áreas más carcomidas que el resto del proceso; puede sangrar o no; pero la impresión de un cáncer es decisiva.

Este conjunto de conocimientos es aplicable a los cánceres que se pueden ver; pero el carcinoma puede crecer en parajes que no son fácilmente inspeccionados; el espesor del cuerpo del cérvix; la parte alta del canal cervical, como ejemplos. El tacto allí da más ayuda que la visualización.

Se ve cómo es variable la imagen macroscópica de un cáncer del cérvix cuando se inicia, dependiendo del tipo exofítico o infiltrante. El nódulo mismo es reconocido con dificultad, porque los nódulos benignos se ven con más frecuencia que los malignos. Cuando hay úlcera o papiloma de origen maligno también hay dificultades para el diagnóstico por los frecuentes encuentros de ellas como lesiones benignas. Cuando hay neurosis la friabilidad del tumor lo demuestra; tiene la consistencia de la materia cerebral, y al examinarlo el dedo se cubre del tejido, que basta para el exa-

men microscópico; la periferia de estos tumores está endurecida e invade los tejidos adyacentes.

El cráter también se reconoce como la evidencia de que la gangrena ha invadido el tumor. Cuando el tumor ha crecido en todas direcciones la fijación es absoluta, y fijación significa invasión de los tejidos profundos pélvicos.

La investigación del signo Chrobak-Clark cuando es positivo afirma el diagnóstico.

El estudio de los signos objetivos incluye, además de los locales, la investigación de la extensión del tumor, y la práctica del examen físico general.

Todo lo anteriormente expuesto, cuando se tiene la fortuna de que las enfermas lo presenten con claridad, ahorra el inmenso trabajo del diagnóstico diferencial; porque la clínica del cérvix uterino es una de las secciones de la ginecología más difícil y comprometida, expuesta a lamentables errores.

Un cérvix inflamado puede en sus diversas fases y aspectos simular un cáncer; ya sea situado dentro del canal o fuera de él, en la porción externa y vaginal del cuello, o simular invadir todo el cuello. Porque las cervicitis son endocervicitis, exocervicitis, cervicitis totales. Todo proceso inflamatorio del cérvix arrastra consigo una sintomatología muy parecida a la iniciación del cáncer. Pérdidas rojas o blancas, cambios en el epitelio, hipertrofias y deformaciones del cuello mismo; los perimetrios y parametrios pueden también ser atacados en gran escala repercutiendo en la movilidad del útero. La cronicidad de la inflamación trae consigo cambios radicales en el estroma, modifica la circulación, y trae cambios hiperplásticos en los componentes glandulares, que conducen al alargamiento y obstrucción de las glándulas, que se transforman en quistes (enfermedad quística Nabothiana) y dan el aspecto algunos de ellos a la exploración de nódulos cancerosos.

Si el proceso agudo de la cervicitis ha sido prolongado, y han tenido las secreciones del cuello el tiempo necesario para neutralizar la acidez vaginal y esterilizar la vagina del bacilo de Doderlein, vendrá el desarrollo de las bacterias del pus, y de tricomonas, con la maceración del epitelio escamoso y su exfoliación, descubriéndose las capas subepiteliales y dando lugar a la verdadera erosión confundida a la simple vista con la ulceración cancerosa. No

pocos ginecólogos han caído en el sofisma de confundir también el cáncer con una "erosión congénita". Lesión desarrollada por una exageración de impulsos hormonales durante la pubertad. Se han excedido en su papel transformando islotes de epitelio escamoso de la "portio vaginalis" en cilíndricos y glandulares.

Cuando es muy desarrollada la erosión congénita produce gran cantidad de moco; de moco alcalino, que neutraliza la acidez vaginal; nulificando de este modo la poderosa barrera que presenta la vagina para defender a la mujer de las invasiones microbianas piógenas; la infección se desarrolla y la misma erosión congénita será atacada por ella, transformándola en verdadera erosión. La erosión congénita nunca sangra a la exploración, pero si está infectada produce el sangrado, como cualquiera lesión maligna.

Un excesivo desarrollo de epitelio glandular sobre la "portio" lo produce también el ectropión; pero la etiología aquí es inflamatoria; lesión descrita por algunos como prolapso de la mucosa cervical.

La presentación de la mucosa endocervical que invade el epitelio escamoso, también se encuentra en las "eversiones" consecutivas a las desgarraduras producidas en el parto, que permiten la retracción de los labios exhibiendo la mucosa intracervical, y modificando sus arrugas, principalmente las del árbol de la vida. La eversión puede presentarse sin que intervenga el parto, en los cérvix llamados en "hongo", formando saliente entre los labios la parte central de mucosa.

