

La existencia del suero anti-diftérico, del suero antistreptocócico, del suero anti-tetánico, hace sospechar la aparición del suero anti-canceroso.

Ciertamente que la naturaleza parasitaria del carcinoma no está demostrada y que el hundimiento de las *coccidias* y del *microbio de Schenerlen*, ha impresionado desfavorablemente la opinión; pero dejando á los anatomo-patologistas la discusión de la patogenia, los experimentadores se han lanzado valientemente en sus tentativas terapéuticas y la seroterapia en el cáncer, es uno de los asuntos de más actualidad en Terapéutica Quirúrgica.

Hasta hoy los resultados son inciertos ó poco favorables, pero el camino está trazado y el verdadero suero anti-canceroso no tardará en aparecer.

Y entonces la Terapéutica sangrienta cederá su puesto al nuevo sistema, con beneplácito de todos los cirujanos que hasta hoy no han obtenido grandes ventajas.

Los misterios de la infección comienzan á desaparecer: el proceso crónico de infección celular neoplásica entregará pronto su secreto y la Cirugía y la humanidad ganarán, cuando se borre del catálogo de operaciones la palabra *cáncer*.

#### DISCUSIÓN CLÍNICA.

Por la exposición anterior hemos visto los recursos terapéuticos con que el cirujano cuenta actualmente para el tratamiento del cáncer uterino. Veamos ahora la manera de utilizarlos.

Nos encontramos frente á una enferma que tiene un padecimiento uterino, y este padecimiento por su historia, por su evolución, por sus caracteres clínicos y anatomo-patológicos, lo diagnosticamos cáncer del útero. ¿Qué le hacemos?

Desde luego nuestra intención será, indudablemente, recurrir á un *tratamiento radical*, procurando la curación definitiva y rápida de la enferma; ¿pero, es esto posible?

Comencemos por perfeccionar el diagnóstico, resolviendo las cuestiones siguientes:

¿El neoplasma canceroso ocupa el cuello, el cuerpo, ó todo el órgano?

¿Cómo se encuentra la vagina?

- ¿El útero está móvil ó enclavado?
- ¿Qué estado guardan la vejiga y el recto?
- ¿Los ganglios linfáticos han sufrido eco del neoplasma?
- ¿Cuál es el estado general de la paciente?

La primera cuestión suele ser sencilla de resolver por el examen directo del útero: la presencia de una ulceración bien limitada al orificio cervical, la suavidad de la mucosa vaginal del cuello y su aspecto sano y normal, la ausencia de dolores uterinos, el buen estado de la paciente, que no sufre trastornos de nutritivos, harán en el ánimo del clínico la impresión de un neoplasma limitado al cuello.

Los dolores uterinos, el engruesamiento del órgano, la profundidad de los fondos vaginales, acusando un descenso ligero del útero, la participación de los anexos en el cuadro sintomático, la exploración directa de la cavidad del endometrio, previa dilatación, y los resultados histológicos de la raspa exploradora de la mucosa uterina, permitirán diagnosticar un cáncer exclusivamente corporal.

La mezcla de todos estos signos, hará sospechar la invasión total del órgano por el neoplasma,

La segunda cuestión, es también fácil de resolver: tanto la exploración digital como el reconocimiento con el espéculum, muestran una vagina lisa, blanda, elástica, de coloración normal, ó una zona dura, despulida, ulcerosa ó vegetante. No siempre los caracteres clínicos de la invasión vaginal son fácilmente perceptibles, y en ciertas formas de infiltración discreta, apenas si se manifiesta un ligero estado apergaminado de la mucosa, ó una serie de nódulos notablemente pequeños.

Trátase de imprimir movimientos al útero con el dedo introducido en la vagina, ó procúrese abatirlo suavemente por medio de una pinza implantada en el cuello. ¿Se consigue mover con libertad al órgano? ¿No encuentra el dedo una atmósfera dura y renitente, que rodea y parece ahogar al útero? ¿Sobre las partes laterales del cuello se encuentran fajas gruesas y duras? La exploración bi-manual del útero acusa una inmovilidad absoluta, ó solamente limitada á ciertos movimientos? ¿El tacto rectal descubre una masa dura, desigual y difusa, en la cara posterior de la matriz? ¿Los fondos vaginales están ocupados por un rodete duro y grueso?

