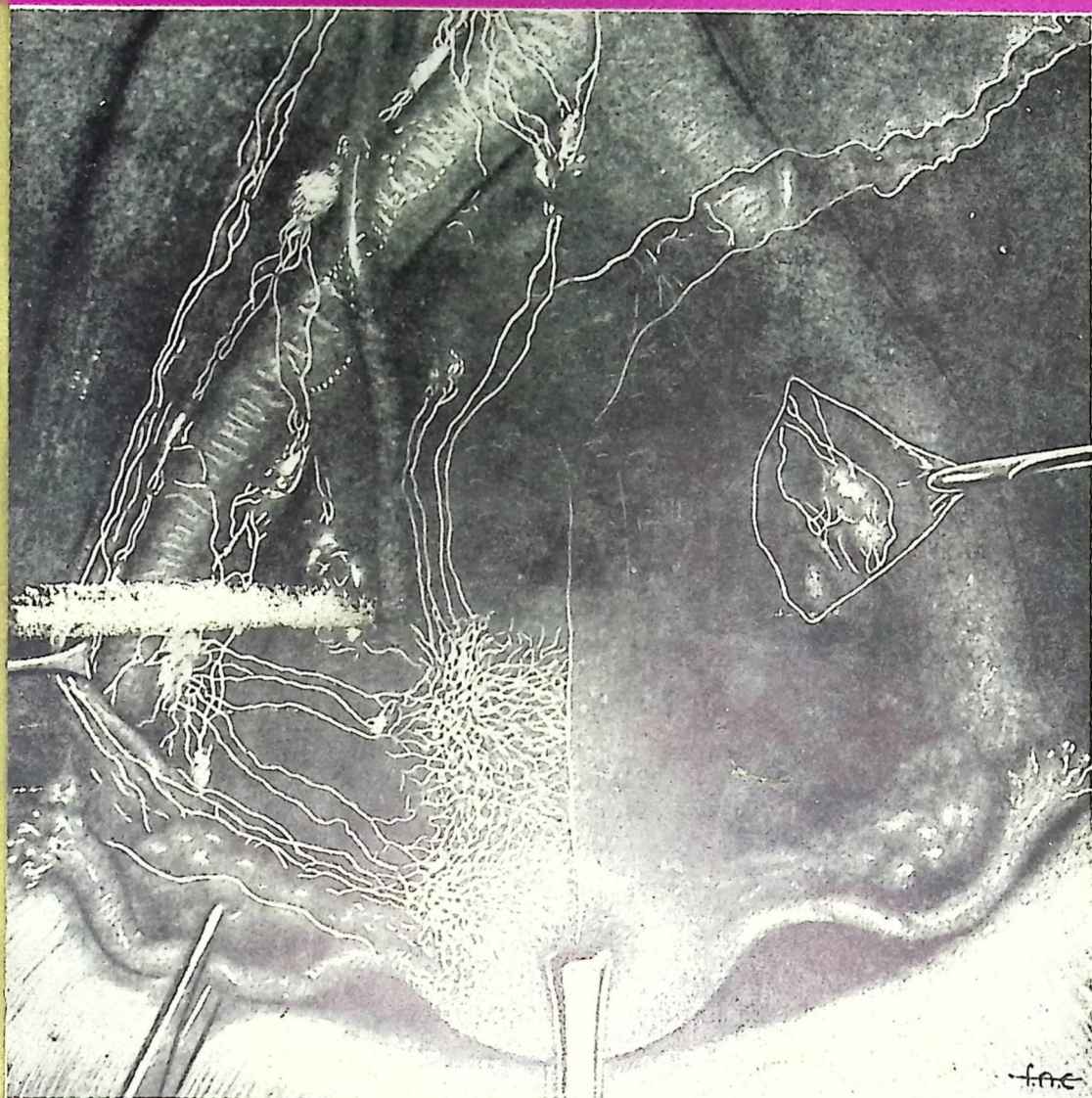


CROSSEN & CROSSEN

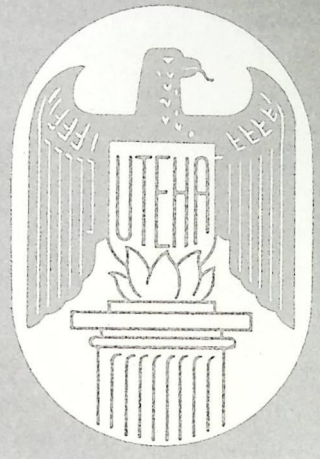


GINECOLOGIA
OPERATORIA

UNION TIPOGRAFICA EDITORIAL HISPANO-AMERICANA
MEXICO D.F.



U. F. E. H. A.



U. F. E. H. A.





U. T. E. H. A. * U. T. E. H. A.



U. T. E. H. A.



U. T. E. H. A. * U. T. E. H. A.



GINECOLOGÍA OPERATORIA

A handwritten signature in black ink, written in a cursive style. The signature is slanted and appears to be a name, possibly starting with 'M.' and ending with a large, sweeping flourish.



Fig. 1



Fig. 2

Figs. 1 y 2.—Hidrosálpinx con torcedura del pedículo. La paciente tuvo accesos intermitentes de dolor, con total remisión en los intervalos. Los dolores recurrentes fueron sin duda causados por la recurrencia de la torcedura moderada que ocasionó perturbaciones circulatorias e inflamación aguda temporal. La torcedura intermitente no fué lo bastante grave para ocluir por entero la circulación y originar la trombosis (como en los ejemplares que se ven en las Figs. 3 y 4). En la figura 1 se ve la torcedura del pedículo. En la N^o 2 se enderezó la torcedura y se ve la constricción de los tejidos en el sitio de ésta, así como la hinchazón en la porción distal. (Dibujo en colores tomado de los ejemplares recién extirpados.)



Fig. 3.—Quiste dermoide del ovario con torcedura del pedículo que causó la trombosis. Al ejecutar la operación quirúrgica era tan grande el neoplasma y estaba tan adherido, que fué necesario alargar la incisión hasta arriba del ombligo, para poder extraerlo. La torcedura del pedículo, que incluyó también la trompa uterina, tiene dos vueltas completas. Fué preciso extirpar el cuerpo uterino junto con el neoplasma, y en el grabado se ve abierto el útero. (Dibujo en colores tomado del ejemplar recién extirpado.)

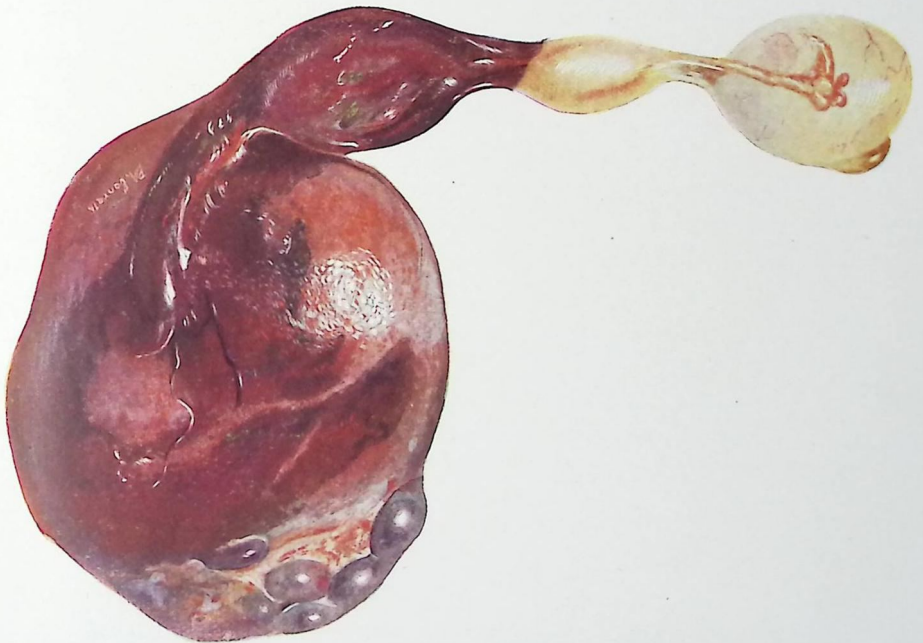


Fig. 4.—Quiste ovárico doble con torcedura del pedículo que dió origen a la trombosis. Al ejecutar la operación quirúrgica el neoplasma izquierdo tenía el aspecto de un conjunto negruzco, a causa de la extensa hemorragia que hubo en él. El neoplasma del otro ovario no tiene torcido el pedículo ni perturbaciones circulatorias. Fué preciso extirpar el cuerpo uterino junto con los neoplasmas, y en el grabado se ven los tejidos después de enderezar la torcedura. Adviértase en el borde del útero la zona bien demarcada de la porción trombosa. El abultamiento redondeado que se ve entre el útero y el neoplasma fué causado por una hemorragia en los tejidos un poco más allá de la torcedura. (Dibujo en colores para el cual sirvió de modelo el ejemplar recién extirpado.)

GINECOLOGÍA OPERATORIA

POR

HARRY STURGEON CROSSEN, DR. en MED., F. A. C. S.

PROFESOR EMERITO DE GINECOLOGIA CLINICA EN LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE WASHINGTON; GINECOLOGO DEL HOSPITAL BARNES, DEL HOSPITAL DE MATERNIDAD DE SAN LUIS Y DEL HOSPITAL ST. LUKE; GINECOLOGO CONSULTANTE DEL HOSPITAL DE PAUL Y DEL HOSPITAL JUDIO

Y

ROBERTO JAMES CROSSEN, DR. en MED.

PROFESOR ADSCRITO DE GINECOLOGIA CLINICA Y OBSTETRICIA EN LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE WASHINGTON; GINECOLOGO AYUDANTE Y PARTERO DEL HOSPITAL BARNES Y DEL HOSPITAL DE MATERNIDAD DE SAN LUIS; GINECOLOGO DE LOS HOSPITALES ST. LUKE Y DE PAUL

TOMO I

Versión Castellana de la Quinta Edición Inglesa

por

OSCAR G. CARRERA, DR. en MED.

CONSEJO CONSULTIVO Y DE REVISION:

DR. GABRIEL CASUSO Y DIAZ ALBERTINI
Profesor Titular de Ginecología, de la Univ.
de la Habana, y Cirujano del Hospital
"Mercedes"

DR. RENE SMITH
Profesor Agregado de Ginecología, Univ. de
la Habana, y Cirujano del Hospital
"Mercedes"

DR. G. CUERVO RUBIO
Profesor Auxiliar de Ginecología, Univ. de la
Habana, y Cirujano del Hospital
"Mercedes"

DR. ERNESTO R. DE ARAGON
Ginecólogo del Hospital Municipal de Mater-
nidad, y Profesor de Patología Quirúrgica
de la Univ. de la Habana

Con 1,264 grabados, incluso tres láminas en colores



UNION TIPOGRAFICA EDITORIAL HISPANO-AMERICANA
BUENOS AIRES, CARACAS, GUATEMALA, HABANA, LIMA, MONTEVIDEO, RIO DE JANEIRO, SAN JUAN
MEXICO

Copyright 1940

by

U T E H A

(Unión Tipográfica Editorial Hispano Americana)

ES PROPIEDAD

(Queda hecho el registro y el depósito que determinan las respectivas leyes de todos los países. Reservados sin excepción todos los derechos en idioma español.)

PRINTED IN MEXICO

DEDICO ESTE LIBRO

A

FRANCES WRIGHT CROSSEN

MI ABNEGADA COMPAÑERA Y COLABORADORA, QUIEN

CON SUS ESFUERZOS INCANSABLES

COOPERO EFICAZMENTE A LA REALIZACION

DE ESTA Y OTRAS OBRAS

PRÓLOGO DE LA QUINTA EDICIÓN INGLESA

Los siete años transcurridos desde que se publicó la última edición de esta obra, fueron un período de inusitada actividad en la investigación de los principios fundamentales de la función y la estructura de los órganos femeninos, a efecto de aplicar tales principios al tratamiento de las enfermedades. Estos estudios incluyeron también las disposiciones terapéuticas, viejas y nuevas, medicinales y quirúrgicas, y lograron el mejor entendimiento de sus posibilidades y limitaciones.

Los nuevos conocimientos adquiridos abarcan toda la rama de la ginecología, razón por la cual fué menester revisar minuciosamente esta obra y escribir de nuevo gran parte de ella. Poniendo la consideración en la relativa importancia que hoy día se concede a los diversos órganos genitales, comenzaremos estudiando los más importantes, a saber, los ovarios. Al aplicar los nuevos conocimientos al tratamiento de las enfermedades del sistema reproductivo, nos apegamos al principio de *tratamiento selecto*, que encarecimos en previas ediciones, esto es, la selección de la operación quirúrgica más adecuada a las particulares circunstancias de cada caso, en lugar de esforzarnos por adaptar determinada operación a las diferentes enfermedades, sean cuales fueren su variedad y sus pormenores. De esto dependen la mayor eficacia y el efecto más duradero de cualesquier tratamientos.

Es también digno de todo encarecimiento el esfuerzo encaminado a fundar todo tratamiento quirúrgico en razones lógicas y claras, que justifiquen los riesgos a que se exponga a la paciente, y a reducir a lo mínimo tales peligros mediante el minucioso estudio preoperatorio de las enfermas, la debida preparación y el eficaz tratamiento antes de poner en obra cualquiera operación quirúrgica.

El capítulo relativo al conducto intestinal en relación con la Cirugía Ginecológica, así como el que trata de la anestesia, fueron escritos por el Dr. H. S. Brookes, Jr., y en ellos se condensan y resumen todos los estudios por él emprendidos, y su experiencia en estas ramas de la cirugía.

Hubimos de agregar unos doscientos grabados. En toda la obra nos valemos de dibujos nuevos y de modificaciones de los viejos, a fin de ilustrar con ellos las diversas operaciones. Escogimos de entre la voluminosa bibliografía ginecológica las láminas que nos parecieron más adecuadas, procurando siempre mencionar debidamente los nombres de los autores y de los editores. A éstos les estamos muy agradecidos por permitirnos el empleo de dichas láminas y por su cordial cooperación.

El Dr. R. J. Crossen, coautor de este tratado, y yo, tuvimos siempre muy presente el fin primordial de la obra, a saber, intensificar la lucha contra las enfermedades, compilando para ello los últimos adelantos de la cirugía, de tal manera que nuestras descripciones presten eficaz ayuda al cirujano que busca la solución de sus problemas ginecológicos.

H. S. CROSEN

RESUMEN DE LOS PRÓLOGOS DE LAS EDICIONES ANTERIORES

Desde la primera edición de este libro hemos llevado puesta la mira en el *tratamiento selecto*, y para ello hemos hecho la descripción de las diversas operaciones que se pueden ejecutar en cada enfermedad, procurando escoger la más adecuada para cada circunstancia.

La debida selección del método quirúrgico que conviene a cada particular paciente, se debe fundar en los siguientes puntos:

1º La respuesta a la siguiente pregunta: *¿es necesaria la operación quirúrgica?* La respuesta requiere vastos conocimientos acerca de los estados morbosos de los órganos genitales femeninos, y acerca del tratamiento no quirúrgico (medicinal, etc.) que pueda modificar dichos estados morbosos. Antes de aconsejar cualquiera operación quirúrgica, debe tener el cirujano la absoluta certeza de que el fin justifica los riesgos, esto es, de que la enfermedad no es curable por otros medios. En caso de duda o incertidumbre, preferible será ensayar debidamente el tratamiento no quirúrgico.

No todas las enfermedades que no se pueden curar por medio del tratamiento medicinal, requieren necesariamente el tratamiento quirúrgico; por ejemplo, hay ciertas retrodesviaciones uterinas y algunos miomas de la matriz, que no causan perturbación alguna y que, por tanto, no han menester la operación, pues, en hecho de verdad, no necesitan ningún tratamiento.

2º *La selección de la operación quirúrgica más adecuada.*—Esto requiere premeditación y discernimiento. Hay muchos cirujanos que se resuelven a ejecutar determinado método quirúrgico, tan sólo por haber leído informes favorables acerca de dicho método, en lugar de aplicarse al estudio de las diversas operaciones de que se dispone y escoger la más apropiada a las particulares circunstancias de la enfermedad y de la enferma.

La operación que se escoja debe cumplir tres importantes requisitos: 1º, la supresión, o el alivio eficaz, del estado morbozo; 2º, que acarree el mínimo peligro a la paciente (mortandad, morbilidad), y 3º, que conserve la función.

Ha de procurar siempre el cirujano que la operación por él ejecutada logre el fin a que se encamina, sin que se prolongue innecesariamente. Sucede a las veces que el facultativo se ve tentado a extirpar, en el curso de una sola operación, órganos o tejidos enfermos que no tienen ninguna relación con los órganos genitales (apéndice, vesícula biliar, etc.). Por lo común debe el cirujano limitarse a suprimir el estado morbozo de mayor

urgencia y, si fuere menester, ejecutará subsecuentemente las demás operaciones quirúrgicas que se requieran.

La labor del cirujano es la de conservar la función, y no destruirla. Cada día se acrecientan más nuestros conocimientos acerca de las funciones de los ovarios y del útero, y de la manera de conservar dichas funciones. No sólo ha de evitar el cirujano la destrucción de éstas por medio de las operaciones quirúrgicas, sino también mediante la aplicación del radium y los rayos X; por tanto, debe ser muy cauteloso en la aplicación de tan poderosos agentes terapéuticos, que pueden causar daño sin cuento, si son aplicados por personas inexpertas.

3º *El tratamiento preoperatorio y postoperatorio.*—Son de enorme importancia los cuidados que se den a las pacientes antes y después de la operación, los cuales han de estar de acuerdo con los adelantos alcanzados, y que han venido a revolucionar nuestros conocimientos.

Ha sido tarea harto dificultosa al revisar cada edición previa de esta obra, el escoger el material para la venidera edición, y excluir lo anticuado o innecesario. En algunas ocasiones nos ha parecido conveniente conservar la descripción, total o parcial, de algunas operaciones anticuadas, que fueron las precursoras de los procedimientos quirúrgicos modernos. Sucede no pocas veces que algún cirujano, por ligereza, o por desconocimiento de los trabajos llevados a efecto por los primeros cirujanos, describe algún método "nuevo", que desde mucho tiempo atrás fué desechado por inconveniente, y substituído por procedimientos que están más en consonancia con los progresos logrados por la cirugía.

Esta obra está dedicada privativamente al tratamiento quirúrgico de las enfermedades de la mujer; en ella se estudian detenidamente la técnica de las diversas operaciones, las dificultades con que suele tropezar el cirujano, las circunstancias en que conviene cada operación, y la selección del método más adecuado a cada paciente en particular.

La cirugía ginecológica está entrando en un nuevo período de su desenvolvimiento. Lo pasado fué, por así decirlo, el período de invención. La era presente representa el período de adaptación de las diversas operaciones quirúrgicas inventadas por nuestros predecesores, al particular estado morbozo y a las circunstancias de cada paciente. Este período de adaptación es tan importante, o acaso sea de mayor entidad, que el antecedente, si se tiene cuenta con los beneficios que acarrea a las enfermas.

Es evidente que apenas está comenzando el período de adaptación, pues lo demuestra la circunstancia de que hasta hace poco casi todos los investigadores concentraban su atención en el hallazgo de algún procedimiento quirúrgico que sirviese para el tratamiento de todas las mujeres aquejadas de tal o tal enfermedad. Esto trajo como consecuencia el que muchos cirujanos recomendaran, y aun recomiendan hoy día, determinado método, considerado por ellos como *la* operación única para curar determinada enfermedad. En la hora presente, el error no radica en la diferencia de opiniones, pues siempre habrá divergencia de pareceres en un asunto tan

complicado como lo es la ginecología quirúrgica. El error consiste en creer que determinada operación es la mejor para todas las pacientes que padecen la misma enfermedad, sin acordarse de que las circunstancias varían sobremanera en las diversas enfermas, y que el método quirúrgico que es por entero eficaz en algunos casos, fracasa de todo en todo en otros, no por falta de habilidad del cirujano, sino porque éste no procuró adaptar la operación a las circunstancias del caso. El *tratamiento selecto* da al traste con tales errores y fracasos, y es lo que ha servido de norte y guía a esta obra.

H. S. CROSSEN

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

CAPITULO I

NEOPLASMAS OVÁRICOS Y PAROVÁRICOS	1
---	---

Clasificación de las enfermedades del ovario, 1; Apuntaciones históricas, 2; Problemas actuales, 5; Cuándo es necesaria la operación, 6; Pormenores de la operación, 12; Operación en circunstancias ordinarias, 12; Operación ejecutada en circunstancias especiales, 17; Abundantes adherencias, 17; Torcedura del pedículo, 19; Ruptura del quiste, 20; Quiste supurante, 20; Quiste dermoide, 21; Quiste endometrial. Endometriosis pélvica, 21; Neoplasma de células granulosas, 26; Arrenoblastoma, 27; Quistes tecaluteínicos, 27; Quiste papilar, 28; Seudomixoma del peritoneo, 29; Quiste parovárico (quiste del ligamento ancho), 30; Quiste de gran tamaño, 33; Neoplasma maligno, 37; Neoplasmas concomitantes con la preñez, 42; Traumatismos extragenitales, 43; Tratamiento postoperatorio, 45; Pronóstico, 49; Neoplasmas benignos, 49; Neoplasmas malignos, 50.

CAPITULO II

INFLAMACIÓN PÉLVICA	53
---------------------------	----

Inflamación pélvica aguda, 53; Salpingitis aguda, 53; Peligros de la salpingitis aguda, 54; Tratamiento de la salpingitis aguda, 56; Enfermedades que pueden confundirse con la salpingitis aguda, 57; Pormenores de la operación, 58; Celulitis pélvica aguda, 61; Tromboflebitis, 72; Inflamación pélvica crónica, 74; Salpingo-ooforitis crónica, 74; Pormenores de la operación, 75; Celulitis pélvica crónica (parametritis pélvica), 82; Pormenores de la operación, 82; Dificultades especiales, 84; Duración de la virulencia, 84; Clase (clínica) gonocócica, 87 Clase (clínica) estreptocócica, 92; Conclusiones, 96.

CAPITULO III

OTRAS ENFERMEDADES DE LOS OVARIOS, TROMPAS UTERINAS, PERITONEO PÉLVICO Y TEJIDO CONECTIVO PÉLVICO	99
---	----

Tuberculosis pélvica, 98; Preñez extrauterina, 101; Otras hemorragias, 109; Neoplasmas tubarios, 111; Torcedura de la trompa, 111; Lipoma retroperitoneal, 111; Equinocosis, 111; Actinomicosis, 111; Várices del ligamento ancho, 112; Edema pélvico fulminante, 113.

CAPITULO IV

OPERACIONES QUIRÚRGICAS CONSERVADORAS DEL OVARIO Y DE LAS TROMPAS ...	117
---	-----

Pormenores de la operación, 119; Conservación del tejido ovárico con su propia irrigación sanguínea, 119; Trasplante de tejido ovárico, 126; Conservación de la función tubaria, 128.

CAPITULO V

MIOMA Y ADENOMIOMA DEL ÚTERO	144
------------------------------------	-----

Métodos de tratamiento radical, 145; Técnica de las operaciones, 146; Método para efectuar la hemostasis, 146; Técnica actual, 149; Histerectomía supravaginal por la vía abdominal, 151; Antes de la operación, 166; Durante la operación, 166; Después de la operación, 166; Histerectomía total (por vía abdominal), 167; Miomectomía (por vía abdominal), 174; Resección del cuerpo uterino (por vía abdominal), 175; Histerectomía vaginal, 180; Miomectomía vaginal, 198; Resección vaginal del cuerpo uterino, 204; Amputación vaginal del cuerpo uterino, 204; Métodos para efectuar la radiación radical, 210; Selección del método, 211; Cuándo ha de preferirse la radiación, 211; Radiumterapia, 212; Roentgenoterapia, 212; Cuándo ha de preferirse la operación quirúrgica, 214; Operación abdominal, 215; Operación vaginal, 223; Tratamiento del mioma sangrante, 224; 1er. Grupo. Miomas que se originan en el cuello uterino, o que descienden hasta él, 224; 2º Grupo. Pequeños miomas del cuerpo uterino en pacientes menopáusicas, o que se aproximan al período climatérico, 226; 3er. Grupo. Miomas pequeños o medianos del cuerpo uterino en mujeres jóvenes, 227; 4º Grupo. Grandes miomas del cuerpo uterino en pacientes que se hallan cerca de la menopausia, 228; 5º Grupo. Grandes miomas del cuerpo uterino en mujeres más jóvenes, 229; Preñez y mioma, 230; Métodos de tratamiento, 231; Selección del tratamiento, 233.

CAPITULO VI

NEOPLASMAS MALIGNOS DEL ÚTERO	234
-------------------------------------	-----

Carcinoma del cuello uterino, 236; Breve reseña histórica, 236; Tratamiento radical por medio de la escisión quirúrgica, 237; Progresos logrados en la destrucción de las células carcinomatosas por medio de la radiación, 238; Requisitos de la radiumterapia, 239; Continúa el escrutinio y el ensayo de medicamentos, 239; Apuntaciones acerca del diagnóstico, 240; Clasificación, 244; Principios del tratamiento, 246; Conclusiones generales (¿operación o radioterapia?), 247; Consideraciones acerca de los neoplasmas que se hallan en el primer período, 251; Efectos que la radiación produce en los tejidos, 254; Solución de la dificultad, 256; Distribución de los rayos en la pelvis, 260; Pormenores de los métodos de tratamiento, 270; Radiumterapia, 270; Métodos generales de radiumterapia, 270; Conclusiones, 277; Implantación intrauterina de radium, 278; Aplicaciones de radium a la bóveda vaginal, 285; Aguja, Pepitas, "Bombas", 290; Estados morbosos especiales, 294; Roentgenoterapia, 298; Disposiciones quirúrgicas suplementarias, 301; Tratamiento del parametrio por medio de agujas, 303; Operación vaginal para implantar el radium, 307; Linfadenectomía ilíaca, 309; Histerectomía luego de efectuar la radioterapia ordinaria, 312; Operaciones de interés histórico, 312; Operación abdominal radical, 314; Substitutos de la operación radical, 344; Tratamiento de las complicaciones, 344; Prolapso y carcinoma cervical, 344; Mioma y carcinoma cervicales, 345; Inflamación pélvica y carcinoma del cuello, 346; Preñez y carcinoma cervical, 346; Tratamiento subsecuente, 348; Tratamiento ordinario, 348; Perturbaciones especiales, 350; Pronóstico, 361; Prevención del carcinoma del cuello uterino, 363; Causa de la exigua curabilidad; Falta de síntomas en los períodos incipientes, 365; El remedio, 366; Proyecto general de tratamiento, 367; La tarea del médico, 367; Difusión de conocimientos entre el público, 369; Precauciones en la histerectomía supravaginal, 370; Carcinoma del cuerpo uterino, 370; Pormenores del diagnóstico, 370; Clasificación patológica, 371; Clasificación clínica, 372; Principios en que se funda el tratamiento, 381; Pormenores de los diversos métodos de trata-

miento, 382; Radioterapia, 382; Tratamiento quirúrgico, 384; Tratamiento de los diversos períodos, 386; Prevención del carcinoma del cuerpo uterino, 389; Sarcoma y corioepitelioma, 391; Sarcoma, 391; Corioepitelioma, 391.

CAPITULO VII

INFLAMACIÓN Y PERTURBACIONES DEL METABOLISMO EN EL ÚTERO 393

Cervicitis crónica, 393; Breves consideraciones acerca del diagnóstico, 395; Tratamiento, 396; Escisión del muñón cervical, 407; Hipertrofia del cuello uterino, 408; Hiperplasia del endometrio, 409; Endometritis crónica, 409; Legrado uterino para el tratamiento de la hiperplasia del endometrio, de la endometritis crónica, de la hemorragia uterina, y para efectuar el diagnóstico intrauterino, 410; Peligros, 410; Técnica, 410; Histerectomía, 417; Resección del útero, 417; Histerotomía, 417; Radiumterapia, 418.

CAPITULO VIII

RETRODESVIACIÓN DEL ÚTERO 419

Clasificación de las operaciones, 424; El porqué de esta reseña histórica, 445; Técnica de las operaciones, 446; A. Por medio de la celiotomía en la línea media. I. Trasplatación transperitoneal de los ligamentos redondos, dejando tiras independientes de tejido en la cavidad peritoneal. (Técnica de Gilliam), 447; II. Trasplatación transperitoneal de los ligamentos redondos, sin dejar tiras independientes de tejidos en la cavidad peritoneal. (Técnica de Crossen-Gilliam), 449; III. Trasplatación subperitoneal de los ligamentos redondos con tracción hacia delante. (Técnica de Simpson-Montgomery), 457; IV. Implantación posterior de los ligamentos redondos. (Técnica de Webster-Baldy), 459; V. Plegadura lateral de los ligamentos redondos. (Técnica de Mann). (Técnica de Dudley). (Técnica de Long), 462; VI. Plegadura o "plicación" anterior de los ligamentos redondos, 465; VII. Sutura ventral de los ligamentos redondos. (Técnica de Neuhof), 466; VIII. Ventro fijación del fondo uterino. (Técnica de Olshausen). (Técnica de Kelly). (Técnica de Leopold), 467; IX. Acortamiento de los ligamentos úterosacros por vía abdominal, 469; B. Operaciones por entre los conductos inguinales. X. Acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos. (Técnica de Alexander-Adams-Edebohls), 470; C. Operaciones por vía vaginal. XI. Vaginofijación del útero. (Técnica de Mackenrodt-Winter), 471; XII. Elevación del plano úteropúbico por vía vaginal, 472; XIII. Acortamiento de los ligamentos redondos por vía vaginal. (Técnica de Wertheim). (Técnica de Vineberg). (Técnica de Goffe), 475; XIV. Acortamiento de los ligamentos úterosacros por vía vaginal, 476; XV. Alargamiento de la pared vaginal anterior, 476; Cuándo conviene el tratamiento quirúrgico, 477; Útero muy movable, 478; Útero fijo, 480; Selección de la operación quirúrgica, 482; Luego de abrir la cavidad abdominal, ¿cuál es el método que ha de ponerse por obra para sostener hacia delante el útero?, 484; Clasificación de los diversos estados del útero y sus anexos, y selección del tratamiento, 489; A. Cuando es posible la futura preñez, 489; B. Cuando no es posible la futura preñez, 494; Tratamiento por medio de la operación vaginal, 495.

CAPITULO IX

PROLAPSO DEL ÚTERO Y DE LA VEJIGA 497

Denominaciones equívocas, 500; Clasificación de las operaciones, 502; Técnica de las operaciones, 504; Conservación de la función reproductiva. I. Operación plás-

tica de los ligamentos anchos (acortamiento de los ligamentos anchos por vía vaginal, y reparación del tabique úteropúbico), 506; Técnica, 513; Operación abdominal, 521; Supresión de la función reproductiva. A. Operaciones vaginales. III. Interposición subvesical del cuerpo uterino. (Schauta, Freund, Fritsch, Wertheim, Watkins), 530; Tiempos especiales, 541; IV. Colpocleísis, 548; V. Histerectomía vaginal para el tratamiento del prolapso, 552; Supresión de la función reproductiva. B. Operaciones abdominales. VI. Ventrofixación del útero, 562; VII. Histerectomía abdominal, 564; Cuándo conviene el tratamiento quirúrgico, 567; Selección del método quirúrgico, 568; Cirugía empírica, 569; Estudios de anatomía y fisiología, 570; Cirugía selecta, 571; Pacientas en quienes se conserva la función reproductiva. I. Sin complicaciones abdominales, 572; Pacientas en quienes no se conserva la función reproductiva. II. Con complicaciones que requieren la celiotomía, 573; Pacientas en quienes no se conserva la función reproductiva. I. Sin complicaciones abdominales, 574; Supresión de la función reproductiva. II. Complicaciones que requieren la celiotomía, 577; Hernia de la excavación rectouterina (enteroceles posterior), 579; Tratamiento quirúrgico de la hernia de la excavación rectouterina, 582; Tratamiento quirúrgico por vía abdominal de la hernia de la excavación rectouterina, 585.

CAPITULO X

“INVERSIÓN” CRÓNICA DEL ÚTERO 586

Resumen de las operaciones conservadoras, 588; Operación vaginal (método de Spinelli), 589; Operación abdominal (método de Haultain), 596.

GINECOLOGÍA OPERATORIA

CAPÍTULO I

NEOPLASMAS OVÁRICOS Y PAROVÁRICOS

Los neoplasmas son los principales estados morbosos del ovario que requieren tratamiento quirúrgico. En la siguiente clasificación se catalogan las diversas variedades de ellos, la cual pone también de manifiesto la gran preponderancia de los neoplasmas respecto de las enfermedades de dichos órganos.

Clasificación de las enfermedades del ovario

Prolapso del ovario

Infecciones { Inflamación (gonocócica, estreptocócica, estafilocócica, colibacilar)
Tuberculosis
Sífilis

Perturbaciones de la función folicular { Quistes foliculares ("ovario quístico")
Quistes del cuerpo amarillo

Restos embrionarios	Células sexuales adiferenciadas	Origen endocrino	{ Neoplasmas de células granulosas Arrenoblastoma
		Origen no endocrino	{ Disgerminoma (seminoma) Neoplasmas de Brenner
	Células somáticas adiferenciadas	{ Dermoides Teratomas	
	Restos embrionarios	{ Quistes parováricos	

Trasplatación o heteroplasia. Quistes del endometrio (endometriosis pélvica).

Mudanzas ocasionadas por trastornos en órganos distantes { Quistes tecaluteínicos (causados por mola hidatidiforme, por corioepitelioma del útero, o por adenoma de la hipófisis)
Atrofia del aparato folicular (causada por hiperplasia o neoplasia de las glándulas suprarrenales)

Otros neoplasmas benignos { Quistes proliferantes { Quistes pseudomucinosos
Quistes serosos (papilares)
Neoplasmas sólidos simples { Fibroma
Mioma

Neoplasmas malignos { Carcinoma { Primario
Secundario
Sarcoma { Primario
Secundario

Apuntaciones históricas

Como es de suponer, la variedad de neoplasma ovárico que primero se reconoció es aquella que alcanza gran tamaño y se acrecienta de continuo, hasta causar la muerte, a saber: el quiste proliferante, por lo común de la variedad pseudomucinoso.

Antes del siglo XVIII algunos médicos habían propuesto la extirpación quirúrgica de neoplasmas ováricos, mas ninguno la había puesto en ejecución. Algún tiempo después, el celebrado Juan Hunter y el no menos célebre Juan Bell, pusieron también la consideración en dicho procedimiento quirúrgico, pero ni el uno ni el otro se aventuraron a ejecutarla.

La primera ooforectomía de que se tiene noticia fué ejecutada por Efraín MacDowell, originario de Virginia, E. U. A., quien ejercía en Kentucky. MacDowell nació en 1771 y perteneció a una antigua familia de Virginia. Su padre peleó en las Guerras Francesa e India, tuvo el grado de coronel en la Revolución Norteamericana, fué miembro del grupo que presentó al Congreso la petición de declarar la independencia, y luego de mudarse a Kentucky, fué juez del primer Tribunal de dicho Estado, en Danville, y miembro de su primera convención constitucional¹. El joven MacDowell, después de tener su aprendizaje con un preceptor graduado en la Universidad de Edimburgo, se trasladó a esta ciudad e ingresó en la Facultad de Medicina de la antedicha Universidad, que era en aquel entonces la mejor escuela de su género en Europa, a la cual asistió en el período de 1793 a 1794. Además de hacer el curso ordinario en la Universidad, asistió a conferencias particulares dadas por profesores de anatomía y cirugía, entre otros, el notable Juan Bell.

Por mucho tiempo se había reconocido que los neoplasmas ováricos, en el decurso de unos cuantos años, llegaban a ser mortales. Se habían ejecutado muchas autopsias y discutido respecto de las operaciones para extirpar tales neoplasmas, pero se llegó a la conclusión de que dichas operaciones eran incompatibles con la vida, teoría con la cual estaba de acuerdo el gran Guillermo Hunter. La acumulación gradual de circunstancias y las discusiones a ellas inherentes, continuaron por un período de cien años, antes de que el renombrado Juan Hunter llegara, en 1785, a la conclusión de que en ciertos casos era practicable la operación quirúrgica. Decía dicho cirujano: "No se me alcanza la razón de por qué, cuando es posible diagnosticar con certeza la enfermedad en un período incipiente, no podamos abrir la cavidad abdominal y extraer el quiste propiamente dicho", y "¿Por qué no han de sobrellevar las mujeres la castración, lo mismo que los animales?" Juan Bell, entre otras cosas, demostró en sus conferencias, por medio de cuidadosos estudios postmórtem, la posibilidad de extirpar neoplasmas ováricos.

¹ Los informes que aquí damos respecto de la vida de MacDowell, y de la primera operación para extirpar un neoplasma ovárico, se los debemos en gran parte al Dr. Wm. D. Haggard, cuyo magnífico discurso "Cirujano del Yermo", fué leído en junta del "Colegio Americano de Cirujanos" y publicado en *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, de febrero de 1934.

MacDowell empezó el ejercicio de la medicina en Danville, Kentucky, en 1795, y en corto tiempo fué el cirujano más famoso, al oeste de los Montes Alleghanies, ya que ejecutaba todas las operaciones quirúrgicas conocidas, desde las amputaciones hasta la tráqueotomía. Hizo con frecuencia la operación para el tratamiento quirúrgico de la hernia estrangulada, y ejecutó con habilidad la litotomía (treinta y dos litotomías sin una sola defunción).

A fines de 1809, MacDowell fué llamado a un villorrio, a sesenta millas de distancia, a partear a una tal señora Crawford. Los dos médicos de cabecera, con quienes tuvo junta, le aseguraron que la paciente tenía preñez gemelar, mas al efectuar el examen halló que la mujer no estaba empareñada, sino padecía un gran neoplasma. Advirtió al punto que la enferma no tenía esperanzas de curarse si no se ejecutaba la operación quirúrgica, y se percató asimismo del peligro de la peritonitis postoperatoria mortal. Explicó a la paciente todas estas circunstancias, y se ofreció a operarla, si así ella lo deseaba. La animosa mujer prefirió correr el riesgo, aun a costa de su vida, y se ejecutó la operación, de la cual se recuperó y vivió más de treinta años después.

Esta breve narración comprende una época dramática y una sucesión de acontecimientos que es difícil de entender en esta éra de asepsia, anestesia, instrumentos especiales, material de sutura, grandes facilidades que ofrecen los hospitales y todo el perfeccionado sistema de la técnica quirúrgica. En aquel entonces se desconocía la esterilización, ya que los trabajos de Pasteur y Lister no fueron puestos en obra sino más de medio siglo después. Ni tampoco se conocía la anestesia, que fué descubierta dos décadas después. Por tanto, para ejecutar una operación quirúrgica era preciso atar al paciente a la mesa de operaciones, donde era sostenido por fuertes ayudantes. La extraña operación que aun no había sido puesta a prueba, y de la que dependía la vida o la muerte de la enferma, la ansiedad de los que en ello tenían importante participación, las conversaciones de los parientes y amigos, que sin duda eran casi todas adversas, concurrían a dar a la escena un aspecto dramático, que ponía muy de manifiesto el ánimo firme y sereno del cirujano y la admirable determinación de la paciente.

Mucho se ha escrito acerca de esta operación memorable, cuyo ejemplo dió ímpetu al desenvolvimiento de la cirugía abdominal moderna. Muchos escritores han suministrado interesantes pormenores médicos y de otra índole; mas en estas páginas tan sólo podemos dar lugar al modesto e instructivo informe del propio MacDowell, dado a conocer al cabo de algunos años, en el cual período había operado a otras dos pacientes, que incluyó en su relación. He aquí algunos párrafos del artículo de Haggard:

TRES EXTIRPACIONES DE OVARIOS ENFERMOS

POR EFRAIN MACDOWELL., M. D., DE DANVILLE, KENTUCKY

En diciembre de 1809 fuí llamado a ver a una tal Sra. Crawford, que por algunos meses había creído estaba empareñada, y padecía dolores semejantes a los

del parto, de los que no hallaba alivio. Era tan fuerte la presunción de que la paciente estuviera en el último período de la preñez, que los dos médicos con quienes tuve junta solicitaron mi ayuda para extraer el feto. El abdomen estaba considerablemente dilatado y tenía el aspecto de la preñez, si bien el tumor se inclinaba hacia un lado y podía moverse fácilmente hacia el otro. Al efectuar la exploración vaginal, no hallé nada en el útero, lo que me hizo llegar a la conclusión de que debía de ser un ovario dilatado. Puesto que nunca había visto extraer tan grande substancia¹ ni sabía de ningún esfuerzo que hubiese alcanzado buen éxito en ninguna operación tal como la que se requería en este caso, di a la desventurada mujer las malas nuevas de su peligroso estado. Ella se manifestó deseosa de someterse a la experiencia, que prometí poner en ejecución, siempre que decidiese ir a Danville (el pueblo donde yo vivía), a unas sesenta millas del lugar de su residencia. Esto pareció imposible, aun por el medio más conveniente de transporte; con todo, logró hacer el viaje a caballo, al cabo de unos cuantos días.

Hice una incisión de unas tres pulgadas (7.5 cmts.), desde el músculo recto del abdomen, en el lado izquierdo, que continué en un trecho de nueve pulgadas (22.5 cmts.), en dirección paralela a las fibras del antedicho músculo, y que llegaba hasta la cavidad del abdomen, cuyas paredes estaban bastante contusas, lo que atribuimos al traumatismo ocasionado al descansar el tumor sobre la manzana de la silla, en su viaje a caballo. Luego de efectuar esto, se hizo totalmente visible el tumor, el cual era tan grande que no pudimos sacarlo entero. Pusimos una ligadura fuerte alrededor de la trompa de Fallopio, cerca del útero; abrimos entonces el tumor, que estaba formado por el ovario y la porción fimbriada de la trompa, sumamente distendidos. Extrajimos quince libras de una substancia de aspecto gelatinoso sucio, después de lo cual cortamos de parte a parte la trompa y extrajimos el saco, que pesaba siete y media libras.

Tan pronto como hicimos la abertura externa, se precipitaron los intestinos sobre la mesa, y el tumor llenaba de tal manera el abdomen, que no fué posible reponerlos durante la operación, la cual se terminó dentro de unos veinticinco minutos. Volvimos entonces hacia un lado a la paciente, para dejar salir la sangre, después de lo cual cerramos la abertura externa con puntos separados, dejando afuera, en el extremo inferior de la incisión, la ligadura que rodeaba la trompa de Fallopio. Entre cada dos puntadas pusimos una tira de tela adhesiva, que, al conservar los tejidos en contacto, aceleraron la cicatrización de la herida. Aplicamos entonces las hilas usuales, acostamos a la enferma y prescribimos estricta observancia del régimen antiflogístico.