Toda esta variada revista de lesiones cervicales confundibles con el cáncer, anuncia lo comprometido que es para el porvenir de la paciente, hacer un diagnóstico ligero, y las críticas que caerían sobre el ginecólogo que lo formulase.

De todos los tipos de erosiones las más confundibles con el cáncer son la "folicular" y la "papilar".

Un estado inflamatorio avanzado lo caracteriza algunas veces la aparición de folículos linfoides de un color rojo oscuro invadiendo confluentemente la portio vaginalis y aun la parte alta de la vagina, dando al cérvix un aspecto granuloso; es la cervicitis "granular" o folicular", el cérvix "strawberry". En otras formas, la maceración del epitelio ha determinado un aspecto

manchado, "cervicitis macular", y si es más intensa la maceración, úlceras superficiales pueden encontrarse (cervicitis ulcerosa).

Todos estos tipos de cervicitis traducen en realidad diferentes épocas de un proceso, y una virulencia desigual. Cuando pequeños pólipos invaden el cérvix la confusión puede nacer con excrecencias malignas y más se aumenta la duda si el frotamiento produce hemorragia.

Otras más infecciones del cérvix deben tenerse presentes para su distinción con el cáncer; el chancro blanco; las infecciones actinomicóticas; blastomicóticas; infecciones de *Oidium Albicans*; cervicitis membranosas; la difteria y principalmente el granuloma venéreo que mucho simula al cáncer, pero no sangra tan marcadamente al contacto.

¡Cuán difícil es el estudio de un cérvix uterino! ¡Qué observación tan prolija y paciente se necesita para tener un conocimiento perfecto acerca de él! La doctrina de Leibnitz sobre el conocimiento es la aplicación más efectiva que se puede usar.

Luchando con escollos, combatiendo dificultades, se ha llegado a vencer, y a presentar exposiciones clarísimas de esta parte de los órganos de la mujer.

En la ginecología moderna, apoyándose en nuevos y efectivos métodos de exploración que han cambiado completamente los escenarios de la clínica, se llega a presentar diagnósticos completos, apoyados en el conocimiento claro, distinto, adecuado, e intuitivo, de los órganos femeninos.

Afocando nuevamente mis palabras y mis ideas al cérvix uterino, puedo afirmar lo inmenso y fecundo que ha sido su estudio en estos últimos años con los innovados métodos para explorarlo. Ante los problemas difíciles que algunas enfermas presentaban en las que ni la palpación ni la inspección directa con el espejo descubrían un pequeñísimo cáncer endofítico del cérvix en el momento que se desarrollaba; indispensable de reconocer como argumento de base para salvar una vida, el profesor Hinselman se compenetra que es el método intuitivo el que debe brillar y despejar la incógnita; lo aplica con toda elegancia y precisión, ideando su "colpo-uteroscopia" mi aparato que asocia la visión microscópica con el relieve enteroscópico. ¡Luminosa idea consagrada y ratificada ya por la labor de la clínica moderna!

El colposcopio del Prof. Hinselmann está formado por un microscopio binocular con poder amplificador de 10 x A.; distancia libre de observación 14 - 15 cmts. Aumento encontrado como el más conveniente. El campo visual binocular de la lente tiene un diámetro de unos 20 mm. El sistema de luz perfectamente combinado, con intensidad luminosa aumentada por lentes convexas, y los rayos luminosos incidiendo agudamente al foco óptico, producen clarísimas imágenes directas, y lo mismo es la dirección de los movimientos. Imágenes estereoscópicas acrecentadas por el microscopio.

Toda esta parte óptica y de la iluminación está montada en un soporte con toda clase de movimientos, y un tornillo micrométrico en la parte óptica sirve para afocar.

Para el uso del colposcopio se coloca la enferma en "la posición de la talla". Un espejo vaginal descubre el cuello; los ejes de la parte óptica del aparato deben coincidir con el centro del espejo. Desde el momento que el foco de la lente objetiva se encuentra a 15 cmts. y el promedio de la longitud de las vaginas es 9 cmts., el observador está capacitado para inspeccionar con su aparato, la vagina, el cérvix, y el tercio inferior del canal cervical. El aumento depende de la elección del ocular, pero está probado que para este género de trabajos es muy satisfactoria una amplificación de 10.5. El cuarto de trabajo se pone en obscuridad, y el sistema de iluminación queda conectado con un transformador que es propio del aparato.