Esta exploración permitirá deducir de la movilidad ó enclavamiento del útero en la pelvis, el estado de los tejidos perimetéricos, el de los ligamentos anchos y el de los anexos.

El estado de la vejiga y del recto, lo acusan estos órganos en su funcionamiento: la disuria, la pollakiuria, las hematurias, con ó sin sedimentos orgánicos, son las manifestaciones vesicales más frecuentes de la participación del órgano urinario al neoplasma uterino. Por parte del intestino, se observan constipación ó diarrea, mucosidades sanguinolentas, tenesmo, eliminación de colgajos mucosos ó de fracciones neoplásicas gangrenadas y hemorragias frecuentes.

Los fenómenos de intoxicación urémica ó intestinal no son raros, y la muerte, en ciertos casos, puede imputarse con derecho á estos envenenamientos agudos de la economía.

Difícil, sino imposible, es averiguar en algunas circunstancias el estado del aparato linfático de la pelvis.

Algunas veces se perciben, por la palpación profunda abdominal, las masas ganglionares de las cadenas iliacas y sacras, y en la región inguinal pueden hallarse infartos también, sea directamente producidos por los vasos linfáticos de la mucosa uterina vaginal, sea indirectamente causados por la red vascular blanca del ligamento redondo.

Pero no siempre sucede así, y las más de las veces la exploración de los ganglios pélvicos es difícil y oscura.

Debe siempre sospecharse el infarto ganglionar desde que el neoplasma adquiere cierta extensión y que el período hemorrágico se inicia: la ruptura de la red capilar sanguínea, hace prever la desgarradura de la red linfática y la contaminación del aparato ganglionar.

El estudio del sistema de la circulación blanca de la pelvis, es de extrema importancia en el cáncer uterino y un foco abundante de indicaciones y contraindicaciones operatorias.

El estado general de la enferma debe ser observado con atención, por parte del Cirujano. Lo mismo que la presencia ó ausencia de fenómenos caquéticos, el estado de los riñones y la composición de la orina, la existencia de focos metastáticos cancerosos en otros órganos, etc. etc. Todas estas indicaciones son de vital interés para el juicio decisivo del Cirujano que estudia una enferma cancerosa del útero.

Por el examen anterior, hemos logrado adquirir todos los datos que nos interesan para plantear el tratamiento. El período de dudas y de conjeturas ha cesado: ahora tenemos en la imaginación el cuadro vivo, casi palpable, del estado patológico de aquella pelvis y de la resistencia de la enferma.

Nuestra resolución no estará basada sobre ninguna hipótesis: tenemos un grupo de hechos ciertos y de lesiones existentes que nos permitirán precisar mucho nuestra conducta terapéutica.

Para decidirnos por tal ó cual recurso de curación, debemos agrupar estos hechos y estas lesiones, en *cuatro categorías*, que podrán constituir cuatro cartabones fijos, para aplicar en las clínicas nuestra terapéutica anti-cancerosa.

PRIMERA CATEGORÍA.— El neoplasma está al principio, está francamente limitado al cuello; la vagina cervical restante está sana, el endometrio parece solamente sufrir lesiones inflamatorias, el útero está móvil, la vejiga y el recto perfectamente sanos, los ganglios linfáticos no se han infartado y el estado general de la paciente está aún bueno.

Es á la *amputación supra-vaginal del cuello*, á la que recurriremos en este caso. No faltan operadores que recurran inmediatamente á la extirpación total del órgano, desde que observan una ulceración cancerosa del cuello; pero con dificultad se someterá una mujer que no sufre, que no tiene hemorragias, que apenas siente ligero malestar en el vientre, á los peligros de una operación como la amputación del útero. Quitarles el útero por medio del engaño, como no falta quien lo proponga, es llevar demasiado lejos la misión del Cirujano.

Yo me siento inclinado<sup>1</sup> á substituir la *amputación supra-vaginal* por la *histerectomía*, en estos casos.