La visité al cabo de cinco días y, con gran sorpresa, la hallé haciendo su cama. Le hice particulares advertencias para lo futuro, y después de veinticinco días volvió a su casa como vino, con buena salud, de la que continuó gozando.

El primer efecto que en la clase médica produjo esta bien pensada y atrevida operación quirúrgica, fué de adversa censura. El propio MacDowell tenía ciertos recelos tocante a que si los efectos en otros casos, justificarían el gran riesgo, y se abstuvo de dar a la publicidad este notable suceso. El haber esperado hasta ejecutar con buen éxito otras dos operaciones, y haberse convencido de que el procedimiento quirúrgico era para recomendado y digno de darlo a conocer a la clase médica, hacen patente la prudencia y discreción de este hombre notable. Este informe fué publicado en una revista médica de Filadelfia, siete años después de su primera operación. Los médicos norteamericanos fueron severos en

¹ Me apego lo más posible en esta traducción al original de este histórico documento. (N. del T.)

la crítica, tanto así que MacDowell se vió obligado a publicar una intrépida defensa dirigida a sus colegas.

Envió un duplicado del informe de sus tres operaciones a su antiguo maestro Juan Bell, quien a la sazón viajaba por razones de salud, y falleció en Roma, sin tener noticias de las especulaciones de su discípulo. El informe llegó a manos de Lizars, ayudante de Bell, quien se percató de la conveniencia de este método de tratamiento, y en el decurso de los siete años siguientes ejecutó la operación en tres pacientes. Lizars publicó entonces un relato de sus operaciones, junto con el informe de MacDowell, en el *Edinburgh Medical Journal*, de octubre de 1824. Una vez más, se desató la crítica dura y amarga: *The Medico-Chirurgical Review* (Londres), en enero de 1825, dijo en un editorial: "No obstante todo lo que se ha escrito respecto de esta cruel operación, no creemos que haya sido nunca ejecutada con buen éxito, ni creemos que lo será jamás".

Sin embargo de lo antes dicho, cuando a la postre resplandeció la verdad y se confirmó la exactitud del buen logro de tamaña proeza, el editorialista londinense dijo: "Una colonia ignorada de América (Kentucky) ha superado a la Madre Patria; aun más, ha puesto el ejemplo a la propia Europa y a todos sus cirujanos de blasón y renombre, con esta temida y formidable operación de gastrotomía (*sic.*), con la extracción de ovarios enfermos... Hubo circunstancias en la narración de las tres primeras operaciones, que nos hicieron recelar, y por nuestra despiadada dureza le pedimos perdón a Dios y al doctor MacDowell, de Danville". Poco a poco se fué reconociendo en el mundo civilizado la conveniencia de la operación. Koerbelé, de Estrasburgo, que ideó el tratamiento extra-peritoneal del muñón, en la extirpación quirúrgica de los neoplasmas fibroides, se expresó de la ooforectomía en los siguientes términos: "Fué una operación sin igual, preñada de felices sucesos... Uno de los más convincentes títulos de gloria de nuestra época quirúrgica".

MacDowell continuó su ardua labor quirúrgica, llena de responsabilidades, hasta el acaecimiento de su muerte, en 1830, a la edad de cincuenta y nueve años. En 1879, la Sociedad Médica del Estado de Kentucky erigió a su memoria un monumento imperecedero de granito; en la ceremonia, el Dr. Samuel D. Gross, que en aquel entonces era el decano de los cirujanos norteamericanos, pronunció un notable discurso. Se admitía, claro está, que gran parte de la gloria era debida a la valerosa paciente, la Sra. Crawford, y en mayo de 1935, la antedicha sociedad médica dedicó en el Parque MacDowell, de Danville, un monumento a Juana Todd Crawford, heroína de la primera operación de neoplasmas ováricos.

Problemas actuales

Los problemas quirúrgicos que se presentan en el día de hoy, respecto de las pacientes que padecen tumores ováricos, comprenden multitud de asuntos, cuyas circunstancias que es menester poner de manifiesto, o

que requieren particulares estudios, varían en los diversos casos, según el estado de la enferma, y que conviene estudiar en el siguiente orden:

- Cuándo es necesaria la operación.
- Pormenores del acto quirúrgico.
- Tratamiento subsecuente.
- Pronóstico.

CUÁNDO ES NECESARIA LA OPERACIÓN

La conveniencia de la operación en cada particular caso depende de la naturaleza del neoplasma y de los síntomas que ocasione. Lo primero se averigua mediante el diagnóstico correcto, y algunas veces es posible hacer con bastante certeza el diagnóstico diferencial. En otras ocasiones queda alguna duda, aun cuando se pongan en ejecución los diversos medios diagnósticos.

En nuestro libro de texto *Enfermedades de la Mujer*, tratamos por menudo y en particular de la patogenia, la sintomatología y de la diagnosis de las diversas variedades de neoplasmas ováricos. En este libro sólo tenemos lugar para el estudio de ciertos pormenores de particular importancia, que sirven para decidir el tratamiento que ha de darse a la paciente. Pondremos primero la consideración en aquellas pacientes en quienes es claro el diagnóstico, y trataremos después de los casos en que es dudoso.

Diagnóstico inconfundible.—Cuando es posible determinar con bastante certeza la índole del tumor, pueden servir de guía las siguientes anotaciones generales:

Los *quistes foliculares* y del *cuerpo amarillo* rara vez requieren tratamiento quirúrgico. Estos quistes suelen ser pequeños y no es probable que alcancen grandes dimensiones. De cuando en cuando el ovario dilatado por uno de dichos quistes, se disloca y da origen a síntomas persistentes, que hacen menester la operación; es aún más raro que tales quistes se acrecienten lo bastante para ocasionar síntomas por presión o por torcedura del pedículo. Con todo, por lo común son simples y no originan molestias que requieran la operación. La mayor parte de los que se extirpan quirúrgicamente, se tratan de esta manera, incidentalmente, al ejecutar la operación motivada por alguna otra enfermedad más grave.

Los *quistes tecaluteínicos* (causados por mola hidatidiforme en el útero) son folículos de Graaf sumamente dilatados, por razón de la formación excesiva de hormonas estimulantes, provenientes de las células del neoplasma uterino. En suprimiendo esta formación excesiva de hormonas, por medio de la extirpación del neoplasma uterino, bien puede suceder que los folículos gigantesco recuperen su tamaño casi normal. Por consiguiente, conviene darles esta oportunidad, sin poner por obra la operación abdominal, salvo en aquellos casos en que causen graves perturbaciones por presión.

Aun cuando la dilatación quística de los ovarios sea tan grande que ocasione señalado crecimiento del abdomen, el tratamiento ha de consistir en la supresión de la mola hidatidiforme, por medio del legrado uterino, y en dar así ocasión a que ceda el tumor ovárico, sin operar directamente en los ovarios. De esta suerte se conservan la función endocrina de dichos órganos y la posibilidad de preñeces futuras.

Cuando se abra el abdomen, luego de hacer el diagnóstico provisional de quiste del ovario que requiere la extirpación quirúrgica, si se halla que ambos ovarios están dañados por multitud de quistes de paredes muy delgadas, que contienen líquido claro, ha de ponerse cuidado en excluir del diagnóstico la mola hidatidiforme del útero, con quistes tecaluteínicos consecutivos del ovario, antes de ejecutar la operación quirúrgica radical en los ovarios. El daño que los quistes tecaluteínicos causan en dichos órganos es de tal magnitud y profundidad, que a primer aspecto se tiene la creencia de que ya están destruidos todo el tejido y la función del órgano, cuando que en hecho de verdad queda aún gran parte de tejido ovárico, siquiera esté tan adelgazado por el apiñamiento de los quistes, que no sea posible identificarlo. Cuando la paciente ha menstruado recientemente, es signo de que hay tejido ovárico funcionando, a pesar del aspecto engañoso. Cuando ha faltado la menstruación por uno o dos meses, ha de ponerse la sospecha en la preñez incipiente, con la posibilidad de la mola hidatidiforme y la dilatación consecuente de los ovarios, de resultas de quistes tecaluteínicos. La hemorragia irregular, junto con el indebido acrecentamiento quístico del cuerpo uterino (mayor de lo que sería de esperar, a vista de la duración de la preñez), son otras indicaciones de la posibilidad de que se haya formado la mola hidatidiforme.

Tales circunstancias contraindican la conveniencia de la operación radical en los ovarios. Los quistes de mayor tamaño pueden ser perforados para disminuir la presión, después de lo cual se cierra el abdomen y se efectúa el legrado uterino. Con esto último, bien puede suceder que se extraigan los quistes pequeños en forma de racimos de uvas, y se confirme así el diagnóstico. Séase como se fuere, la raspadura suministrará tejidos para el examen microscópico, que pondrá en claro cualquier estado morbozo que haya en el útero.

La prueba de Aschheim-Zondek es útil no tan sólo para hacer el diagnóstico de la mola hidatidiforme incipiente, mas también para averiguar si queda tejido corial activo después de la raspadura. Caso que la investigación microscópica de los tejidos que se obtengan del legrado, confirme el diagnóstico de corioepitelioma, se emplearán presto las disposiciones radicales adecuadas.

Un pequeño *quiste parovárico* bien pudiera no ocasionar perturbación alguna ni tener propensión al acrecentamiento, y en este caso no es necesaria la operación. Con todo, es preciso vigilar estrechamente esta clase de quiste, para lo cual se harán exploraciones repetidas, a fin de notar cualquiera propensión al acrecentamiento progresivo.

Los *quistes endometriales* son muy erráticos en su desenvolvimiento, así como en los trastornos que ocasionan. Los hallazgos incidentales en la operación y en la autopsia, indican que es posible permanezcan indefinidamente pequeñas áreas de endometriosis en período de quietud. Por consiguiente, las lesiones pequeñas o medianas del endometrio, que consisten principalmente en induración situada a un lado y detrás del útero, y que no causan graves perturbaciones, no requieren la operación quirúrgica. La formación concomitante de quistes indica, sin embargo de lo dicho, un período de progreso de la enfermedad que suele requerir el tratamiento quirúrgico.

Todos los demás neoplasmas del ovario, tales como el quiste proliferante, el dermoide, el teratoma, el neoplasma de células granulosas, el arrenoblastoma, el disgerminoma, el neoplasma de Brenner, el carcinoma y el sarcoma, requieren la extirpación quirúrgica por razón de su naturaleza morbosas, que pone en peligro la vida de la paciente. Tales neoplasmas deben ser extirpados pronto, aun cuando no hayan llegado al período de ocasionar molestias. En tales casos, el peligro de la operación es mucho menor que lo sería el peligro de la espera.

Por supuesto, cualquier neoplasma ovárico que ocasione perturbaciones enfadosas, aun cuando sea cualquiera de los neoplasmas simples arriba mencionados, ha de ser extirpado, a no ser que haya alguna circunstancia que proscriba la operación quirúrgica.

Diagnóstico dudoso.—Cuando se tiene aún duda respecto de la naturaleza del tumor, después de estudiar minuciosamente las circunstancias antecedentes y los hallazgos de la exploración, la dificultad estriba en la determinación de algún grupo de enfermedades, conviene a saber: ha de averiguarse si la lesión pertenece a determinado grupo cuyo tratamiento requiera la operación quirúrgica, o si queda comprendida en el grupo cuyas circunstancias proscriben la operación.

Para aclarar este asunto, ha de ponerse la consideración en las diversas enfermedades que pudieran invadir el órgano, y para ello se tendrán en la memoria, así los estados morbosos primitivos, como las posibles complicaciones. Con tal fin, conviene dividir las pacientes en dos grupos: uno que incluya las enfermas que padecen tumor de tamaño mediano, como signo principal, y otro que comprenda aquellas cuyo abdomen está dilatado.

Tumores de tamaño mediano.—Los tumores de tamaño mediano (desde el de una naranja hasta el de una toronja), que no presentan síntomas de estado agudo, pueden tener por causa lo siguiente: neoplasmas ováricos, distensión de la vejiga, preñez uterina, preñez tubaria, miomas, inflamación crónica de los anexos del útero, endometriosis pélvica, tuberculosis pélvica, o bien, alguna enfermedad extragenital, tal como la diverticulitis, los neoplasmas del colon sigmoideo, del ciego, o del recto, o abultamientos morbosos procedentes de las vías urinarias.

Quando hay síntomas de estado agudo, entrarán en la cuenta los neoplasmas ováricos con complicaciones (torcedura del pedículo, infla-

mación, endometriosis, hemorragia intraquística, o apendicitis), preñez tubaria, preñez uterina complicada con inflamación, mioma con apendicitis o salpingitis concomitante, y enfermedades extragenitales que puedan ocasionar tumores dolorosos en dicha área.

En el grupo de enfermedades cuyo tratamiento requiere la operación quirúrgica, bien será incluir los neoplasmas ováricos que ocasionan perturbaciones enfadosas (ora los síntomas sean causados por el tumor propiamente dicho, o por alguna complicación que pueda tratarse al ejecutar el acto quirúrgico), preñez tubaria y apendicitis. En el grupo de enfermedades en que está proscrita la operación colocaremos desde luego la preñez uterina (a no ser que haya alguna particular complicación), la salpingitis aguda y los estados morbosos extragenitales, excepto la apendicitis. En las pacientes que probablemente padezcan enfermedades extragenitales, estará proscrita la operación entretanto se hace la debida investigación y se llega al diagnóstico exacto.

De lo que va dicho es concluyente inferir que, antes de aconsejar ninguna operación, es menester excluir del diagnóstico la preñez uterina (salvo que haya alguna complicación que indique de manera indubitable la conveniencia del tratamiento quirúrgico), la salpingitis aguda y las lesiones extragenitales, excepción hecha de la apendicitis. Cuando no sea posible excluir con certeza la preñez, se hará la prueba de Aschheim-Zondek, que quizás aclare el punto. Con todo, se tendrá presente que la antedicha reacción bien puede ser positiva desde el momento en que se suspende la primera menstruación, o continuar siendo negativa por las primeras seis semanas de la preñez. Ello no embargante, la reacción positiva indica tan sólo que hay en algún sitio del cuerpo elementos fetales activos, y que toca a otras exploraciones averiguar si están en el útero o en las trompas.

La vejiga urinaria, parcial o totalmente distendida, ocasiona a veces abultamiento engañoso en la pelvis, que pudiera confundirse con un quiste, y en algunos casos es necesario el cateterismo para excluir éste del diagnóstico. En circunstancias en que es imposible excluir con certeza las lesiones extragenitales como causa del abultamiento, conviene por lo común la radiografía gastrointestinal en serie, o la investigación cistoscópica, cuando haya la sospecha de que el mal radique en el conducto gastrointestinal o en las vías urinarias, respectivamente.

Antes de llegar a decisión contraria al tratamiento quirúrgico, menester será excluir del diagnóstico los neoplasmas ováricos que ocasionan síntomas enfadosos, la preñez tubaria y la apendicitis (ora como la enfermedad primitiva, que ha dado lugar a que se forme gran acumulación de exudado, ora como complicación activa de algún otro abultamiento morbosos). Mientras no se excluyan del diagnóstico las antedichas enfermedades, ha de considerarse la posibilidad de que la enferma requiera la operación inmediata.

Cuando la paciente padece mioma, inflamación crónica de los anexos uterinos, endometriosis pélvica y tuberculosis de la pelvis, algunas veces

medad hepática, habrá la posibilidad de que, suturando el epiplón a la pared del abdomen, se forme con provecho la circulación colateral.

PORMENORES DE LA OPERACIÓN

Luego de cerciorarse como es debido de la conveniencia de ejecutar la operación quirúrgica, se procederá a elegir la que sea más adecuada. Casi siempre, cuando hay neoplasma ovárico, o parovárico, ha de preferirse la celiotomía a la colpotomía¹. Cuando en el curso de la histerectomía vaginal, o de la operación de interposición para el tratamiento del prolapso, se halle algún pequeño neoplasma del ovario, puede éste ser extirpado por la incisión vaginal; mas excepto en circunstancias inusuales, o cuando se descubra la antedicha complicación, ha de preferirse la vía abdominal, que, además de ser más segura y eficaz para el tratamiento del tumor, permite indagar con certeza si hay algún otro estado morbooso concomitante en la pelvis. Por otra parte, ofrece la posibilidad de explorar el apéndice, y de extirparlo, lo cual conviene las más de las veces.

Los pormenores de la operación varían en gran manera, según las circunstancias de cada caso en particular, mas para su estudio, podemos clasificar en tres grupos la descripción de los diversos tiempos del acto quirúrgico, conviene a saber: operación ejecutada en circunstancias ordinarias, operación ejecutada para el tratamiento de estados morbosos especiales, y tratamiento quirúrgico de traumatismos extragenitales.

OPERACIÓN EN CIRCUNSTANCIAS ORDINARIAS

Este grupo comprende los quistes ováricos y los neoplasmas sólidos, sin graves complicaciones ni circunstancias desusadas. Es posible que haya algunas adherencias, pero éstas se despegan fácilmente y no son de mucha magnitud. Esta gran clase incluye la mayor parte de los neoplasmas ováricos con que se encuentra el cirujano al ejecutar el acto quirúrgico. Los más de los grandes neoplasmas son quistes de la variedad proliferante, por lo común pseudomucinosos. El tumor quístico suele ser multilocular, unilateral, sumamente móvil, bien pediculado y con sólo unas cuantas adherencias. Este es el neoplasma ovárico característico, cuya extirpación es una de las operaciones más fáciles y aparatosas, que por muchos años ha servido a multitud de principiantes en cirugía abdominal, para alcanzar feliz éxito. Con todo, no siempre es posible deter-

¹ Doy preferencia en esta traducción, al término *celiotomía* (del griego *χοιλία*, abdomen, vientre, y *τομή*, corte), esto es, el corte o incisión, en la pared abdominal, y únicamente empleo el vocablo *laparotomía* (del griego *λαπάρα*, flanco, y *τομή*, corte), para significar la incisión, o corte, en el flanco.

Algunos autores llaman *celiotomía vaginal* a la incisión que se hace por la vagina, para penetrar en la cavidad peritoneal. Este término me parece incorrecto y excusado, pues tenemos la voz *colpotomía* (del griego *χόλος*, vagina, y *τέμνειν*, cortar), con que se designa cualquiera operación quirúrgica en que se corte la vagina, de igual manera que *celiotomía* expresa cualquiera operación en que se corte la pared abdominal anterior. (N. del T.)

minar con exactitud, antes de la operación, la magnitud de las adherencias, ni reconocer otras complicaciones, y de cuando en cuando un neoplasma ovárico que al parecer era fácil de extirpar, ha sido el total fracaso del cirujano en embrión.

Tocante a los pormenores especiales de la operación, además de la técnica ordinaria, común a todas las operaciones abdominales (descrita en el capítulo XX), los puntos de particular importancia que han de tenerse presentes al extirpar estos neoplasmas pueden clasificarse de la siguiente manera: incisión, extirpación del neoplasma, tratamiento del pedículo, extirpación de otros tejidos y conservación de las funciones.

Incisión.—En tiempos pasados se acostumbraba hacer una incisión comparativamente pequeña; luego de abrir la cavidad peritoneal, se efectuaba la paracentesis del quiste, con un trocar grueso, se extraía el líquido y se extirpaba luego el saco contraído, por la pequeña incisión. Las más de las pacientes tenían feliz convalecencia, si bien se presentaban de cuando en cuando ocasiones en que la paracentesis tenía graves consecuencias, a causa del rezumamiento de células neoplásicas malignas hacia la cavidad peritoneal. Al hacer la paracentesis, es inevitable el escurrimiento de alguna parte del líquido, que puede contener bacterias, o células neoplásicas y ocasionar graves trastornos, si el líquido está infectado, si el neoplasma es maligno o pertenece a la variedad papilar o dermoide. Puesto caso que es imposible excluir con certeza tales circunstancias, es muy conveniente evitar la paracentesis del neoplasma, siempre que sea posible.

Para efectuar la exploración, se hace primero la incisión ordinaria, según indica la línea negra en la figura 5. Bien puede suceder que la vejiga urinaria esté empujada hacia arriba por el neoplasma, y de ahí la conveniencia de abrir primero la cavidad peritoneal en la porción superior del corte, después de lo cual se agrandará éste hacia abajo, luego de indentificar la vejiga. Hecha la incisión, se inspecciona y se palpa el neoplasma, se confirma o se rectifica el diagnóstico y se determinan las relaciones y las complicaciones. Caso que fuere menester una mayor abertura para extirpar el neoplasma, se continuará la incisión arriba del ombligo, según se ve en la figura 5 (línea punteada); la longitud de la incisión total depende, claro está, del tamaño del tumor que ha de extirparse, lo cual es de importancia secundaria y, según arriba queda dicho, suele ser más seguro hacer una incisión larga, que efectuar la paracentesis del quiste.

Cuando el ombligo es normalmente firme y resistente, bien será extender la incisión a la izquierda de él (Fig. 5). Con ello, se hace el corte sobre el músculo recto del abdomen, después de lo cual se aparta dicho músculo hacia la izquierda, a fin de dividir también la hoja posterior de la lámina aponeurótica, a suficiente distancia de su borde derecho. De esta manera se logran dos líneas de sutura, entre las cuales queda el músculo, lo que suministra un cierre más firme que evita la hernia postoperatoria.

Si el ombligo es delgado, débil, y muestra propensión a la hernia, no hay ningún inconveniente en extender la incisión por entre la antedicha cicatriz umbilical; mas en este caso, al cerrar la incisión, se extirpan los restos del ombligo y se divide longitudinalmente en cada lado la vaina

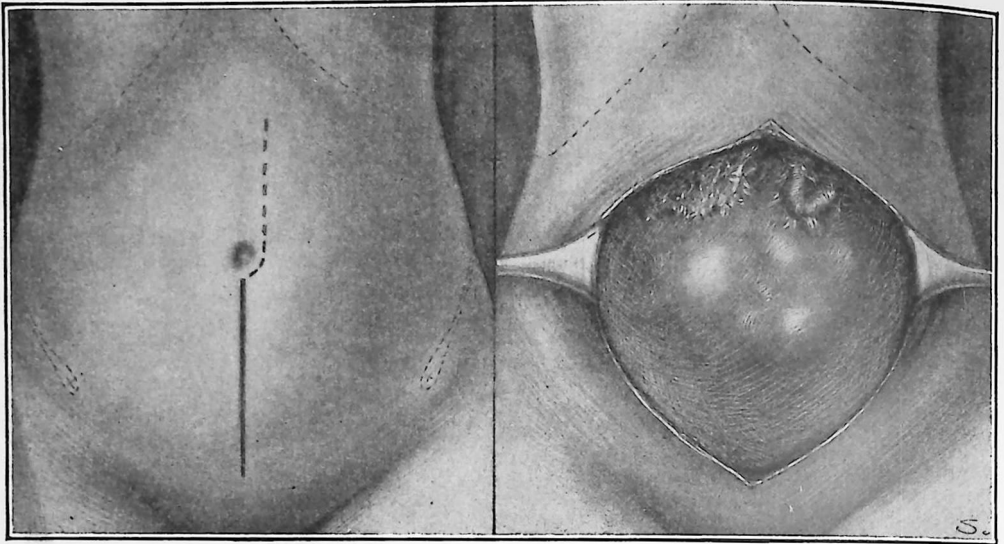


Fig. 5

Fig. 6

Fig. 5.—Incisión abdominal que se hace para extirpar un neoplasma ovárico. La línea negra representa la incisión exploradora, y la línea punteada muestra la dirección en que se alarga el primer corte, cuando es necesario, para poder extraer el neoplasma.

Fig. 6.—Luego de terminar la incisión para extirpar grandes neoplasmas; nótese este último que sobresale por entre el corte, y adviértanse también las adherencias de dicho neoplasma con el intestino y el epiplón.

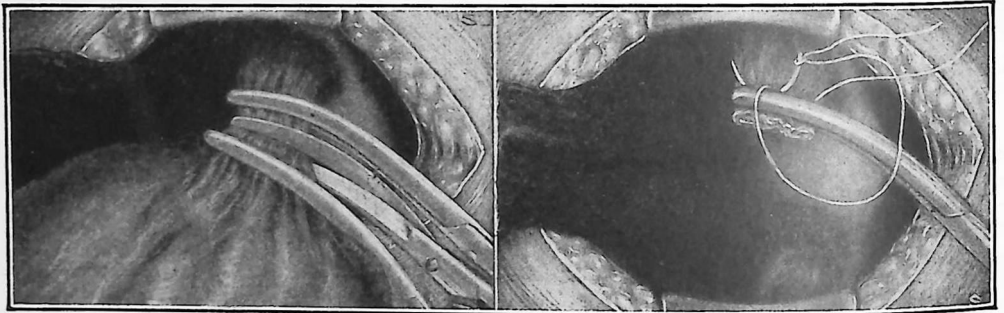


Fig. 7

Fig. 8

Fig. 7.—Después de exteriorizar el neoplasma se comprime con pinzas el pedículo; las tijeras están a punto de dividir dicho pedículo.

Fig. 8.—Sutura-ligadura del pedículo.

aponeurótica del recto, con el fin de juntar por medio de una sutura las hojas inferiores, lo mismo que las superiores, dejando los músculos rectos unidos, de manera que separen las suturas aponeuróticas inferiores y superiores.

Extirpación del neoplasma.—Luego de extender la incisión y de separar sus bordes (Fig. 6), se determina la situación de las adherencias y se despegan cuidadosamente; hecho esto, se levanta y se exterioriza el neoplasma. Cuando el quiste es grande, esto acarrea cierto peligro para la paciente, ya que al suprimir súbitamente la presión que causa el neoplasma sobre el vasto sistema vascular en el abdomen, bien pudiera suceder que el área vascular relajada, quitara de la circulación general una cantidad excesiva de sangre. Al levantar de la cavidad peritoneal un gran neoplasma, se nota a veces señalado efecto en el pulso, y para evitar algún accidente grave conviene en tales casos que un ayudante, valido de las manos, con los dedos bien separados, mantenga alguna presión en los lados hasta que pase el peligro de provocar mudanzas circulatorias repentinas.

Tratamiento del pedículo.—Se aísla después el pedículo y se divide entre pinzas (Fig. 7). Si el pedículo es ancho y grueso, bien puede cogerse la porción proximal con dos o más pinzas, según sea necesario para evitar la hemorragia, e impedir que se retraigan tanto los vasos divididos, que queden fuera del alcance del cirujano. Al ligar el pedículo, siquiera sea pequeño, conviene coser la ligadura (Figs. 8 y 9), con lo cual se evita el que se resbale ésta o que se retraigan los tejidos, después de lo cual se pasa una vez más la ligadura alrededor de todo el pedículo, y se anuda. La superficie cruenta del muñón pedicular se vuelve hacia dentro y se cubre (Figs. 10 y 11).

Cuando la trompa está dañada, se extirpa junto con el neoplasma. Si la porción uterina de aquélla es casi normal, basta incluirla en la ligadura del pedículo, mas si dicha porción estuviere muy dañada (inflamada o engrosada), será menester extirparla (Figs. 12 a 17). Caso de efectuarse la extirpación, no es por demás llevar hacia atrás los ligamentos redondo y ancho (Figs. 18 y 19), para cubrir el área del pedículo, y sostener hacia delante el cuerpo uterino.

Extirpación de otros tejidos.—La exploración que se haga del neoplasma, al extirparlo, permite por lo común llegar a la conclusión de si hay algún estado maligno u otra complicación que requiera el ulterior tratamiento quirúrgico. En caso de duda, se abrirá al punto el neoplasma y se hará la inspección minuciosa de él; de otra suerte, es preferible diferir este detenido examen hasta después de terminada la operación. Cuando es necesario abrir un neoplasma extirpado, durante la operación, de ello se encargará, como es de suponer, alguna otra persona, y se lo presentará al cirujano, de suerte que pueda éste inspeccionarlo sin tocarlo. La extirpación del otro ovario, o la histerectomía (supravaginal o total), se determina teniendo cuenta con los síntomas, la edad de la paciente, así como los hallazgos al ejecutar la operación, tocante a la naturaleza del neoplasma y al estado de los otros tejidos. Más abajo trataremos de las indicaciones especiales en este respecto, cuanto a las diversas variedades de neoplasmas ováricos, al hablar de cada uno de dichos estados morbosos. Por ahora, baste decir que en general han de conservarse todos los tejidos, excepto aquellos que ofrezcan algún peligro indubitable a la salud de la paciente.

Conservación de las funciones.—Las más de las veces, cuando hay algún neoplasma ovárico que requiera su extirpación quirúrgica, está tan dañado el ovario, que es menester extirparlo junto con el neoplasma. Con todo, de cuando en cuando no ofrece ninguna dificultad el conservar la



Fig. 9

Fig. 10

Fig. 11

Fig. 9.—Terminase la ligadura del pedículo.

Fig. 10.—Se cubre la superficie en carne viva que quedó en el pedículo ("peritonización").

Fig. 11.—La operación ya terminada, después de cubrir el pedículo.

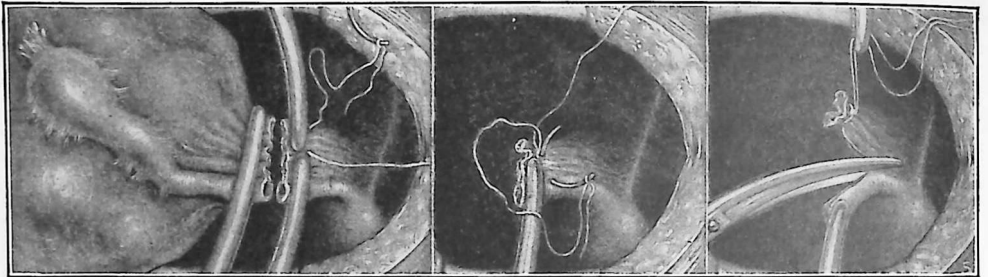


Fig. 12

Fig. 13

Fig. 14

Fig. 12.—Extirpación de la trompa uterina junto con el neoplasma.

Fig. 13.—Ligadura de los vasos sanguíneos que irrigan el neoplasma.

Fig. 14.—Extirpación del cabo de la trompa enferma.



Fig. 15

Fig. 16

Fig. 17

Fig. 15.—Ligadura de los vasos que irrigan la trompa uterina.

Fig. 16.—Se está terminando la costura de la herida que se dejó al extirpar el cabo de la trompa.

Fig. 17.—Se cubre el cabo o muñón del pedículo vascular.

trompa uterina del lado correspondiente (Figs. 7 a 11). Al principio del período fecundo en la vida de la mujer, conviene aprovecharse de la oportunidad que se ofrezca de conservar la trompa del lado enfermo, aun cuando el ovario y el tubo uterino del otro lado sean normales, ya que en lo futuro bien pudiera acometer alguna enfermedad a dichos órganos sanos. Al disponer los órganos y tejidos intraabdominales, poco antes de cerrar la herida, no es por demás colocar de suerte la trompa que se dejó intacta,

que su extremidad franjeada quede cerca del ovario correspondiente. Sin embargo de lo dicho, de ordinario la trompa del lado enfermo ha sido dañada por la neoplasia (Fig. 12), o padecido tal menoscabo su circulación, que es acertado el extirparla (Figs. 12 a 17).

Por lo común no son para recomendados los intentos de ejecutar difíciles operaciones conservadoras, cuando el ovario y la trompa del otro lado son normales, puesto que con ellos la paciente tiene buenas probabilidades de engendrar. Por otra parte, cuando a una paciente joven le han sido extirpados los anexos uterinos del lado contrario, por razón de alguna enfermedad previa, o bien están dichos órganos dañados por el neoplasma, ha de ser parte importante del acto quirúrgico la operación plástica, la cual se proyectará al efectuar los preparativos, con el fin de adquirir o refrescar los conocimientos exactos respecto de ella, y tener a la mano cualquier instrumento especial o material para sutura que se requeriría, en caso de encontrarse con alguna dificultad. En el capítulo IV describiremos los pormenores de las operaciones quirúrgicas conservadoras en los ovarios y las trompas.

OPERACIÓN EJECUTADA EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

Estas circunstancias especiales pueden ser alguna complicación que concierna al neoplasma o a los tejidos contiguos, o bien ocasionadas por la naturaleza del neoplasma propiamente dicho, o por una combinación de ambas cosas. Las estudiaremos en el orden siguiente:

- Abundantes adherencias.
- Torcedura del pedículo.
- Ruptura del quiste.
- Quiste supurante.
- Quiste dermoide.
- Quiste endometrial (endometriosis pélvica).
- Neoplasma de células granulosas.
- Arrenoblastoma.
- Quiste tecaluteínico.
- Quiste papilar.
- Seudomixoma peritoneal.
- Quiste parovárico (quiste del ligamento ancho).
- Quiste de gran tamaño.
- Neoplasma maligno.
- Preñez concomitante.
- Lesiones traumáticas extragenitales.

Abundantes adherencias

Las adherencias comunes, recientes o antiguas y organizadas, pueden tener por causa la inflamación de los tejidos contiguos, tales como las trompas o el apéndice, o bien ser ocasionadas por perturbaciones en el quiste, a causa de la hemorragia intraquística, de la torcedura del pedículo

o de la infección del neoplasma. Tales adherencias de la variedad inflamatoria simple pueden ser despegadas rápida y cuidadosamente, después de lo cual fácil es extirpar el neoplasma intacto, salvo en casos excepcionales.

Como es de suponer, ha de ponerse particular diligencia en despegar las antiguas adherencias organizadas, so pena de causar el desgarro del intestino o de la vejiga. Siempre que sea posible, se efectuará el despegamiento teniendo a la vista los tejidos y ayudado del sentido del tacto. En el siguiente capítulo describiremos los diversos tiempos y pormenores del despegamiento de adherencias inflamatorias, para descubrir y poner por obra la enucleación de tumores pélvicos (Figs. 47 a 51). Cuando no baste para efectuar el despegamiento la presión que se haga con los dedos enguantados, a menudo será provechosa la gasa, ora enrollada en un dedo, o bien sostenida con pinzas, lo cual sirve para hacer presión en ciertos sitios o en determinada dirección. Al emplear de esta manera la gasa, se tendrá presente que con ella puede hacerse tanta tracción, que se desgarre la pared intestinal o vesical si se pone demasiada fuerza en dirección inadecuada. En algunos sitios, para hacer con seguridad el despegamiento de las adherencias es menester dividir los tejidos con el bisturí o las tijeras. Cuando sea necesaria la disección con el bisturí, para separar tejidos muy adherentes, es preferible dejar una delgada capa de la pared externa del quiste, antes que traumatizar la pared del intestino o de la vejiga. Cualquiera superficie cruenta que se deje adherida al intestino, ha de cubrirse con puntadas hechas con catgut delgado, y se hará la sutura de tal suerte que se evite la constricción de la víscera.

Tocante a esto, ha de llevarse en la memoria la circunstancia de que en ocasiones hay perturbaciones confusas en las relaciones anatómicas, ora ocasionadas por el tamaño del neoplasma, por la dirección de su crecimiento o por notables mudanzas en el aspecto de cada particular tejido, en virtud de la presión, de la impregnación celular o del edema. En particular hay probabilidades de que la vejiga esté desviada hacia sitios inesperados. Sucede otras veces que el uréter está dislocado hacia alguna región peligrosa, y que por razón de su allanamiento, se le divide equivocadamente, al tomarlo por una parte del pedículo; por tanto, ha de tenerse cuenta con esta posibilidad y poner gran cuidado en evitarla. Las asas intestinales desviadas ofrecen constante peligro de que se inflija grave daño a la víscera y se ocasione la contaminación del área operatoria. La única manera de evitar tales accidentes es el examinar con detenimiento y diligencia toda porción de tejido que se divida, y cerciorarse de que no contiene tejidos importantes, antes de cortarla.

Muy rara vez se encuentra uno con adherencias inflamatorias tan generalizadas, que hacen que la pared del quiste esté pegada firmemente a importantes tejidos en todas direcciones, y cuyo despegamiento requeriría manipulaciones harto cuidadosas y dilatadas, que prolongarían la operación a tal grado, que no pudiera resistirlo la paciente. En tales casos, el cirujano tiene el recurso de abrir el quiste, de evacuar su contenido y desembarazar el tejido de revestimiento. Luego de proteger convenientemente las vísceras

abdominales, se abren con amplitud los quistes, se rompen todas las cavidades, evácuase el contenido y se efectúa la enucleación del revestimiento propiamente dicho, hasta donde sea posible.

El ulterior tratamiento depende de la cantidad de pared quística que se deje. Si es una porción pequeña, se extirpan todos los restos de la capa de revestimiento, dejando tan sólo la pared externa, la cual se pliega y se sutura de suerte que cubra las superficies cruentas; después se cierra la cavidad abdominal, con canalización o sin ella, según se crea acertado. Cuando es menester dejar la mayor parte de la pared del quiste, se suturan los bordes al peritoneo, en la herida abdominal, y se taponan con gasa la cavidad, para contener el rezumamiento sanguíneo. Hecho esto, se cierra lo bastante la cavidad abdominal, para evitar la hernia, dejando una abertura en la porción inferior de la herida, que dé salida a la gasa y al tubo para canalización que se dejan en la cavidad del quiste. Esta abertura ha de conservarse abierta hasta que se oblitere la cavidad del quiste por la contracción de las paredes y el tejido de granulación, lo cual requiere algunas semanas.

En estos casos excepcionales, es más seguro este método, respecto de la paciente, que lo serían las manipulaciones delicadas y persistentes, encaminadas a despegar las adherencias, lo cual inevitablemente ocasionaría choque y hemorragia. Lo que importa es extirpar, siempre que sea posible, todas las células de revestimiento, teniendo en la memoria que por lo común hay muchas prolongaciones que forman pequeños quistes entre las capas interna y externa de la pared quística. Si el estado de la paciente es tan grave que no hay tiempo para efectuar la total extirpación del tejido de revestimiento, se abrirán todos los quistes secundarios palpables, aun los más pequeños, después de lo cual bien puede suceder que el proceso subsecuente de granulación acabe de destruirlos. Si se deja sin abrir algún pequeño quiste secundario, es probable que crezca y forme otro neoplasma de gran tamaño.

Torcedura del pedículo

Es bastante frecuente la torcedura del pedículo de quistes ováricos pequeños, o de tamaño mediano, lo cual da origen a perturbaciones cuya intensidad y duración dependen del grado y la duración de la torcedura. Siempre que en una mujer que de otra suerte goza de cabal salud, se presenten trastornos abdominales graves, ha de sospecharse en la torcedura del pedículo de algún neoplasma pélvico que no ha sido diagnosticado. Tales trastornos son causados por las perturbaciones circulatorias en el neoplasma, por razón de la torcedura de su pedículo vascular, las cuales varían desde la tumefacción y el edema pasajeros, ocasionados por la torcedura parcial pasajera, hasta la trombosis y la necrosis, cuyo origen es la obstrucción circulatoria (Figs. 1 a 4).

El tratamiento es la extirpación quirúrgica del neoplasma, tan pronto como se haga el diagnóstico.

Ruptura del quiste

La ruptura es ora súbita, ocasionada, verbigracia, por alguna caída, algún golpe u otro traumatismo semejante, o bien es la resultancia del adelgazamiento gradual de la pared del quiste. La consecuencia de la ruptura depende de la cantidad y la naturaleza del contenido quístico. La ruptura de los quistes uniloculares que contengan flúido no irritante, puede no dar origen a graves trastornos, y en tales casos, la paciente experimenta flaqueza, dolor abdominal y señalada diuresis (algunas enfermas arrojan varios litros de orina en las veinticuatro horas); el abdomen, que era prominente, a causa del neoplasma, se vuelve plano y laxo; los signos objetivos no corresponden ya a los de flúido enquistado, sino a los de flúido libre en la cavidad peritoneal. Sucede a veces que no vuelve a llenarse el quiste, y si no se presenta la inflamación, se recupera la paciente. Con todo, esta terminación favorable sólo se observa raras veces, pues en la mayor parte de los quistes la ruptura da origen a la peritonitis, que en ocasiones es grave y acarrea rápidamente la muerte.

La ruptura de un quiste se manifiesta en la súbita desaparición del tumor, o en la señalada disminución en su tamaño, lo cual coincide con los signos que da el flúido libre en la cavidad peritoneal, con el colapso de la paciente, y subsecuentemente con la peritonitis y la muerte. Si el quiste es de la variedad pseudomucinoso, bien puede suceder que las células se proliferen e invadan gran parte de la cavidad peritoneal, y ocasionen el pseudomixoma del peritoneo. Esta grave enfermedad la estudiaremos más adelante.

Quiste poliferante

El quiste lleno de pus que tuvo su origen en la supuración reciente, es un estado de suma gravedad, ya que las bacterias, como es fácil colegir, son aún activas y virulentas. En tales casos, es por extremo importante extirpar íntegro el quiste, sin que haya, si es posible, el menor rezumamiento. Ello no obstante, muchas veces se han formado ya abundantes adherencias, las cuales, por razón de la flaqueza de la pared, ocasionan la ruptura al efectuar la extirpación. Cuando esto sucede se trata el quiste de manera muy semejante a como se trataría cualquier absceso, conviene a saber: se extirpará la mayor parte de él que sea posible y se efectuará la canalización de la parte que se deje.

Cuando es factible el diagnóstico de supuración antes del acto quirúrgico, y puede llegarse hasta el absceso y canalizarlo convenientemente por la vía vaginal, se preferirá este método. Esto sucede particularmente con los quistes del ligamento ancho, o los pequeños quistes ováricos, adheridos a la excavación rectouterina ("fondo de saco" de Douglas). En tales casos, bien puede suceder que con la canalización y el tejido de granulación que se forme subsecuentemente, se oblitere el quiste, y si al fin y al cabo fuere necesaria la operación abdominal, se ejecutará ésta

cuando la enferma se halle en buen estado general y se haya reducido la supuración

Quiste dermoide

El contenido de los quistes dermoides es mucho más irritante que el de los quistes comunes, además de que hay más probabilidades de que se formen adherencias enfadosas y se efectúe la supuración; mas aun cuando no acontezca esto último, el líquido es irritante, y el escape de cualquiera fracción de él acarrea el peligro de la peritonitis. Por consiguiente, al extirpar quistes dermoides ha de tenerse particular cuidado de evitar la ruptura o el desgarro de su pared. Al efectuar la extirpación, se conoce que el neoplasma es un quiste dermoide, al palpase una pequeña porción firme, en la cual se perciben áreas de consistencia cartilaginosa u ósea. Además, la porción quística tiene a menudo consistencia semisólida, y de cuando en cuando la pared es tan delgada, que se ve por entre ella su contenido (pelo, etc.).