Ningún observador podrá comprender las imágenes del cérvix, sin conocer los estudios de Hinselmann aplicados al cuello de la matriz. El profesor mencionado describe tres tipos cardinales de mucosa cervical; los designa por las letras O. E. U. O. representa una mucosa enteramente sana, no hay más ligera sospecha que un carcinoma esté desarrollándose allí. E. es una imagen que debe estudiarse muy bien porque se presenta en condiciones que pueden confundir; ¡no es tan peligrosa! Sitio de la verdadera erosión, los ectropiones, versiones y pólipos. U. La siguiente es la verdaderamente peligrosa. Es el lugar donde con frecuencia el carcinoma se desarrolla. Esta zona de extensión variable, pero de sencilla histología, debe ser bien conocida y recordada, para poder distinguir cualquier cambio sobrevenido en su estructura.

Las proliferaciones papilares de un carcinoma exofítico iniciándose en esta zona pueden descubrirse en los albores de su desarrollo por medio del colposcopio; el aspecto colposcópico es el de un tumor en forma de coliflor. Más tarde, el epiteloma en estos tipos de cáncer se van cornificando, dando lugar a imágenes colposcópicas en forma de manchas blancas (leucoplasias). Cuando viene la descamación de las capas córneas, el diagnóstico se dificulta pero se hace; es la "base o fondo de la leucoplasia".

Para vencer este diagnóstico, Hinselman propone la prueba de "Schiller" muy discutida como lo diré más adelante, y por consiguiente no de básica consideración.

El reconocer el carcinoma "endofítico", presenta mayores dificultades. Puede estar ulcerado o no estarlo. La primera forma puede presentar una úlcera pequeña, o una úlcera de grandes dimensiones; las pequeñas úlceras no se ven a la simple vista y no sangran ni espontáneamente ni la exploración; signo de gran trascendencia para diagnosticar su malignidad. Empero, vistas con el colposcopio el gran aumento de las lentes permite el descubrirlas.

Si la úlcera es grande, la confusión es factible con la verdadera erosión; pero la imagen colposcópica informa de las zonas necróticas muy características, y la disposición también especial de los vasos sanguíneos en las úlceras del cáncer.

En otros casos, el carcinoma "endofítico" no está ulcerado, sino cubierto por el epitelio carcinomatoso del que procede. Tal epitelio es designado como la matriz del carcinoma; matriz que puede cornificarse, y en tal caso el área es reconocida como una leucoplasia. Aun el área matriz perdiendo la propiedad de cornificarse, se le puede reconocer con el colposcopio.

Los varios tipos microscópicos de leucoplasia, o áreas matriz (2 términos que para Hinselmann pueden usarse casi como sinónimos) son clasificados de la manera siguiente: Grado 1, epitelio atípico cornificado. Grado 2, epitelio atípico cornificado con proliferación. Grado 3, epitelio carcinoide cornificado, o mostrando parakeratosis, muchas mitosis patológicas, y polimorfismo. Grado 4o., epitelio carcinoide cornificado (no siempre) con proliferación en la periferie, apreciable al colposcopio. Grado 4 b., epi-

telio carcinoide cornificado (no siempre) con proliferación al tejido conectivo.

Desde el punto de vista práctico es importante marcar la incapacidad en que se encuentra el ginecólogo para encadenar la imagen colposcópica de una leucoplasia con el aspecto microscópico; excepto en el grado 4 a.

También hay que advertir que leucoplasias confirmadas malignas, dan la misma imagen colposcópica que las llamadas benignas. No obstante estas incertidumbres no debe dudarse de la necesidad imperiosa de ir a buscar "las leucoplasias" las áreas matriz", y esto sólo es posible en clínica ginecológica, por medio del colposcopio. Como lo afirma el Prof. Hinseimann, la inspección con este aparato debe estar incluida en todo examen ginecológico.

Dos adquisiciones fundamentales hace el aparato; descubre lesiones y el sitio exacto donde se encuentran, para practicar la toma de los tejidos destinados a las biopsias. ¡Cuántas ocasiones la mala elección topográfica conduce a un diagnóstico sofisticado! No hay que culpar al laboratorio ni al laboratorista; su interpretación es exacta; la falta fué de quien tomó el fragmento del tejido, y la manera como lo hizo.

En mi manera de pensar no es el colposcopio el aparato de la perfección, no es quien va a formular diagnósticos indiscutibles; pero es su visión clara y amplificada la que conduce a elegir los lugares enfermos para enviarlos al histopatólogo, que es el que tiene la palabra decisiva en los intrincados problemas del cáncer.