SEGUNDA CATEGORÍA.— El neoplasma está un poco más avanzado; el orificio cervical está profundamente destruido, la vagina cervical está dura y engruesada; pero los fondos están sanos. El endometrio secreta mucosidades, con pus ó sanguinolentas;

<sup>1</sup> Confieso que la histerectomía *vaginal* me causa la impresión de un recurso paliativo, en el tratamiento del cáncer uterino. Instintivamente rechazo como incompleta, infiel y difícil, la ablación genital, al través del conducto vaginal, estrecho, obscuro y lejano de las cadenas ganglionares pélvicas. La incisión abdominal amplia, en la posición de TRENDLEMBURG, permite reconocer bien toda la pelvis y quitar todo, todo lo malo y lo que amenace estarlo. La operación *predilecta mía* para los cánceres uterinos es la histerectomía abdominal y la extirpación de cuanto ganglio linfático puedo percibir en la pelvis.

## CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

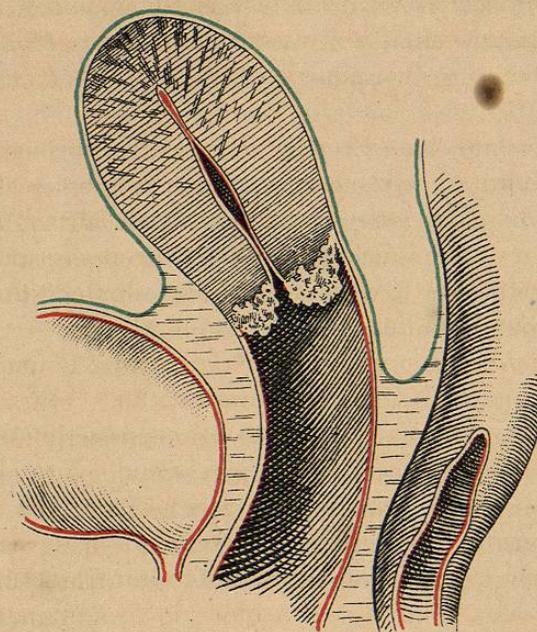


Fig. 28.—Carcinoma uterino. Forma canceroidal ó vegetante.

LIT. DEL TIMBRE.



DR. SUAREZ GAMBOA

el útero está móvil, el resto de los órganos pélvicos se mantienen sanos. No hay dolores, y no obstante que se han presentado algunas hemorragias, el estado general se mantiene bueno.

En semejante caso yo recurriría sin vacilar á la *histerectomía abdominal*.

TERCERA CATEGORÍA.—El neoplasma está aun más avanzado; ha invadido una ligera zona de la vagina, hay lugar á suponer que cierta extensión del cuello y del endometrio han sufrido el ataque del neoplasma; pero el útero parece aún móvil, los ligamentos anchos están indemnes y la vejiga y el recto están libres del tumor. Por la exploración bimanual se sienten los anexos crecidos y dolorosos: algunos ganglios deslizan bajo los dedos durante la exploración. Las hemorragias comienzan á formalizarse: la enferma sufre algunos dolores, su salud se resiente; pierde el apetito, comienza á enflaquecer, y su cara manifiesta ya un principio de intoxicación séptica.

Sin pérdida de tiempo verificaría yo el *vaciamiento de la pelvis*. Sería el único modo de quitar todo lo enfermo y de destruir la simiente del mal.

CUARTA CATEGORÍA.—El útero está invadido en su totalidad; la vagina ofrece placas diseminadas con aspecto canceroso; el útero está inmóvil, en medio de tejidos duros, renitentes y dolorosos; la vejiga y el recto ofrecen signos de sufrimiento; el aparato linfático está perdido y el estado general malo, aun cuando no sea caquético.

En estas circunstancias, me abstengo de intervenir radicalmente: el caso es *inoperable*. Inoperable, bajo el punto de vista de la curabilidad, pues operable bajo el punto de vista mecánico, lo está aún.

Es este el momento de acudir á los métodos *paliativos*.

Desde entonces el Cirujano queda á su inspiración propia abandonado. Ya no curará, solamente procurará aliviar. Para esto todos sus recursos son buenos, y desgraciadamente serán pocos.

¿Qué porvenir le espera á una enferma operada radicalmente de cáncer uterino? Muy sombrío. Mi modo de pensar respecto á las recidivas neoplásicas, en estas circunstancias, se halla todo comprendido en esta frase: *la mujer que ha tenido cáncer uterino, lo tendrá*.