Quiste endometrial. Endometriosis pélvica

Esta variedad de quiste ovárico está revestido total o parcialmente por tejido compuesto de glándulas y estroma, semejante al endometrio del útero. Dicho tejido no tan sólo se asemeja al endometrio en su aspecto, sino también en su función, esto es, menstrua, y se efectúan en él, simultáneamente con el endometrio uterino, las mudanzas de los diversos períodos de la menstruación; la sangre extravasada en el tejido pasa a la cavidad, y como no tiene salida la sangre menstrual, se acumula y distiende el quiste. En la sangre retenida se efectúa la desorganización en mayor o menor grado, y se forma entonces la substancia color de chocolate que se escapa del quiste al romperse las adherencias en la extirpación quirúrgica.

La creciente acumulación de la antedicha substancia y el desenvolvimiento continuo del tejido endometrial, ocasionan la perforación precoz de la pared del quiste y el rezumamiento de su contenido. El líquido que se escapa lleva consigo elementos del revestimiento endometrial, que se implantan en superficies peritoneales contiguas y al crecer penetran en las paredes, donde se forma tejido endometrial semejante al uterino. Esta invasión general se designa con el nombre de "endometriosis pélvica". De resultas de esto, se fusionan el ovario dañado y el quiste con los tejidos contiguos. Al escaparse el contenido quístico, gravita a veces hacia la excavación rectouterina, y ahí da origen a densas adherencias, causadas por neoformaciones semejantes (adenomioma del tabique rectovaginal). Se forman luego adherencias con la pared uterina, y las consecuentes invaginaciones de los elementos endometriales implantados; de esta manera se originan algunos adenomiomas subperitoneales de la pared uterina. Algunos de los pormenores que se observan constantemente en estos quistes, son la perforación temprana, la formación de densas adherencias ocasionadas por la implantación, las cuales invaden el recto, el colon sig-

moideo y otros tejidos, todo lo cual complica en gran manera su extirpación quirúrgica. Así, pues, los antedichos quistes endometriales son de mucha entidad así en la práctica como a la luz de la patología. La endometriosis pélvica (quistes endometriales e invasión subsecuente de los tejidos circunyacentes) es mucho más común de lo que antiguamente se creía.

Tratamiento.—El tratamiento de la endometriosis pélvica es semejante al de los estados morbosos benignos, esto es, conservador cuando se logre suficiente alivio, y radical cuando persistan los síntomas de gravedad. La endometriosis leve pasa a veces inadvertida, o bien ocasiona tan sólo dismenorrea moderada, que se mitiga con la administración de sedantes. El tratamiento radical, consistente en la operación quirúrgica y la irradiación, conviene cuando hay dolor intenso, incapacidad, diseminación de la endometriosis y fijación de los tejidos.

Operación.—De ordinario conviene extirpar quirúrgicamente todo tumor pélvico que cause dolor persistente e incapacidad, a pesar del tratamiento conservador, ora sea endometriosis, inflamación crónica o neoplasma. Por lo común se lleva alguna duda respecto de la naturaleza exacta del tumor, hasta que se abre la cavidad abdominal y se efectúa la inspección y la palpación directa de los tejidos dañados.

Las cosas que más importa aclarar antes de decidir el tratamiento quirúrgico, son: en primer lugar, que hay algún estado morboso indubitable que no cede al tratamiento paliativo, y en segundo lugar, que el dolor persistente y las molestias son tan graves, que justifican el riesgo de la operación. En tal caso, si la paciente goza de buena salud en general, se ejecutará inmediatamente la extirpación quirúrgica del abultamiento creciente, antes de que alguna complicación local o general aumente el peligro.

La endometriosis es ocasionada por la actividad ovárica, y por lo común la supresión de los efectos ováricos detiene el proceso morbooso. Si esto es así, preguntarán algunos, ¿por qué no excluir la actividad del ovario por medio de la irradiación (radium o rayos X), en lugar de correr el riesgo de la operación? La respuesta es, porque de ordinario es de preferir el tratamiento quirúrgico a la irradiación, por tres razones: para conservar la función ovárica, si ello fuere posible; para excluir del diagnóstico la neoplasia maligna y, por último, para suprimir algún tumor que estuviese ocasionando trastornos por presión.

Conservación de la función ovárica.—En el período prolífero de la vida importa conservar la función ovárica, y aun cuando se tenga por cosa cierta que la enfermedad es endometriosis, bien puede suceder que al ejecutar la operación se halle inflamación crónica, preñez ectópica, o neoplasma, cualquiera de los cuales sería fácil de extirpar, dejando intacta la función de los ovarios.

Mas, aun cuando se comprobase la endometriosis, bien podría estar circunscrita en tejidos fáciles de extirpar, sin menoscabo del tejido ovárico. Así, por ejemplo, si el cuerpo uterino está dañado, podrá ejecutarse

la histerectomía supravaginal, y en ocasiones es posible extirpar quistes ováricos endometriales, dejando alguna porción no dañada del ovario. En pacientes menores de treinta y cinco años de edad, será provechoso el riesgo que se corra, con tal que se conserve la función ovárica por los años que aun queden, antes de que se presente la menopausia natural. Y si a la postre entraren en actividad las pequeñas áreas de endometriosis que se dejaron al ejecutar la operación, bien podrá, por medio de la irradiación, suprimirse la influencia ovárica.

Exclusión de la neoplasia maligna.—La conveniencia de la operación quirúrgica adquiere mayor importancia en pacientes que están cerca de los cuarenta años de edad, dada la ineludible incertidumbre respecto de la naturaleza del tumor, que bien pudiera, en lugar de endometriosis, ser una neoplasia maligna primitiva o secundaria. Séase como se fuere, importa tener pronto la certeza y extirpar el tumor, cuando ello fuere posible.

Supresión del tumor.—En la endometriosis avanzada suele haber tumor cuya presión ocasiona trastornos, ora sea un quiste ovárico, o un adenomioma uterino. En cualquier caso, el neoplasma probablemente ocasiona perturbaciones y, por consiguiente, de ordinario es de preferir el tratamiento que sirva para extirpar el tumor.

Radioterapia.—La irradiación por medio del radium, o de los rayos X, destruye la función ovárica y de esta suerte suprime las exacerbaciones menstruales y contiene el avance de la endometriosis, mas sin suprimir los quistes ováricos ni otros abultamientos que por sí solos causen molestia e incapacidad. Sin embargo de lo dicho, conviene a veces la irradiación en los siguientes casos:

Enfermas en quienes sería demasiado arriesgada la operación. En las pacientes que, a causa de su mal estado general de salud, sería demasiado peligrosa la operación, conviene la radioterapia para mitigar el dolor creciente y suprimir las molestias que causa la endometriosis e incapacita a la enferma, particularmente en mujeres próximas a la menopausia, en quienes no es tan importante el conservar la función ovárica.

La clase de irradiación que se emplee dependerá de las particulares circunstancias. Cuando la endometriosis invade principalmente la pared uterina (adenomioma), es preferible la aplicación intrauterina de radium, ya que de esta manera se pone por obra la irradiación concentrada en el sitio del proceso morbo, sin la vasta irradiación de los intestinos que se efectúa al aplicar los rayos X. Además, la aplicación intrauterina de radium va bien con la raspadura del útero con fines diagnósticos, necesaria para excluir la neoplasia maligna y que puede ejecutarse simultáneamente. Por otra parte, cuando la endometriosis está muy diseminada en la pelvis y no ocasiona hemorragia uterina que requiera el legrado, es de preferir la roentgenoterapia profunda.

La radioterapia se aplica a manera de tanteo, pero no siempre mejora suficientemente la endometriosis. Además de esto, bien puede suceder que se haya cometido error en la diagnosis, y si por acaso fuere ineficaz

la irradiación dentro de un período razonable, habrá de considerarse una vez más el tratamiento quirúrgico.

Actividad postoperatoria.—Cuando la actividad de la endometriosis continúe después de la operación, se empleará la radioterapia. En algunos casos, cuando se cree conveniente dejar un ovario, bien puede suceder que se presente nuevamente la endometriosis, o que se renueve su actividad en alguna pequeña área que se haya dejado. De cuando en cuando continúa el progreso de la enfermedad, aunque se extirpen ambos ovarios junto con los quistes endometriales. En cualquier caso, conviene la irradiación.

Viene aquí a cuento el siguiente caso: un cirujano general nos envió una paciente de edad de cuarenta y ocho años, que padecía hemorragia uterina y un tumor pélvico creciente, que comenzó algunos meses atrás, después de hacerle una operación quirúrgica abdominal. Así la paciente como el cirujano estaban muy confusos y temerosos, pensando en la posibilidad de que fuese una neoplasia maligna. La operación, ejecutada cuatro meses antes, consistió en la apendicectomía y la extirpación de un "quiste de chocolate", con la conservación del otro ovario. La enferma tuvo feliz convalecencia, menstruó normalmente dos veces y se presentó luego la hemorragia.

En la exploración se halló un tumor firme, fijo, del tamaño de una pequeña mano empuñada, que ocupaba la porción central de la pelvis, al parecer compuesto en su mayor parte por el útero hipertrófico rodeado de adherencias. Se hizo el diagnóstico de endometriosis con adenomioma uterino, y determinamos aplicar la radiumterapia al adenomioma y efectuar el legrado uterino, con el fin de excluir del diagnóstico la neoplasia maligna. Este tratamiento ocasionó la suspensión de la función ovárica, y subsecuentemente se disminuyó en gran manera el tamaño del útero, después de lo cual la enferma no padeció ya ninguna molestia.

En otras ocasiones en que hubo signos de actividad postoperatoria, con invasión predominante del peritoneo y de tejido conectivo, en lugar de la invasión uterina, empleamos la roentgenoterapia, que es la variedad de irradiación que se aplica para contener el avance de la endometriosis.

Peligros especiales.—La experiencia muestra que el tratamiento quirúrgico de la endometriosis pélvica acarrea ciertos particulares peligros a causa de las densas y múltiples adherencias ocasionadas por este extraño proceso morbosos. Dichas adherencias no consisten en la mera aglutinación de las superficies, como sucede en el estado inflamatorio, sino constan de verdaderas invaginaciones de tejido en las paredes de órganos contiguos, tales como el intestino delgado, el colon sigmoideo y el recto. Los dos particulares peligros son: el desgarramiento del intestino, la parálisis intestinal postoperatoria y la peritonitis.

Traumatismos del intestino.—En la endometriosis, la neoformación de tejido ocasiona la fusión de las paredes adherentes, las cuales no son tan fáciles de separar como lo son las adherencias inflamatorias, y cualquier

esfuerzo que se haga en este respecto, acarrea el peligro de desgarrar el intestino. Esto ha de tenerse muy presente al intentar la enucleación del tumor, para extirparlo, y se evitará la separación tosca y precipitada por la sola palpación, ya que la zona divisoria bien pudiera extenderse hasta el interior de la víscera. Las adherencias densas se despegarán diligentemente, teniendo a la vista los tejidos y valiéndose además del sentido del tacto; para ello, no se permitirá que la línea de separación pase los límites de la pared intestinal.

Importa asimismo limitar cuanto sea posible el despegamiento, y despegar las adherencias tan sólo cuando sea menester para efectuar con seguridad la extirpación del tumor. Siempre que sea factible, se extirpará la pared del quiste, particularmente el revestimiento endometrial, y si fuere necesario, bien será dejar parte de la capa externa de la pared quística, para no traumatizar el intestino ni otros órganos adherentes.

Cuando sea menester extirpar el útero, por lo común es posible despegar el recto adherido bastante hacia abajo para efectuar la histerectomía supravaginal. Al intentar el despegamiento de densas adherencias en la excavación rectouterina, que permita la histerectomía total, puede desgarrarse el recto y, por tanto, de ordinario es más seguro dejar las adherencias de la antedicha excavación, así como el cuello uterino. Si por acaso persistiere la cervicitis concomitante, se extirpará ulteriormente el cuello por la vía vaginal.

Peritonitis postoperatoria.—Otro grave problema que ofrece la endometriosis, es el de que la paciente pase el período postoperatorio sin parálisis intestinal ni peritonitis. No sabemos con exactitud la razón de por qué estas enfermas estén tan propensas a la parálisis intestinal y la peritonitis postoperatoria, cuando no hay infección primitiva, si bien parece estar ajustada a razón la teoría de que el gran daño causado a las paredes intestinales, impide, en primer lugar, los movimientos peristálticos y da origen a la parálisis intestinal postoperatoria, y en segundo lugar, facilita el escape del colibacilo por el área dañada, lo cual da ocasión a la peritonitis. Sea cual fuere la causa, es indubitable la propensión que hay en tales enfermas a la peritonitis postoperatoria mortal, y la cruel experiencia nos ha convencido de que esta enfermedad es uno de los estados morbosos más graves, que requieren tratamiento quirúrgico en el período prolífero de la vida.

Del primero de estos trances guardamos vívida memoria, a causa de los muchos días de ansiedad que hubieron de transcurrir antes de que la enferma saliese de peligro, y también por razón de las dificultades con que tropezamos subsecuentemente, al cerrar la abertura intestinal que fué necesario hacer para contrarrestar la parálisis del intestino. En la primera operación se halló endometriosis característica, con densas adherencias y el contenido "achocolatado" que escurría del quiste, pero no hubo ni pus ni signos de infección y, por consiguiente, no canalizamos la herida, antes la cerramos totalmente, como se hace en las operaciones asépticas. Al cabo de unos cuantos días, se presentó la parálisis intestinal

con peristalsis contraria persistente y vómito fecal, que a la postre logramos vencer abriendo el intestino distendido y evacuando su contenido, lo cual nos permitió valernos del estómago y de la porción superior del intestino para alimentar a la enferma. El tratamiento postoperatorio fué largo y penoso, pero la paciente sobrevivió el período agudo, y por último se restableció la función normal del intestino. Mas después, presentóse la dificultad de cerrar la fístula artificial que dejó la canalización del intestino, lo cual fué por extremo dificultoso, pero que al fin y al cabo logramos efectuar, y la enferma se recuperó de todo en todo.

El segundo trance fué el de una joven casada, que hallándose en buen estado de salud general, padeció un tumor pélvico doloroso que requirió la operación quirúrgica; en ella descubrimos quistes ováricos bilaterales, con multitud de adherencias y contenido "achocolatado", pero no hallamos pus ni signos de infección. Efectuamos la enucleación de los quistes y cerramos la cavidad abdominal, según es costumbre. Después de la operación se presentó la parálisis intestinal y peritonitis leve; esta última empeoró, vino después la nefritis aguda y el estado de la enferma fué de mal en peor, hasta que finalmente pereció, a pesar de la canalización peritoneal e intestinal, y de todo cuanto hicimos por salvarla.

A vista de tan dura experiencia, nos determinamos a canalizar a todas las pacientes en quienes halláramos endometriosis extensa, o numerosas adherencias que diesen indicios de dicha enfermedad, lo cual hemos puesto por obra y nos ha surtido tan buen efecto, que desde entonces estas operaciones han dejado de ser tan temibles como solían.

Poco después de aceptar la práctica de la canalización en los antedichos estados morbosos, uno de nosotros (H. S. C.) fué en cierta noche llamado urgentemente de un hospital, para ver en junta de médicos a una enferma agonizante de peritonitis. Era una joven casada, perteneciente a muy buena familia, a quien se hizo una operación por causa de cierto tumor pélvico enfadoso. Al ejecutar la operación no se halló pus, y luego de terminar el acto quirúrgico se cerró el abdomen, con la esperanza de que sería feliz la convalecencia; de manera que el sobrevenimiento de la peritonitis mortal causó gran sorpresa, y fué para todos rudo golpe. Al investigar el caso, averiguamos que el médico que ejecutó la operación halló numerosas y densas adherencias, así como quistes "de chocolate" característicos.

En otra ocasión, al encontrarnos casualmente con un colega en un hospital, nos preguntó súbitamente: "¿hace usted la canalización en todas las pacientes de endometriosis?" Nuestra respuesta fué: "en todas las endometriosis de alguna magnitud", a lo cual replicó: "¡ojalá la hubiera hecho!", y nos relató después los pormenores de una paciente de endometriosis, que acababa de fallecer de peritonitis postoperatoria.

Neoplasma de células granulosas

Los neoplasmas de células granulosas provienen de restos embrionarios de células sexuales adiferenciadas en el ovario. Cada glándula sexual

embrionaria tiene la facultad potencial de diferenciarse ora en glándula masculina, o femenina. En el ovario ya formado quedan a veces "restos" de células con inclinación hacia la feminidad, y "restos" de células con inclinación hacia la masculinidad. Si las primeras se reproducen hasta alcanzar el estado de neoplasia, se forma entonces el neoplasma de células granulosas. La proliferación sin restricciones de las células gonadotrópicas femeninas, da origen a la producción excesiva de hormones sexuales femeninos, cuya consecuencia es el desenvolvimiento precoz de los caracteres sexuales, cuando la paciente es una niña, o el retorno de la menstruación, cuando la paciente ha pasado ya el período de la menopausia.

Además de las graves perturbaciones funcionales que ocasione el neoplasma de células granulosas, esta regeneración celular errática propende hacia la malignidad y, por consiguiente, es menester su extirpación quirúrgica tan pronto como se confirme el diagnóstico.

Arrenoblastoma

El arrenoblastoma del ovario proviene de "restos" embrionarios de células sexuales, que tienen propensión a la masculinidad. La proliferación irrestringida de tales células gonadotrópicas, da origen al gran acrecentamiento de los hormones correspondientes, cuya consecuencia es la "masculinización" de la paciente, y la supresión de los caracteres femeninos, conviene a saber: suspéndese la menstruación, crece pelo en la cara, el vello púbico toma la forma masculina, al extenderse hacia el ombligo, las tetas se vuelven planas, engruésase la voz y se hipertrofia el clítoris. En nuestro libro de texto *Enfermedades de la Mujer* tratamos pormenorizadamente de la patogenia y el diagnóstico diferencial de estos interesantes neoplasmas.

El tratamiento del arrenoblastoma es la extirpación quirúrgica, tan pronto como sea bastante cierto el diagnóstico. La técnica quirúrgica de la operación es semejante a la de los neoplasmas ováricos comunes.

Quistes tecaluteínicos

La vasta formación de quistes tecaluteínicos en los ovarios, es de resultas de la producción excesiva de ciertos hormones, que producen su efecto en los folículos de Graaf: tales son los hormones gonadotrópicos pituitaroides, que normalmente se hallan en considerable cantidad en la orina de hembras preñadas. La producción excesiva de estos hormones es causada por un estado morboso del embrión que se está formando, a consecuencia de la proliferación anormal del epitelio coriónico, que por lo común se manifiesta en forma de mola hidatidiforme del útero. De cuando en cuando la proliferación sin restricciones de las células epiteliales fetales, se vuelve maligna y da origen al corioepitelioma uterino. En cualquier caso, la gran cantidad de hormones que pasan al torrente sanguíneo, ocasiona la proliferación excesiva de los folículos de Graaf, los cuales

forman grandes quistes de paredes delgadas, que contienen líquido claro. Este proceso morbozo puede dilatar los ovarios hasta que ocupen totalmente la porción inferior del abdomen y lleguen hasta el ombligo.

Puesto caso que el gran crecimiento de los ovarios es causado por el efecto endocrino anormal, cuyo origen suele ser la mola hidatidiforme del útero, el tratamiento ha de ir encaminado a suprimir el estado morbozo en la matriz por medio del legrado, con lo cual se suprime el efecto endocrino anormal que se manifiesta en los ovarios. De esta suerte, se detiene el ulterior crecimiento de dichos órganos, y quizás las perturbaciones ováricas cedan lo bastante para hacer innecesaria la operación quirúrgica radical. Al principio de este capítulo ("Cuándo es necesaria la operación") dimos algunos otros pormenores sobre el particular.

Quiste papilar

El quiste papilar (quiste seroso, quistadenoma "*invertens*"), observado a la luz de la patología y de la clínica, ofrece los siguientes caracteres:

1º El neoplasma no está totalmente circunscrito dentro de la pared del quiste, antes, hay excrecencias papilares que perforan la pared y se adhieren a las superficies peritoneales contiguas.

2º Los quistes papilares casi siempre son, más tarde o más temprano, bilaterales. Por consiguiente, cuando en un lado se descubra un quiste papilar indubitable, ha de examinarse minuciosamente el otro ovario, para cerciorarse de si hay algún signo de quiste papilar incipiente.

Los quistes papilares secundarios que provienen de la superficie de órganos contiguos, pueden no ser tan exuberantes que ocupen toda la pelvis. Las excrecencias papilares que llenan la excavación pélvica, hacen confusas las relaciones anatómicas y presentan aspecto muy semejante al de la neoplasia maligna que impregna todos los tejidos pélvicos; por tal motivo, a menudo se confunde con ésta, sino que el curso futuro de la enfermedad pone de manifiesto la índole benigna del neoplasma.

4º En ocasiones en que es menester dejar alguna porción del neoplasma, a causa de la íntima relación que guarda con órganos contiguos, bien puede suceder que desaparezcan tales restos y que se recupere del todo la paciente, como ha sucedido multitud de veces en que se hizo el diagnóstico de neoplasma maligno al ejecutar la operación. Por el contrario, hay ocasiones cuando las porciones que se dejan de neoplasmas secundarios, se multiplican y, junto con las perturbaciones locales y la concomitante ascitis sanguinolenta, llegan a menoscabar la salud de la paciente y causar su muerte. Además, en cualquier momento puede presentarse la verdadera degeneración maligna (carcinoma), con su inherente impregnación destructora de los órganos contiguos.

5º Con mucha frecuencia los quistes papilares experimentan mudanzas malignas, de suerte que al ejecutar la operación, o en algún período subsecuente, se halla el verdadero carcinoma. Por lo común la neoplasia maligna del ovario es bilateral, por razón, según se supone, de que

las más de las veces tiene su origen en quistes papilares, que son bilaterales. Al parecer el quiste papilar es un neoplasma que se halla en los linderos de la benignidad y la malignidad, y algunas veces presenta caracteres malignos, y otras no. En hecho de verdad, sucede en ocasiones que el mismo neoplasma tiene porciones donde son manifiestos los caracteres malignos, y porciones donde se hace patente su naturaleza benigna.

6º Es a las veces difícil o imposible, al ejecutar la operación, determinar con certeza si el neoplasma es maligno o benigno, en especial cuando hay adherencias que unen firmemente los tejidos y hacen confusas las relaciones anatómicas. Ni aun el examen microscópico de la porción extirpada, aclara definitivamente el asunto, respecto de la porción sobrante, ya que la parte que se extirpó puede dar indicios de malignidad, y la porción que se deja, ser benigna. Ni tampoco ha de echarse al olvido que la porción extirpada puede haber sido de un área benigna, y que el neoplasma maligno puede estar circunscrito en la porción que se dejó sin extirpar. Por tanto, en tales casos de incertidumbre, la operación ha de ir encaminada, 1º, a extirpar todo el neoplasma, cuando esto sea posible y seguro, presupuesta la circunstancia de que pudiere no ser maligno, y a la vez, 2º, evitar riesgo indebido para la paciente, como lo sería la hemorragia copiosa o el traumatismo de órganos importantes, sabiendo como se sabe que hay la posibilidad de que el neoplasma sea maligno y que la operación sólo tenga efecto temporal.

7º Después de la operación, particularmente cuando se dejen porciones del neoplasma, se tendrá a la enferma en constante vigilancia, por si acaso se presentaren signos de acrecentamiento del neoplasma pélvico, o la recurrencia de la ascitis sanguinolenta. Ocioso es el decir que se pondrán todos los medios para aumentar las defensas orgánicas de la enferma, y ayudar así a contrarrestar la neoplasia. La roentgenoterapia, según el método perfeccionado de grandes dosis, tiene a veces efectos muy beneficiosos respecto de la porción del neoplasma que se dejó sin extirpar.

8º Los quistes papilares pueden provenir del ovario o del ligamento ancho. Se tiene por cosa cierta que se originan en ciertos restos de tubos parováricos que se hallan así en el ligamento ancho como en el hilio del ovario. Cuando se originan entre las dos capas del ligamento ancho, es manifiesta la antedicha relación, en los períodos incipientes, pero a la postre las excrecencias papilares y las adherencias hacen confusas las relaciones.

Seudomixoma del peritoneo

Cuando acaece el rezumamiento de algún quisteseudomucinoso del ovario, o de algún mucocelo del apéndice, sucede a veces que las célulasseudomucinosas y su secreción gelatiniforme, se propagan por toda la cavidad peritoneal. Al parecer, la antedicha substancia no es resorbida por el peritoneo, sino continúa acumulándose, hasta que al ejecutar la operación se halla a veces gran cantidad de ella. Frank, en su libro

Gynecological Pathology, describe tal estado morbosos, de la siguiente manera:

“Por razón de sus cualidades físicas, el peritoneo no puede resorber fácilmente la substancia gelatinosa que obstruye los vasos linfáticos subperitoneales, lo cual da origen a peritonitis causada por cuerpo extraño (tejido de granulación, células gigantes, tejido conectivo y proliferación endotelial). Los elementos celulares que produce el peritoneo penetran el coloide inerte y forman tabiques y conglomerados encapsulados. Si no se suprime el centro primario de donde proceden, o si las células secretorias van incluídas en el coloide gelatiniforme, se producen a veces cantidades increíblemente grandes de pseudomucina. Biggs extrajo 350 libras de dicha substancia en doce operaciones ejecutadas en un período de nueve años, antes de que la paciente falleciese a la edad de setenta y cinco.

“Las más de las veces, los conglomerados pseudomucinosos contienen células epiteliales, que continúan secretando, forman complexos glandulares y quistes. Con todo, no se observa la propensión invasora, y la materia gelatiniforme tan sólo envuelve los órganos, pero no los penetra.

“Por último, acaece la muerte a causa del impedimento mecánico de la función intestinal, así como de fístulas fecales, caquexia y agotamiento. Se tienen noticias de algunas pacientes curadas después de muchas operaciones (17 restablecimientos en 40 pacientes).”

El tratamiento es la extirpación quirúrgica del neoplasma primitivo (neoplasma ovárico, o mucocele apendicular), y extracción de la mayor cantidad posible de substancia acumulada en la cavidad y sobre las superficies peritoneales. No es por demás ensayar los rayos X, con el fin de contrarrestar la actividad de las células y la reacumulación de materia. Si por acaso volviere a distenderse el abdomen, habrá de ejecutarse otra operación quirúrgica para extraer la sobredicha substancia.

Quiste parovárico (quiste del ligamento ancho)

Tocante al tratamiento quirúrgico, hay dos clases de quistes parováricos o del ligamento ancho, a saber: el quiste papilar y el quiste simple. El primero proviene del ovario y, por tanto, ya hemos tratado de él. De cuando en cuando se origina en el área del hilio ovárico, desde donde se extiende hasta el ligamento ancho.

El quiste simple es la variedad más común que se presenta en el ligamento ancho. Suele estar lleno de líquido claro, y las molestias que ocasiona son principalmente a causa de la presión y la dislocación de los órganos contiguos. Estando ceñido entre las dos hojas del ligamento ancho, dentro de las cuales crece, desde sus períodos incipientes desvía el útero y la vejiga, y ocasiona síntomas por presión. La trompa uterina se estira por lo común sobre el quiste, en mayor o menor grado (Fig. 18).

Para extirpar esta clase de quiste, es necesario dividir el peritoneo, y además es preciso extirpar la trompa desfigurada; se comprimen con pinzas y se dividen los vasos ováricos y uterinos (Figs. 19 y 20); luego

de dividir con amplitud el peritoneo, se efectúa la enucleación del quiste, separándolo del ligamento ancho. En la figura 21 se pone de manifiesto el comienzo de la antedicha manipulación. La irrigación sanguínea suele ser abundante en el fondo del neoplasma, de manera que al llegar a dicha área, el tejido vascular forma una especie de pedículo, el cual se comprime entre pinzas y se divide (Fig. 22). En despegando el neoplasma, excepto

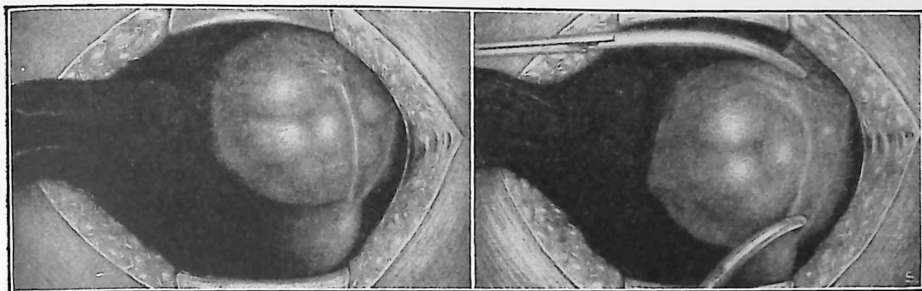


Fig. 18

Fig. 19

Fig. 18.—Grabado que indica las relaciones de un neoplasma del ligamento ancho; la capa posterior de éste está desviada hacia atrás y se ve estirada la trompa sobre el neoplasma.

Fig. 19.—Extirpación de un neoplasma del ligamento ancho. Se comprimieron ya con pinzas los vasos sanguíneos en las porciones lateral y medial.

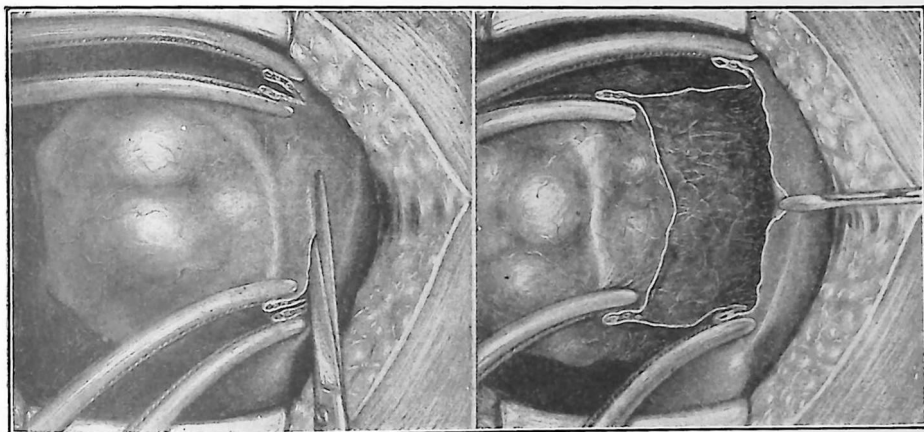


Fig. 20

Fig. 21

Fig. 20.—Se divide el peritoneo sobre el neoplasma después de hacer la forcipresión doble y la división de los vasos sanguíneos laterales y mediales.

Fig. 21.—Enucleación del neoplasma del ligamento ancho.

del peritoneo posterior, se divide éste, según se ve en la figura 22, y se extirpa el quiste.

Con la enucleación del neoplasma se deja una gran cavidad en el ligamento ancho, en la cual hay a veces abundante hemorragia capilar, si no se pone cuidado en la hemostasis; para ello se liga firmemente el pedículo en el fondo de la cavidad (Fig. 23), y se unen luego las paredes

laterales de ésta, por medio de puntadas que se pasan de uno a otro lado (Figs. 24 y 25), de las cuales las más profundas se dan inmediatamente arriba del pedículo ligado. Al hacer las suturas para obliterar la cavidad, ha de tenerse en la memoria la posición de los uréteres, a fin

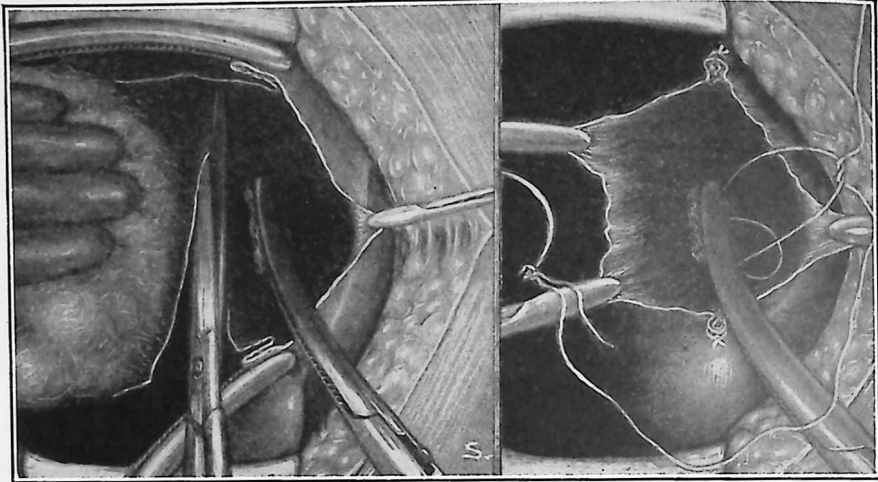


Fig. 22

Fig. 23

Fig. 22.—Después de la enucleación del neoplasma se divide la capa peritoneal posterior en el sitio donde se une con el neoplasma.

Fig. 23.—Ligadura del pedículo vascular debajo del neoplasma. Hay que tener mucho cuidado con el uréter al hacer esta enucleación profunda en el ligamento ancho, y si fuere necesario se rastreará el uréter de arriba abajo, hasta la vejiga, por medio de la palpación.

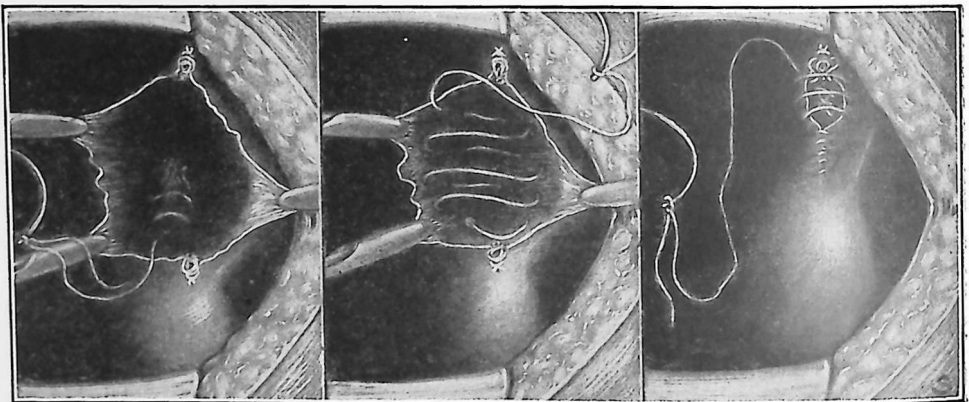


Fig. 24

Fig. 25

Fig. 26

Figs. 24, 25 y 26.—Se ocluye la cavidad que se dejó en el ligamento ancho al extirpar el neoplasma.

de no incluir dichos órganos en alguna puntada. Después de cerrar convenientemente la cavidad, se unen los bordes peritoneales y se vuelven hacia dentro, con una sutura (Fig. 26).

Cuando el quiste es pequeño y no están muy dañados los anexos uterinos, es a veces acertado conservar el ovario y la trompa. En el ca-

pítulo IV que trata de las operaciones quirúrgicas conservadoras, se describe pormenorizadamente este método, y se ilustra con grabados.

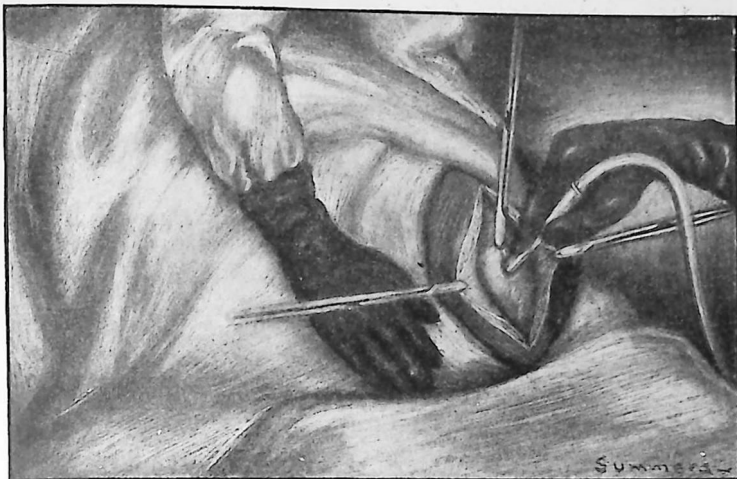


Fig. 27.—Paracentesis del quiste.

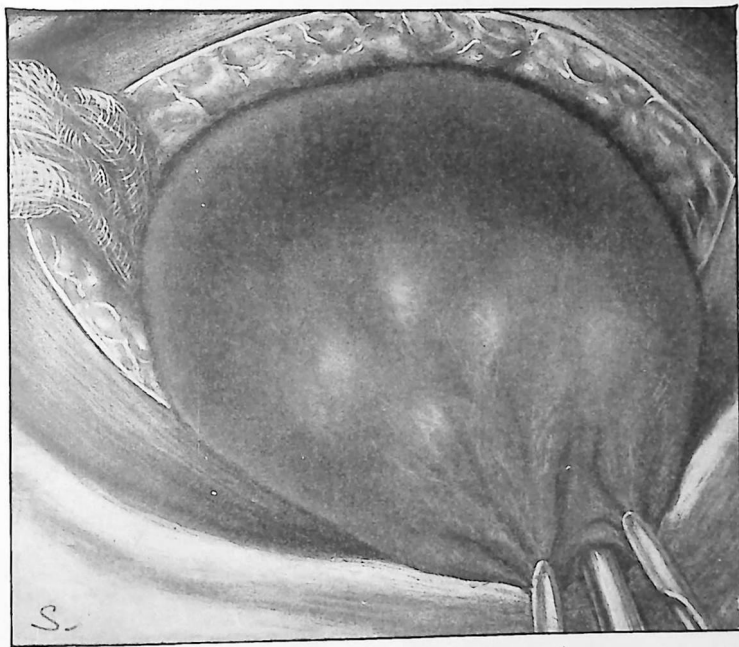


Fig. 28.—Extracción del quiste parcialmente vacío.

Quiste de gran tamaño

Los neoplasmas ováricos de gran tamaño ocasionan perturbaciones por presión, que dan origen al edema de las extremidades inferiores, y ulteriormente de la pared abdominal, así como a la compresión del intes-

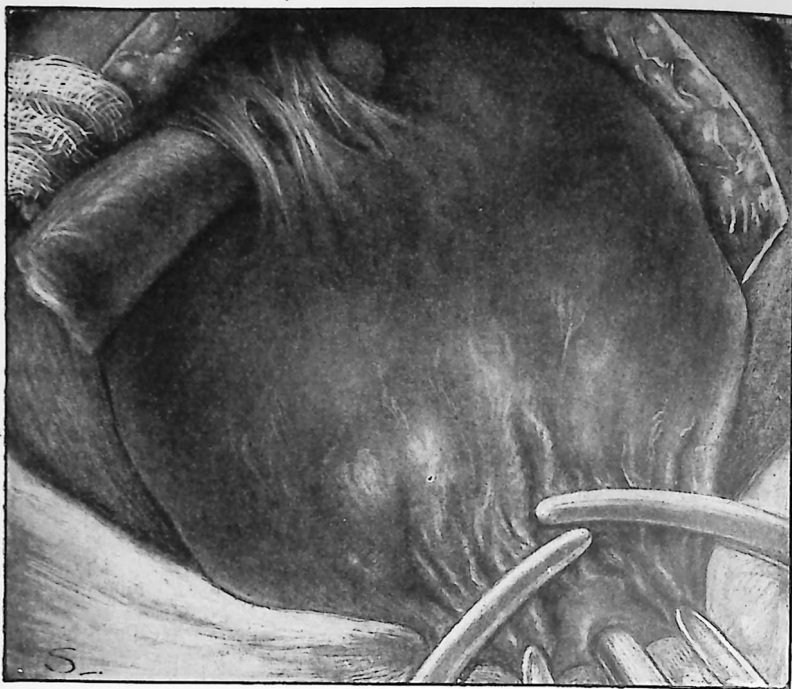


Fig. 29.—Manera de comprimir con pinzas la pared quística para evitar escurrimiento al extraer el trocar. En la porción superior de la pared del quiste se ven algunas adherencias y después de separarlas se exterioriza el quiste ya contraído y se liga el pedículo según queda dicho.

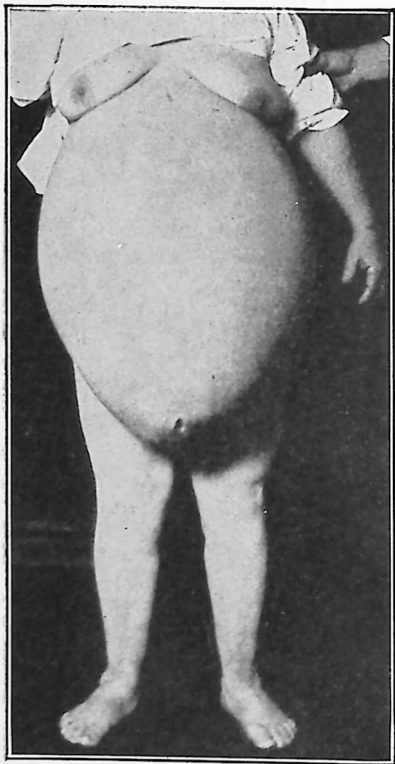


Fig. 30

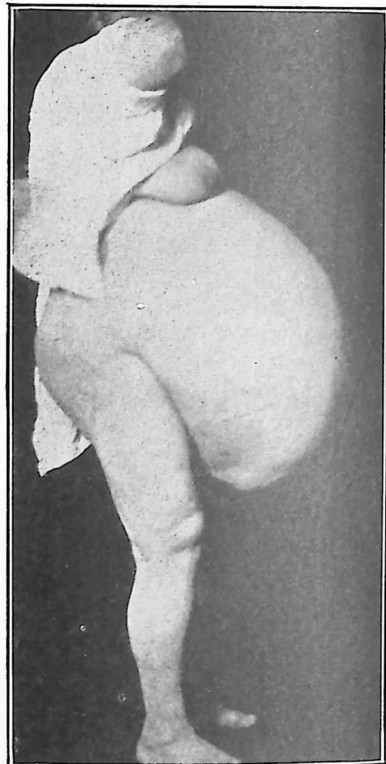


Fig. 31

Figs. 30 y 31.—Quiste ovárico de setenta y cinco libras.
 Fig. 30.—Vista anterior de la paciente. Fig. 31. Vista lateral de la misma (R. J. Crossen y S. D. Soule, *Am. Jour. Obst. and Gynec.*).

tino sobre el diafragma, lo cual causa disnea. El autor *senior* de este libro se acuerda de una paciente que padecía un neoplasma tan grande, que no podía acostarse, y aun cuando permaneciera inclinada en el lecho, como había tenido que hacer por varias semanas, se presentaban grave disnea y cianosis. En virtud de la restricción pulmonar, habría sido peligroso



Fig. 32.—Quiste ovárico de gran tamaño; la misma paciente de las Figs. 30 y 31. Nótese los trastornos circulatorios en la pared abdominal causados por la presión del neoplasma. Este edema crónico y la consiguiente dermatitis invadieron el campo operatorio y complicaron la operación.

administrarle cualquier anestésico general. Tampoco fué posible aplicar la anestesia intrarraquídea, a causa de que el gran abultamiento del abdomen impidió que la enferma se doblase hacia delante. Con ayuda de la anestesia local hicimos una pequeña incisión, seguida de la paracentesis del quiste y de la extracción de la mayor parte de su contenido líquido. Con esto se suprimió la restricción pulmonar, pudo acostarse la

paciente y fué posible entonces administrar la anestesia sin gran peligro. Hubimos de valernos de la anestesia general, a causa de que las adherencias del neoplasma en la porción superior del abdomen eran tan abundantes, que no fué posible terminar el acto quirúrgico con anestesia local.