Nunca el colposcopio podrá sustituir al microscopio; pero le ayudará enviándole lo que es efectivo para su interpretación. Esta interpretación es decisiva, vital, en los problemas de la cancerología del cérvix. ¿No es la lesión cancerosa? ¡Qué inmensa tranquilidad! ¿Los estudios microscópicos son positivos, hay cáncer? Entonces el ginecólogo exige detalles, pide clasificaciones, no como lujos de microscopía, sino como bases para imponer su terapéutica y pronóstico.

Indudablemente que un tumor no está compuesto por un tipo exclusivo de celdillas, pero en él predominará tal o cual forma, y esta base es efectiva para consideraciones ulteriores. La graduación o nivelación de la celdilla cancerosa ha preocupado mucho

en los últimos años y aunque el acuerdo no es perfecto, mucho provecho se puede extraer de las estadísticas llevadas en los grandes centros de clínicas ginecológicas, como el Hospital Johns Hopkins, la Clínica Mayo y las de Nueva York. Los estudios se han afocado al cáncer de tipo epidermoide, y al adenocarcinoma que son los huéspedes frecuentes del cuello de la matriz. Tomando como premisa los 3 tipos de celdillas más comúnmente encontradas el espinal, el transicional y el fusiforme, han obtenido en los centros mencionados, un por ciento post-operatorio de curaciones muy halagador en el tipo espinal. (Grado 2 de Broders) de 47 a 53 y 54 por ciento; menor en el tipo de celdilla transicional (Grado 3 de Broders) y mucho menor 9 a 950 por ciento en el cáncer de celdillas fusiforme (Grado 4 de Broders).

Expresándose en otros términos puede decirse que el cáncer tipo espinal es menos maligno; concordando el hecho con otras estadísticas de los mismos hospitales, referentes a la rapidez de propagación hacia los parametrios, y formación de metástasis ganglionares más tardía en este tipo de cáncer.

En adición al tipo de celdilla de un tumor se pueden obtener datos referentes a la infiltración linfocítica en sus márgenes, el grado de fibrosis, y la distribución topográfica de su crecimiento; todo importante para los programas terapéuticos y conclusiones pronósticas.

El adenocarcinoma del cérvix, apoyándose también en las estadísticas mencionadas, puede ser colocado al lado del tipo espinal para el pronóstico operatorio; empero, ateniéndose a los datos post-operatorios de la clínica de Cullen, resulta ser el menos maligno de los tumores cervicales.

Refiriéndome ahora a otra de las armas terapéuticas "la radioterapia profunda y el radium", de mágicos resultados, que el ginecólogo también recomienda, interesa mucho saber la sensibilidad de los varios tipos celulares de cáncer; creyéndose que el cáncer de celdillas espinales es más susceptible a la radiación. Sin embargo, una opinión opuesta tiene Martzloff.

La falta de uniformidad de opiniones se extiende también al adenocarcinoma, que algunos lo consideran radio-resistentes, y otros no. Por otra parte, cuando la repercusión ganglionar se

presenta, el pronóstico es lastimero. Cualquiera que sea el tipo de celdilla cancerosa.

Todo lo expuesto en este trabajo sintetiza las ideas recientes que se tiene de la clínica del cuello de la matriz. Conocer el cuello del útero en sus cambios patológicos, es adquisición clínica de gran importancia para edificación diagnóstica.

Hoy se toman muy en consideración las infecciones focales. En realidad la idea no es novedosa, porque desde hace un siglo Benjamín Rush hablaba de un caso de reumatismo curado por la extracción de un diente enfermo, afirmando después que los dientes eran causa de enfermedades diversas, cuando se encontraban patológicos. Mucho más tarde, año de 1898, William Hunter introduce el término "sepsis oral", y ya en 1900 hablaba de endocarditis, nefritis, piéritis, abscesos perinefríticos, colecistitis, etc., desarrollados todos ellos por el paso a la sangre de las bacterias desprendidas del foco de infección. Pero son los estudios de Rosenow los que más conmueven al mundo científico, con su célebre hipótesis de la especificidad de las bacterias para determinados tejidos, hablando de la importancia de la tensión del oxígeno y del tipo del material nutritivo. Holman, discutiendo la teoría, demuestra que la invasión bacteriana partiendo de un foco depende de la circulación local, dentro y alrededor del foco mismo, y la relativa inmovilidad o movilidad de los tejidos, asociando la virulencia.

Es cierto que infecciones focales pueden ser asintomáticas por muchos años, y que síntomas atribuibles a una infección focal no se ven desaparecer cuando ésta se extirpa; empero, estos argumentos no destruyen la práctica de ir a destruir los focos de infección donde se encuentren, sintomáticos o con síntomas. Las altas defensas por una parte y los fracasos de una terapéutica aplicada cuando los daños son irreparables, pueden explicar los hechos, estimulando para quitar todo foco aparentemente adormecido.