Cuando se hace la paracentesis, por lo común puede extirparse el quiste por entre una incisión subumbilical de longitud moderada. Luego de hacer el corte de la pared del abdomen, se pone a la vista el quiste, según se ve en la figura 27. Se introduce luego un trocar grueso provisto de su tubo, mientras un ayudante comprime firmemente la pared abdominal alrededor del neoplasma (Fig. 27), para evitar que el líquido escurra hacia la cavidad peritoneal, y para acrecentar la salida de aquél por el tubo. Si se desea, puede ponerse gasa alrededor de la puntura, para absorber el líquido que escape por los lados del trocar. Con todo, suele ser innecesaria la gasa, y antes sirve de estorbo.

Al escapar el líquido por el tubo y relajarse la pared del quiste, se coge ésta con pinzas hemostáticas (Fig. 28) alrededor del trocar, y se sostiene bien arriba de éste. Ha de tenerse cuidado de no desgarrar la antedicha pared quística, que algunas veces es muy friable, en especial cuando hay infección o hemorragia copiosa en el quiste, o bien torcedura de su pedículo. Tales complicaciones hacen que la pared se vuelva edematosa y se desgarre con facilidad. Luego de vaciarse parcialmente el saco, se va sacando poco a poco de la herida, hacia un lado, el área de la puntura (Fig. 28), con el propósito de que si hay algún escurrimiento, el líquido no penetre en la cavidad peritoneal. Las adherencias se van despegando cuidadosamente, según se van descubriendo (Fig. 29). Si el vaciamiento del líquido de un compartimiento del neoplasma no reduce suficientemente el tumor, pueden vaciarse otros compartimientos, ora por medio de la punción por entre la pared que está de por medio, o bien extrayendo el trocar y reinsertándolo en otra parte de la envoltura quística. Por lo común basta el vaciamiento de uno o dos compartimientos principales. Inmediatamente antes de extraer la punta del trocar, se coge con pinzas la región de la puntura, en cada lado (Fig. 29), para evitar el escurrimiento por el orificio.

Luego de despegar las adherencias y de exteriorizar el saco, se trata el pedículo según arriba queda dicho. Hay ocasiones en que el contenido quístico es de consistencia gelatiniforme, de suerte que no puede salir ni aun por el trocar de mayor calibre. En tal caso es preciso alargar la incisión, con el fin de efectuar la extirpación del quiste intacto.

El autor *junior* dió cuenta de un gran quiste, en un artículo que trataba de algunos puntos interesantes concernientes al tratamiento quirúrgico de tales estados morbosos (R. J. Crossen y S. D. Soule, *Am. Jour. Obst. and Gynec.*, vol. 28, pág. 137, 1934). La paciente, de edad de sesenta y un años, se nos presentó en 1932, quejándose de aumento progresivo en el peso y crecimiento del abdomen por los últimos diez años. En los dos años anteriores, el antedicho crecimiento abdominal fué más rápido, y se presentó edema de las extremidades inferiores; en tiempo más re-

ciente empezó a padecer disnea, vómitos y creciente incapacidad física. La enferma tenía miocarditis crónica, y el gran quiste que se muestra en las figuras 30, 31 y 32. La circunferencia del abdomen era de 177 cms.

Con ayuda de la narcosis causada por la morfina y la escopolamina, así como con anestesia local, hicimos una incisión de 25 cms. de longitud. La pared abdominal tenía un espesor poco más o menos de 5 cms. Al ponerse a la vista la pared del quiste, la cogimos con dos pinzas, insertamos un trocar, y por espacio de treinta minutos extrajimos veintiocho litros de líquido. Poco a poco fuimos exteriorizando la pared del quiste por entre la incisión, sin encontrarnos con ninguna adherencia; ligamos el pedículo, y al efectuar nueva exploración hallamos el útero dislocado a la altura del riñón derecho, adonde fué empujado por un quiste intraligamentario del lado derecho, que llenaba totalmente la pelvis y había levantado el peritoneo posterior hasta muy arriba de la cavidad peritoneal. Después de extirpar uno de los grandes quistes, creímos era acertado no intentar la extirpación del quiste intraligamentario. Durante la extracción del líquido, dos ayudantes hicieron presión continua en cada lado, y en el curso de la operación se dió principio a la transfusión sanguínea. En terminando el acto quirúrgico, pusimos una faja abdominal muy apretada, con dos cojines más, para mantener la presión intraabdominal. La enferma sobrellevó bien la operación.

Inmediatamente después de la operación, pesamos a la paciente, y anotamos la disminución en el peso de 34.500 kgs. La convalecencia fué extremadamente feliz, y en el examen microscópico se confirmó el diagnóstico de quiste pseudomucinoso del ovario.

Hemos visto de cuando en cuando a la paciente después de la operación: su peso ha permanecido bastante inalterado, y no se ha hecho manifiesto el crecimiento del abdomen que diera indicios de la actividad del quiste intraligamentario que se dejó al ejecutar el acto quirúrgico. Sin duda, el tamaño aparente y la posición tan alta que ocupaba dicho quiste, era parcialmente a causa del edema de los tejidos retroperitoneales, y puesto que no se han notado crecimiento del abdomen ni otros signos de actividad en el neoplasma, no hemos creído acertado aconsejar una nueva operación.

Neoplasma maligno

El neoplasma maligno más frecuente en el ovario es el carcinoma que se origina en un quiste, particularmente en el quiste papilar, que es la variedad más propensa a la degeneración maligna, si bien puede efectuarse ésta en el quiste pseudomucinoso, o el dermoide. Se hallan también carcinomas sólidos que no tienen relación alguna con quistes, y la mayor parte de ellos son secundarios a los neoplasmas semejantes en otras partes del cuerpo. El crecimiento celular errático de los neoplasmas de células granulosas y los arrenoblastomas, a menudo tiene propensión a la malignidad. De cuando en cuando se presenta también el sarcoma, proveniente

de los elementos del tejido conectivo del ovario, o de algún neoplasma ovárico.

Se han hecho multitud de estudios respecto de los neoplasmas malignos del ovario, en años recientes. Una de las cosas más dignas de nota en los progresos alcanzados por la ginecología, es la concentración sucesiva de las investigaciones, primero en una y luego en otra variedad de neoplasia maligna, con el fin de poner en claro ciertos asuntos relacionados con la patología y la clínica. Se hicieron primero largos e intensos estudios del carcinoma del cuello uterino, hasta aclarar bastante bien los puntos principales. Se pasó entonces a la investigación del carcinoma del cuerpo del útero, las cuales continuaron hasta lograr la elucidación de las diversas variedades de dicha enfermedad, clasificar los diferentes períodos y clases y resolver con bastante exactitud las principales dificultades concernientes al tratamiento. Púsose entonces la consideración en el carcinoma de los ovarios, enfermedad que en el día de hoy está siendo investigada a diversas luces. Hasta la hora presente se han logrado indubitables progresos tocante a la clasificación de los grados de malignidad y los períodos clínicos, así como en el proyecto de tratamiento, quirúrgico o radioterápico.

Muchas neoplasias malignas del ovario son secundarias a neoplasmas malignos de otros órganos, ora contiguos, como el útero o los intestinos, ora distantes, como el estómago o la vesícula biliar. La metástasis de órganos distantes se ejemplifica admirablemente en el neoplasma de Krukenberg del ovario, secundario al carcinoma del estómago. Es probable que la ley de la gravedad y la peristalsis intestinal tengan parte en el traslado de células carcinomatosas, de los órganos abdominales superiores a la pelvis. Como es de esperar en tales circunstancias suele efectuarse la implantación en ambos ovarios, y de ahí la naturaleza bilateral del carcinoma sólido del ovario. De donde es consiguiente inferir dos importantes puntos quirúrgicos: primero, que al ejecutar el tratamiento quirúrgico de un neoplasma ovárico que probablemente sea maligno, y en particular si es sólido, ha de ponerse la sospecha en el otro ovario y considerarse la conveniencia de su extirpación, y segundo, que un neoplasma ovárico de esta índole demanda la palpación de otros órganos abdominales, en especial el estómago y la vesícula biliar, para cerciorarse de si padecen carcinoma. Cuando es posible hacer el diagnóstico preoperatorio de neoplasma ovárico bilateral, probablemente de condición maligna, conviene hacer el estudio roentgenográfico en serie del aparato gastrointestinal, así como de la vesícula biliar, antes de ejecutar la operación.

Los síntomas del carcinoma del ovario no son tan característicos que permitan hacer la diferenciación exacta, respecto de otros neoplasmas ováricos, salvo en raras ocasiones. Esta es una razón más de por qué ha de ponerse por obra la operación inmediata, siempre que haya algún tumor creciente de dicho órgano, o que haya dado origen a síntomas por presión, e incapacidad.

Grados de malignidad.—En nuestro libro *Enfermedades de la Mujer* (capítulo II) estudiamos los pormenores de los diversos grados de malignidad de los carcinomas ováricos. Estos son tres: Grado I, de estructura glandular adulta; Grado II, más sólido, pero aun se pone en él de manifiesto la formación glandular “abortiva”; Grado III, de la variedad de células embrionarias, cuyo crecimiento es rápido y no muestra inclinación a la formación glandular. En general, el grado de malignidad y la rapidez del crecimiento se aumentan del Grado I al Grado III.

Clasificación clínica.—Montgomery y Farrell ponen de manifiesto la importancia de la “clasificación clínica” de los carcinomas del ovario; la clasificación que proponen es sencilla y útil, es a saber:

Grupo “clínico” I.—El neoplasma es totalmente extirpable y no hay invasión de ningún otro órgano ni tejido, según indican los hallazgos macroscópicos al ejecutar la operación.

Grupo “clínico” II.—El neoplasma es totalmente extirpable, pero su extirpación perturba un tanto otros tejidos, esto es, hay adherencias o invasión de otros tejidos, las cuales pueden ser extirpadas (v. gr., el otro ovario, neoplasmas bilaterales).

Grupo “clínico” III.—El neoplasma es tan sólo parcialmente extirpable, a causa de la invasión de otros tejidos que es preciso dejar. Este grupo comprende todas las pacientes en quienes se ejecuta la operación parcial, con la esperanza de destruir por medio de la irradiación los tejidos malignos que se dejen.

Grupo “clínico” IV.—El neoplasma es inextirpable, a causa de su vasta diseminación a regiones contiguas, o por razón de metástasis distantes. Sólo es posible extirpar un ejemplar del neoplasma al ejecutar la operación.

Tratamiento.—Tocante a las neoplasias malignas del ovario que se descubren al ejecutar la operación quirúrgica, se presentan las siguientes preguntas: ¿qué clase de operación ha de ponerse por obra en los diversos estados morbosos? ¿Tiene algún valor la irradiación postoperatoria? ¿Cuál es el pronóstico (respecto de la vida de la paciente) en las diversas variedades de neoplasias malignas del ovario? Algunos autores han prestado gran ayuda a la solución de tales dificultades.

Montgomery y Farrell (*Am. Jour. Obst. and Gynec.*, septiembre, 1934, pág. 365), al publicar un relato de veintidós carcinomas, allegaron informes de la prensa médica y hallaron que entre casi un millar de carcinomas ováricos de que se ha dado cuenta, muy pocas publicaciones dan suficientes pormenores que sirvan para hacer el estudio crítico de los efectos del tratamiento, y llegaron, entre otras, a las siguientes conclusiones:

“Es difícil comparar los efectos del tratamiento en las diversas estadísticas de carcinoma ovárico publicadas, por falta de información uniforme. Para allegar estadísticas exactas respecto de la eficacia de cualquier tratamiento, importa especificar en cada caso la variedad microscópica del neoplasma, su grado de malignidad y de operabilidad, así como la cantidad de irradiación administrada.

“Es importante el grado de malignidad del neoplasma, clasificado de acuerdo con la estructura microscópica, en el pronóstico del carcinoma del ovario. En nuestro grupo de pacientes en quienes la neoplasia fué de malignidad extrema, sólo una sobrevivió más de cinco años, y en la hora presente han fallecido todas las demás en quienes el neoplasma fué de mediana o de extrema malignidad. Aquellas cuyos neoplasmas fueron de grado intermedio vivieron más tiempo que las que padecían neoplasmas de grado sumamente maligno. El pronóstico, cuanto a la vida, es tanto mejor cuanto más factible es la extirpación total del neoplasma.

“La roentgenoterapia postoperatoria es a menudo provechosa, por cuanto alivia el dolor, mitiga la ascitis y reduce el tamaño del neoplasma. La comparación de los grupos de pacientes a quienes se aplicó la irradiación postoperatoria, con el grupo que fué tratado únicamente por medio de la operación quirúrgica, indica que es más larga la duración de la vida cuando se aplica la irradiación. Casi todas las enfermas de carcinoma ovárico, sea cual fuere la gravedad del pronóstico, deben recibir irradiación postoperatoria, cuando lo permita el estado general del organismo.”

En un interesante artículo sobre neoplasmas ováricos (*New York State Jour. Med.*, vol. 34, enero, 1934), H. C. Taylor, jr., hizo las siguientes proposiciones respecto del tratamiento del carcinoma del ovario:

“En tres períodos de tratamiento del carcinoma del ovario, es preciso llegar a una decisión tocante al procedimiento que ha de emplearse, a saber: 1ª, cuando se ve por primera vez a la enferma, determinar si ha de ejecutarse la operación quirúrgica; 2ª, al abrir la cavidad abdominal, decidir la magnitud de la operación, y 3ª, después de la operación, resolver si han de aplicarse los rayos X.

“1ª *Operabilidad.*—Muchas veces no se hace el diagnóstico de carcinoma del ovario sino hasta después de que se abre la cavidad abdominal y, por tanto, es preciso admitir que el primer procedimiento que ha de ejecutarse, es la celiotomía. Sin embargo de ello, no ha de ser éste el único medio, ya que la exploración quirúrgica, cuando el carcinoma está muy avanzado, ocasiona gran mortandad.

“Por consiguiente, ha de procurarse excluir del grupo operable dos variedades: 1ª, en todos los neoplasmas del ovario al parecer malignos ha de tenerse en la memoria la posibilidad de que la neoplasia sea secundaria en el ovario, y se harán radiografías del conducto gastrointestinal; y si por acaso se descubriere algún otro neoplasma además del del ovario, se desechará la operación quirúrgica; 2ª, algunos neoplasmas muy avanzados, con ascitis, caquexia, grandes tumores pélvicos y tumores en la porción superior del abdomen, se distinguen fácilmente como inoperables, y en tales casos el tratamiento ha de ceñirse a la radiación externa.

“2ª *Magnitud de la Operación.*—Cuando al ejecutar la operación quirúrgica se descubra que la neoplasia al parecer está circunscrita en uno, o en ambos ovarios, las opiniones concuerdan en que debe ejecutarse la histerectomía total, junto con la extirpación de ambos anexos. Rara vez

es para considerada la conservación de un ovario, que al parecer no ha sido invadido por la enfermedad, ya que, según demostró Norris recientemente, en el 17.5 por ciento de los ovarios macroscópicamente normales, se halla a la postre, al efectuar el examen microscópico, que contienen focos de células carcinomatosas.

“Es bastante incierta la magnitud de la operación encaminada a extirpar neoplasmas metastáticos solitarios de órganos situados fuera de la pelvis, y únicamente cuando hay alguna metástasis aislada en el epiplón, cuya extirpación no acrecienta en gran manera los peligros del acto quirúrgico, será lícito este procedimiento. Una paciente tratada de esta manera en el Hospital Roosevelt, gozaba de buena salud cuatro años después de la operación, cuando se la vió por última vez. En unos cuantos casos en que la neoplasia estaba en períodos incipientes, se efectuó la resección de una parte de la vejiga urinaria, o del intestino, pero a la postre nos convencimos de su inutilidad y de los peligros que acarrea.

“Cuando el neoplasma maligno esté sumamente diseminado en el peritoneo pélvico, o general, es dudosa la conveniencia de la operación quirúrgica, circunstancia con que nos encontramos poco más o menos en la mitad de las enfermas tratadas en el Hospital Roosevelt. En tales casos, hemos seguido la práctica de extirpar cuanto sea posible del tejido neoplásico, en parte para dar alivio temporal a la enferma, y en parte por el efecto psíquico que produce en la paciente, al suprimir el signo visible de la neoplasia, así como también por razón de la posibilidad de que la roentgenoterapia surta mejor efecto, cuando se aplique a porciones menores de tejido dañado.

“3ª *Radiación postoperatoria.*—A causa de la ineficacia del solo tratamiento quirúrgico de los neoplasmas malignos del ovario, es preciso aplicar la radioterapia postoperatoria a casi todas las pacientes. Esta opinión se funda de los efectos favorables que han logrado otros cirujanos, por más que nuestra propia experiencia nos demuestre que ni la roentgenoterapia ni la radiumterapia tienen en su abono ninguna cura, ni puede atribuírseles el acrecentamiento en el término medio de duración de la vida. Es muy probable que el comparativo fracaso que tuvimos en ese grupo de pacientes, haya sido a causa de las dosis insuficientes.”

Kean (*Am. Jour. Surg.*, marzo, 1935, pág. 425), en el informe de los trabajos efectuados en el *New York Cancer Institute*, llegó a las siguientes conclusiones:

“Todos los carcinomas ováricos deben ser tratados quirúrgicamente, así como por medio de la radioterapia.

“Muchas variedades de carcinoma del ovario son radiosusceptibles.

“El tratamiento quirúrgico combinado con la radioterapia, indubitablemente prolonga la vida a muchas pacientes, en comparación con aquellas que sólo son tratadas quirúrgicamente.

“La roentgenoterapia causa a veces gran alivio aun a las enfermas de quienes no se tiene ninguna esperanza de cura.”

Lo que antecede concuerda con nuestra experiencia (el *Mallinckrodt Institute of Radiology* suministró el servicio radioterápico al grupo de hospitales de la Universidad de Washington), así en lo personal como en la práctica general del Instituto.

Cuando hay bastante certidumbre respecto del diagnóstico de neoplasia maligna, y la enferma está, o ha pasado ya la menopausia, es acertado emplear la radiación (roentgenoterapia profunda) preoperatoria, la cual cohibe temporalmente la actividad del carcinoma y disminuye el peligro de diseminar células malignas activas durante el acto quirúrgico. Conviene esperar algunas semanas después de la radiación, para ejecutar la operación quirúrgica, esto es, el tiempo necesario para que el efecto de los rayos X desvitalice las células cancerosas, y se recupere bastante la enferma de las perturbaciones digestivas que ocasiona la roentgenoterapia profunda.

Cuando el diagnóstico es dudoso, y hay alguna probabilidad bien fundada de que el neoplasma no sea maligno, particularmente en mujeres jóvenes, es prudente ejecutar inmediatamente la operación, y decidir después si ha de aplicarse la radioterapia, cuando se confirme el diagnóstico con la operación, o con nuevas investigaciones microscópicas.

Neoplasmas concomitantes con la preñez

Los neoplasmas ováricos son complicaciones muy graves de la preñez: si el tumor es grande, excluye toda posibilidad de que la gestación alcance su término; si es pequeño o mediano, hay constantemente peligro de que se tuerza el pedículo, lo cual da origen a graves perturbaciones, que requieren el tratamiento quirúrgico inmediato. La señalada irritación peritoneal que ocasiona la torcedura del pedículo, es muy probable que cause el aborto, y de ahí la importancia de operar antes de que se presente esta complicación.

Tocante el tratamiento, bien será dividir estos neoplasmas en dos grupos:

1º *Neoplasma ovárico concomitante con preñez incipiente (menos de seis meses)*.—En tales casos ha de efectuarse la extirpación quirúrgica del neoplasma, y por lo común cuanto más incipiente sea la preñez, mejores serán los efectos de la operación, por más que, como es de suponer, hay siempre el peligro del aborto pocos días después. Ello no obstante, tal complicación no es muy probable cuando se ejecuta cuidadosamente el acto quirúrgico y no se hacen manipulaciones uterinas o peritoneales indebidas. Las más de las veces continúa la preñez sin interrupción. En el tratamiento postoperatorio es muy importante la administración liberal de sedantes, con el fin de evitar o disminuir las probabilidades de que haya contracciones uterinas expulsivas.

2º *Neoplasma ovárico concomitante con preñez adelantada (más de seis meses)*.—En estas circunstancias, a no ser que el neoplasma sea tan grande que impida el ulterior desenvolvimiento de la preñez, conviene posponer la operación hasta que se aproxime el final del período gestante, de suerte que si se presentare el parto después de la operación, pueda salvarse la criatura.

Cuando es posible que la paciente llegue hasta el final de la preñez, es de aconsejar la extracción del feto por la vía abdominal al mismo tiempo que se extirpa el neoplasma. Con todo, para decidir esto, ha de ponerse la consideración en todas las circunstancias del caso. Conviene particularmente cuando por alguna razón es dudosa la expulsión natural sin peligro de la criatura.

No obstante lo antes dicho, hay ocasiones en que en el sexto o el séptimo mes de la gestación, los tumores llenan por entero la cavidad abdominal y causan tanta disnea, que es urgente la operación inmediata. En tales casos se extirpará el neoplasma, procurando cuanto es en sí causar las menores perturbaciones en el útero preñado.

TRAUMATISMOS EXTRAGENITALES

Si bien los neoplasmas ováricos suelen ofrecer pocas dificultades técnicas respecto de su extirpación, hay circunstancias en que a causa de las complicaciones se dificulta en gran manera el acto quirúrgico. Así, por ejemplo, las abundantes adherencias con el intestino y la vejiga, el neoplasma situado debajo de algún órgano, que causa la dislocación de éste, o el desfiguramiento de la vejiga y los uréteres, la invasión maligna de órganos contiguos, son complicaciones que si se presentan por sí solas o juntas pueden ofrecer difícilísimos problemas cuya solución requiera ingenio, habilidad y experiencia, además de sumo cuidado para no traumatizar el intestino, la vejiga, o los uréteres.

Al principiante quizás parezca fácil el distinguir estos tejidos, por su situación y sus caracteres anatómicos, pero en algunos casos el neoplasma causa la dislocación de órganos, a sitios del todo inesperados, y hace por demás confusas las relaciones, demás de que las adherencias, la presión o la invasión maligna pueden destruir todos los caracteres anatómicos, hasta el grado de ser imposible la identificación. La experiencia enseña que el único medio seguro es el no cortar ningún tejido sino hasta que se haya diferenciado lo bastante para cerciorarse de que no contiene porciones de intestino, de la vejiga o de los uréteres; otras veces es menester seguir hacia arriba o hacia abajo, hasta cierto trecho, lo que se crea es el pedículo, hasta convencerse de que no comprende ninguno de los antedichos órganos. En virtud de los peligros que acarrea el traumatismo del intestino, o de las vías urinarias, conviene que el cirujano, al proyectar la operación en los casos dudosos o cuando se presenten complicaciones, repase en la memoria, o renueve en los libros, lo concerniente a la técnica quirúrgica, así como al tratamiento de las emergencias y la reparación de las lesiones traumáticas.

Traumatismo intestinal.—Es más probable que se inflija traumatismo al intestino, al afectar apresuradamente y sin mesura el despegamiento de antiguas adherencias organizadas, o de las adherencias de la endometriosis. Otra causa de los traumatismos quirúrgicos es la insuficiente diferenciación de los bordes exactos de órganos adherentes.

Para despegar asas intestinales adheridas, han de adelgazarse previamente las adherencias, según se pone de manifiesto en la figura 51, después de lo cual se romperán o se dividirán a bastante distancia del borde del intestino. Las adherencias que no puedan despegarse de esta manera, requieren su separación cuidadosa, llevando puesta la mira en conservar intacto el borde intestinal, y si fuere necesario, se dejará una porción de la pared externa del quiste adherida al intestino, antes que traumatizar la pared intestinal.

Es muy fácil desgarrar la pared del intestino al efectuar la enucleación de neoplasmas ováricos malignos adheridos a dicha víscera, ya que la impregnación maligna penetra y enflaquece la pared, la cual se desgarrará al intentar el despegamiento del tumor. Ocioso es el decir que cuando el intestino esté muy dañado por la neoplasia, es preferible no efectuar ninguna manipulación. Con todo, sucede a veces que al procurar el despegamiento, se logran separar todas las adherencias, excepto alguna asa intestinal, cuya separación es indispensable para extirpar algún gran neoplasma.

Al hacer la *reparación* de algún desgarro del intestino delgado, se verá que la sutura quede de tal manera que el acortamiento de la víscera sea en dirección longitudinal, y no transversal, a fin de evitar la constricción circular (véase la Fig. 986). La "anastomosis aséptica" (Figs. 1,023 a 1,033) ofrece una buena técnica de emergencia, cuando es preciso extirpar una porción del intestino, a causa de traumatismos extensos, o para permitir la extirpación de algún gran neoplasma, que de otra suerte está libre de adherencias. Si después de efectuar la enteroanastomosis, o la reparación intestinal, se presentaren síntomas de oclusión temporal ocasionada por la inflamación aguda de las asas dañadas, se hará el vaciamiento constante de la porción de intestino situada arriba de la oclusión, por medio del aparato aspirador (Fig. 1,199). Este medio se pondrá inmediatamente en práctica, cuando sea necesario, pues con ello se evitarán mayores daños a la víscera, que ocasionaría la distensión, o la absorción de sustancias tóxicas.

Cuando el mal estado de la paciente haga imposible la enteroanastomosis, conviene a veces suturar los cabos del intestino a la pared abdominal (enterostomía), y de esta manera evacuar la víscera, hasta que pase el peligro del período agudo (véase la Fig. 1,059). Es muy de advertir que cierta disposición de los cabos intestinales facilita la reparación subsecuente, encaminada a restaurar la integridad del intestino.

Traumatismos vesicales y ureterales.—Los pormenores de la reparación de tales heridas traumáticas, se estudiarán en el capítulo XVI (Figs. 943 a 958).

Si el estado de la paciente no permite el acto quirúrgico cuidadoso y dilatado, que es necesario ejecutar en la uréteroanastomosis, bien puede ligarse el cabo distal y exteriorizar el proximal, en espera de que mejore la enferma. En tales casos, el procedimiento quirúrgico subsecuente ha de ser la anastomosis uréteroureteral, o la nefrectomía.

Hay aún otro procedimiento en que ha de ponerse la consideración cuando se divide accidentalmente el uréter, conviene a saber: la ligadura *in situ* del cabo proximal, que las más de las veces, en virtud de la presión retrógrada, destruye la función renal al atrofiarse poco a poco el riñón, sin que esto cause graves trastornos, ya que el otro órgano ejecuta la función de ambos. Ello no obstante, hay pacientes que padecen graves perturbaciones, y con el decurso del tiempo es menester la nefrectomía. Ha de preferirse este método cuando el uréter haya padecido tanto daño, que sea imposible la uréteroanastomosis. En el capítulo XVI trataremos de las diversas operaciones de emergencia en las vías urinarias, así como de la anuria postoperatoria que se presenta a veces a consecuencia de la ligadura accidental de los uréteres.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

Los pormenores concernientes al tratamiento postoperatorio, pueden ser agrupados en dos clases: el tratamiento postoperatorio de las pacientes que padecen neoplasmas benignos, y el de las que padecen neoplasmas malignos.

Neoplasmas benignos.—Después de la extirpación de neoplasmas ováricos benignos, por lo común no se requiere *ningún tratamiento*, excepto la atención postoperatoria ordinaria y los exámenes subsecuentes. Cuando el neoplasma es de naturaleza errática, como lo son los quistes papilares, los pseudomucinosos con implantaciones peritoneales, los dermoides o teratomas de crecimiento rápido, y los neoplasmas de células sexuales embrionarias (de células granulosas, etc.), ha de efectuarse el *examen subsecuente* de la enferma, cada dos a cuatro semanas, por lo menos en un período de dos años. Si bien la investigación microscópica suprime en gran manera la inquietud tocante a la malignidad de la neoplasia, tales investigaciones no excluyen del todo la posibilidad de que se presente ésta, provocada por conglomerados celulares metastáticos, o por "restos" semejantes a los que dieron origen al neoplasma extirpado. De ahí la necesidad de observar a la enferma por largos períodos, con el fin de que, al descubrirse alguna nueva actividad, se le dé inmediatamente el tratamiento adecuado. En general, el tratamiento de la recidiva es la *roentgenoterapia profunda*, que ha de repetirse con ciertos intervalos caso que detenga el progreso de la enfermedad. Si el antedicho tratamiento fuere infructuoso, según lo indican el crecimiento progresivo del tumor y los síntomas, se pondrá entonces la consideración en el *tratamiento quirúrgico* para extirpar la neoformación recurrente. La decisión respecto del método quirúrgico, ha de fundarse principalmente en el estado general

de la paciente y en las probabilidades de que se hayan efectuado mudanzas malignas.

Los *neoplasmas secundarios* papilares y seudomucinosos presentan cierto interés a la luz de la patología, la sintomatología y el tratamiento. Las implantaciones *papilares* en superficies peritoneales, son parte del curso ordinario que siguen los quistes papilares, según queda dicho. De acuerdo con los hallazgos en la operación, la magnitud de aquélla varía desde unos cuantos puntos diseminados, hasta conjuntos más o menos grandes de excrecencias papilares que ocupan la pelvis. En cualquier caso, los restos que quedan después de la operación pueden desvanecerse y no dar origen a molestias subsecuentes; en cambio, otras veces crecen gradualmente hasta que por último ocasionan grave incapacidad y ponen en peligro la vida de la enferma. Después de la extirpación quirúrgica del neoplasma primitivo, y de la supresión, cuanto sea posible, de las implantaciones papilares metastáticas o secundarias, conviene esperar, y observar a la paciente antes de aplicar la roentgenoterapia, la cual no deja de causar algunas perturbaciones. En determinados casos, los trastornos locales subsecuentes a la primera operación, así como la resorción y los efectos reparadores de ésta, dan al traste con los restos metastáticos sobrantes, y la enferma se recupera sin mayores dificultades. Tan sólo cuando haya signos evidentes de renovada actividad, según se manifieste en el crecimiento del tumor, o en los síntomas, ha de recurrirse a los rayos X, y aun así no se aplicarán éstos sino hasta cuando se haya recuperado la enferma lo bastante para sobrellevar los trastornos de la nutrición inherentes a la roentgenoterapia.

Las implantaciones *seudomucinosas* no son parte del proceso ordinario de los quistes seudomucinosos, sino una complicación accidental bastante rara. La implantación peritoneal de conjunto de células seudomucinosas, y la substancia gelatinosa en la cavidad peritoneal, pueden ser halladas al ejecutar la primera operación, o bien hacerse manifiestas en un período subsecuente. El escurrimiento del contenido quístico al hacer la extirpación, sólo raras veces va sucedido de implantaciones peritoneales, mas como no es posible averiguar con certeza si ha de presentarse esta enfadosa complicación, debe ponerse el mayor cuidado en evitar el sobredicho escurrimiento, siempre que sea posible. Los restos de la implantación seudomucinosas que se descubren al ejecutar el acto quirúrgico, bien pudieran desvanecerse subsecuentemente y no causar nuevas molestias; en cambio, otras veces se reproducen en gran manera y llenan la cavidad peritoneal de la substancia seudomucinosas. Tal estado morbosos se designa con el nombre de "seudomixoma del peritoneo" y puede también ser causado por excrecencias seudomucinosas que provengan del apéndice, o de alguna otra parte.

El seudomixoma peritoneal, ora se origine en algún quiste ovárico, o en algún otro órgano abdominal, es un estado sumamente difícil de tratar. La substancia gelatiniforme ocluye los vasos linfáticos peritoneales y ocasiona la peritonitis por cuerpo extraño, y forma tejido de granu-

lación, células gigantes y tejido conectivo. En tales casos no es por demás ensayar la roentgenoterapia profunda, tan pronto como se manifiesten los primeros signos de la recidiva, después de la extirpación quirúrgica del quiste, con lo cual es posible a veces contrarrestar la actividad celular, si bien no es muy probable que se logre. Cuando la substancia pseudomucinoso distiende el abdomen, es preciso hacer una incisión abdominal y sacar con la cuchara la pseudomucina, ya que este es el único medio de extraerla. En virtud de la posibilidad de suprimir todas las células pseudomucinosas implantadas, por lo común se requieren operaciones repetidas. Según queda dicho, a una paciente se le extrajeron 160 kgs. (350 libras) de esta substancia, en doce operaciones que comprendieron un período de nueve años, antes de su muerte, a la edad de setenta y cinco años. De ordinario, el curso que sigue la enfermedad es lento y varía notablemente en las diversas enfermas. La muerte suele ser causada por complicaciones, de resultas de la obstrucción mecánica y de los trastornos subsiguientes de la cavidad abdominal y tejidos contiguos.

Cuando el examen microscópico demuestra que el neoplasma extirpado es maligno, o hay sospechas de ello, conviene la *roentgenoterapia profunda*, a todas las pacientes que pertenezcan a los grupos clínicos I, II y III; mas, como es de suponer, ha de diferirse la aplicación de los rayos X hasta que la enferma se haya recobrado bastantemente de la operación y pueda sobrellevar sin gran menoscabo de la vitalidad celular normal, las perturbaciones de la nutrición inherentes a la radiumterapia. La vitalidad y las defensas de las células normales cercanas a las células cancerosas que permanecen en el organismo, son circunstancias de mucha entidad que ayudan a evitar la ulterior diseminación, lo cual ha de tenerse en la memoria, a fin de cooperar con el organismo en este respecto. La desvitalización de las células carcinomatosas, por medio de la radioterapia, ocasiona ineludiblemente ciertos daños a las células de los tejidos inmediatos, que, por otra parte, quizás hayan padecido menoscabo a consecuencia de las toxinas de las células cancerosas. La defensa eficaz y la reparación son efectuadas por las células sanas circunyacentes, que tienen parte en la vitalidad orgánica general. De donde es consiguiente inferir la gran importancia que tiene el mantenimiento de la nutrición y la vitalidad generales, y la evitación de trastornos gastrointestinales causados por la roentgenoterapia profunda, hasta que la paciente se haya recuperado lo bastante para resistir el tratamiento, sin que padezca gran menoscabo la nutrición.

La selección del tiempo oportuno para comenzar la roentgenoterapia postoperatoria, ofrece no pocas dificultades, cuya importancia es tanto más digna de reparo cuanto más se observan los efectos y las reacciones en las diversas enfermas. Algunas pacientes se recuperan presto después de la operación, y al cabo de dos o tres semanas pueden empezarse las aplicaciones de rayos X, sin que con ello se perturbe la convalecencia. Otras se recuperan lentamente, lo cual hace necesario el esperar algún tiempo más, hasta que se recuperen suficientemente la digestión y la

asimilación. Las tres circunstancias que han de considerarse son: la rapidez de la convalecencia postoperatoria, y la magnitud de la reacción que causen en la paciente los rayos X, y los signos evidentes de renovada actividad carcinomatosa.

El pronto restablecimiento de las funciones normales digestiva y muscular, después de la operación, da indicios de que la enferma puede resistir la roentgenoterapia; por el contrario, la convalecencia lenta, las continuas perturbaciones digestivas y la flaqueza general, indican ineficiencia en el equilibrio de la nutrición, el cual padecería mayores trastornos si se añadiesen las perturbaciones gastrointestinales que ocasionan los rayos X. La reacción que provoca la roentgenoterapia varía mucho en las diversas personas, conviene a saber: algunas experimentan pocas o muchas molestias, pero se recuperan en pocos días; en otras se presentan graves trastornos de la nutrición y no se recuperan sino hasta después de transcurridas varias semanas, y de cuando en cuando hay pacientes cuya salud declina permanentemente, al parecer a causa de los rayos X y de alguna complicación concomitante, tal como la dispepsia persistente, o la nefritis intercurrente. Por razón de la índole variable de tales reacciones, ha de comenzarse siempre la roentgenoterapia a manera de tanteo, y se irán aumentando progresivamente las dosis, según la reacción que ocasionen. Si se ponen por obra tales precauciones y se ejercita el mayor discernimiento respecto del tiempo oportuno para empezar la administración de los rayos X, pueden aplicarse éstos en dosis adecuadas a casi todas las pacientes a quienes fuera de provecho; en cambio, aquellas que no recibirían ningún beneficio con la antedicha aplicación, serían reconocidas antes de administrar grandes dosis. Los signos evidentes de que continúa activo el carcinoma, son el extraordinario abultamiento que forma el exudado (el cual es más abundante que el exudado reparador usual), el dolor creciente, sin otras manifestaciones de complicación local a que atribuirlo. Por lo común, los signos inequívocos que ocasiona la nueva actividad carcinomatosa, indican la conveniencia de comenzar cuanto antes la roentgenoterapia.

La experiencia ha puesto ya muy de manifiesto la circunstancia de que la roentgenoterapia acrecienta las probabilidades de la curación, y coopera a prolongar la vida y a disminuir las molestias en las pacientes incurables, según se hace patente en los informes publicados en la prensa médica. Esto lo hemos confirmado en el Instituto Mallinckrodt de Radiología, según queda dicho, en el Grupo de Hospitales de la Universidad de Washington, tanto en las pacientes observadas personalmente por nosotros, como en la experiencia general del Instituto.

Estas mismas reglas generales respecto del tiempo oportuno para empezar la aplicación de los rayos X, se aplica a las pacientes del Grupo Clínico IV, conviene a saber: sólo se empleará la roentgenoterapia cuando la enferma se haya recuperado lo bastante para sobrellevarla sin padecer graves trastornos. Muchas de estas pacientes se benefician en gran manera con la roentgenoterapia, ya que se mitiga el dolor y se prolonga

la vida por algunos meses, y aun por algunos años. Por otra parte, cuando es defectuosa la vitalidad de la enferma y ha padecido ya gran menoscabo el proceso de la nutrición, es probable que los rayos X ocasionen aún mayores trastornos de éste y acorten la vida. Puesto que las enfermas que comprende este grupo han pasado ya sin duda alguna el período de la curabilidad, el fin a que se encamina el tratamiento es darles algún alivio por el corto tiempo que les quede de vida. Así, pues, cualquiera disposición terapéutica que se ponga por obra, entre otras la roentgenoterapia y la administración de sedantes, ha de ser con el antedicho propósito. En tales circunstancias es del todo justificada la liberal administración de sedantes, si bien no pocas veces la enferma obtiene bastante alivio con la regulación adecuada del régimen alimenticio, la administración de laxantes y la aplicación de otras disposiciones higiénicas.

PRONÓSTICO

Los pormenores de interés, respecto del pronóstico después de la extirpación quirúrgica de neoplasmas ováricos, pueden ser estudiados convenientemente debajo de los siguientes títulos: neoplasmas benignos y neoplasmas malignos.

Neoplasmas benignos

El pronóstico es menos incierto en las pacientes que padecen neoplasmas no malignos del ovario, que en aquellas que padecen neoplasmas malignos, ya que el tratamiento quirúrgico de los primeros ha sido bastante uniforme en un largo período de tiempo y ha permitido acumular multitud de estadísticas, las cuales indican la curabilidad de tales neoplasias, salvo unas cuantas excepciones. El perfeccionamiento general que se ha logrado en la técnica de las operaciones abdominales, ha reducido en gran manera la mortalidad, y la aceptación del método de extirpar el neoplasma íntegro sin efectuar la paracentesis y evitar el escurrimiento de su contenido, reduce el número de recidivas ocasionadas por la contaminación.

Dejando a un lado los riesgos generales inherentes a toda operación abdominal, el pronóstico después de la extirpación quirúrgica de neoplasmas ováricos no malignos es por lo común favorable, y los únicos riesgos a que en particular se exponen las pacientes son la posible recidiva del neoplasma, a causa de la contaminación, y las perturbaciones endocrinas que suelen presentarse en las pocas pacientes a quienes es menester extirpar ambos ovarios. Estas últimas por lo común se tratan eficazmente por medio de la administración adecuada de preparados endocrinos y sedantes, mas la recidiva del neoplasma, provocada por la implantación peritoneal durante el acto operatorio, ofrece pronóstico menos favorable. Las antedichas implantaciones peritoneales son de dos clases: papilares (de los quistes papilares) y pseudomucinosas (de los quistes pseudomucinosos); esta última da origen a una variedad de pseudomucinoma del peri-

toneo, y ambas a dos presentan interesantes problemas respecto de la patogenia, la sintomatología y el tratamiento, según arriba queda dicho y, claro está, complica gravemente el pronóstico, que de otra manera sería favorable.

La muerte es causada ora por la degeneración carcinomatosa de las células erráticas, ora por la diseminación y la penetración persistentes de las excrecencias papilares, que a la postre interrumpen los procesos vitales, o bien por el sobrevenimiento del pseudomixoma peritoneal. Mas aun en aquellas enfermas cuyo padecimiento ocasiona ultimadamente la muerte, el tratamiento suele dar alivio temporal, según que antes se dijo.

Neoplasmas malignos

Respecto de los neoplasmas malignos, hemos de poner la consideración en el pronóstico, primero tocante a la curación o el alivio de la enferma, y segundo cuanto a lo que el médico tenga de responder a las preguntas de la paciente y la familia, en lo que atañe a la naturaleza de la enfermedad.

Pronóstico.—El pronóstico de los neoplasmas ováricos malignos pertenecientes a los diversos grupos clínicos y patológicos, ha de continuar siendo incierto hasta que se haya acumulado gran número de observaciones e informes exactos respecto de las diversas clases. Claro, la curabilidad es tanto menor cuanto mayor es la magnitud creciente del neoplasma. Con todo, es tan variable el curso de la enfermedad, aun en los neoplasmas que al parecer pertenecen a la misma clase, que no es posible hacer con certeza el pronóstico en cada caso en particular.

Cuando el médico sea interrogado por la familia acerca del pronóstico, sólo le será lícito hacer un relato general de las posibilidades conocidas, mas no deberá nunca hacer declaraciones afirmativas respecto de ninguna particular probabilidad. Esta incertidumbre no deja de tener ciertas ventajas, ya que permite continuar prohiendo alguna esperanza acerca de casi todas las enfermas, ora sea la esperanza de lograr la cura, o bien la de que el tratamiento sea en alguna manera beneficioso.

Información a la paciente.—Al tratar aquí por primera vez del pronóstico de las neoplasias malignas, es oportuno extendernos un tanto al hablar del embarazoso problema que se le presenta al médico cuando la familia y la paciente le preguntan respecto de la naturaleza de la enfermedad. Las sugerencias que aquí hagamos comprenden no tan sólo los neoplasmas malignos del ovario, mas también los de casi todas las demás variedades.

Tocante a la *familia*, al responder sus preguntas se explicará al esposo, o a cualquier otro pariente responsable, la gravedad del mal y lo incierto de su curso en cada particular caso, sin que por ello se le haga perder toda esperanza. Al mismo tiempo que se suministran estos informes, conviene describir brevemente el tratamiento que haya de emplearse, mientras la enferma se viste en otra habitación después del examen. De esta

manera, el esposo quedará prevenido y procurará cooperar con el médico alejando a la paciente tan pronto como termine la consulta, antes de que tenga ocasión de hacer algunas preguntas al médico.

Las preguntas de la *pacienta* ofrecen mayores dificultades, y requieren mesura, tino y buen juicio, por una parte, para no causarle gran desaliento al hacer el relato crudo de su enfermedad, y por la otra, para no hacer que albergue falsas esperanzas, que podrían redundar en descuido y menoscabo del tratamiento. La larga experiencia que hemos tenido con estas enfermas, nos ha enseñado lo siguiente:

1º Cualquier informe inexacto que el facultativo dé a la enferma, haciéndola creer que no padece cáncer, o que no es grave su enfermedad, tiene grandes inconvenientes, aun cuando con ello se lleve el propósito de no causarle inquietud, pues cuando ultimadamente ella averigüe la verdadera índole de su mal, lo que ha de suceder tarde o temprano, perderá la confianza que había depositado en el médico y adquirirá la convicción de que nadie habrá de decirle la verdad.

2º Es de todo punto preferible que la paciente vaya advirtiendo poco a poco la naturaleza cancerosa de la enfermedad, al interpretar por sí misma las circunstancias según se presenten. En trances tan difíciles nos ha parecido sumamente útil el método de diferir los informes precisos que se den a la enferma tocante a su mal, y evitar cuidadosamente el hacer cualquiera declaración de que después tenga el médico que retractarse. Es en verdad sorprendente el ver cómo una paciente que casi había llegado a la desesperación de tanto pensar en que su mal fuera cáncer, se llena de calma y paciencia al ponerse a considerar los pormenores de su tratamiento, y fijar su atención en la manera cómo ha de acatar las instrucciones que se le dan en las diversas consultas; y luego, por su propio razonamiento y deducción, llega a adquirir la filosófica conformidad y se resigna a sobrellevar sus tribulaciones.

3º Este diferimiento velado de los informes relativos al diagnóstico preciso, ha de hacerse con disimulo y habilidad, para evitar que la enferma caiga en ello. Las más de las mujeres se conforman de momento con la información parcial, que consistirá principalmente en las instrucciones respecto del tratamiento, que dará el facultativo brevemente dando a entender los progresos alcanzados hacia la curación. De esta suerte, se hará que la enferma ponga toda su atención en los pormenores del tratamiento, antes de que tenga tiempo de hacer preguntas embarazosas, con lo cual se diferirá temporalmente el trance y a menudo se terminará la consulta sin dificultad. Este énfasis que se dé a todo aquello que se relacione con el tratamiento, hace también a la paciente advertir la gran importancia de los métodos terapéuticos, sea cual fuere la enfermedad, y ayuda a divertir su atención de las preguntas acerca del diagnóstico.

De gran ayuda para el médico es su falta de tiempo para discutir pormenores innecesarios en subsecuentes consultas, y evita la penosa necesidad de dar informes desalentadores. El médico dará sus instrucciones con presteza y sin interrupción, procurando mantener fija la atención

de la enferma. En terminando sus órdenes, dará fin a la consulta con algunas frases confortadoras, en las que, por ejemplo, le exprese su agradecimiento por la cooperación que hasta entonces le ha prestado al seguir al pie de la letra sus instrucciones. Si al escribir alguna receta, o en alguna pausa que haya en la conversación, la enferma solicitare del facultativo informes que serían para ella desalentadores, procurará artificiosamente llevar de nuevo la plática al tema del tratamiento, haciendo alguna nueva observación y simulando divertimento al meditarla.

4º Hay de cuando en cuando pacientes que insisten en que se les diga al punto y sin rodeos, si su enfermedad es cáncer. Cuando en tales casos es evidente que el evadir su pregunta le causaría mayor inquietud que el conocimiento de la verdad, se le darán los informes solicitados de la mejor manera posible. Conviene evitar el término "cáncer", que probablemente causara honda impresión y futuro desasosiego; evitaráse asimismo el extenderse demasiado tocante a la magnitud del neoplasma. Por lo común es acertado que al dar los informes pedidos con insistencia, el médico se limite a conceder lo que ya la paciente sospecha, según lo demuestran sus preguntas, en lugar de hacer la relación precisa de los puntos concernientes al diagnóstico (con lo cual pudieran sacarse a colación ciertas circunstancias en las que no había pensado la enferma). Así, por ejemplo, si la paciente dice: "Doctor, deseo saber con exactitud si mi enfermedad es cancerosa. Un médico me dijo que sí lo es, y otro que no. Soy mayor de edad y tengo derecho a saberlo"; la respuesta será poco más o menos la siguiente: "En efecto, su enfermedad es grave, y por esa razón estamos empleando este tratamiento enérgico, que si se sigue al pie de la letra ofrece buenas probabilidades de curación".

CAPÍTULO II

INFLAMACIÓN PÉLVICA

Inflamación pélvica es un término general conveniente con que se designa la inflamación de la pelvis, que invade los órganos genitales fuera del útero. La inflamación puede hallarse en las trompas uterinas (salpingitis), en los ovarios (ooforitis), en el peritoneo (peritonitis pélvica), en el tejido conectivo (celulitis pélvica, parametritis), o en las venas de la excavación pélvica (tromboflebitis séptica). Las circunstancias que indican la conveniencia del tratamiento quirúrgico, así como la técnica de éste, varían en gran manera, según que la enfermedad sea aguda o crónica.

INFLAMACIÓN PÉLVICA AGUDA

El tratamiento quirúrgico de la inflamación pélvica aguda depende del sitio y de la gravedad del estado inflamatorio. Respecto de la situación, hay dos grupos principales: inflamación intraperitoneal y extraperitoneal. Las causas de la enfermedad tienen también cierta importancia: si la infección se presenta después del parto, o del aborto, es preciso cerciorarse de que está desembarazado el interior del útero, esto es, que no quedaron en él grandes porciones de tejido placentario, coágulos descompuestos de sangre, ni acumulación purulenta; lo cual requiere a veces la exploración intrauterina con el dedo o la cucharilla. Si la causa de la infección fué alguna operación quirúrgica en el cuello uterino, se quitarán las suturas para dar fácil salida a los exudados del área inflamada.

Dejadas a un lado estas disposiciones preliminares, el tratamiento de la inflamación pélvica aguda ha de efectuarse por otros medios que no sean quirúrgicos, a no ser que se presenten determinados estados morbosos o especiales complicaciones que requieran la operación. La variedad más común de inflamación pélvica grave, es la salpingitis, que bien puede representar el grupo de inflamaciones intraperitoneales, ya que la inflamación de los ovarios y del peritoneo contiguo suelen depender de aquélla y son de secundaria importancia. Las dos variedades de inflamación pélvica extraperitoneal, son la celulitis y la tromboflebitis séptica.

SALPINGITIS AGUDA

La salpingitis aguda presenta algunas dificultades cuanto al tratamiento quirúrgico, las cuales estudiaremos convenientemente en el siguiente

te orden: peligros, tratamiento, y estados morbosos que pueden confundirse con ella.

Peligros de la salpingitis aguda

Cualquiera inflamación dentro de la cavidad peritoneal debe considerarse como una enfermedad grave, ya que el estado inflamatorio por sí mismo, o los métodos que se empleen para contrarrestarlo, pueden poner en peligro la vida de la enferma. La experiencia y la observación nos enseñan la conveniencia de agrupar los peligros inmediatos que la salpingitis aguda acarrea a la paciente, en el siguiente orden:

Operación abdominal apresurada.

Persistente actividad de la enferma.

Diseminación de la infección peritoneal.

Operación abdominal apresurada.—Queda sin decir que el médico anhela siempre prescribir a sus pacientes el mejor tratamiento posible. Sabemos a ciencia cierta que hay algunas enfermedades abdominales que requieren la operación inmediata, pero que hay otros estados morbosos cuyos peligros se acrecientan con la operación. Cuando el facultativo tenga de tratar alguna enfermedad abdominal aguda, ha de llevar en la memoria entrambas posibilidades, sin permitir que la conveniencia o la necesidad de la operación quirúrgica en determinados casos, le hagan olvidar lo incierto de los métodos quirúrgicos en otras circunstancias. El tratamiento quirúrgico de la salpingitis aguda común puede tener por causa el error en el diagnóstico, o el desconocimiento que se tenga del tratamiento moderno de dicha enfermedad.

Alrededor de todo centro inflamatorio las fuerzas defensivas del organismo forman un cerco de leucocitos y exudados, cuyo fin es, en primer lugar, circunscribir las bacterias virulentas dentro de cierto límite, y en segundo lugar, destruir dichas bacterias. Esta facultad limitadora evita la infección generalizada cuando la infección está en el tejido conectivo, y la peritonitis generalizada si el estado infeccioso está en la cavidad peritoneal. La tarea del médico y del cirujano consiste en cooperar con estas fuerzas defensivas en la limitación del proceso infeccioso, y cuando las defensas orgánicas están llevando a buen término su función defensiva, han de ponerse por obra disposiciones terapéuticas conservadoras. En cambio, cuando por circunstancias especiales fracasan dichas defensas, pueden entonces ser necesarias las disposiciones radicales, encaminadas a suprimir las circunstancias especiales antedichas.

Tales circunstancias se presentan a menudo en ciertos estados morbosos, por ejemplo, en la apendicitis que se inclina a la necrosis y la perforación, así como los neoplasmas infectados, en los cuales hay porciones de tejido necroso. Por otra parte, es raro que tal cosa suceda en la salpingitis, y por lo común las fuerzas reparadoras del organismo limitan oportunamente la inflamación, si se las deja por sí propias y no se las perturba con la operación quirúrgica. De lo que es consiguiente

inferir que uno de los mayores peligros de la salpingitis aguda es la operación, que destruiría la barrera de defensa formada alrededor del centro inflamatorio y diseminaría la infección activa por toda la cavidad peritoneal.

En las primicias de la cirugía abdominal, antes de que supiéramos distinguir las enfermedades que requieren operación inmediata de las que han menester tratamiento conservador, muchas enfermas perdieron la vida a causa de la operación ejecutada en el período agudo. El método conservador de tratamiento que se emplea en la hora presente, se funda en largos y minuciosos estudios, así como en la amarga experiencia.

Persistente actividad de la paciente.—Probablemente sea el reposo, así físico como mental, la circunstancia de mayor importancia de que por sí sola podemos valernos para cooperar con las fuerzas defensivas del organismo, en su función de circunscribir la inflamación tubaria aguda. Para ello se encamará a la enferma mientras haya molestias locales.

Muchas veces la inflamación tubaria aguda no ocasiona primero dolor intenso, lo cual hace que la enferma continúe su trabajo, en especial cuando tiene que atender a sus obligaciones en el hogar. Si se diagnostica la enfermedad antes de que se presente el dolor agudo causado por la inflamación peritoneal, el reposo inmediato en cama puede servir de ayuda a las fuerzas defensivas, y evitar el acceso de peritonitis pélvica. Mas aun cuando el estado inflamatorio haya alcanzado el período de peritonitis pélvica, el encamamiento casi siempre acarrea la limitación del proceso en la pelvis y mitiga presto los síntomas del período agudo.

Otra clase de actividad que ha de evitarse en tales casos, es la que efectúa la paciente cuando tiene que ir al consultorio para que allí se le hagan las curaciones. El dolor intenso que se presenta aún cuando la enferma se haya encamado voluntariamente, acaece tan sólo cuando la inflamación invade el peritoneo, antes de lo cual la enferma suele experimentar únicamente desazón en la pelvis, que la lleva al consultorio a consultar con el médico. Si el curso antecedente de la enfermedad y el dolor al hacer palpación en la región de los anexos cuando se efectúa la exploración bimanual, indica que la salpingitis es reciente, se evitará que la enferma vaya al despacho del médico, antes se ordenará el encamamiento, hasta que se mitigue por entero la desazón pélvica. Después de esto, reanudará poco a poco sus actividades, a manera de tanteo, a fin de no provocar exacerbaciones del estado inflamatorio en proceso de curación.

Diseminación de la infección peritoneal.—La diseminación persistente del estado inflamatorio peritoneal es muy rara en la peritonitis pélvica de origen tubario, con tal que la enferma guarde reposo en cama hasta que hayan tenido ocasión las fuerzas defensivas, de limitar el proceso morbo. Cuando la inflamación continúa propagándose persistentemente, según lo indique la calentura, la leucocitosis, los nuevos accesos de vómito o el dolor a la palpación, se sospechará en alguna otra enfermedad, de lo

cual trataremos al hablar de los estados morbosos que pueden confundirse con ella.

Hay, claro está, ocasiones excepcionales en que continúa diseminándose la peritonitis pélvica de origen tubario, y requiere el tratamiento quirúrgico, pero estos casos son tan raros, que casi pueden desecharse al considerar el tratamiento general, y quedan incluidos en la regla general de que, si a pesar del tratamiento conservador hubiere síntomas progresivos y amenazantes, convendrá la operación quirúrgica, presupuesta la posibilidad de que se haya presentado alguna complicación rara o alguna enfermedad confusa.

Tratamiento de la salpingitis aguda

Según queda dicho, el método que ha de seguirse es el del tratamiento conservador, y para ello, el encamamiento es la circunstancia más importante que coopera con las fuerzas defensivas a limitar la inflamación aguda. Mas no ha de conformarse el médico con ordenarle a la paciente que se meta en la cama, sino se le darán instrucciones precisas de permanecer constantemente en el lecho, sin levantarse ni siquiera para evacuar la vejiga o el vientre (para lo cual usará receptáculos adecuados), y de evitar el sentarse, hasta que el facultativo crea que ha mejorado lo bastante para que principie tales ejercicios. Este encamamiento desde el principio, le ahorrará tiempo a la enferma, al fin y al cabo, ya que no sólo acorta el período doloroso, sino también disminuye la magnitud de los exudados inflamatorios y de la infiltración e impregnación celular de los tejidos, todo lo cual requiere la resorción gradual subsecuente. Las diversas disposiciones generales y especiales del tratamiento conservador, han de ponerse por obra según las indicaciones particulares de cada caso, y se tendrá siempre en la memoria que el tratamiento va encaminado a cooperar con las defensas orgánicas, y no a perturbarlas.

Tocante a los efectos del tratamiento conservador, conviene decir aquí que la mayor parte de las enfermas se recuperan de todo en todo, pues no hay sino dejar que obren las defensas del organismo, que ellas lograrán lo indecible en favorables circunstancias. Así, no pueden menos que sorprender los efectos de tales procedimientos en la salpingitis gonocócica, cuando el exudado llenaba ambas porciones laterales de la pelvis, hasta el punto que parecía imposible la restauración de la función tubaria. Empleando el tratamiento conservador, se recuperan totalmente multitud de enfermas, cuanto a la salud y sus futuras actividades, y en algunas se logra aún la restauración de las funciones tubarias, hasta el grado de ser posible la preñez. Esto último es de particular importancia, ya que permite el albergar esperanzas respecto de la preñez, a diferencia de la ineludible esterilidad que antiguamente solía ser la inevitable consecuencia del abundante exudado gonocócico.

Cuando el exudado no resorbido, la infiltración y la impregnación celular de los tejidos ocasionan incapacidad persistente, o recurrente, es

menester a veces ejecutar la operación, la cual es mucho menos peligrosa que si se hiciese en el período agudo, por dos razones: primera, porque la virulencia de las bacterias va disminuyéndose poco a poco, y multitud de veces se alcanza la esterilización del proceso infeccioso. Esta autoesterilización se logra casi con seguridad en la salpingitis gonocócica circunscrita al cabo de tres meses. La segunda razón es que en el organismo de la paciente se forma con el decurso del tiempo cierta inmunidad a las bacterias infecciosas y, por consiguiente, aun cuando los gérmenes conserven alguna virulencia (como sucede con los estreptococos), no hay tantas probabilidades de que la contaminación resulte en peritonitis mortal.

Otra razón de por qué ha de diferirse la operación hasta el período crónico, es que las fuerzas reparadoras habrán para entonces destruído gran parte del proceso infeccioso y, por tanto, la operación quirúrgica habrá de ceñirse tan sólo a extirpar los tejidos que sin género de duda hayan padecido daño irreparable. Ni tampoco ha de olvidarse la circunstancia de que, al mitigarse el período agudo, bien puede suceder que hayan mejorado la infiltración e impregnación tubarias, hasta el grado de que con sólo abrir el extremo ocluído de la trompa, se lleve la probabilidad de que se efectúe la preñez.

Muy raras veces, cuando al parecer hay salpingitis aguda, es necesario ejecutar la operación abdominal, además de los otros métodos de tratamiento, como sucede principalmente en las pacientes que padecen síntomas y signos que no pueden atribuirse a la salpingitis, y que hacen probable el que haya alguna otra enfermedad confusa, o complicación que requiere el tratamiento quirúrgico. En ocasiones más raras, la diseminación persistente de la peritonitis concomitante, que amenace convertirse en peritonitis generalizada, indica la conveniencia de la operación quirúrgica. La peritonitis pélvica moderada que de ordinario acompaña la salpingitis aguda, suele mitigarse presto con el encamamiento y las demás disposiciones conservadoras, si bien de cuando en cuando se propaga de tal manera que requiera el tratamiento de la peritonitis general, que a veces incluye la operación quirúrgica.

Enfermedades que pueden confundirse con la salpingitis aguda

Las enfermedades que pueden confundirse con la salpingitis aguda, y en las que ha de ponerse la consideración al decidir si conviene el tratamiento quirúrgico, son las siguientes: infección generalizada de origen pélvico, apendicitis, preñez tubaria, endometriosis pélvica y neoplasma pélvico con torcedura del pedículo.

En la **infección generalizada** de origen pélvico, la gravedad de los síntomas generales hace confusas las perturbaciones locales, y en tales casos bien puede acaecer que la infección tubaria sea de secundaria importancia. Estas enfermas por lo común han tenido parto o aborto reciente, por más que cuando el aborto es provocado ("aborto criminal") es a veces difícil obtener esta información.

Los síntomas de la **apendicitis** y la situación del dolor suelen ser característicos, pero excepcionalmente el apéndice está muy bajo y hace que el dolor a la palpación esté situado en la región de los anexos uterinos, lo cual se tendrá presente antes de hacer el diagnóstico de salpingitis derecha, en alguna paciente cuyos síntomas sean de la variedad apendicular. Cuando no es posible excluir del diagnóstico la apendicitis, debe recurrirse inmediatamente al tratamiento quirúrgico de dicha enfermedad. Cuando la inflamación y el dolor estén en el lado izquierdo, se tendrá presente la diverticulitis, y la posibilidad, siquiera remota, de la transposición de vísceras (apendicitis en el lado izquierdo).

En la **preñez tubaria**, el curso de la enfermedad, la falta de calentura y de flujo infeccioso por lo común sirven para diferenciarla con bastante certeza, y si hubiere alguna duda, se hará la prueba de Aschheim-Zondek de la preñez, que dará alguna luz cuando no haya perecido el embrión.

La **endometriosis pélvica** es un proceso crónico que no presenta signos subjetivos sino hasta que el rezumamiento intraperitoneal ocasiona dolor e incapacidad. Al efectuar la exploración se sorprende el médico de hallar un tumor de infiltración al lado, o detrás del útero, sin que la enferma haya padecido calentura ni otros signos de inflamación aguda.

En el **neoplasma pélvico** con síntomas del estado agudo provocado por la **torcedura del pedículo**, se halla al efectuar la exploración un tumor, cuyo gran tamaño no concuerda con los síntomas de inflamación aguda, ni con la duración de los síntomas del período agudo que ha experimentado la paciente; además de esto, faltan el flujo y los demás indicios de infección reciente.

Hay otros estados morbosos más raros, pero los que acabamos de mencionar son los que suelen causar mayores dificultades en la diferenciación de la salpingitis aguda.

Pormenores de la operación

Cuando el estado inflamatorio se vuelve en peritonitis de rápida diseminación, el tratamiento ha de ir encaminado ya no a contrarrestar la salpingitis con peritonitis pélvica moderada, sino la peritonitis general. Esto sucede principalmente en la inflamación pélvica postpártum, o postabórtum, y es una de las infecciones puerperales más graves. El origen del estado inflamatorio puede ser la extensión directa por entre la pared uterina, hasta el peritoneo, o bien la diseminación primero a las trompas uterinas, y de ahí al peritoneo. Séase como se fuere, la peritonitis que resulta es sumamente virulenta, se propaga con gran rapidez y pone en grave peligro la vida de la enferma. La inflamación gonocócica rara vez termina en peritonitis generalizada, ya que en el período agudo la inflamación está circunscrita en las trompas, y sólo provoca bastante peritonitis local para circunscribir el área infecta. No obstante la rareza de la peritonitis general de origen gonocócico, bien será tener presente su posibilidad, en especial cuando la infección gonocócica se presenta en niñas o adolescentes.

El que haya peritonitis general no significa forzosamente que tenga de ejecutarse la operación quirúrgica, puesto que el tratamiento comprende tanto las disposiciones no quirúrgicas como las quirúrgicas, y varía en gran manera según las circunstancias y la opinión del médico. Cuando el tratamiento menos enérgico no logre contrarrestar el progreso de la enfermedad, convendrá a veces la canalización quirúrgica de la cavidad peritoneal.

Canalización peritoneal.—Hay dos métodos de efectuar la canalización peritoneal, a saber, la colpotomía y la celiotomía. La primera se emplea cuando al parecer es acertada la evacuación peritoneal en la peritonitis puerperal diseminante, de intensidad dudosa, ya que la inflamación del peritoneo puede estar aún lo bastante circunscrita, para que la canalización que se haga por la vía vaginal, favorezca la curación. En las infecciones virulentas es particularmente importante evitar la contaminación peritoneal general, inherente a la celiotomía, y el origen puerperal de la infección acrecienta las probabilidades de que el estado morbozo esté circunscrito en las porciones inferiores de la pelvis, sin que haya tumor tubario de consecuencia. Conviene la celiotomía cuando es menester la canalización peritoneal, a causa de que la peritonitis diseminante es de tal magnitud, que no bastaría la canalización por la vía vaginal. La probabilidad de que haya tumor en los anexos uterinos, que quizás requiera su extirpación incidental, hace aún más necesaria la operación abdominal, como también demanda dicha vía la incertidumbre del diagnóstico y la duda de que pudiera encontrarse alguna de las enfermedades confusas arriba mencionadas.

Colpotomía.—Se abre la cavidad pélvica por medio de la colpotomía posterior y se da salida al exudado peritoneal infecto. Se palpan el útero y sus apéndices, y caso que hubiere acumulación de pus, se evacua éste. Se colocan grandes tubos de goma para desagüe (Fig. 33), se taponan flojamente la pelvis con gasa, cuyos extremos se dejan salir por la vagina (Fig. 33). Para efectuar el taponamiento intraperitoneal algunos autores aconsejan la gasa yodoformada lavada, pero se han relatado varios envenenamientos a causa de la absorción de yodoformo y, por consiguiente, es más seguro emplear gasa simple impregnada levemente de alguna solución antiséptica débil, ya que lo más importante es el desagüe, lo cual se logra con los tubos de goma. La gasa, taponada en la herida, alrededor de los tubos, cohibe la hemorragia, a la vez que deja abierta una cavidad de buen tamaño alrededor de dichos tubos, y con ello se canaliza toda la pelvis, en vez de canalizar tan sólo una cavidad pequeña, que quizás fuera lo único que quedase si se dejaran contraer los tejidos alrededor de los tubos inmediatamente después de su introducción. Hecho esto, se taponan con gasa la vagina, se aplica un apósito grande sobre la vulva y se encama a la paciente. El tapón vaginal puede quitarse al cabo de veinticuatro horas; entonces se efectúa el aseo de la vagina y se inserta un nuevo tapón, o bien se aplican irrigaciones vaginales, según se prefiera. El tapón pélvico ha de dejarse por un período de dos a cuatro días, con

tal que haya habido en este tiempo suficiente desagüe. Al sacar la gasa se tendrá cuidado de no extraer los tubos de goma, que efectúan eficazmente el desagüe e impiden que se cierre la herida vaginal.

Celiotomía.—Se abre el abdomen con una incisión en la línea media, se entuba bien la cavidad abdominal, hasta las profundidades de la pelvis (Fig. 34), y se extirpan, o se dejan los anexos uterinos dañados, según se crea conveniente. En tiempos pasados se empleaban para ello tubos de caucho, pero en el día de hoy suelen usarse los tubos de goma.

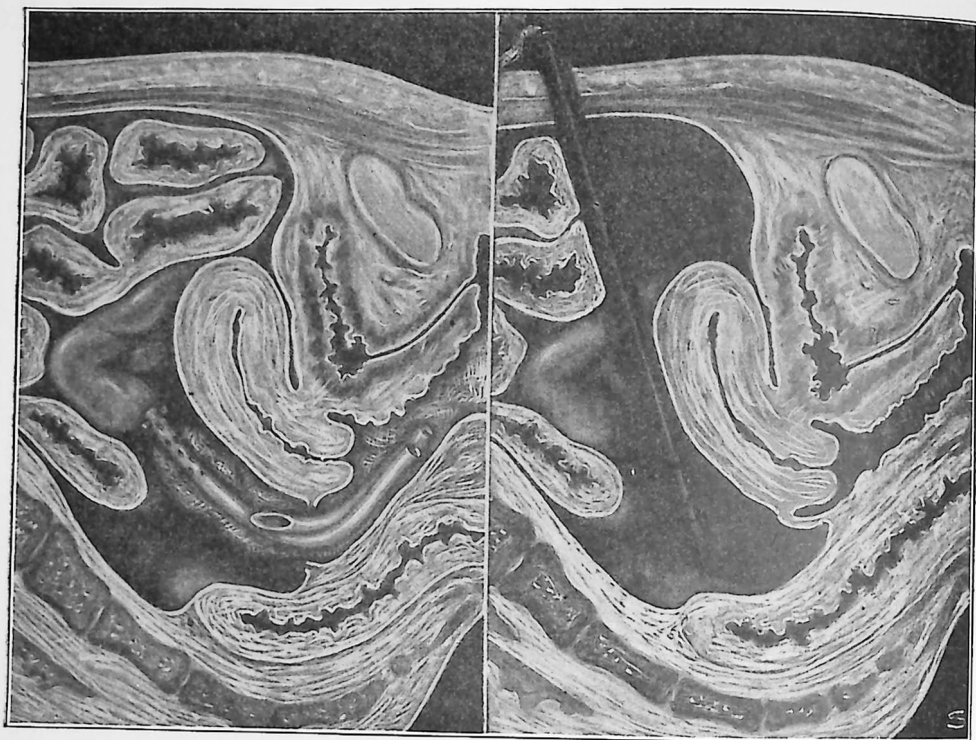


Fig. 33

Fig. 34

Fig. 33.—Desagüe vaginal para el tratamiento de la peritonitis pélvica. Se puede colocar uno o dos tubos.

Fig. 34.—Desagüe abdominal para el tratamiento de la peritonitis pélvica; puesto que se pudiera romper el tubo de vidrio, se emplea uno de vulcanita, según se ve en la lámina, pero en la hora presente los autores se valen de la sonda de goma.

De los dos métodos de canalización pélvica, el primero (colpotomía) es el que ha de preferirse las más de las veces, en la peritonitis pélvica aguda de naturaleza virulenta, cuando la inflamación aun está circunscrita en la pelvis. Si no ha sido invadida la cavidad peritoneal, con la colpotomía se logra todo cuanto podría lograrse con la celiotomía, a saber, la evacuación de cavidades virulentas, la canalización y el desagüe de áreas infectadas, y el método acarrea menos peligros para la paciente. Como es de suponer, si la infección se ha propagado ya a las porciones superiores de la cavidad peritoneal, bien puede suceder que haya acumula-

ciones de flúido séptico en la porción central del abdomen, que no puedan ser evacuadas por la vagina. En tales circunstancias suele requerirse la operación abdominal, ora por sí sola, o acompañada de la canalización vaginal. Además de la evacuación de la cavidad peritoneal infectada por medio de la colpotomía, o de la celiotomía, o por ambos métodos, hay otras disposiciones de mucha entidad, que han de ponerse por obra en el tratamiento de la peritonitis aguda, a saber: el lavado gástrico, la sustracción de alimentos por la boca, con el fin de evitar la peristalsis intestinal dañosa; la posición de Fowler, para facilitar el desagüe; la inyección de grandes cantidades de solución salina normal (suero artificial), para fortalecer los órganos vitales y acrecentar la eliminación; la transfusión sanguínea y la administración de medicamentos antimicrobianos, tales como los inmunógenos y el prontosil.

CELULITIS PÉLVICA AGUDA

Esta linfangitis aguda del tejido conectivo pélvico, suele ser causada por la infección estreptocócica o estafilocócica subsecuente al parto, al aborto o a los desgarros cervicales. De cuando en cuando es ocasionada por el gonococo. El curso de la enfermedad es semejante al de la celulitis aguda en cualquiera otra parte del cuerpo, que termina en el restablecimiento y la resorción de la mayor parte del exudado, o bien en la formación de absceso, o en la infección general. Si se forma el absceso, según se manifiesta en la fluctuación del área dolorosa, ha de hacerse la canalización. Cuando hay acumulación de exudado que forma tumor, con fiebre intensa, leucocitosis, dolor y sensación dolorosa a la presión, todo lo cual indica la propensión al proceso supurativo local, es de aconsejar la evacuación del tumor.

La figura 35 pone a la vista los diversos sitios donde puede formarse el absceso, o el tumor de exudado, en el tejido conectivo pélvico. Las más veces el centro inflamatorio está en el gran conglomerado de tejido conectivo que se halla a los lados de la porción inferior del útero. Al crecer el tumor de exudado, propende a dilatarse en la dirección donde encuentra menor resistencia, que es hacia abajo y hacia atrás, de resultas de lo cual, el absceso y el tumor formado por la infiltración y la impregnación celular invaden la excavación rectouterina ("fondo de saco" posterior), invasión que puede progresar hasta que todo el conglomerado ocupe la porción posterior de la pelvis, inmediatamente atrás del cuello uterino, ora al rechazar la excavación antedicha, o bien a causa de la inflamación concomitante de ella y del exudado peritoneal, que forma arriba una especie de pared y separa la porción inferior de la excavación rectouterina, de la cavidad peritoneal. En cualquier caso puede abrirse y evacuarse el absceso sin invadir la cavidad peritoneal. Esta es la variedad común de absceso pélvico que requiere la evacuación, y describiremos primero su tratamiento quirúrgico, para hacer más adelante la descripción del método de evacuar el absceso que aun está situado muy hacia

la porción lateral, y que posiblemente no haya invadido la excavación recouterina (véase en este mismo capítulo el párrafo titulado "Variaciones").

Evacuación del absceso.—Cuando el absceso que se forme esté separado de la cavidad vaginal tan sólo por la pared adelgazada de la vagina, la evacuación será muy sencilla y puede efectuarse con anestesia local, o aun sin anestesia. Con todo, es raro que esto suceda, ya que por lo común debe diagnosticarse y evacuarse el absceso mucho antes de que alcance este período.

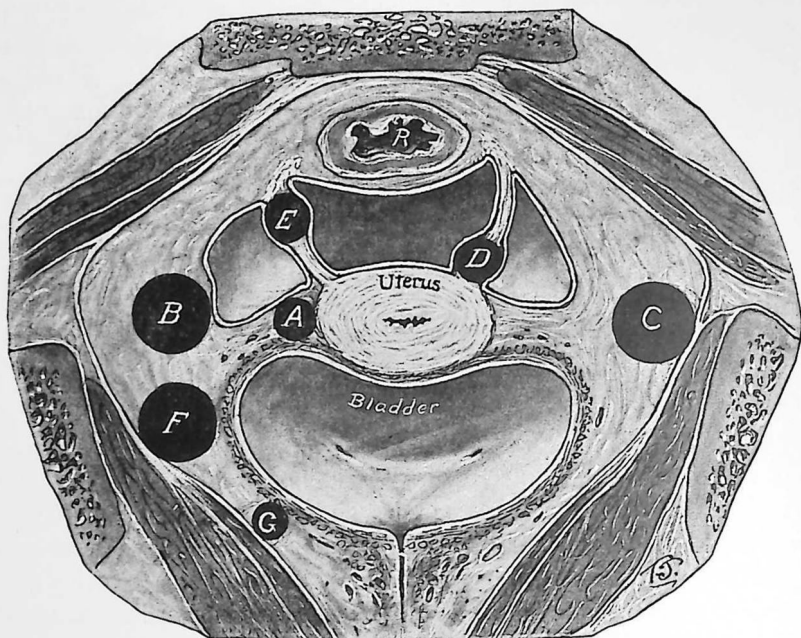


Fig. 35.—Dibujo que representa los diversos sitios en que se puede hallar algún tumor paramétrico: *A*, cerca de la porción lateral del cuello; *B*, en el centro del ligamento ancho; *C*, en la porción lateral del mismo; *D*, en el ligamento sacrouterino, cerca del cuello; *E*, en la porción posterior del ligamento sacrouterino; *F*, a un lado de la vejiga; *G*, en la porción anterior de la pelvis. El grabado representa un corte de la pelvis a una altura que incluye una pequeña porción del repliegue peritoneal posterior en cada lado.

La evacuación de un absceso pélvico en su período incipiente, requiere conocimientos y habilidad, 1º, para evitar traumatismo a los tejidos contiguos, y 2º, para disponer y efectuar la canalización eficaz. En su período incipiente el absceso es pequeño y está situado a cierta distancia de la pared vaginal, en medio de importantes tejidos, algunos de los cuales pueden quedar entre el absceso y el sitio de la incisión en la pared vaginal. En tales casos, los diversos tiempos de la operación serán los siguientes:

1º *Exploración de la paciente anestesiada.*—Luego de anestesiarse a la paciente y de hacer el aseo de la vagina, se efectúa la exploración bimanual, con el fin de averiguar el tamaño y las relaciones del tumor inflamatorio, y de cerciorarse de cuál es la porción fluctuante. Se determinará asimismo si el abultamiento está detrás del cuello uterino, en saco cerrado, o en la porción lateral de aquél, con probable comunicación

con la excavación peritoneal. Se determina con exactitud el contorno del cuerpo uterino, cerciorándose de su tamaño y situación, a fin de averiguar si se halla en su posición normal hacia delante, o desviado hacia atrás, y si está incluido en el abultamiento posterior. Si el tumor queda detrás del cuello, está cerrada la excavación rectouterina y no estorba el cuerpo del útero, se hace la incisión y el despegamiento de los tejidos directamente hacia atrás, según se dirá en los siguientes tiempos.

2º *Incisión de la pared vaginal.*—Se introduce el espéculo de autofijación, o el separador perineal sencillo, se limpia una vez más la vagina con alguna solución antiséptica, se coge el labio posterior del cuello con pinzas erinas y se levanta el cuello, con el fin de poner a la vista la bóveda vaginal posterior. A continuación se coge firmemente con pinzas

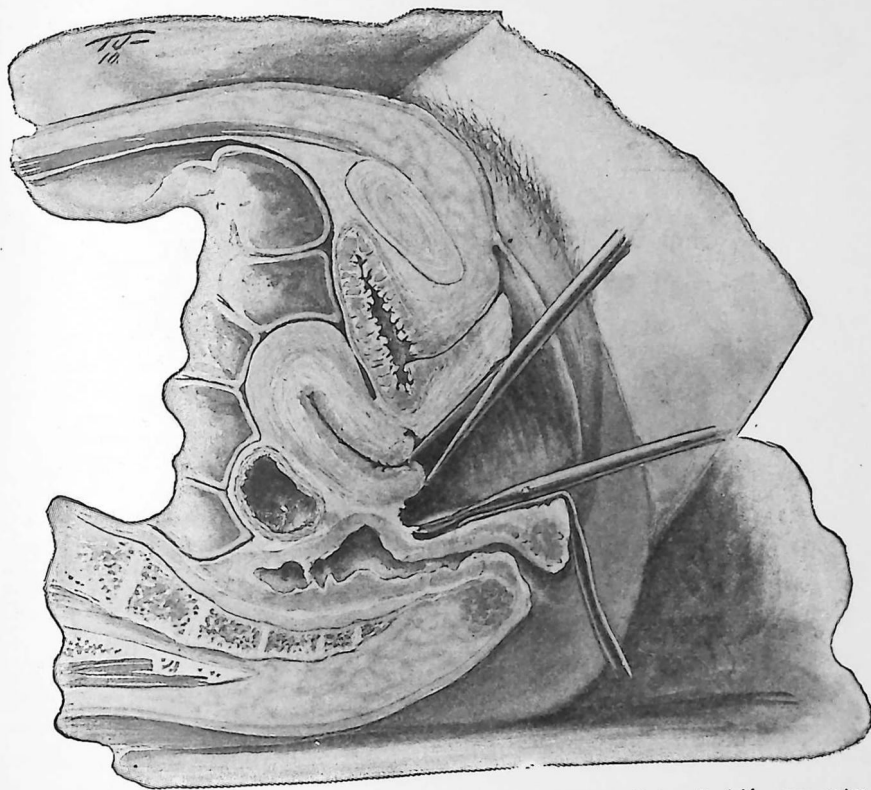


Fig. 36.—Desagüe vaginal para el tratamiento del absceso pélvico. Incisión por entre la pared vaginal; se introdujo el separador y se cogió del cuello uterino con pinzas especiales, después de lo cual se comprimió con unas pinzas la pared vaginal un poco atrás del cuello.

largas la pared vaginal posterior, un poco atrás del cuello, y con las tijeras o el bisturí se divide la membrana mucosa vaginal entre las pinzas y el cuello (Fig. 36). Alárgase luego la incisión hacia ambos lados, formando una curva moderada alrededor del cuello, hasta que su longitud sea de 2.5 a 3.25 centímetros (Fig. 42), con lo cual se forma una abertura en el tejido conectivo detrás del cuello (Fig. 36).

3º *Despegamiento digital en el tejido conectivo.*— Este despegamiento de los tejidos se efectúa más segura y convenientemente valido del sentido del tacto, para lo cual se extrae el espéculo, o el separador peritoneal y se introducen dos dedos en la vagina, uno de los cuales se inserta en la herida que se hizo detrás del cuello; con este dedo se hace la separación digital hacia arriba, por entre el tejido conectivo, sin separarse de la pared cervical, la que se distingue por su mayor dureza. Para facilitar el despegamiento se introducen cerradas las tijeras de punta obtusa, un

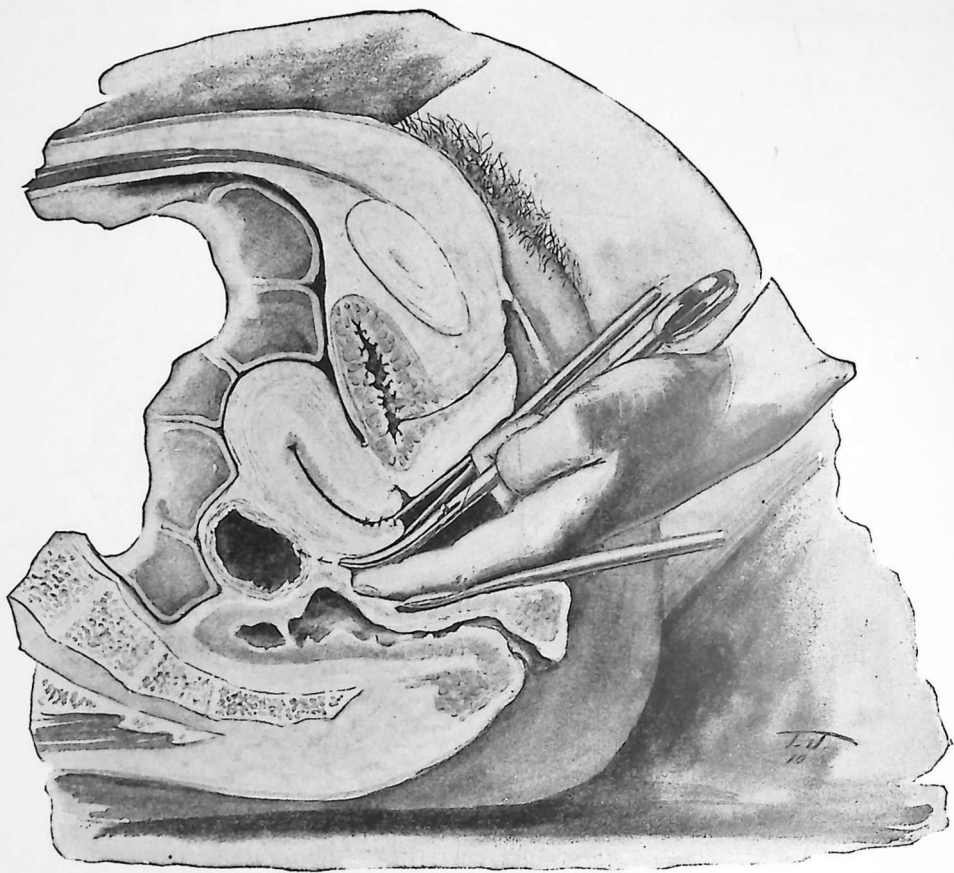


Fig. 37.—Despegamiento de los tejidos con instrumento sin filo, por entre el tejido conectivo. Para poder introducir los dedos en la incisión vaginal se quitó el separador, y se está haciendo el antedicho despegamiento por entre el tejido conjuntivo con los dedos y con tijeras de punta obtusa, según se describe en el texto. Las flechitas indican la dirección en que se hace el despegamiento, esto es, entre el absceso y la matriz, y no entre el absceso y el recto, y se puede colegir que cada flecha representa una introducción hacia delante de las tijeras de punta roma, adelante de la punta del dedo.

poco adelante del dedo (Fig. 37), después de lo cual se abre bien dicho instrumento. Hecho esto, se mete el dedo en la abertura que hicieron las tijeras en el tejido conectivo, vuelven a introducirse aquéllas y a abrirse delante del dedo, y de esta manera se hace rápidamente y sin peligro un amplio conducto por entre el tejido conectivo, con tal que el cirujano

no se aparte del cuello. En el grabado 37, cada flechita representa una clavada hacia delante de las tijeras de punta obtusa, que, como se ve, se hace delante del dedo. Adviértase que el despegamiento se efectúa entre el útero y el absceso, y no entre el recto y el absceso, con lo cual se evita el peligro de desgarrar el recto. Por otra parte, ha de ponerse cuidado en no hacer la separación hasta penetrar en el cuello uterino, lo cual advertiría el cirujano al encontrarse fuerte resistencia mucho antes de llegar al absceso.