Cualquiera infección intercurrente, cualquiera enfermedad infecciosa, como la influenza por ejemplo, o un exceso de trabajo del organismo, como acontece en el embarazo, rompen las resistencias. Durante la preñez toda infección focal representa inmenso peligro.

Para unos son los gérmenes que del foco primario pasan a la sangre directamente o por vía linfática. Para otros, son las endotoxinas las protagonistas en la escena.

Los trabajos experimentales apoyan la primera idea. Reith y Squier encuentran en la sangre por medio de cultivos, gérmenes en un 27 por ciento de personas que no presentaban síntoma ninguno de perturbación en su salud y que llevaban un foco de infección crónica; mientras que en un grupo de control sin foco ninguno, sólo 12 por ciento de los cultivos de sangre resultaron positivos. Las infecciones agudas y crónicas focales son causa de los abortos llamados idiopáticos, no explicados por etiología conocida. Curtiss inyecta conejas preñadas con cultivos de estreptococo hemolítico, procedentes de la orina de una mujer que había tenido 11 abortos espontáneos; los animales también abortaron. Los dientes eran la fuente del estreptococo, encontrando casos análogos con amígdalas infectadas. Los focos de infección producen endometritis que vienen a ser hemorrágicas. Los organismos encontrados en estos diferentes casos, han sido los mismos en la sangre y placenta que en el foco de infección.

Llego en estos momentos al cérvix como sitio "de infección focal". El acuerdo es unánime; endocervicitis, exo-cervicitis, y cervicitis, lo mismo que las erosiones constituyen focos de infección. La infección en el cérvix se menciona hoy en la literatura americana e inglesa como ocupando el segundo lugar entre las infecciones focales. Dientes primero, cérvix, en seguida y al último la amígdala. La experiencia clínica no deja duda que la eliminación de infecciones cervicales ha hecho desaparecer inflamaciones a distancia, y oscuros síntomas del sistema simpático. La relación de las cervicitis con el reumatismo, artritis, neuritis está en vía de importantísimos estudios; pero un consejo clínico efectivo es que en presencia de sintomatologías oscuras, todo foco de infección incluyendo las cervicitis debe ser buscado para su eliminación.

Como conclusiones puede hacerse resaltar 1o.—El importante lugar que el cérvix uterino ocupa en patología. 2o.—La concentración de todos los recursos de exploración para descubrir sus lesiones. 3o.—El conocimiento perfecto de un cérvix, sólo lo da el método intuitivo verificado con el colpo-uteroscopia de Hinsel-

mann; la transiluminación de Thompson; la prueba de Schiller; el signo de Krobak Clark; asociado todo esto a la investigación del pH intracervical y vaginal; también el estudio de frotis tomados de la "portio", teñidos y sin teñir; estudios en cámara oscura; cortes en lugar apropiado para las biopsias y la prueba de Phillipp.

Toda esta investigación meticulosa conduce a cristalizar uno de los grandes ideales del ginecólogo: "descubrir el carcinoma en la iniciación de su desarrollo, y tratarlo muy a tiempo; lo mismo que la profilaxis del cáncer; descubriendo tejidos enfermos donde el terrible mal puede injertarse.

El Prof. Hinselmann pregona y afirma que la mortalidad del cáncer uterino disminuirá siempre que las mujeres se sometan a exámenes anuales colpo-uteroscópicos y demás pruebas; que el aparato de su invención hace los descubrimientos antes que la simple vista perciba algo; que este tipo de examen es enteramente indispensable en lesiones sospechosas del cérvix. Además, para diagnósticos "de áreas matriz" este examen es "conditio sine qua non". Por último, el mencionado profesor como consejo da, hacer entusiasta propaganda en el sentido de aumentar la cultura ginecológica en la mujer.

Bibliografía de la anestesia en México *

Por el Dr. BENJAMIN BANDERA

Nuevamente ocupo la digna atención de ustedes para dar lectura a una breve síntesis de los trabajos escritos sobre anestesia, en el período de tiempo comprendido entre los años de 1900 a 1910.

Obsérvase en ellos la aparición de numerosos artículos sobre la raquianalgesia, que principiaba a abrirse paso en nuestros hospitales, con sus entusiastas partidarios y sus detractores, como ocurre siempre que aparece un nuevo método. Veremos el nacimiento de este importante medio de analgesia y los tropiezos y

* Trabajo reglamentario de turno leído en la sesión del 4 de diciembre de 1940.