4º *Perforación de la pared del absceso.*—En llegando a la pared del absceso, se hace dificultoso o imposible el continuar la separación con

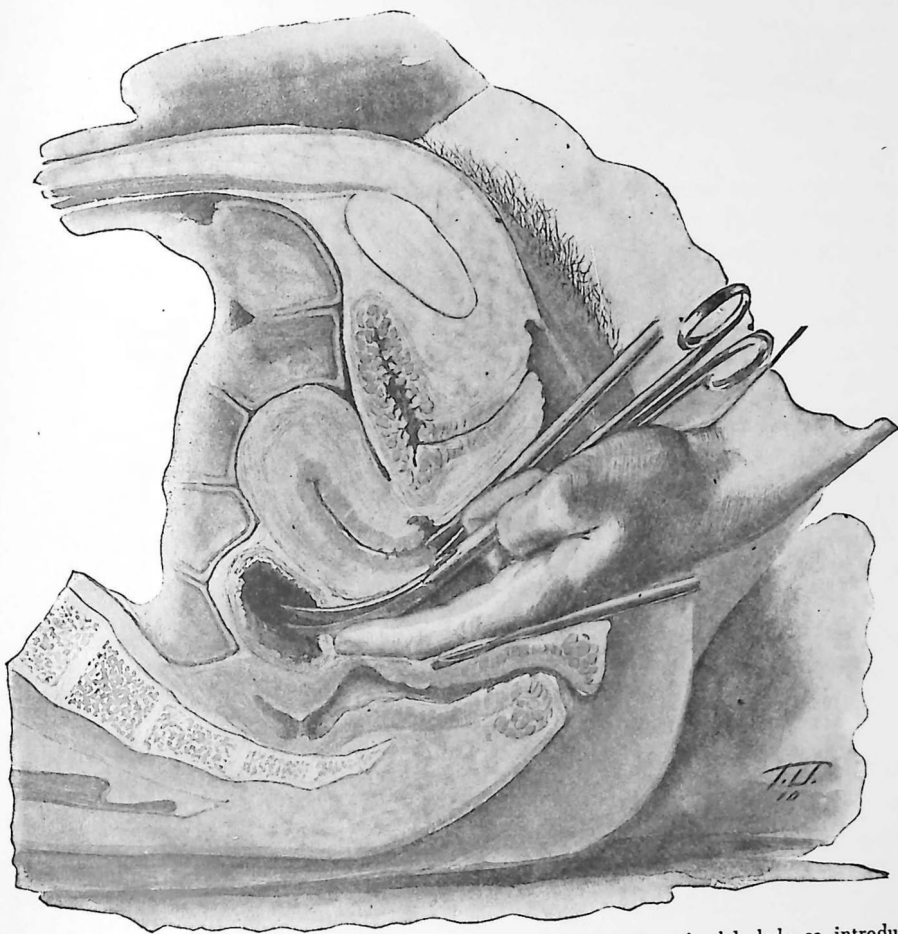


Fig. 38.—Penetración por entre la pared del absceso. Con la guía del dedo se introdujo la punta de las tijeras puntiagudas hasta penetrar en la cavidad del absceso, y después se abrieron las ramas del instrumento.

instrumento obtuso. Esta densa pared de tejido condensado que impide el continuar el despegamiento es particularmente notable en los abscesos inveterados, si bien es bastante perceptible aun en los agudos. Se cambian

entonces las tijeras obtusas por las puntiagudas, y con ellas se hace la perforación en el centro del tumor inflamatorio, pero antes es menester cerciorarse de que la puntura no penetrará en el recto. Las materias fecales endurecidas que éste contiene se confunden a veces con una porción del tumor inflamatorio, o bien una parte distendida del recto pudiera tomarse por el tumor fluctuante, blando y elástico; además, sucede a



Fig. 39.—Luego de colocar el tubo para desagüe; dicho tubo se corta de manera que el cabo quede poco más o menos en el centro de la vagina. El tapón de gasa que sirve para cohibir la hemorragia en la herida penetra hasta el tejido conjuntivo, alrededor del tubo, pero sin llegar hasta la cavidad del absceso.

veces que una porción distendida de dicha víscera sobresale por entre la bóveda vaginal y el absceso. En la figura 36 se muestra claramente la peligrosa proximidad del conducto recién abierto, con la pared rectal. Si el despegamiento con instrumento obtuso no se aparta del útero, se llegará a la pared del absceso en un sitio cercano a dicho órgano, y quedará una gran parte de la cavidad piógena entre el sitio de la perforación y el

recto, según se ve en la figura 37. Si por acaso hubiere alguna duda acerca de esto, dejaránse las tijeras en el conducto, y con el dedo enguantado se hará el tacto rectal; esta exploración da idea exacta de la porción de tejido que queda entre el sitio donde se intenta hacer la perforación (indicado por el extremo de las tijeras) y la porción más cercana a la pared rectal.

Luego de empujar las tijeras curvas puntiagudas por entre el centro del tumor, se abre bien el instrumento y sin cerrarlo se saca de la cavidad (Fig. 38), con lo cual se deja un conducto muy amplio que comunica con el absceso. Introdúcese entonces en la cavidad uno o dos dedos, y se explora su pared para averiguar si hay cavidades secundarias, y caso que se hallare otra área fluctuante, se abrirá con el dedo, o con las pinzas para curaciones uterinas, o bien con las tijeras, teniendo cuidado de no traumatizar el recto ni confundir alguna porción adherente del intestino con una cavidad piógena fluctuante. Sin embargo de que alguna asa intestinal adherente puede sentirse suave y elástica a la palpación, no presenta la fluctuación tensa ni la resistencia del absceso, a menos que haya oclusión. Al palpar el interior del absceso, se harán con delicadeza todas las manipulaciones, a fin de no perforar la pared protectora de exudado.

5^o *Canalización.*—Luego de abrir todas las cavidades piógenas introdúcese en la cavidad del absceso un tubo para desagüe de diámetro bastante grande (Fig. 39), límpiase la vagina y pónese un tapón flojo de gasa antiséptica, cuyo extremo superior ha de atacarse con bastante firmeza en el tejido conectivo, alrededor del tubo para desagüe, lo cual sirve para contener cualquiera hemorragia que hubiere en ellos. La gasa sólo se introducirá en corto trecho dentro de la herida, de manera que al extraerla no arrastre consigo el tubo para canalización, el cual se dejará hasta que la cavidad quede casi totalmente obliterada por tejido de granulación, lo que requiere de dos a seis semanas.

El tubo para desagüe no permanecerá en su sitio a no ser que se emplee algún artificio especial. La figura 40 muestra una manera conveniente de formar dos orejas transversales introduciendo en el tubo grande un pedazo de tubo más pequeño por entre dos agujeros que se hacen en el primero. Este tubo se introduce en la cavidad del absceso cogiéndolo con pinzas largas, según se indica en la lámina, y luego de colocado se sacan las pinzas; las orejas transversales vuelven a su primera posición y evitan que se resbale el tubo fuera de la cavidad. Para sacarlo se hace tracción leve, que obliga a plegarse las orejas, con lo cual puede quitarse el tubo sin causar mucho dolor. La figura 41 pone de manifiesto otro método para formar en el tubo dos orejas transversales.

Luego de insertar el tubo, se corta su cabo inferior poco más o menos en el centro de la vagina, y se distribuye el tapón vaginal de gasa alrededor de él. Cuando se deja que el tubo salga por el orificio vaginal, causa irritación más o menos intensa en las superficies externas, y si se deja

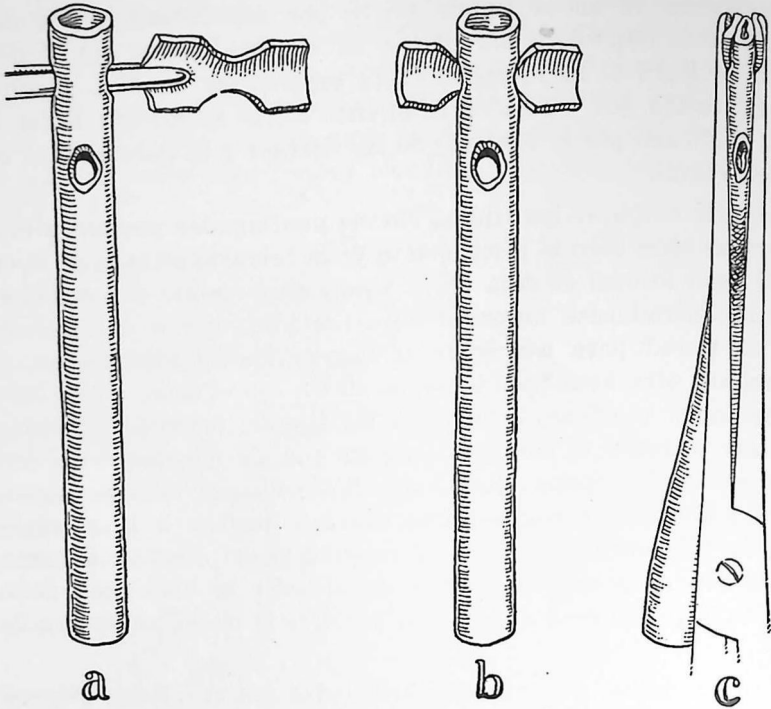


Fig. 40.—Dibujos que representan la disposición de un tubo para desagüe, mediante un pequeño travesaño en el extremo del tubo para evitar que se salga de la cavidad del absceso: *a*, se introducen unas pinzas por los pequeños agujeros que se abren previamente en el tubo, y con ellas se agarra el travesaño preparado de antemano; dicho travesaño consiste en un pedazo de tubo de goma abierto que se recorta de manera que después de pasarlo por el tubo de desagüe no se pueda resbalar; *b*, luego de colocar el travesaño; *c*, con las pinzas se comprimen los extremos del travesaño antes de introducir el tubo en la cavidad del absceso.

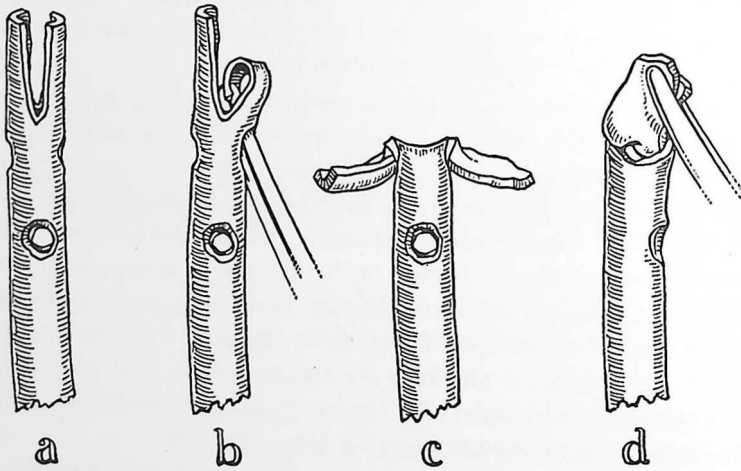


Fig. 41.—Otra manera de disponer el tubo de desagüe para evitar que se resbale: *a*, se corta longitudinalmente el extremo del tubo y se hacen dos pequeños agujeros en la base de cada oreja así formada; *b*, manera de pasar una oreja por entre el pequeño agujero que se hizo en su base; *c*, después de volver al revés ambas orejas; *d*, con las pinzas se comprimen ambas orejas antes de introducir el tubo en la cavidad del absceso.

demasiado corto, es fácil que se resbale hacia la cavidad del absceso y se pierda.

Errores que han de evitarse.—Uno de los errores que han de evitarse es la *irrigación de la cavidad piógena*. La amplia abertura que se haga en ésta, suprimirá la tensión, lo cual, junto con la evacuación, o el desagüe, subsecuente por medio del tubo, basta para efectuar la curación. Aun más, la corriente de flúido en la cavidad del absceso podría causar la abertura en algún sitio poco resistente de la pared protectora, y dar origen a la infección de la cavidad peritoneal. Por consiguiente, la irrigación no tan sólo es innecesaria, sino también peligrosa y puede ocasionar la peritonitis mortal, en circunstancias en que la enferma se habría recuperado presto con la sola evacuación.

Otro error en el que se procurará no incurrir, es el de *fiarse demasiado en la canalización por medio de la gasa*, lo cual es la causa de muchos fracasos y operaciones secundarias. Siempre que haya absceso, habrá forzosamente supuración por algún tiempo, y el pus ha de tener fácil salida por el tubo para canalización. El atacamiento de gasa es muy útil para contener la hemorragia, o para conservar abierto por algunos días el conducto por donde ha de evacuarse el absceso, pero es ineficaz cuando se requiere la evacuación continua y prolongada, como sucede casi siempre que se ha formado el absceso. En los tejidos apiñados y contrayentes de la pelvis, el tubo para canalización es el único medio de conservar abierto el conducto, el tiempo necesario para que se llene de tejido de granulación una gran cavidad, y el momento oportuno para colocar convenientemente dichos tubos, es cuando la enferma está anestesiada y recién abierto el absceso.

Variaciones.—Cuando en el absceso tubario aun no ha escapado el pus de la trompa, se abre la excavación rectouterina (“fondo de saco” de Douglas) antes de llegar al absceso propiamente dicho (pared tubaria). La sobredicha excavación algunas veces ha quedado separada de la cavidad peritoneal general, y otras no; en algunos de estos casos se escapa pequeña cantidad de flúido seroso al abrir la excavación. Cuando se explora esta cavidad no purulenta, el dedo tropieza con la trompa distendida y fluctuante, la cual se abre y se da salida a abundante cantidad de pus. En tales circunstancias, se tendrá cuidado, primero, de hacer una abertura bastante grande en la pared de la trompa distendida, y segundo, de colocar el extremo del tubo para desagüe dentro de la trompa enferma, y no simplemente en la excavación rectouterina.

Al evacuar algún absceso del ligamento ancho evitaráse abrir la excavación peritoneal, ya que dicha abertura es no sólo innecesaria, sino peligrosa, puesto que no es muy probable que la excavación no infectada esté separada de la cavidad peritoneal por la pared protectora. Si el tumor inflamatorio está situado hacia un lado, se divide la pared vaginal según queda dicho, y se efectúa luego la separación lateral entre las hojas del ligamento ancho, según muestran las flechas laterales de la

figura 42. De esta manera puede evacuarse fácilmente el pus, aun cuando esté situado en la porción superior del ligamento ancho, sin necesidad de abrir la cavidad peritoneal y sin traumatizar los tejidos contiguos. En la figura 43 se ve el dedo índice abriendo camino hasta el absceso situado en el ligamento ancho izquierdo, y la figura 44 indica la posición y las relaciones que guarda la punta del dedo al penetrar en la cavidad del absceso. Adviértase la gran proximidad con el uréter y la cavidad uterina.

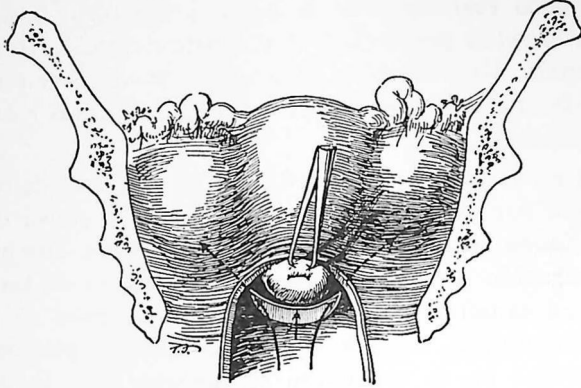


Fig. 42.—Evacuación de un absceso lateral; después de dividir la pared de la vagina, se efectúa hacia un lado el despegamiento con instrumento sin filo, hasta llegar al ligamento ancho del lado enfermo, según indica la flecha; de esta manera se evita abrir la cavidad peritoneal.

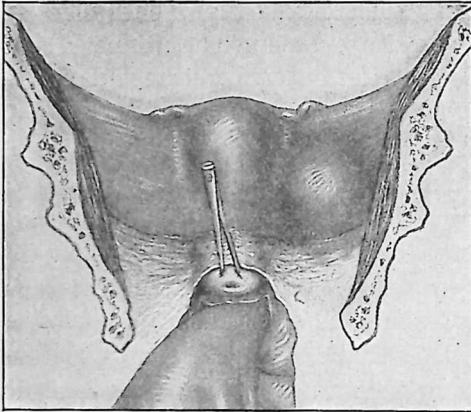


Fig. 43

Fig. 43.—Se mete el dedo enguantado por la colpotomía posterior y se dirige hacia el absceso en el ligamento ancho izquierdo.

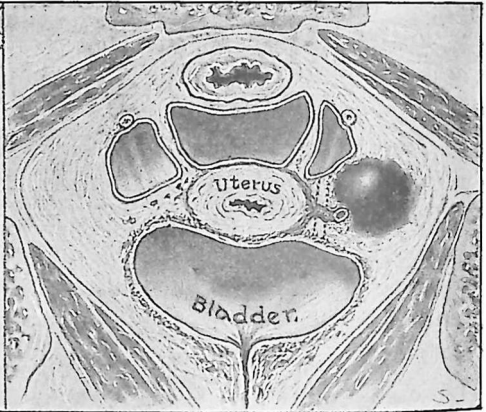


Fig. 44

Fig. 44.—Se ve la punta del dedo al salir (o, por mejor decir, al entrar) en la pequeña cavidad del absceso situada en el ligamento ancho. Adviértase la proximidad del uréter y de la arteria uterina.

Cuando hay tumor inflamatorio agudo sin formación de pus, conviene en ciertas ocasiones hacer la canalización. Multitud de veces es imposible saber con certeza antes de efectuar la operación, si hay absceso en el tumor inflamatorio; por tanto, si los síntomas generales son muy señalados y hay acrecentamiento del tumor y del dolor a la palpación, conviene

hacer la canalización, fundada en el principio general de cirugía que enseña ha de evacuarse inmediatamente cualquier centro de infección aguda que el organismo no haya logrado limitar. En tal caso, los tiempos de la operación son semejantes a los que se ejecutan para abrir el absceso ya formado, conviene a saber: despegamiento digital o con instrumento obtuso, por entre el tejido conectivo, perforación en el centro del tumor con tijeras puntiagudas y dilatación del conducto formado extrayendo las tijeras bien abiertas, después de lo cual se palpa el interior del tumor con uno o dos dedos, y si es necesario se abre aún más en varias direcciones. Caso que no hubiere pus, se tapona flojamente la cavidad con gasa y, puesto que no hay cavidad piógena bien formada, no es menester el tubo para desagüe. Sin embargo de lo dicho, si al extraer la gasa al cabo de dos o tres días se nota que hay abundante supuración (a causa de haberse abierto en la cavidad algún absceso contiguo, o por razón de haber alcanzado el estado inflamatorio el período de supuración), se introducirá entonces un tubo de goma delgado con orejas, al extraer la gasa. Si no hay pus, no es necesario introducir el tubo, y tan sólo se hará la irrigación vaginal, y si se prefiere se taponará flojamente con gasa el conducto. En muchas ocasiones hemos observado notable alivio del dolor y la rápida resolución de procesos inflamatorios agudos sin supuración, después de efectuar la canalización según queda dicho.

Tratamiento postoperatorio.—Lo más importante del tratamiento postoperatorio de abscesos pélvicos recién evacuados, es: 1º, continuar el desagüe hasta que la cavidad quede casi totalmente llena de tejido de granulación, y 2º, evitar irritación indebida, tal como la que se ocasionaría haciendo taponamientos repetidos, explorando el conducto o irrigando frecuentemente la cavidad del absceso.

La inobservancia de la primera prevención muchas veces es causa del fracaso, y de que se forme nuevamente el absceso y sea menester una segunda operación; esto es, en aquellas pacientes que han sido bien escogidas y a quienes sin género de duda convenía la evacuación por vía vaginal. La falta de acatamiento de la segunda advertencia, da origen al dolor indebido e innecesario y a la irritación que ocasionan las repetidas exploraciones con la sonda, los taponamientos del conducto supurante, y a la vez cooperan al fracaso, al extraer el tubo para desagüe bien colocado, que es el único medio de efectuar de continuo la evacuación en ese sitio.

El tapón vaginal de gasa se extrae al cabo de uno o dos días; después de esto se hacen irrigaciones vaginales antisépticas, de una a tres veces al día, lo que dependerá de la abundancia de la supuración. La paciente ha de permanecer encamada por una semana, y si al cabo de este tiempo no hubiere dolor ni calentura, se permitirá que se levante. Si en cualquier momento se tapare el tubo de goma, podrá destaparse inyectando por él un poco de peróxido de hidrógeno. Si esto fuere ineficaz, se extraerá, ya que probablemente esté ocluido por tejidos esfacelados o por algún conglomerado fibrinoso; luego de limpiarlo muy bien, se introducirá de nuevo, o bien se colocará uno más delgado. La posición de Sims suele ser

más conveniente que la dorsal para cambiar los tubos, o efectuar cualquiera manipulación en la abertura que se hizo detrás del cuello.

El tubo para desagüe se dejará en su sitio mientras haya cavidad que evacuar, y el tiempo varía entre dos y seis semanas. Si al cabo de una semana de tener el tubo grueso, se queja la paciente de dolor al evacuar, o de algún otro dolor en la pelvis, quítese dicho tubo e introdúzcase uno más pequeño. Al contraerse la cavidad del absceso es preciso reducir el tamaño del tubo y de las orejas, lo bastante para evitar úlceras por presión de la pared rectal. Las irrigaciones se continúan cuando menos por una semana después de extraer el tubo y de que haya cesado la supuración.

TROMBOFLEBITIS

En algunas pacientes de inflamación pélvica aguda, el estado inflamatorio comprende principalmente el interior de las venas, lo cual acaece casi privativamente en las infecciones postpártum o postabórtum. Después del parto hay normalmente abundante trombosis venosa, que se extiende desde el sitio donde estuvo implantada la placenta hacia fuera. Cuando se infectan estos trombos, se presenta una de las variedades más confusas y mortales de inflamación pélvica aguda, a saber: la tromboflebitis séptica. Al reblandecerse y desintegrarse los trombos infectados, se forman nuevos trombos arriba de la región infecta, lo cual tiene por objeto separar dicha área de la supuración general. Con el decurso del tiempo son invadidos por las bacterias los trombos recién formados, después de lo cual se forman otros arriba de ellos. Este proceso morboso continúa a veces hasta que los grandes troncos venosos quedan invadidos por la trombosis, la cual se propaga por las venas ováricas a la vena cava inferior, o por medio de las venas uterinas a la íliaca interna y a la íliaca común.

Quando la trombosis se forma muy arriba del sitio de la infección, ésta permanece limitada, mas si la infección se adelanta a la trombosis, las bacterias y el pus se vierten en la circulación sanguínea y dan origen a la piemia generalizada y a la formación de abscesos en diversas partes del cuerpo.

Por lo común hay poco dolor espontáneo y dolor intenso a la palpación, en tanto la enfermedad está reducida al estrecho límite de las venas, mas bien puede suceder que la infección cunda por entre la pared vascular al tejido conectivo del ligamento ancho, y entonces se hacen manifiestos los signos comunes de la celulitis pélvica. En tales casos, el tratamiento quirúrgico es semejante al del absceso pélvico de cualquier otro origen, a saber, incisión vaginal y canalización (Figs. 42 a 44).

Quando la trombosis es progresiva, es a veces posible y conveniente ligar las venas dañadas arriba del sitio que ocupa el trombo infectado, lo cual se logra más eficazmente en la trombosis de las venas ováricas, a causa de su accesibilidad. Muchas veces son éstas las únicas venas dañadas, ya que el proceso tromboflebítico principia en el sitio que ocupó la paciente, que suele ser la porción superior del útero.

En las figuras 45 y 46 se pone de manifiesto la técnica de la operación, que consiste en dividir el peritoneo sobre las venas dañadas, y ligar éstas firmemente arriba del trombo séptico (Fig. 45), después de lo cual se dividen las venas entre dos ligaduras (Fig. 46), y se extirpa

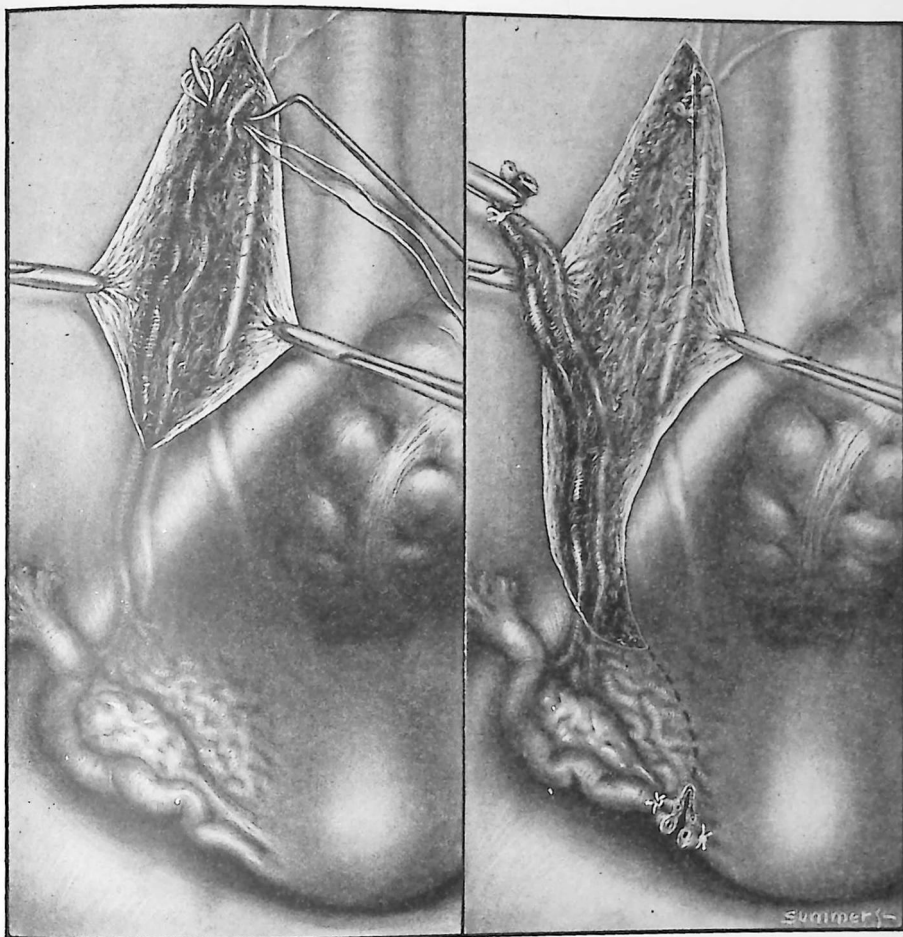


Fig. 45

Fig. 46

Figs. 45 y 46.—Ligadura y escisión de las venas ováricas trombosas.

Fig 45.—Nótense las venas dañadas y la ligadura superior.

Fig 46.—Se hizo ya la ligadura de los vasos ováricos en la porción superior, se dividieron y están siendo separados de los tejidos subyacentes. Los anexos uterinos y el conjunto de venas que se ven en la porción inferior del grabado, han de ser extirpados según indica la línea punteada.

toda la porción séptica junto con el anexo uterino del lado correspondiente (Fig. 46). Hecho esto se cierra el peritoneo.

Si el otro lado está también enfermo, se trata de igual manera, y puesto caso que cuando la enfermedad es bilateral suele estar muy infectado el útero, quizá sea necesario efectuar también la histerectomía,

en especial si el proceso tromboflebitico ha cundido en las venas uterinas, así como en las ováricas. Fácil es suponer que en tales circunstancias, la enferma no estará en estado de resistir una operación prolongada y, por tanto, ha de ejecutarse rápidamente la operación. Para ello es conveniente la histerectomía supravaginal y la colpotomía posterior para efectuar la canalización, todo lo cual puede hacerse rápidamente y con ello se logran las dos cosas esenciales: la extirpación del tejido séptico y el desagüe. En tales circunstancias, la operación quirúrgica puede salvar la vida de la paciente, si bien hay ocasiones en que el choque y el esfuerzo excesivo del organismo pueden ser desfavorables para la enferma. Así, pues, se requiere juicio y meditación para decidir lo que más convenga, así en lo tocante a la utilidad de la operación, como a la magnitud de ésta.

Algunos cirujanos han intentado la ligadura de las venas de la porción inferior del ligamento ancho (venas uterinas), para contrarrestar la trombosis de dichos vasos, pero este procedimiento tropieza con grandes dificultades, y hasta la hora presente los efectos logrados no justifican su recomendación.

INFLAMACIÓN PÉLVICA CRÓNICA

Estudiaremos las diversas formas de inflamación pélvica crónica que requieren tratamiento quirúrgico agrupándolas en dos grandes clases que representan los estados morbosos intraperitoneales y extraperitoneales, respectivamente:

- 1^a Salpingo-ooforitis.
- 2^a Celulitis pélvica.

SALPINGO-OOFORITIS CRÓNICA

Ésta comprende la salpingitis crónica y la subsecuente peritonitis pélvica crónica, así como la ooforitis crónica. A esta inflamación de anexos uterinos se aplica a veces el nombre de anexitis. La inflamación tubaria suele ser la enfermedad primitiva y la más importante, y por lo común la invasión del peritoneo contiguo y de los ovarios es de secundaria importancia. En determinada paciente puede la enfermedad consistir en la salpingitis moderada, o en la salpingitis exudativa, en el piosálpinx (trompa dilatada llena de pus), en la supuración pélvica difusa, el absceso ovárico, la salpingitis nodular, el hidrosálpinx, o bien ser causada por antiguas adherencias que provocan trastornos después de que la inflamación tubaria ha cedido casi por entero. En ocasiones queda tan sólo la ooforitis crónica, que da origen a la dilatación moderada, o la contracción del ovario (ovario cirrótico), con engrosamiento de la cápsula, que quizá se acompañe de perturbaciones endocrinofoliculares, que traen como consecuencia la falta de ruptura y la distensión de multitud de folículos.

Pormenores de la operación

Éstos varían según la enfermedad, y aun dentro de este grupo de inflamaciones intraperitoneales hay ciertas diferencias que hacen variar los diversos tiempos de la operación.

Salpingo-ooforitis común.—La variedad común de salpingo-ooforitis crónica de intensidad moderada, es aquella en que la trompa inflamada se rodea de adherencias que unen firmemente el epiplón y los intestinos con el útero y sus anexos. La inflamación cunde también al ovario, tanto así que a menudo es preciso extirparlo.

Luego de abrir el abdomen y de explorar la cavidad para determinar con certeza la índole del mal, se da principio a la extirpación de los anexos uterinos, y para ello se despegan el epiplón y los intestinos adherentes, a fin de abrirse camino a los anexos dañados, que se hallan debajo. Por lo común es más seguro empezar este despegamiento en el útero, que es el principal lindero y ha de servir de guía en el trabajo quirúrgico intrapélvico. Así, pues, lo primero que ha de hacerse es hallar dicho órgano, lo cual de ordinario no ofrece mucha dificultad, pues suele ser visible una porción de él que sirva para identificarlo. De cuando en cuando el epiplón está adherido a la vejiga urinaria, o a la pared abdominal, y hace sumamente confusas las relaciones. En tales casos, se sigue el epiplón hasta su borde inferior y ahí se le despega cuidadosamente de la vejiga y se pone a la vista el cuerpo uterino. En llegando a este punto se verán los tejidos de la manera como se hallan la mayor parte de las veces, a saber: el epiplón adherido al útero y cubriendo todo cuanto está debajo (Fig. 47).

La seguridad y la facilidad con que se efectúe el despegamiento de tales anexos adherentes, depende del sitio donde se principie. La primera separación debe hacerse en la zona donde se une el epiplón con el útero, según indica la línea de cruces de la figura 47. En despegando del útero el epiplón y apartándolo para que no estorbe, se ponen a la vista vastas adherencias intestinales (Fig. 48), las cuales se despegan lo bastante para abrirse camino hasta la pared posterior del útero (Fig. 49).

El despegamiento de todo este conjunto lateral de tejidos adherentes se principia en un sitio bastante bajo en la pared posterior del útero, y para ello se introducen los dedos detrás de dicho órgano, se busca la zona de separación, poco más o menos en la región indicada por la línea de cruces en la figura 49, y luego de despegar las adherencias obstructivas e introducir los dedos debajo de los anexos, se despegan éstos de la pared posterior del ligamento ancho, con el fin de desunirlos aún más. A continuación se estiran las adherencias intestinales, y se despegan según se ve en la figura 50.

Luego de despegar enteramente y de apartar las asas intestinales, se tira hacia arriba del conjunto formado por los anexos (tubo y ovario desintegrados) y se termina el despegamiento de éste, para descubrir el pedículo vascular (Fig. 51), después de lo cual se cogen con pinzas las

porciones medial, lateral y media del pedículo, y se dividen (Figs. 52, 53 y 54).

Líganse entonces los vasos laterales y mediales (Fig. 55), se extirpa el cabo engrosado de la trompa, sobre la pared uterina, y se cierra la

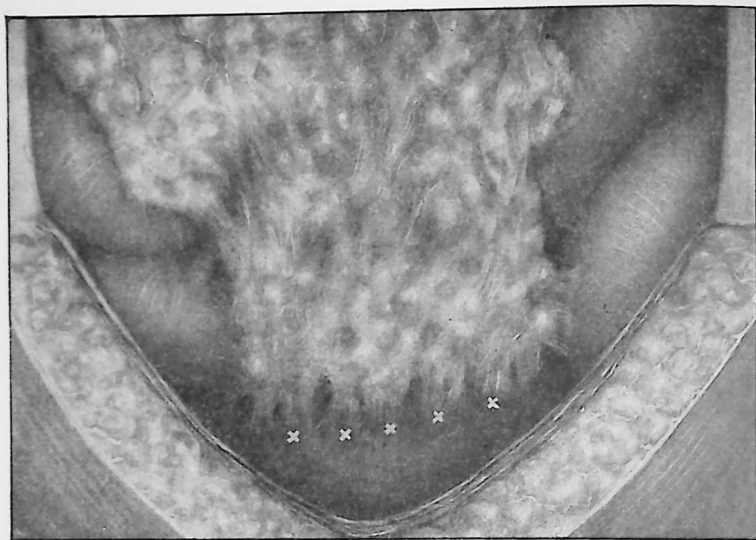


Fig. 47.—Operación abdominal para el tratamiento de la inflamación pélvica crónica. El primer tiempo consiste en separar el epiplón adherido a la vejiga, en la zona marcada con las cinco cruces.

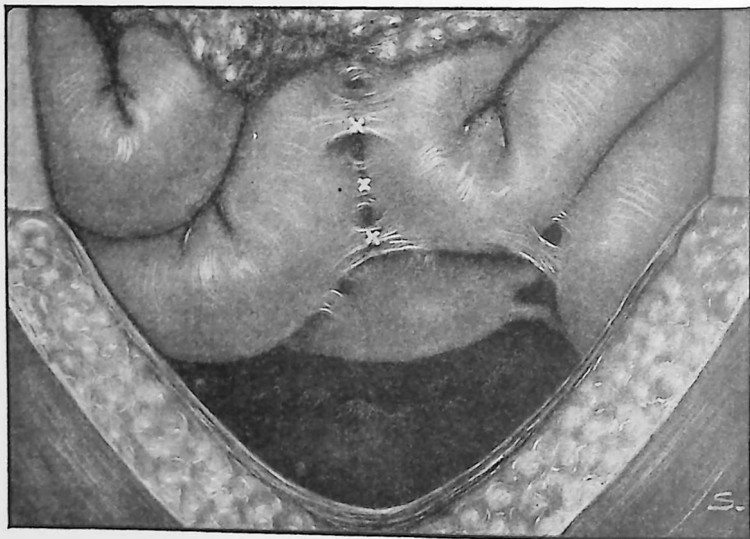


Fig. 48.—Las adherencias intestinales marcadas con las tres cruces han de ser despegadas, para poder llegar hasta la cara posterior del útero, el cual servirá de guía para el despegamiento de los tejidos pélvicos.

herida (Fig. 56). En la porción media del pedículo se hace simplemente una sutura, que por lo común basta para cohibir la hemorragia en ese



Fig. 49



Fig. 50

Fig. 49.—Después de desembarazar de tejidos adherentes la porción superior y la cara posterior del útero, es necesario hacer la enucleación de los anexos; lo cual por lo común se logra eficazmente efectuando la separación lateral desde la porción inferior de la cara posterior de la matriz, principiando en el sitio marcado con las cruces.

Fig. 50.—Haciendo el despegamiento debajo de ellos, se despegaron los anexos adheridos y se levantaron un tanto, con lo cual se ponen a la vista las adherencias intestinales, de manera que se las pueda despegar sin peligro.



Fig. 51



Fig. 52

Fig. 51.—Se hizo ya el despegamiento de casi todas las adherencias intestinales, y sólo quedan unas cuantas cerca de la pared pélvica.

Fig. 52.—Quedaron ya despegados el ovario y la trompa enfermos, hasta los pedículos vasculares, y se hizo la forcipresión con pinzas de los vasos internos. Después de despegar los anexos de los tejidos a que están adheridos, conviene estirar el pedículo vascular antes de comprimirlo con las pinzas, y hacer la división del mismo cerca de los anexos, ya que es acertado dejar un pedículo largo.

sitio. Conviene para ello hacer la sutura entrelazada (Fig. 57), y si hubiere algunos vasos sangrantes, se ligarán.

Cuando están laxos los tejidos y es largo el ligamento suspensorio, puede fijarse el cabo de éste al pedículo uterino, con lo cual se reduce el área de la superficie cruenta a una porción pequeña, la que se cubre totalmente colocando encima de ella el ligamento redondo (Fig. 58).

Mas si fueren cortos los tejidos laterales, no convendrá ejecutar el tiempo antecedente, ya que con ello se desviaría mucho el útero hacia un lado y pudiera quedar en posición hacia atrás. En tal caso, se cohibe

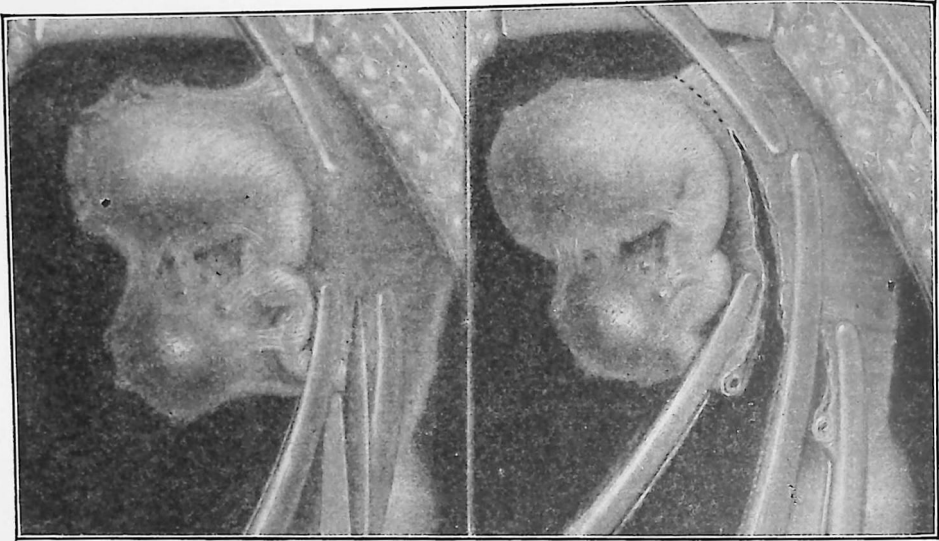


Fig. 53

Fig. 54

Figs. 53 y 54.—Forcipsesión y división del pedículo vascular en la zona enferma.

la hemorragia y se vuelven hacia dentro los bordes cruentos, por medio de una sutura entrelazada, después de lo cual se lleva hacia atrás el ligamento redondo, según se muestra en las figuras 57 y 58, con el fin de sostener el útero hacia delante. Se acorta entonces el ligamento redondo del otro lado, para que el útero quede bastante simétricamente hacia delante.

Cuando tan sólo la trompa está dañada.—Cuando tan sólo está dañada la trompa uterina (Fig. 59) y se desea evitar la extirpación del ovario, se extirpa únicamente la primera, para lo cual se separa dicho órgano, se levanta, se coge con pinzas y se divide la porción lateral del pedículo, que contiene pequeños vasos tubarios (Fig. 60). Hecho esto, se comprime con pinzas y se divide la porción media de dicho pedículo (Figs. 60 y 61). A continuación se ligan los vasos de la porción medial (interna) del pedículo (Figs. 61 y 62), y se extirpa la trompa uterina sobre la pared del útero (Figs. 62 a 64), después de lo cual se trata el muñón según queda dicho (Figs. 65 a 67). Si se notare alguna propensión al prolapso del ovario,

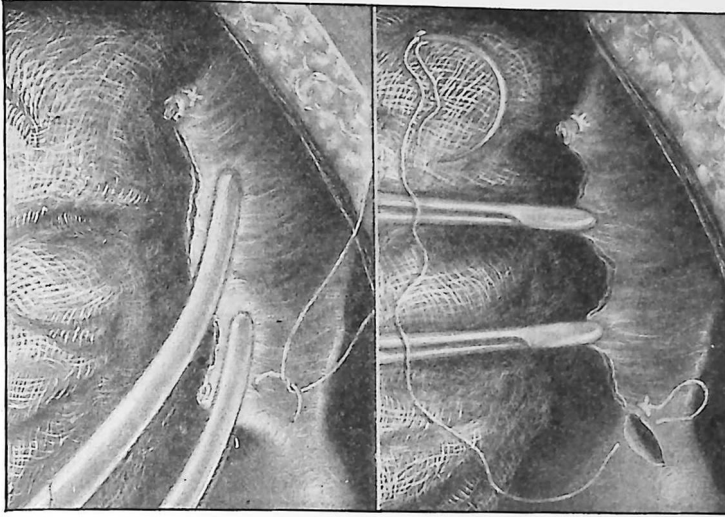


Fig. 55

Fig. 56

Fig. 55.—Se hizo ya la ligadura de los vasos laterales (externos) y se están ligando los vasos mediales (internos).

Fig. 56.—Luego de efectuar la escisión del cabo de la trompa uterina, se cose la herida que se deja en la pared uterina.

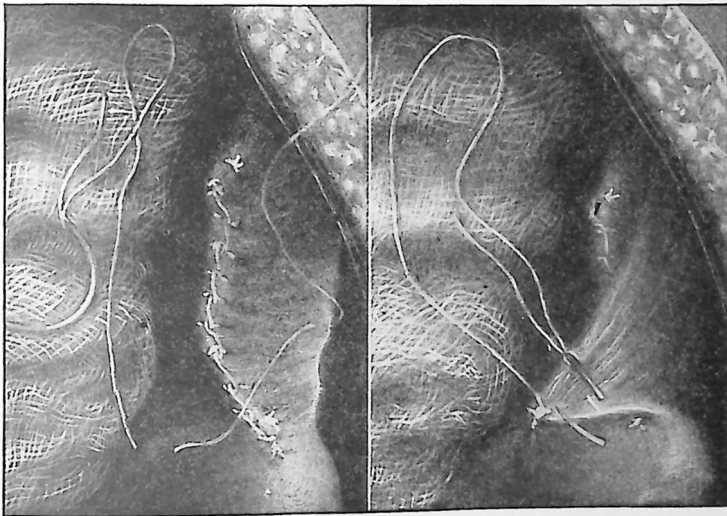


Fig. 57

Fig. 58

Fig. 57.—Después de poner la puntada con que se ha de fijar el ligamento redondo atrás del útero, sobre el pedículo de los anexos.

Fig. 58.—Se hizo ya la fijación del ligamento redondo al borde de la pared posterior del útero, y se está cosiendo a la matriz la porción proximal del antedicho ligamento, con el fin de cubrir todo el pedículo en esa región.

con una sutura se acortará el ligamento úteroovárico (Fig. 67), se llevará luego hacia atrás y se fijará el ligamento redondo (Figs. 57 y 58).

Supuración pélvica difusa.—En tales casos, el pus se abre camino fuera de la trompa y se deposita en los espacios que hay entre las asas intestinales adheridas. Al despegar las adherencias se abren necesaria-

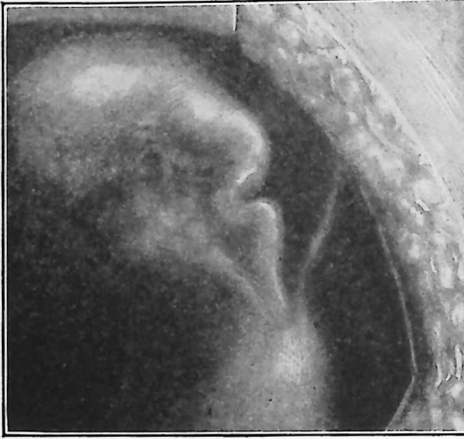


Fig. 59

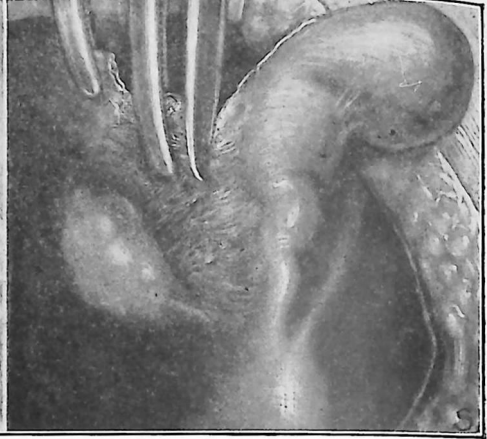


Fig. 60

Fig. 59.—Escisión de la sola porción enferma de la trompa, dejando el ovario. Se separaron ya las adherencias de los anexos y se pusieron éstos a la vista.

Fig. 60.—Después de comprimir con pinzas y dividir los vasos laterales (externos) y la trompa, se está haciendo lo mismo en la porción del pedículo.

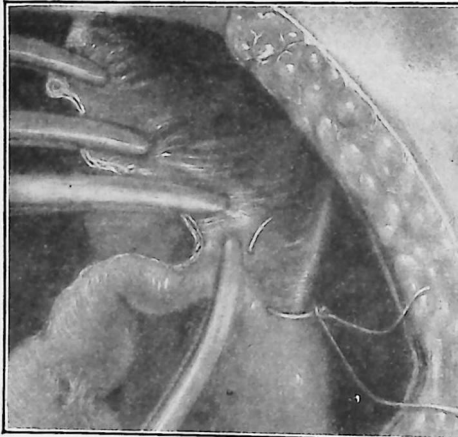


Fig. 61



Fig. 62

Fig. 61.—Sutura para ligar los vasos mediales (internos).

Fig. 62.—Escisión de la porción dañada de la trompa a alguna distancia de la pared uterina.

mente estas bolsas de pus y se disemina éste en mayor o menor grado, lo cual requiere la canalización después del acto quirúrgico, que puede efectuarse ora por entre la herida abdominal (Fig. 34), o por entre la

excavación rectouterina y la vagina (Fig. 33), o si se prefiere, por ambas vías.

Salvo la canalización, los tiempos de la operación son muy semejantes a los que ya se describieron al hablar del tratamiento quirúrgico del tumor adherente de los anexos. Siempre que sea posible, conviene extirpar el tumor infectado primitivo.

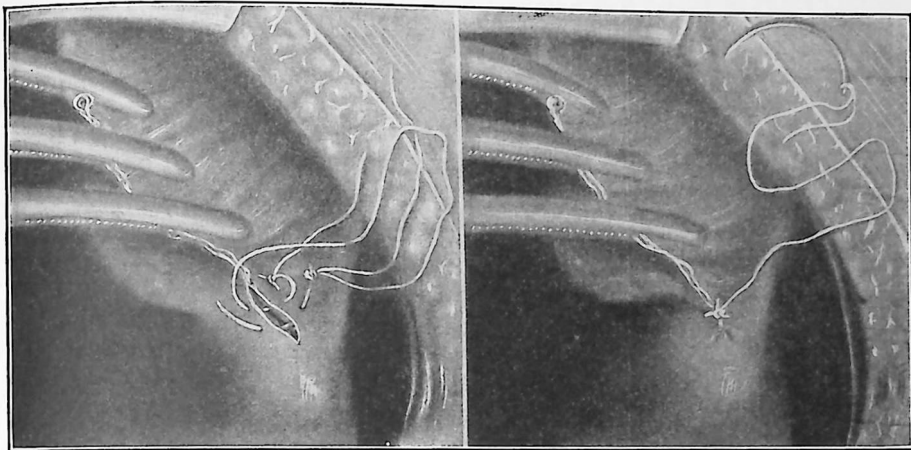


Fig. 63

Fig. 64

Fig. 63.—Costura de la herida que se dejó en la pared uterina.

Fig. 64.—Se cerró ya la herida uterina y está listo el pedículo para la sutura; con las pinzas se comprimieron los vasos de dicho pedículo.

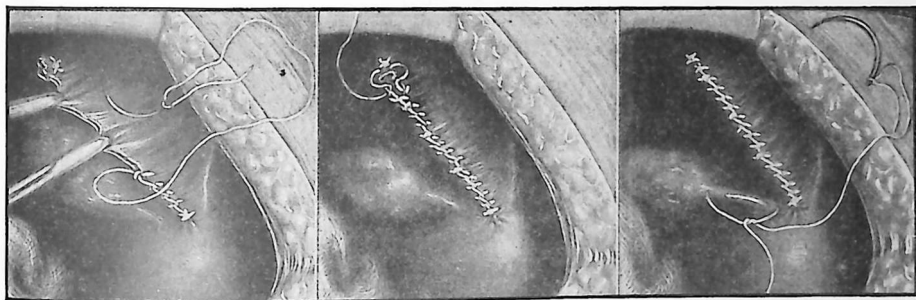


Fig. 65

Fig. 66

Fig. 67

Fig. 65.—Sutura del pedículo; para ligar los pequeños vasos, se puede entrelazar un punto de la sutura en el sitio respectivo.

Fig. 66.—Se vuelve hacia dentro el borde del pedículo que se dejó en carne viva; se hizo ya la sutura para tal fin, en la porción lateral (externa) vascular del pedículo.

Fig. 67.—Acortamiento del ligamento úteroovárico, para evitar el prolapso del ovario. Al anudar esta puntada, se lleva el ovario hacia la porción superior del útero.

Sucede de cuando en cuando que la gravedad de la paciente y la abundancia y firmeza de las adherencias, proscriben el intentar la enucleación de las paredes del absceso, y entonces ha de fiarse el cirujano en la canalización adecuada de todas las bolsas de pus, a lo cual ha de añadirse

la extirpación de todo el tejido infecto que sea posible extirpar, sin exponerse a riesgos indebidos.

Cuando después de la operación se disemina el estado infeccioso, conviene a veces valerse del tratamiento antibacteriano y de otras disposiciones terapéuticas que se emplean para combatir la inflamación aguda.

CELULITIS PÉLVICA CRÓNICA (PARAMETRITIS PÉLVICA)

A la celulitis pélvica crónica se designa también con el nombre de parametritis crónica, ya que el parametrio está formado por las áreas de tejido conectivo situadas inmediatamente alrededor del útero. Los estados morbosos del tejido conectivo pueden consistir en la acumulación encapsulada de pus, o tan sólo en la impregnación celular persistente, que dé origen a la induración y ocasione molestias. Esta impregnación celular crónica suele estar situada en las áreas de tejido conectivo que quedan al lado del cuello y de la porción inferior del cuerpo uterino, en uno o en ambos lados. En ocasiones invade tan sólo ciertas áreas, por ejemplo, los tejidos del ligamento úterosacro de uno o de ambos lados (parametritis posterior), lo cual sucede a menudo y es causa de muchas perturbaciones. Es probable que las molestias desproporcionadas que con frecuencia acompañan la parametritis posterior leve, sean causadas por la tensión de los ligamentos úterosacos, al hacer la paciente sus tareas ordinarias.

Según queda dicho, la inflamación del tejido conectivo pélvico proviene de la inflamación que se origina en el útero. Esta linfangitis, de igual manera que la celulitis en cualquiera otra parte, suele seguir curso rápido y mitigarse dejando el proceso reparador tan sólo fijación leve de los tejidos, sin perturbaciones subjetivas. Los abultamientos persistentes causados por la infiltración e impregnación celular de los tejidos, así como el dolor y la sensación dolorosa a la palpación, indican: 1º, que hay acumulación encapsulada de pus en el tejido conectivo; 2º, tumor inflamatorio activo de los anexos uterinos, con invasión secundaria del ligamento ancho, o 3º, inflamación persistente del útero, que de continuo, o intermitentemente, envía bacterias a los vasos linfáticos parametriales. Esta inflamación persistente suele estar situada en el cuello, ya que el estado inflamatorio del cuerpo uterino, es por lo común de corta duración y se desvanece rápidamente. En cambio, la cervicitis crónica es muy común y persistente. La verdadera endometritis crónica es rara, aunque antiguamente se creía era bastante común, por razón de que la hiperplasia y otros estados morbosos crónicos eran erróneamente incluidos en tal designación.

Pormenores de la operación

Sólo es posible poner por obra el tratamiento quirúrgico eficaz de la celulitis pélvica crónica, o de la parametritis, cuando hay alguna acumulación purulenta que ha de evacuarse, o bien algún tumor endurecido que

causa síntomas por presión, y cuya resorción puede acelerarse canalizando los tejidos.

No es posible extirpar los tumores inflamatorios del tejido conectivo de la misma manera que se hace con los de los anexos uterinos, y el único medio de tratarlos es la canalización quirúrgica, que de ordinario se efectúa más segura y eficazmente por la vía vaginal, valiéndose del mismo método que se emplea en la celulitis aguda (Figs. 36 a 44). Es muy probable que los tumores inflamatorios crónicos del ligamento ancho sean de origen estreptocócico, según se dirá más abajo y, por consiguiente, es por extremo peligrosa la operación intraperitoneal, que ha de evitarse. Además de esto, puesto que no hay ningún órgano ni tumor que pueda ser extirpado, la vía abdominal no le lleva ninguna ventaja a la vaginal, cuando puede hacerse convenientemente la canalización por esta última vía.

Las tres variedades de tumor inflamatorio crónico del tejido conectivo que requieren a veces el tratamiento quirúrgico son: 1ª, la impregnación parametrial, generalizada o localizada, provocada por la reinfección continua o intermitente, que proviene de estados inflamatorios crónicos del cuello; 2ª, la impregnación del ligamento ancho, secundaria a la inflamación activa de los anexos uterinos, y provocada por ésta, y 3ª, el tumor inflamatorio que contiene pus encapsulado, procedente de lo que fué una celulitis aguda. El tratamiento operatorio, claro está, varía según el estado morbosos.

1º **Parametritis cervical.**—Cuando hay impregnación dolorosa del tejido conectivo, provocada por la reinfección continua o intermitente, que proviene del estado inflamatorio crónico del cuello, lo primero que conviene es suprimir la inflamación cervical, y si ésta fuere rebelde a las disposiciones terapéuticas conservadoras, preferible será extirpar la porción dañada, por medio del alambre cortante de alta frecuencia (escisión cónica endotérmica), o bien por medio del antiguo método de escisión cónica con el bisturí, operaciones que se describirán pormenorizadamente en el capítulo VII (Cervicitis crónica).

En tales casos, bien puede suceder que haya más arriba algún estado morbosos concomitante, que sea la causa de estas continuas perturbaciones pélvicas, y que ha de ser tratado por otros medios quirúrgicos. Cuando se crea es conveniente ejecutar la histerectomía, la impregnación parametrial pertinaz es razón bastante para que se ponga por obra la histerectomía total, y no la supravaginal, con el fin de obtener buen desagüe del parametrio dañado.

2º **Parametritis de los anexos.**—Excepcionalmente en la salpingo-ooforitis crónica, en lugar de la leve impregnación secundaria del tejido conectivo adyacente, el daño ha cundido de tal manera al ligamento ancho, que esto último es causa importante de los síntomas y signos que experimenta la paciente. En tales circunstancias, es preciso diferenciar las porciones del tumor inflamatorio del ligamento ancho, de las de los anexos

uterinos, de tal manera que pueda determinarse la conveniencia o inconveniencia de la operación abdominal; mas a causa de la duda que hay respecto del origen de la porción del tejido conectivo, habrá de ejecutarse la operación abdominal con mayores precauciones, y quizás diferirla más largo tiempo.

3º **Supuración encapsulada (absceso).**—De ordinario la supuración en el tejido conectivo pélvico llega hasta el período de formación de absceso, del cual se recupera la enferma luego de evacuarlo y canalizarlo. Ello no obstante, sucede a veces que algún centro piógeno pequeño se rodea de una densa pared de exudado protector, y permanece indefinidamente como un tumor inflamatorio crónico del parametrio. Si bien esto es bastante raro, ha de tenerse en la memoria su posibilidad al tratar cualquier tumor doloroso y persistente que no pueda atribuirse a la cervicitis crónica, a la inflamación de los anexos uterinos o de los uréteres, a la endometriosis pélvica ni al neoplasma.

El tratamiento consiste en la evacuación y la canalización, según el mismo método que se emplea en los abscesos pequeños y difíciles de la celulitis aguda (Figs. 42 a 44).

DIFICULTADES ESPECIALES

Hay ciertas particulares enfermedades que hacen variar la decisión respecto del tiempo oportuno para ejecutar el tratamiento quirúrgico de tumores inflamatorios crónicos de la pelvis. Una de tales dificultades es el determinar la duración de la *virulencia bacteriana* en los tumores inflamatorios crónicos de diverso origen microbiano. La segunda dificultad consiste en determinar la *flora bacteriana del tumor*, y por último, preséntase la dificultad de averiguar, fundado en los antecedentes informes y en otros que se obtengan, cuándo es el *momento oportuno para ejecutar la operación abdominal*, esto es, el determinar qué período de tiempo ha de transcurrir desde el momento en que se presentan los síntomas del período agudo, con el fin de dar ocasión a que se efectúe la autoesterilización, o se atenúe la virulencia bacteriana. En obteniendo tales informes, podrá el médico resolver estas dificultades. Tomemos por ejemplo una enferma que se presenta con un tumor inflamatorio crónico de la pelvis, que causa perturbaciones continuas e incapacidad, a pesar del tratamiento conservador. En tal caso, decidirá el cirujano si conviene o no conviene la operación abdominal; si lo primero, determinará cuál es el tiempo oportuno para ejecutarla, en lo tocante a la posible actividad bacteriana y la peritonitis.

Duración de la virulencia

En multitud de estados supurativos crónicos de la pelvis, el pus es estéril en el momento de ejecutar la operación. Damos a continuación el resultado de 634 exámenes bacterioscópicos (sin incluir la tuberculosis), allegados por Andrews, y que comprenden estudios hechos por Charrier,

Hartman y Morax, Kelly, Koch, Legros, Menge, Orthmann, Prochownik, Reichel, Schaffer, Schenk, Schmitt, Stemann, Strassmann, Wertheim, Westermarck, Whiteside, Witte, Zweifel, Rist, Mackenrodt, Durck, Bellei, Walsh, Frommel y Andrews:

Estéril	50	por ciento
Saprotitos únicamente	5	” ”
Gonococos	22.5	” ”
Estreptococos y estafilococos	12	” ”
Neumococos	2	” ”
<i>Bacillus coli communis</i>	2.5	” ”

Hyde, en un resumen que comprendía cerca de 3,000 estudios bacterioscópicos (2,973, sin incluir la tuberculosis), halló poco más o menos lo siguiente: estériles, 1,968; gonococos, 564; otras bacterias e infecciones mixtas, 441.

Muy dignos de nota son los diversos procesos que han precedido a nuestros conocimientos actuales. Desde hace mucho se observó que las pacientes en quienes se ejecutaba el tratamiento quirúrgico de estados supurativos de la pelvis, se recuperaban tanto más presto cuanto más antigua era la enfermedad, y que en las enfermas que padecían infección reciente se presentaba la peritonitis mortal; conviene a saber, la operación era mucho más peligrosa en el período agudo que en el crónico.

El notable adelantamiento logrado por la ginecología en los últimos veinte años, se funda en los informes obtenidos de dos diversas maneras: algunos de ellos salieron a luz principalmente a causa de las investigaciones de los patólogos y los bacteriólogos, y otros fueron el fruto de la experiencia en la mesa de operaciones y en la cabecera de las enfermas. Las circunstancias arriba mencionadas pertenecen al primer grupo y son el producto de la experiencia, a menudo muy amarga, dura lección que aprendimos a costa de muchas vidas.

Luego de ponerse en claro lo que va dicho, hubo de hacerse multitud de especulaciones, ya que la ciencia carecía de los necesarios informes. Era al parecer paradójico que tras de una enfermedad larga y debilitante, la enferma estuviese en mejor estado para sobrellevar tan difícil operación.

¿Cuál podría ser la razón de ello? ¿Por qué la inflamación crónica daba a las enfermas tal inmunidad contra la peritonitis postoperatoria? Una de las primeras teorías fué que la inmunidad era causada en gran manera, ya que no en su totalidad, por el efecto local en el peritoneo contiguo, dado que el estado inflamatorio ocluía los conductos por donde se efectuaba la absorción, de tal manera que el organismo no podía absorber tan fácilmente las substancias tóxicas, y efectuaba tales mudanzas en la membrana serosa, que dejaba ésta de ser medio tan propicio de cultivo para las bacterias. Otra hipótesis presuponía que las defensas orgánicas en general se “acostumbraban” a la irritación localizada en la pelvis y, de resultas de ello, padecían menos perturbaciones al añadirse

la irritación traumática del acto quirúrgico, y que, además, por razón del apercibimiento, por decirlo así, de las fuerzas defensivas del organismo, estaban mejor preparadas para combatir la invasión. Estas teorías no eran sino meras conjeturas, tanteos de ciego que, sin embargo de ello, llevaban en sí la realidad de las cosas, según se verificó más tarde al llevarse a efecto las investigaciones que marcaron una nueva época, respecto de la función defensiva de los leucocitos y del suero sanguíneo, así como del *modus operandi* de la antitoxinoterapia y la bacterinoterapia.

La circunstancia decisiva que sirvió para poner en claro tan intrincado asunto, fué el advenimiento de los metódicos exámenes bacterioscópicos de ejemplares obtenidos al ejecutar el tratamiento quirúrgico de supuraciones pélvicas, los cuales se pusieron por obra con el fin principal de averiguar la causa de la salpingitis, y en particular el número de infecciones causadas por el gonococo y por otras bacterias. Los resultados de tales exámenes fueron desconsoladores, pues en multitud de enfermas no se halló ningún microbio, y de ahí que no fuera posible aclarar con certeza el origen microbiano de la enfermedad. No obstante lo desalentador de tales procedimientos respecto de la clasificación etiológica precisa de la enfermedad, fueron muy ilustrativos los informes que se obtuvieron tocante al trascendental asunto de la inmunidad, y de la razón por qué se obtenía ésta cuando se difería por algún tiempo la operación. En muchas ocasiones, se halló que las bacterias estaban muertas y desintegradas, y el pus estéril, razón por la cual rara vez se presentaba el estado inflamatorio grave después de la operación abdominal para el tratamiento quirúrgico de abscesos tubarios inveterados, aun cuando con frecuencia escapaba pus en cantidad entre los tejidos pélvicos, al efectuar la enucleación. Por otra parte, en las infecciones recientes, la menor contaminación peritoneal con el pus contenido en los abscesos, a menudo iba seguida de peritonitis mortal, por razón de que las bacterias no estaban muertas, sino activas y virulentas. Púsose además en claro la circunstancia de que en muchas inflamaciones antiguas en las que aun había bacterias, su virulencia estaba tan atenuada que el pus era casi estéril.

Clasificación.—Luego de averiguar que al cabo de cierto período razonable se efectuaba la esterilización gradual, se trató entonces de indagar el lapso necesario para que se efectuase esta esterilización automática, o por lo menos la señalada atenuación de la virulencia bacteriana en las diversas variedades de la enfermedad.

La duración de la virulencia depende en gran manera de la naturaleza de la infección. Los dos principales agentes infecciosos en la inflamación pélvica son el gonococo y el estreptococo. Ambas variedades de infección se diferencian notablemente cuanto a la duración de la virulencia, así como en ciertos pormenores clínicos que pueden distinguirse antes de la operación.

Así, pues, para estudiar de manera práctica este período de virulencia, conviene a saber: para que sirva de guía al tratamiento, bien será dividir la supuración crónica de la pelvis (excepto la tuberculosis), en dos clases:

la gonocócica y la estreptocócica. Para que esta clasificación sea útil, ha de hacerse antes de la operación, esto es, debe ser una clasificación clínica, antes que estrictamente bacterioscópica. Indubitable cosa es que, a la luz de la bacteriología, hay otras clases de infección causadas por diferentes microbios, pero, hasta donde alcanzan nuestros conocimientos actuales, por lo común no es posible distinguirlas antes de la operación, y aun cuando fuere posible diferenciarlas, aún no poseemos bastantes conocimientos que nos digan con certeza el término medio en la duración de la virulencia en tales casos. De lo que es consiguiente inferir que cuando el médico se encuentre con alguna inflamación crónica de la pelvis, de origen no tuberculoso, ha de procurar cuanto es en sí averiguar si pertenece a la variedad gonocócica o estreptocócica, haciendo a un lado por el momento la posibilidad de que sea causada por otra bacteria cuya virulencia se halle entre estos dos extremos.

Ofrécese ahora el preguntar cómo ha de distinguirse antes de la operación la infección gonocócica de la estreptocócica, y cuáles son las particulares circunstancias en que ha de fundarse el diagnóstico. La respuesta es que el examen bacterioscópico de los flujos uretral, uterino y de otra índole, tan sólo son útiles en determinadas infecciones crónicas, ya que en estos casos por lo común han desaparecido las bacterias, por cuya razón tiene el médico de fundar su diagnóstico en otros informes obtenidos antes de la operación. Felizmente va gran diferencia entre las infecciones gonocócicas y las estreptocócicas, 1º, respecto de la causa manifiesta de la enfermedad, y 2º, tocante a los tejidos donde se sitúa la infección. De ordinario es posible poner en claro estos dos puntos distintivos y hacer la clasificación exacta, si se investiga cuidadosamente el curso de la enfermedad desde su principio, y se efectúa minuciosamente la exploración bimanual.

Las infecciones dudosas han de clasificarse en uno u otro grupo, según lo justifiquen los signos, y en conformidad con ello se hará el tratamiento. Bien puede suceder que en el examen bacterioscópico postoperatorio se descubra alguna otra bacteria, ora por sí sola, o entreverada con otros gérmenes, y si se lleva un registro minucioso de cada paciente y de los hallazgos bacterioscópicos, en lo futuro, cuando se hayan acumulado suficientes estadísticas, quizá sea posible formar una tercera clase clínica que comprenda una o más infecciones mixtas. Con todo, en la hora presente sólo podemos distinguir antes de la operación las variedades gonocócica y estreptocócica.

Clase (clínica) gonocócica (Fig. 68)

Los caracteres distintivos del grupo clínico de infecciones gonocócicas, son: 1º, que la inflamación pélvica va precedida de signos evidentes de gonorrea, o bien se presenta la enfermedad sin ninguna causa manifiesta, y 2º, que el estado inflamatorio acomete la trompa uterina y desde ahí se propaga al ovario, o a las superficies peritoneales contiguas, pero no invade el tejido conectivo (parametrio) de manera muy perceptible.

Siendo cada uno de estos puntos de gran importancia para el diagnóstico, conviene estudiarlos por separado y pormenorizadamente.

1º **Causa manifiesta**, o manera cómo principia la infección.—En términos generales bien puede decirse que el gonococo es el único microbio que invade espontáneamente el útero y las trompas uterinas normales (no púerperas). Con todo, es necesario hacer algunas excepciones. Por ejemplo, Reidel dió cuenta de cincuenta y seis niñas menores de diez años, operadas de apendicitis, en cinco de las cuales hubo peritonitis que no fué causada por la inflamación apendicular, sino por la salpingitis aguda. Asienta dicho autor, de manera indubitable, que la infección llegó a las

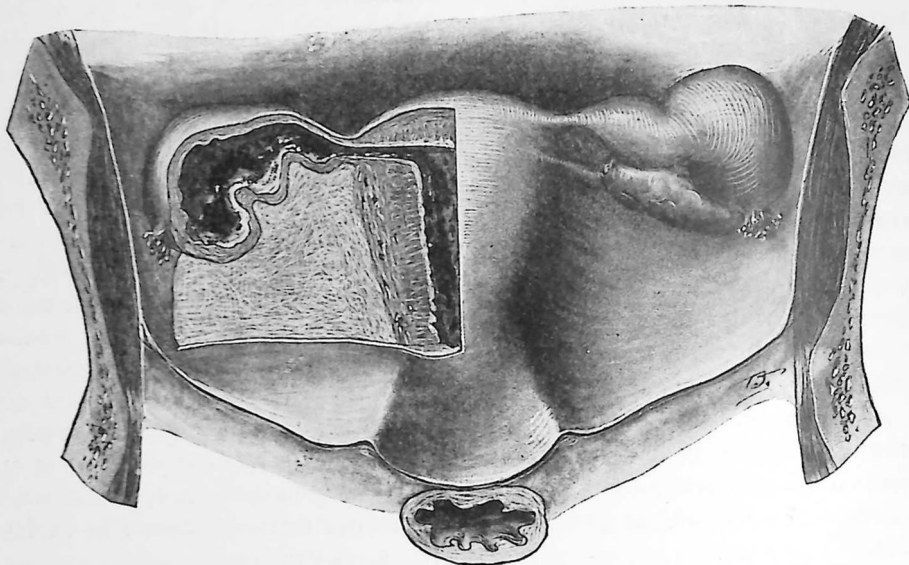


Fig. 68.—Infección gonocócica de la matriz y estados morbosos subsecuentes. La inflamación gonocócica se propaga por la membrana mucosa hasta la trompa (según se indica a la izquierda del grabado), y origina el piosálpinx (a la derecha).

trompas por medio de la vagina y el útero, que en todas las enfermas se excluyó con certeza del diagnóstico la infección gonocócica, y que en las siembras bacterianas sólo crecieron bacterias piógenas comunes. La infección fué muy virulenta y todas las pacientes murieron a pesar del tratamiento quirúrgico. Dice el mencionado autor haber observado el mismo conjunto sintomático en dos niñas mayores de diez años de edad, las cuales fallecieron. Fuera de estas infecciones que se presentaron en niñas, no ha observado nunca la penetración del estreptococo y el estafilococo en los órganos genitales de mujeres adultas.

En general la experiencia confirma lo arriba asentado respecto de la mujer adulta, y casi puede decirse con certeza que la inflamación purulenta que principia en la vagina, o en el útero adulto normal (no púerpero), y subsecuentemente se propaga a la cavidad pélvica, es de origen gonocócico. Claro, ha de interrogarse detenidamente a la enferma, con el fin de averiguar si padeció recientemente algún aborto, o se le hizo

alguna manipulación instrumental intrauterina (legrado, curaciones intrauterinas, sondeo al efectuar la exploración, etc.). La probabilidad de que la infección sea gonocócica se acrecienta cuando el flujo purulento (leucorrea copiosa) principia pocas semanas después del matrimonio. Además, en multitud de pacientes de leucorrea gonocócica hay uretritis que causa dolor al orinar y frecuentes micciones. Así el flujo como los trastornos de la micción pueden durar varios días o mucho más tiempo, y preceder a la inflamación crónica en unos cuantos días; en varias semanas, o en algunos meses. La circunstancia antecedente de que la enferma padeció absceso de una de las glándulas vulvovaginales, tiene poco más o menos el mismo significado que la uretritis, ya que tanto la uretra como las antedichas glándulas son a menudo invadidas por la infección gonocócica, pero muy rara vez padecen daño cuando la leucorrea tiene otro origen.

Sucede en ocasiones que la infección gonocócica de la vagina y del útero no causa muchas perturbaciones y pasa inadvertida, de resultas de lo cual la inflamación pélvica principia sin causa manifiesta, lo que sucede multitud de veces. También en estos casos ha de tenerse mucho cuidado para no dejar inadvertido algún aborto incipiente, o alguna manipulación instrumental intrauterina hecha previamente. Importa además seguir el curso de la inflamación hasta su mismo principio, ya que algunas infecciones puerperales tienen muy leves manifestaciones externas y no causan muchos trastornos, sino hasta que se presenta alguna exacerbación algunas semanas o meses después. Con todo y esto, en tales casos suele haber la circunstancia previa de que la enferma padeció algún trastorno en el puerperio, del cual se recuperó tan sólo parcialmente. Por otra parte, bien pudiera acontecer que un estado inflamatorio causado a primer aspecto por el aborto, o el parto al término de la preñez, luego de interrogar cuidadosamente a la enferma resulte que se presentó antes del principio de la gestación, y fué causado por infección gonocócica precedente.

Al efectuar la exploración, se buscarán en los órganos genitales externos signos de gonorrea antecedente, conviene a saber: signos de inflamación previa de la uretra o de las glándulas vulvovaginales, por ejemplo, puntos rojos (máculas de la gonorrea), o exudado que salga al exprimir éstas o aquélla. Se hará además el examen microscópico del flujo o exudado de la uretra, de las glándulas vulvovaginales, la vagina o el cuello uterino, en el cual pueden hallarse gonococos; mas no ha de perderse de la memoria que los hallazgos negativos no excluyen la gonorrea, ya que en muchos estados crónicos no se halla en el flujo el germen causante de la infección.

2º **Situación del estado inflamatorio.**—La propagación de la infección gonocócica se efectúa casi siempre por la membrana mucosa uterina, a la trompa, y de ahí al ovario y a la cavidad peritoneal, pues los gonococos muy pocas veces se propagan por entre la pared uterina hacia el parametrio, y aun cuando lleguen a penetrar en el tejido conectivo, no es muy probable que formen allí tumor inflamatorio. Steinschneider y Schaefer

inyectaron cultivos puros de gonococos en el tejido conectivo y no lograron provocar señalado efecto inflamatorio, y si bien es posible que estos microbios formen absceso, como lo han comprobado Wertheim y otros investigadores, esto acontece rarísimas veces.

En un artículo publicado hace muchos años (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, octubre, 1919), el autor *senior* de este libro puso de manifiesto los pormenores de un grupo de inflamaciones pertenecientes a la clase (clínica) gonocócica, e hizo patente las dos principales circunstancias que sirven de guía al diagnóstico preoperatorio: el tiempo que transcurre entre el principio de la infección y el momento de ejecutar la operación quirúrgica, y las bacterias que se descubren en el acto quirúrgico, así como su grado de virulencia (indicado por los efectos de la operación).

Esta clasificación pormenorizada de los estados morbosos, puede servir de norma a los centenares de infecciones que pertenecen a esta clase común, que probablemente incluya el ochenta por ciento de todos los tumores inflamatorios crónicos de la pelvis. Dichas inflamaciones son tan comunes y siguen un curso tan uniforme, que muy rara vez se relatan en la prensa médica con los necesarios pormenores para demostrar la causa manifiesta, el tiempo que transcurre entre la infección y la operación, el sitio invadido por el estado inflamatorio y los hallazgos bacterioscópicos. Con todo, sería muy conveniente que algunas de las grandes clínicas publicaran estadísticas que pusiesen en claro los antedichos puntos, a fin de aclarar el diagnóstico preoperatorio de la índole de la infección y de su probable virulencia.

Es muy de notar en el mencionado artículo que en algunas infecciones pertenecientes al grupo (clínico) gonocócico, se descubrieron en el examen microscópico otras bacterias ajenas del gonococo; sin embargo de ello, se incluyeron en este grupo clínico por razón de la causa manifiesta y de la situación del estado inflamatorio, únicos informes precisos que suelen obtenerse antes de la operación. Esta clasificación cuidadosa hecha antes del acto quirúrgico, así como el minucioso examen microscópico postoperatorio, son los únicos medios de hacer una clasificación útil y práctica, y de evitar poco a poco los errores.

De la consideración y el estudio de las pacientes pertenecientes a la clase (clínica) gonocócica, se sacan algunas conclusiones, que estudiaremos de la siguiente manera:

Veracidad de los puntos diagnósticos que pueden obtenerse antes de la operación.—Por lo que va dicho acerca de los estados inflamatorios, que son característicos de la multitud de ellos que pertenecen a esta clase, es evidente la veracidad de los dos puntos mencionados (causa manifiesta y situación del estado inflamatorio), en los cuales puede fiarse el médico para diferenciarlos de las infecciones estreptocócicas virulentas. Cuando concordaron estas dos manifestaciones clínicas, al hacer el examen microscópico del pus se hallaron gonococos o se hizo patente la falta de bacterias, con una sola excepción, que fué un estado bastante agudo y al parecer de origen gonocócico. La enfermedad se presentó poco después

del matrimonio y se manifestó en flujo vaginal purulento e irritación local (no se hizo el examen microscópico del exudado). Se formaron tumores inflamatorios en los anexos de cada lado, que llegaron hasta la excavación; por medio de la colpotomía se evacuaron los abscesos de la pelvis, y se halló pus en la excavación y en ambas trompas, el cual se creyó era gonocócico, mas al efectuar el examen microscópico se hallaron neumococos en abundancia y ni un solo gonococo. Cuando no hubo concordancia entre los dos puntos antedichos, variaron los hallazgos bacterioscópicos. En casos de duda, la clasificación se fundó principalmente en la situación del estado inflamatorio, y excepto cuando la enfermedad provenía claramente de la infección puerperal, todos los tumores inflamatorios tuboováricos sin invasión parametrial, fueron incluidos en esta clase clínica. En ninguno de estos casos se hallaron estreptococos.

Cuando la infección sea de origen puerperal, ha de tenerse cuidado de excluir el estreptococo, antes de clasificar a la paciente en el grupo clínico gonocócico. Para ello es útil la determinación del sitio manifiesto del estado inflamatorio, pero no hay que fiarse totalmente en ello en estas infecciones puerperales. En algunas ocasiones, las pacientes en quienes se hallaron estreptococos tenían tumores inflamatorios que primero se creyó estaban circunscritos en los anexos, pero al hacer la exploración más minuciosa en el momento de la operación, se descubrió las más de las veces que el estado morbooso invadía parcialmente el tejido conectivo. El piosálpinx estreptocócico sin parametritis concomitante, es en verdad muy raro. Miller, quien publicó un informe acerca de multitud de infecciones estreptocócicas e hizo el estudio microscópico de más de cien inflamaciones pélvicas en el *Johns Hopkins Hospital*, dijo no haber hallado nunca ningún verdadero piosálpinx de origen estreptocócico. Whiteside y Walton, en el estudio de treinta piosálpinx, hallaron estreptococos en tres ocasiones, pero al parecer no se investigó el asunto de la invasión parametrial coincidente. Menge, en un grupo de 106 salpingitis supurativas, halló en cuatro ocasiones el estreptococo, pero no hizo ninguna declaración precisa respecto de la invasión parametrial.

Duración de la virulencia.—En las infecciones que indubitablemente fueron de origen gonocócico, no se hallaron bacterias vivas, y cuando las hubo, su virulencia estaba atenuada; el examen de estas pacientes se hizo por lo común de dos a cuatro meses después del comienzo de la infección. En algunas enfermas se hallaron gonococos después de varios meses, o un año, y aun después de varios años, pero los microbios habían perdido su virulencia. Hartman y Morax dicen que todos sus ejemplares que contenían gonococos procedieron de pacientes que padecían inflamación bastante reciente, cuya duración varió entre tres semanas y cuatro meses, con un término medio de cuatro o cinco semanas.

Los gonococos mueren y se desvanecen algunas veces dentro de un período de pocas semanas. En dos pacientes en quienes el examen microscópico del pus demostró que era estéril, la duración de la enfermedad fué, en una de ellas, de dos meses, y en la otra, de sólo cinco semanas.

El pus gonocócico encerrado en la trompa puede volverse estéril dentro de seis a ocho semanas, si bien, por otra parte, continúa a veces siendo virulento por períodos mucho más largos. Por consiguiente, es necesario diferir por lo común la operación radical, por lo menos hasta tres meses después del comienzo de la infección.

Razones de por qué ha de esperarse hasta que se efectúe la esterilización, o la atenuación del gonococo.—Hay dos razones para esperar en tales casos: la primera es porque muchas veces cede el tumor inflamatorio pélvico sin necesidad de ejecutar la operación quirúrgica, con tal que se deje al organismo obrar contra la infección por lo menos tres o cuatro meses; de esta manera se recuperan muchas pacientes que padecían de “supuesto piosálpinx”. Y adviértase que con toda premeditación empleamos el término “supuesto piosálpinx”. No es nuestro propósito discutir sobre la posibilidad de la cura espontánea del piosálpinx, y de ahí que tal aseveración se ciña a los tumores inflamatorios que se **supone** son piosálpinx, muchos de los cuales se desvanecen cuando se emplean por tiempo razonable los métodos conservadores.

La segunda razón de por qué ha de esperarse hasta que se efectúe la autoesterilización, o la señalada atenuación del pus dentro del tumor inflamatorio que se halla en período de quietud, es porque el pus gonocócico virulento no es en ninguna manera inocuo, y no es tan rara la peritonitis general de origen gonocócico como en épocas pasadas se creía. Hunner y Harris allegaron de la prensa médica dieciocho ejemplos de ello, apoyados en pruebas bacterioscópicas, entre los cuales fallecieron siete pacientes. Hallaron asimismo veintiún informes que, aunque carecían de pruebas bacterioscópicas, hacían evidente el que las manifestaciones clínicas indicaron con bastante certeza que la peritonitis fué de origen gonocócico, y a causa de ella fallecieron cinco pacientes. Demás de esto, no es la peritonitis el único peligro de la operación ejecutada en el período de quietud de la enfermedad, pero cuando hay aún cierta acumulación de pus gonocócico virulento. Price dió cuenta de un caso en el que tal operación causó la diseminación general de las bacterias, la invasión de las articulaciones y del endocardio, y por último la muerte, quince días después de la operación, sin que hubiese ningún signo de peritonitis. Se han publicado además muchos informes respecto de la diseminación general del gonococo. Hunner cultivó dicha bacteria de la sangre tomada del brazo de una paciente, cinco días después de ejecutada la operación abdominal para el tratamiento de lo que se suponía era una peritonitis gonocócica, y en una paciente que murió de infección puerperal, Harris y Dabney hallaron gonococos en las válvulas del corazón.

Clase (clínica) estreptocócica (Fig. 69)

Los caracteres distintivos de este grupo o clase, son: 1º, la causa manifiesta de la enfermedad, y 2º, la situación del estado inflamatorio.

1º **Causa manifiesta.**—Casi todos los tumores inflamatorios de la pelvis, de origen estreptocócico, pueden ser atribuidos a la infección post-

pártum o postabórtum, ya que en la mujer adulta los estreptococos no penetran espontáneamente en el útero no puerpero. Además del parto, o del aborto, la antedicha infección puede ser causada por el legrado, u otras operaciones intrauterinas, tales como la aplicación de sondas, de pesarios de tallo, o bien por el estado morbosos provocado por el carcinoma, los neoplasmas miomatosos o la inflamación crónica. Cuando no es posible atribuir el estado inflamatorio de la pelvis a una de las causas arriba mencionadas, puede decirse casi con certeza que no es de origen estreptocócico. Al hacer la anamnesia ha de ponerse cuidado en no pasar inadvertido algún aborto en el período incipiente de la preñez, ni alguna operación intrauterina, y se procurará asimismo seguir el curso retrógrado de la enfermedad hasta su mismo principio, ya que de lo contrario podría confundirse una exacerbación que se efectuó mucho antes del aborto, o del parto causal, con el comienzo de la enfermedad.

Por otra parte, no todas las infecciones puerperales son causadas por el estreptococo, pues poco más o menos el veinticinco por ciento de ellas son originadas por el gonococo. Estas últimas suelen ser moderadas y ceden rápidamente, mas ha de tenerse en la memoria que también otras infecciones puerperales (estafilocócicas, y aun estreptocócicas) son a veces bastante leves. Por consiguiente, no ha de concederse demasiada importancia a la poca intensidad de la infección precedente. Aparte los signos externos de gonorrea (en la vulva, o en el flujo), tiene el médico de fiarse principalmente en el sitio del tumor inflamatorio, y tendrá presente que las inflamaciones estreptocócicas suelen ser parametriales, y en cambio las gonocócicas son por lo común tuboováricas.

Otra circunstancia que complica el diagnóstico de estas infecciones puerperales, es que en ocasiones hay infección mixta, que da origen a ambas variedades de inflamación, como lo demuestra el ejemplo de que dieron cuenta Stone y MacDonald, el cual puso asimismo muy de manifiesto el que los gonococos se diseminan por medio de la membrana mucosa, y los estreptococos por entre el tejido conectivo. Aquéllos ocuparon la trompa derecha y de ahí se propagaron a la cavidad peritoneal; éstos invadieron el ligamento ancho derecho, y de ahí se diseminaron a la antedicha cavidad, donde se hallaron entrambas bacterias. Ni tampoco ha de olvidarse la posibilidad de que las dos variedades de microbios se hallen entreveradas en una misma lesión, v. gr., en el piosálpinx, lo cual evidentemente es muy raro, pero ha sucedido, y su posibilidad debe siempre hacer sospechoso cualquier tumor inflamatorio postpuerperal, sea cual fuere su situación. En tales casos han de pesarse juiciosamente las evidencias en pro y en contra del origen estreptocócico, antes de resolverse a ejecutar la operación abdominal.

2º **Situación** del tumor inflamatorio.—Según queda dicho, la inflamación pélvica de origen estreptocócico casi siempre está situada en el tejido conectivo (parametrio), y en contradistinción del gonococo, el estreptococo no se propaga por la membrana mucosa hacia la trompa uterina, sino penetra en la pared del útero, cunde hacia el tejido conectivo,

y no pocas veces de ahí se propaga al peritoneo y da origen a la peritonitis. Claro, en circunstancias excepcionales pueden los estreptococos pasar del útero a la trompa, pero en tales casos es probable que atraviesen de parte a parte este último órgano y ocasionen peritonitis mortal. Por tanto, en las pacientes que sobreviven a la infección estreptocócica aguda y se presentan después al médico con un tumor inflamatorio, éste casi siempre invade el tejido conectivo (parametrio). Según antes se dijo, Menge halló estreptococos en cuatro piosálpinx, y Whiteside y Walton lo hallaron en tres, pero no se excluyó del diagnóstico la parametritis. Estos últimos autores intentaron provocar experimentalmente la salpingitis estreptocócica, inyectando en el útero de conejas cultivos puros de estreptococos y también siembras mixtas de estreptococos y estafilococos, y en ningún caso acaeció la salpingitis. Una coneja murió de septicemia estreptocócica aguda; en las otras se presentó tan sólo por unos cuantos días la vaginitis purulenta, de la cual se recuperaron al cabo de dicho tiempo, y al ser puestas de nuevo en la casa de animales, se empre-

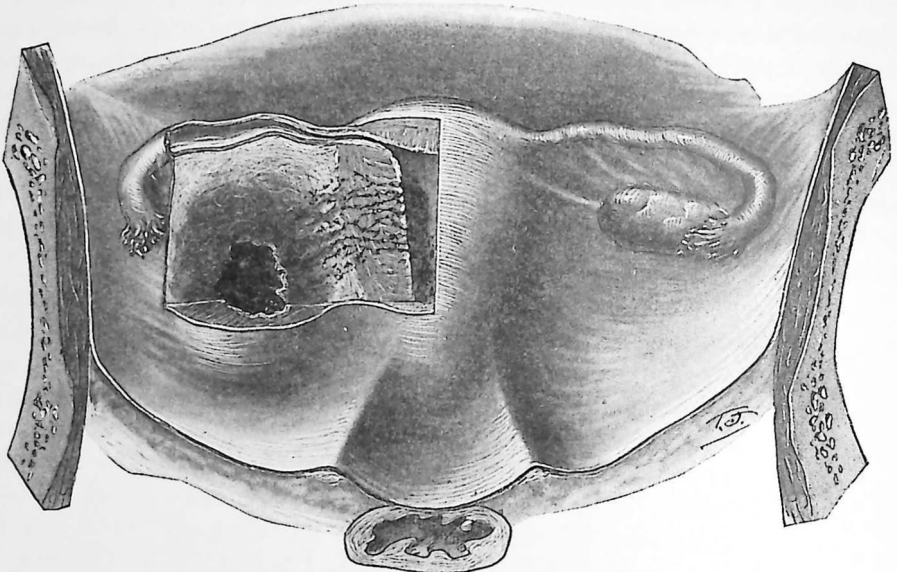


Fig. 69.—Infección estreptocócica de la matriz y estados morbosos a que ésta da origen. La inflamación estreptocócica se propaga por la pared uterina hacia el tejido conjuntivo (según se ve en el lado derecho), y forma un tumor inflamatorio en el ligamento ancho.

ñaron y cada una parió una camada de seis hijuelos. En el estudio microscópico de 127 inflamaciones pélvicas, Miller halló siete veces estreptococos, pero ninguna de estas enfermas padecía únicamente piosálpinx. Tiene muy pocas excepciones la regla de que los tumores inflamatorios pélvicos de origen estreptocócico, son parcial o totalmente parametriales.

Como corolario de lo que va dicho, se sigue que casi todos los tumores inflamatorios parametriales son de origen estreptocócico, según lo corroboran los estudios de Rosthorn, Bumm, Doleris y Bourges, West, Cullingworth, y otros investigadores. Hartman y Morax hallaron estrept-

tococos en veintiún abscesos parametriales, y Fritsch comprobó que todos los abscesos de esta índole evacuados por él, tuvieron esta causa. Sólo de tarde en tarde se hallan el estafilococo y otras bacterias, por sí solos, o mezclados con el estreptococo, y puesto que casi todas las inflamaciones parametriales son ocasionadas por este último microorganismo, han de incluirse en la clase estreptocócica todas las pacientes que presenten tumor inflamatorio en el parametrio, hasta que se demuestra inconcusamente que la enfermedad tiene otro origen.

Los caracteres distintivos del tumor inflamatorio (crónico) parametrial son: 1º, su situación en el área de tejido conectivo, por lo común en el ligamento ancho; 2º, su situación baja respecto del útero, a menudo mucho más abajo y al lado del cuello; 3º, su entreveramiento con la pared pélvica, tal como si fuese un brote de ella, y 4º, su dureza, a veces semejante a la de los neoplasmas cartilagosos u óseos provenientes de la pared pélvica. Por otra parte, el tumor inflamatorio tuboovárico se distingue de aquél en que está situado en la región tuboovárica, o bien desviado hacia la excavación rectouterina ("fondo de saco"); en que no está tan estrechamente entreverado con la pared uterina, sino por lo común hay un surco que señala la zona de contacto; en que no está tan íntimamente entreverado con la pared pélvica; en que los dedos examinadores perciben una porción del contorno redondeado de la trompa o del ovario, y en la falta de dureza cartilaginiforme, que es tan frecuente en los tumores inflamatorios crónicos parametriales.

En el artículo arriba citado, el autor dió los pormenores relativos a un grupo de pacientes pertenecientes a la clase (clínica) estreptocócica, que presentaban los dos principales puntos diagnósticos antes de la operación; en dicho informe se puso asimismo de manifiesto el tiempo transcurrido entre la infección y la operación, las bacterias que se hallaron al ejecutar el acto quirúrgico y su grado de virulencia, comprobada por los efectos de la operación.

De este grupo de pacientes de la clase (clínica) estreptocócica, pueden deducirse los siguientes puntos:

Veracidad de los informes que pueden obtenerse en la diagnosis antes de la operación.—Cuando por la anamnesia se hizo evidente que la enfermedad tuvo su origen en el parto o en el aborto, y al efectuar la exploración se descubrió que había parametritis muy señalada, se hallaron estreptococos en todas las pacientes, excepto una. Esta única excepción (estudio 16), fué la paciente de Hunner, quien no quedó totalmente convencido del examen microscópico y dijo que consideraba la infección como de origen estreptocócico, a pesar de los hallazgos negativos.

Quando no concuerden los dos puntos antedichos, ha de cargarse la consideración en el sitio que ocupa el tumor inflamatorio. Con todo, no se ha acumulado número suficiente de informes cuidadosos y pormenorizados respecto de la situación de dicho estado morbosos, en estos casos de duda, lo cual es un asunto que requiere ulteriores investigaciones. En

la hora presente, tales estados inflamatorios de origen dudoso deben ser mirados con gran cautela, a fin de no incluir alguna infección estreptocócica en la clase gonocócica (en la que es permitida la operación abdominal).

Duración de la virulencia.—La virulencia del estreptococo persiste por tiempo indefinido. Miller dió cuenta de una enferma en quien persistió la bacteria por seis años, y otra por doce años. Martin dice que se han hallado estreptococos muy virulentos en un tumor inflamatorio pélvico después de diecinueve años. En una paciente (estudio N^o 19), al parecer, se desvanecieron los estreptococos en un período de seis meses, pero en este caso tampoco se halló pus; ésta fué una enferma de infección grave subsecuente al parto; en el octavo día del puerperio se hizo la incisión vaginal de un absceso pélvico y se evacuó pus que contenía estreptococos. Seis meses después se hizo otra incisión vaginal para evacuar un tumor inflamatorio persistente, en la excavación rectouterina, y no se halló pus, sino tan sólo flúido seroso que contenía únicamente estafilococos.

Quizá sea posible la autoesterilización de abscesos estreptocócicos, pero es tan rara que no ha de tomarse en cuenta. Los tumores inflamatorios pélvicos de origen estreptocócico son siempre peligrosos, y en tal virtud, la operación abdominal en cualquier tiempo es probable que vaya sucedida de la peritonitis mortal. Las infecciones catalogadas en el citado artículo son prueba fehaciente de la gravedad de la operación intraperitoneal en tales casos.

Naturaleza de la operación.—El tratamiento quirúrgico más seguro de las acumulaciones virulentas estreptocócicas, es el método extraperitoneal, y cuando sea posible, ha de evacuarse el pus por la vagina. Si no puede lograrse esto, tal vez sea factible evacuar y canalizar el absceso por medio de la operación extraperitoneal, arriba del ligamento inguinal (arco crural, o ligamento de Poupart), según se hizo en algunas de las pacientes antes citadas. En tales casos, sólo ha de ejecutarse la operación intraperitoneal, cuando la gravedad del estado inflamatorio ponga en peligro la vida de la enferma, y sea imposible llegar hasta el absceso por algún medio menos peligroso.

Conclusiones

1^a En más de la mitad de las supuraciones crónicas de la pelvis, es estéril el pus en el momento de ejecutar la operación, lo cual demuestra que las más de las veces se efectúa la autoesterilización en el foco infeccioso dentro de un tiempo razonable.

2^a La extirpación por la vía abdominal, de algún tumor inflamatorio que contiene bacterias activas y virulentas, ocasiona muchas veces la peritonitis mortal, o la infección localizada. La susodicha extirpación del tumor inflamatorio por la vía abdominal, cuando están muertas las bacterias, o sumamente atenuadas, casi nunca da origen a la infección, aun

cuando escape bastante cantidad de pus a la pelvis. Por consiguiente, no debe ejecutarse por la vía abdominal el tratamiento quirúrgico de tumores inflamatorios crónicos de la pelvis, antes de que haya transcurrido el período de probable esterilización, excepto en raras circunstancias, cuando, a pesar de las disposiciones paliativas, la gravedad de la inflamación ponga en peligro la vida de la enferma y no sea posible alcanzar y evacuar convenientemente el absceso por el método extraperitoneal.

3ª El tiempo que se requiere para la extinción de las bacterias, o para que se efectúe eficazmente la atenuación de su virulencia, varía en gran manera en las diferentes pacientes. La duración de la virulencia depende principalmente de la naturaleza de la infección. La infección gonocócica y la estreptocócica son las únicas dos variedades acerca de las cuales tenemos suficientes informes exactos tocante a la duración de la virulencia.

En la infección gonocócica se efectúa la extinción, o la atenuación de las bacterias, hasta el grado de que pueda considerarse el pus casi estéril, dentro de un período de tres a cuatro meses, contados desde el comienzo de la enfermedad. En tales circunstancias, puede ejecutarse con seguridad la operación abdominal luego de transcurrido dicho período. En cambio, en las infecciones estreptocócicas las bacterias viven y conservan su virulencia por tiempo indefinido. Algunas veces, parece disminuirse ésta, pero es tan raro que no debe el médico fiarse en ello y, por tanto, nunca está exenta de peligros la operación abdominal para el tratamiento quirúrgico de los tumores inflamatorios estreptocócicos, pues aun después de varios años es probable que la operación vaya sucedida de peritonitis mortal.

4ª Las dos variedades antedichas de inflamación pueden distinguirse las más de las veces antes de ejecutar el acto quirúrgico, y los caracteres distintivos de cada una de ellas se cifran en la **causa manifiesta** de la enfermedad, y en la **situación del estado inflamatorio**, según queda dicho.

5ª El tiempo más oportuno para ejecutar la operación abdominal en el tratamiento de tumores inflamatorios crónicos de la pelvis varía de la siguiente manera:

a. Caso que la infección sea claramente de origen gonocócico (concordancia entre la causa manifiesta y el sitio de la inflamación), puede considerarse segura la operación abdominal tres o cuatro meses después del comienzo de la infección. Si transcurrido este tiempo y a pesar del tratamiento paliativo, continuare el tumor inflamatorio siendo causa de grave irritación, de ordinario será conveniente extirparlo. Por el contrario, si hubiere señalada mejoría, será preferible esperar, ya que bien pudiera suceder que las defensas orgánicas cooperasen al total restablecimiento, sin necesidad de la operación.

b. Cuando es indubitable que la infección es causada por el estreptococo (concordancia de los dos puntos tantas veces mencionados), nunca

puede ponerse en obra sin peligro la operación abdominal, pues aun cuando la temperatura y el pulso sean normales, y se halle el estado infeccioso en período de quietud, la extirpación intraabdominal del tumor inflamatorio probablemente acarree la muerte de la enferma, a causa de la peritonitis estreptocócica.

c. Cuando es dudoso el origen de la infección (discordancia de la causa y la situación), debe hacerse la más minuciosa investigación de todas las circunstancias del caso y se valdrá el cirujano de todos los medios útiles de diagnóstico, para llegar a conclusiones definitivas, y no se ejecutará ninguna operación intraperitoneal mientras no se excluya con bastante certeza el origen estreptocócico. Cuando en caso de duda se abra el abdomen, fundándose en la suposición de que el tumor inflamatorio es tuboovárico, y antes de separar todas las adherencias se descubriere que la inflamación está situada principalmente en el tejido conectivo (parametritis), se variará por entero el método y se empleará la vía extraperitoneal (por medio de la vagina, o arriba del ligamento inguinal), cerrando antes la herida abdominal. La razón de esta mudanza en la técnica es que probablemente el tumor inflamatorio contenga estreptococos y que las adherencias del epiplón y las asas intestinales que formaron el tumor en la región tubaria, son el cerco de defensa que pone el organismo entre las bacterias virulentas y la cavidad peritoneal; y cuando se destruye esta barrera defensiva se abre el camino a las bacterias.

CAPÍTULO III

OTRAS ENFERMEDADES

de los

ovarios, trompas uterinas, peritoneo pélvico y tejido conectivo pélvico

En este capítulo estudiaremos el tratamiento quirúrgico de las siguientes enfermedades:

- Tuberculosis pélvica
- Preñez extrauterina
- Otras hemorragias
- Neoplasmas de las trompas
- Torcedura de los anexos uterinos
- Lipoma extraperitoneal
- Equinocosis
- Actinomicosis
- Várices del ligamento ancho
- Edema pélvico fulminante

TUBERCULOSIS PÉLVICA

La tuberculosis pélvica principia casi siempre en las trompas uterinas, y de cuando en cuando en alguna otra parte de la cavidad abdominal, desde donde se propaga por medio del peritoneo a la pelvis y ocasiona la tuberculosis peritoneal pélvica.

Sucedee a veces en la salpingitis tuberculosa, que en el momento de ejecutar la operación la lesión tuberculosa está circunscrita en la pelvis (trompas y peritoneo), y en cambio, en otras ocasiones se ha extendido ya a la cavidad abdominal. Multitud de veces la tuberculosis abdominal generalizada es a causa de la propagación de la tuberculosis tubaria.

El tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pélvica consiste en la extirpación, siempre que sea posible, de las trompas dañadas, así como de los demás tejidos que alberguen la enfermedad o faciliten su progreso. Después del carcinoma, la tuberculosis es la enfermedad más grave que invade los tejidos pélvicos y, por tanto, es lícito valerse de las disposiciones terapéuticas más radicales, cuando sea necesario, para curar o limitar el progreso de la enfermedad. Atento que rara vez es posible suprimir totalmente la enfermedad por medio de la extirpación, los efectos

del tratamiento dependen de las defensas orgánicas generales y locales de la paciente. Así, pues, el tratamiento quirúrgico ha de tener dos fines: 1º, extirpar los tejidos dañados, y 2º, acrecentar las antedichas defensas locales y generales, y, por consiguiente, cualquiera disposición terapéutica (extirpación de las trompas, de los ovarios o del útero) ha de llevar puesta la mira en uno u otro de dichos fines. Al mismo tiempo, se tendrá cuidado de no menoscabar en gran manera las defensas generales, ejecutando operaciones prolongadas y debilitantes, ni deprimir las defensas locales traumatizando el intestino o la vejiga urinaria. Con frecuencia las asas intestinales son invadidas por la tuberculosis, y no es raro que se formen fístulas fecales al desintegrarse las paredes dañadas.

Hay diferentes variedades de tuberculosis, que principalmente representan los diversos períodos de la enfermedad, y el tratamiento quirúrgico varía según la clase de lesión. Tocante a esto, bien será agrupar las lesiones en tres clases: 1ª, señalada tuberculosis de los anexos uterinos sin invasión muy avanzada de los tejidos contiguos; 2ª, tuberculosis generalizada de la pelvis y la porción inferior del abdomen, y 3ª, tuberculosis moderada de las trompas.

Tuberculosis grave de los anexos uterinos, sin invasión muy señalada de los tejidos contiguos.—En estos casos, claro está, han de extirparse las trompas, y es asimismo conveniente extirpar los ovarios y el útero, a no ser que haya razones especiales y poderosas que limiten la magnitud del acto quirúrgico. Los ovarios por lo común están ya dañados, mas aun cuando no lo estuvieren de manera perceptible, será acertada su extirpación para evitar la congestión menstrual recurrente que acrecienta la irritación pélvica y favorece la diseminación de la enfermedad. Con todo, ha de tenerse presente la edad de la enferma.

De ordinario debe extirparse el útero, ya que la experiencia nos enseña que en la tuberculosis tubaria es probable que esté dañada la porción uterina de la trompa junto con el resto de ella, y muchas veces la enfermedad ha cundido también al endometrio. Si en tales circunstancias se dejase el útero, nada difícil sería el fracaso.

No es acertado efectuar la canalización, y se procurará cuanto es en sí evitar la contaminación de la celiotomía, o de cualesquiera otras superficies cruentas, con la materia tuberculosa.

Tuberculosis generalizada de la pelvis y la porción inferior del abdomen.—En estos casos, la tuberculosis ha cundido a casi todos los tejidos de la pelvis y de la porción inferior del abdomen, y las trompas, los ovarios, el útero, la vejiga, el intestino y el epiplón están adherentes y forman un denso conglomerado. En ocasiones es tal la adherencia de los antedichos tejidos, y están ellos tan infiltrados, impregnados y desorganizados, que es sumamente dificultosa su diferenciación. Al intentar el despegamiento de los órganos para suprimir el foco tubario, es fácil desgarrar

o perforar la pared degenerada del intestino o de la vejiga, en cuya virtud ha de ponerse sumo cuidado en evitar este accidente que agravaría en gran manera las circunstancias. Por otra parte, bien puede suceder que la hemorragia y el traumatismo de tan dilatada operación, ocasionen choque que acarree la muerte o menoscabe considerablemente las defensas orgánicas generales. El método que ha de seguirse en las enfermas muy graves, es suprimir cuando sea posible el foco infeccioso con el mínimo traumatismo, no separar las adherencias más de lo que sea necesario para lograr la supresión del foco tubario, y aun esto es a las veces inadecuado, a causa de la probabilidad de desgarrar el intestino o la vejiga. Además, la ulceración tuberculosa subsecuente por entre la pared intestinal dañada, puede dar origen a la fístula fecal.

En una gran muchedumbre de pacientes graves se ha logrado gran mejoría con sólo abrir y cerrar la cavidad abdominal, y en las tuberculosis excepcionalmente graves, arriba mencionadas, es preferible poner en ejecución este método y valerse subsecuentemente de disposiciones terapéuticas no quirúrgicas, que no correr el riesgo de causar daño al intestino o a la vejiga al intentar el despegamiento de vastas y densas adherencias.

Cuando haya algún absceso ocasionado por infección mixta, con calentura intensa y otras graves perturbaciones provocadas evidentemente por el absceso, se evacuará éste ora por la vía vaginal, o bien por el abdomen. Con todo, la evacuación y la canalización por cualquiera de dichas vías no suelen ser del todo eficaces, ya que es probable cunda la tuberculosis a las paredes del conducto de canalización, las cuales supurarían indefinidamente. No obstante lo antes dicho, en algunos casos se efectúa la cicatrización del conducto fistuloso de desagüe, y de cualquiera manera la canalización alivia el período agudo y mitiga un tanto los síntomas amenazadores.

Tuberculosis moderada de las trompas.—En muy raras ocasiones la tuberculosis es de naturaleza benigna, y en tales casos bien puede suceder que circunstancias especiales hagan lícita la conservación del útero y los ovarios. Sin embargo de ello, esto ha de hacerse en ocasiones por extremo raras, visto el gran peligro de que la enfermedad continúe diseminándose en los períodos de congestión menstrual.

Por otra parte, hay enfermas en quienes la tuberculosis es tan leve, o tan poco característica, que haga dudoso el diagnóstico. Hay una variedad rara de inflamación peritoneal pélvica que presenta puntos engrosados y dispersos, que se asemeja tanto a la tuberculosis, que ha sido llamada: "seudotuberculosis". Siempre que haya alguna duda respecto del diagnóstico, puede ser acertado extirpar únicamente los tejidos dañados palpables.

PREÑEZ EXTRAUTERINA

En la preñez extrauterina, el óvulo fecundado anida y se desenvuelve fuera de la cavidad uterina, y salvo en raras ocasiones se sitúa primi-

tivamente en alguna porción de la trompa uterina; en tal virtud el término "preñez tubaria" es casi sinónimo de "preñez extrauterina". De cuando en cuando el óvulo fecundado se implanta en el ovario, o bien entre éste y la trompa.

Al estudiar el tratamiento quirúrgico de la preñez extrauterina es necesario considerar varias clases clínicas, a saber: 1ª, antes de la ruptura; 2ª, hematocele; 3ª, hemorragias intraperitoneales moderadas y repetidas; 4ª, hemorragia intraperitoneal copiosa; 5ª, hematoma, y 6ª, preñez extrauterina avanzada.

1ª **Antes de la ruptura.**—En este período, el único medio seguro de tratamiento es la celiotomía y la extirpación de la trompa gestante tan pronto como se haga el diagnóstico con alguna certeza, ya que la paciente está en constante peligro de que sobrevenga copiosa hemorragia súbita y, por tanto, cuanto más pronto se ejecute la operación, tanto mejor será para ella. Si la trompa está situada en la excavación rectouterina, es a veces posible alcanzarla y ligarla por la vía vaginal (colpotomía), si bien este método no es del todo seguro, ya que las manipulaciones podrían provocar copiosa y súbita hemorragia que no pudiera cohibirse por la vía vaginal; este peligro de la hemorragia se acrecienta por la circunstancia de que con frecuencia la trompa gestante está sujeta por antiguas adherencias. En este período, la operación más segura es, pues, la celiotomía y la extirpación de la trompa dañada.

Parece probable que muchas, si no todas las preñeces extrauterinas, en las que se hace el diagnóstico y se operan "antes de la ruptura", sean en verdad preñeces ectópicas que no son reconocidas sino hasta después de que se efectuó la primera ruptura, la cual puede no causar señaladas perturbaciones y sólo dar origen a muy escasa hemorragia, la que basta para causar unos cuantos dolores agudos, dolor persistente a la presión y tumor sumamente sensible, sin causa manifiesta: tres síntomas que tienen lugar tan importante en el diagnóstico de la preñez tubaria después de la ruptura.

Al efectuar la exploración en este período, se descubre que hay algún dolor a la presión en la región de los anexos de un lado y quizás algún pequeño tumor causado por la dilatación de la trompa. Con todo, no ha de echarse al olvido que los ovarios normales suelen ser dolorosos a la presión, en especial cuando están congestionados, como sucede en la preñez incipiente, y que con frecuencia esta sensibilidad dolorosa es más señalada en un lado. En hecho de verdad, el pequeño tumor en la región tubaria es el único indicio de que hay alguna anormalidad en la pelvis, la cual puede haber acaecido desde algún tiempo atrás, a causa de alguna enfermedad previa. A no ser que en previas exploraciones se haya comprobado que la pelvis no contenía el antedicho abultamiento, con lo cual se tendrá la certeza de que éste se formó recientemente, no estará ajustado a razón el diagnóstico de preñez tubaria, ya que no habrá suficiente evidencia en qué apoyarlo.

La máxima parte de las veces es erróneo el diagnóstico que se funda en tan dudosos signos, según ha demostrado repetidas veces la experiencia, cuando se ejecuta la operación quirúrgica luego de hacer tan inmaturo diagnóstico. En raras ocasiones, el dolor a la palpación está muy bien circunscrito en un lado y es tan perceptible el dolor, particularmente al hacer algún ejercicio, y por otra parte es tan señalada la sensación dolorosa que ocasiona la palpación del pequeño tumor en una paciente que no había padecido ningún trastorno antecedente, que, al confirmarse el diagnóstico de preñez ectópica por medio de la reacción positiva de Aschheim-Zondek, se pueda ejecutar la operación quirúrgica antes de la ruptura. Sin embargo de ello, tal cosa sucede muy raras veces y a causa de la estrecha semejanza que hay entre los síntomas y signos de la preñez tubaria con la gestación normal, el estado de la enferma no despierta ninguna sospecha, o aun cuando se pensare en alguna anormalidad, no es posible hacer con exactitud el diagnóstico diferencial.

En tales casos, han de tenerse las siguientes precauciones: 1º, hacer la exploración pélvica de todas las pacientes en el período incipiente de la preñez, siempre que haya suficiente dolor o sensación dolorosa a la presión en la pelvis, que haga pensar en alguna anormalidad; 2º, no hacer nunca con certeza el diagnóstico de preñez tubaria, a menos que los signos objetivos lo justifiquen, y 3º, no hacer nunca el diagnóstico de "antes de la ruptura", cuando haya sangre en la pelvis, exudado plástico reciente y adherencias en la trompa, o cuando esté dañado el revestimiento peritoneal de la trompa, según se compruebe al ejecutar la operación.

2ª Hematocele pélvico.—En estas pacientes cesó la hemorragia desde algún tiempo atrás, y la sangre acumulada en la excavación rectouterina está separada de la cavidad peritoneal por exudado plástico y adherencias; el embrión y las membranas probablemente fueron expulsadas de la trompa, ora por entre alguna ruptura de su pared, o bien por el extremo de aquélla ("aborto tubario"), y quizás hayan sido resorbidos en su mayor parte, de manera que casi lo único que queda en la pelvis es la sangre, el exudado y las adherencias alrededor de ella, todo lo cual forma un tumor doloroso en la excavación rectouterina, detrás del útero, sin que haya mayores perturbaciones en los tejidos superiores.

En tales circunstancias conviene observar estrechamente a la enferma por algún tiempo, y en el entretanto hacer que permanezca encamada y en reposo. En el decurso de una semana o diez días, se hará manifiesta la mejoría, lo cual demostrará que se está efectuando la resorción de la sangre y el exudado, y que probablemente se recupere la enferma sin que sea menester la operación; o, por el contrario, se presentarán nuevos signos de irritación que den indicios de que el embrión y las membranas continúan su desenvolvimiento, o de que la sangre y el exudado están causando irritación persistente; en este último caso, convendrá la operación luego de transcurrido el antedicho período de reposo.

La clase de operación que ha de ejecutarse depende de las circunstancias. Si los signos de irritación (dolor y sensibilidad dolorosa a la presión) se manifiestan en la excavación rectouterina, probablemente baste la evacuación de la sangre acumulada en dicha excavación por medio de la colpotomía. Si el dolor se propaga hacia la porción superior de la pelvis, es más segura la operación abdominal, y si hubiere alguna duda respecto del diagnóstico, preferirás la celiotomía.

Quando haya de efectuarse la evacuación de un hematocele, por la vía vaginal, se preparará asimismo a la paciente para la celiotomía, ya que no sería difícil que las manipulaciones vaginales provocasen hemorragia interna que no pudiera cohibirse por la vagina.

3ª Hemorragias intraperitoneales moderadas y repetidas.—Esta clase comprende la mayor parte de las preñeces tubarias, y se distingue por los accesos repetidos de dolor pélvico, acompañados de dolor intenso al hacer la palpación del abdomen, que obligan a la enferma a guardar cama por varios días. Hay crecimiento gradual del tumor en los anexos, el cual consta de sangre y exudados, y es muy doloroso cuando se hace la exploración. Las alteraciones del pulso dependen de la magnitud de la hemorragia inmediata anterior. Tal estado se confunde a menudo con la salpingitis exudativa común, y en tal virtud se hace por varias semanas el tratamiento que a ella corresponde, antes de que se sospeche en la verdadera naturaleza de la enfermedad. No es de la incumbencia de este libro que trata únicamente del tratamiento quirúrgico, entrar en pormenores respecto del diagnóstico diferencial, los cuales, así como las causas, la patogenia y los síntomas, se estudian por menudo y en particular en nuestro libro *Enfermedades de la Mujer*.

El tratamiento consiste en la celiotomía tan pronto como sea claro el diagnóstico y pueda la paciente ser transportada a un hospital donde reciba el tratamiento preoperatorio adecuado. La técnica quirúrgica es en general semejante a la que se sigue en el tratamiento de la salpingitis exudativa. Con todo, una circunstancia importante al comenzar la operación intraabdominal es evitar en lo posible nuevas pérdidas de sangre, y para ello se hará cuidadosamente la inmediata forcipresión de los vasos sanguíneos, a cada lado de la lesión. De ordinario ya ha cesado la hemorragia y el área está llena de coágulos de sangre, que al ser removidos probablemente den origen a copiosa hemorragia.

En la figura 70 se pone de manifiesto el estado del abdomen luego de abrirlo, y antes de ejecutar ninguna manipulación. Tan presto como se comienza a quitar los coágulos, se cubren los tejidos de sangre fresca y se hacen confusas las relaciones anatómicas. Es inútil el intentar secar la sangre con compresas de gasa, para ver y comprimir con pinzas los vasos sangrantes, ya que el flúido sanguíneo brota incesantemente de los vasos desgarrados, y más tardará el ayudante en secar el área operatoria, que llenarse nuevamente de sangre los tejidos. De consiguiente, la forcipresión rápida de los vasos debe efectuarse totalmente con ayuda del

sentido del tacto, y por debajo del torrente de sangre que invade la región. Para ello, se identifica presto el ligamento ancho, en el lado interno del tumor, valido de los dedos pulgar e índice, los cuales sirven de guía a las pinzas con que se efectúa la forcipresión (Fig. 71). De igual manera se comprimen los vasos de la porción lateral, y con ello se cohibe la hemorragia; se seca la sangre, se identifican por menudo los tejidos y se extirpan los tejidos dañados.

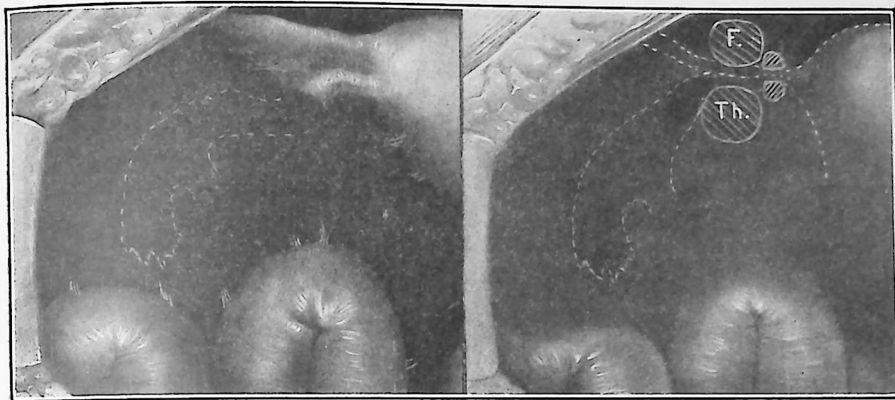


Fig. 70

Fig. 71

Figs. 70 y 71.—Preñez tubaria con hemorragia intraperitoneal que se contuvo temporalmente y formó un gran coágulo y adherencias poco resistentes. Según se explica en el texto, tan pronto como se perturba el coágulo al efectuar alguna manipulación, comienza de nuevo la hemorragia y, por consiguiente, lo primero que ha de hacer el cirujano es comprimir con pinzas los vasos sanguíneos que irrigan cada porción lateral del tumor hemorrágico; lo cual ha de hacer con la sola ayuda del tacto y en un lago de sangre, que se vierte rápidamente y cubre todos los tejidos; con los dedos pulgar e índice (representados en el dibujo con las letras *F.*—índice— y *Th.*—pulgar—) se guía la punta de las pinzas, según se ve en la Fig. 71.

Fig. 70.—Aspecto que presentan el coágulo y las adherencias antes de perturbarlos.

Fig. 71.—Al hacer la forcipresión de los vasos con la sola ayuda del tacto, sobreviene nueva hemorragia que cubre todo el sitio de la operación. Los dedos pulgar e índice (*F.* y *Th.*, respectivamente) sirven de guía a las pinzas hacia la porción lateral del útero, y con ellos se aparta el intestino al cerrar el instrumento, después de lo cual se hace de igual manera la forcipresión en el lado lateral (externo) del tumor.

Cuando está muy dañado el ovario, ha de extirparse junto con la trompa (Figs. 52 a 54), y en caso contrario bien será conservarlo (Figs. 60 a 62). Por lo común no conviene, ni hay tiempo, de extirpar el cabo de la trompa hasta su extremidad uterina, a no ser que ésta esté sumamente engrosada a causa de algún antiguo estado inflamatorio. Al despegar el tumor de sus adherencias, ha de ponerse sumo cuidado en evitar hemorragia excesiva, pues ha de tenerse presente el estado de los tejidos que sangran con la mayor facilidad y, por tanto, la enucleación del tumor y la forcipresión de los vasos laterales y mediales de la trompa dañada, han de efectuarse rápidamente.

4ª **Copiosa hemorragia intraperitoneal.**—En estas circunstancias conviene a veces la celiotomía inmediata, con tal que ésta sea ejecutada por cirujano experto en esta clase de operaciones abdominales, y pueda ser

transportada la enferma a un hospital bien proveído. A falta de cirujano competente y de las necesarias posibilidades, más valdrá diferir la operación y administrar sedantes para calmar a la enferma.

Las más de las veces al llegar el cirujano cesó ya la hemorragia, lo cual suele determinarse con bastante certeza observando por corto tiempo a la enferma. Cuando ha cesado la hemorragia se notará que se mitiga poco a poco el dolor y mejora el pulso, y si se decide diferir el acto quirúrgico hasta que se recupere la paciente del choque y de la anemia aguda, se hará que aquélla permanezca en decúbito horizontal y en absoluto reposo, sin hacer ningún movimiento voluntario (sentarse, mover las extremidades, pujar) y no se administrarán enemas ni purgantes. Si se determina llevarla a un hospital, se procurará que esto se haga con la menor perturbación posible, y casi como si la enferma hubiere de permanecer en su lecho. Si fuere posible, se evitarán las evacuaciones intestinales en las primeras cuarenta y ocho horas, y se darán muy pocos alimentos. La sed intensa ocasionada por la pérdida de sangre, se mitiga con la administración simultánea de solución salina normal (suero artificial), o aun mejor, de solución de glucosa por vía endovenosa, con lo cual se suministrarán substancias alimenticias y flúido. Para suprimir el dolor y la inquietud se administrarán sedantes por vía hipodérmica, o por la boca. Han de evitarse los vómitos, y se abstendrá el médico de hacer exploraciones pélvicas, ya que cualquiera de ellos podría provocar nueva hemorragia. Transcurridos los primeros dos o tres días, se darán algunos alimentos más, se pondrán lavativas, si fuere menester, y se le permitirá a la enferma ejecute algunos movimientos con los brazos y las piernas, pero permanecerá en la posición horizontal y se le prevendrá para que no haga esfuerzo alguno ni intente sentarse porque se sienta mejor, ya que con ello podría echar por tierra todo el provecho logrado con el reposo. Cuando la hemorragia es más abundante, suele requerir de diez días a dos semanas para que se recupere suficientemente la enferma, y pueda efectuarse la operación quirúrgica. En cambio, cuando la hemorragia interna es menos copiosa, bien pudiera la paciente estar en buen estado para la operación al cabo de unos cuantos días.

La rápida recuperación de la anemia aguda después de estas copiosas hemorragias, indica la resorción de la sangre en la cavidad peritoneal, lo cual es una feliz circunstancia. La transfusión sanguínea o la administración intravenosa de suero artificial, puede acrecentar la tensión sanguínea y provocar de nuevo la hemorragia, por lo cual no convienen ni la una ni la otra, sino hasta que sea posible conducir a la enferma al hospital.

Ni tampoco ha de echarse al olvido que en estos casos hay casi siempre la posibilidad de que repentinamente principie nueva hemorragia, a pesar de todas las precauciones para evitarla y, por consiguiente, es siempre preferible tener a la enferma en el hospital en espera de la "operación diferida". Con lo cual, si se presentare nueva hemorragia, podrá efectuarse inmediatamente el acto quirúrgico antes de que vuelva

a presentarse el colapso. Estas enfermas cuya vitalidad está muy menoscabada, requieren gran discernimiento tocante al tiempo oportuno para operarlas y la clase de operación que convenga, por una parte, para cohibir la hemorragia y de esta suerte evitar el que se pierda toda esperanza de salvación, y por la otra, para evitar el que se extinga la última partícula de vida que aun queda, a causa del choque ocasionado por las manipulaciones intraperitoneales y la anestesia. En consecuencia, así aquéllas como ésta se reducirán al mínimo en duración y magnitud. Algunas pacientes pueden ser operadas con anestesia local, y en determinadas ocasiones está tan embotada la sensibilidad, que casi no se necesita ninguna anestesia para ejecutar la operación.

En el tratamiento quirúrgico de las diversas variedades de preñez extrauterina, así como de otros estados morbosos en que sea menester la operación abdominal, habrá mayores probabilidades de que se recupere la enferma si se la interna en un buen hospital y, por consiguiente, siempre que sea posible debe transportársele a dicho establecimiento. Aun un viaje por ferrocarril, en que se conduzca a la paciente en camilla sin que por un momento deje la posición horizontal, sería menos peligroso que si se ejecutase la operación en algún sitio inadecuado. La gran importancia que los maestros y los escritores conceden a la operación inmediata en el tratamiento de la preñez extrauterina, desgraciadamente ha tenido como consecuencia el que no se haga distinción en tales trances, esto es, el que se opere a pacientes cuando fuera más seguro esperar, y se ejecute el acto quirúrgico sin la debida preparación antiséptica, por médicos que no tienen la necesaria experiencia ni conocimientos quirúrgicos, todo lo cual los incapacita para ejecutar la operación de manera segura y eficaz. Aun en las pocas veces cuando hay hemorragia intraperitoneal abundante (los llamados casos "trágicos"), es probable que no muchas enfermas fallezcan en el acto de resultas de la hemorragia. Algunas mueren, si bien comparativamente pocas, según indican los registros de mortandad y el número de enfermas que son operadas subsecuentemente, luego de haber padecido hemorragia intraperitoneal grave. Las hemorragias repetidas, con la consiguiente irritación peritoneal e inflamación, que se presentan al cabo de algunos días o semanas, son las que ofrecen mayores peligros y acarrear la muerte, y no la ruptura primitiva que ocasiona al torrente sanguíneo la pérdida de cierta cantidad de sangre. Siendo esto así como es, la paciente tendrá mayores probabilidades de sobrevivir a la primera hemorragia si se hace que guarde absoluto reposo y no se pone en ejecución el tratamiento quirúrgico, que cuando se la opera en tiempo inoportuno, sin la debida preparación antiséptica, o bien, cuando ejecuta la operación alguna persona que carece de la debida experiencia en cirugía abdominal.

5ª **Hematoma pélvico.**—Si hubiere signos de hemorragia activa recorrente, preferible será ejecutar la celiotomía con el fin de extirpar la trompa dañada y el hematoma del ligamento ancho. Mas si hubiere tan sólo acumulación de sangre en el tejido conectivo, sin causar mayores

trastornos, se tendrá en reposo a la enferma y se mantendrá estricta vigilancia. Cuando el hematoma se está resorbiendo gradualmente, debe continuarse el reposo hasta que se haya resorbido la mayor parte de él, y entonces se permitirá a la enferma que se levante y se le dará casi por curada. Si el hematoma permanece sin resorberse y persisten los síntomas de irritación intensa, o se presentan después, conviene ejecutar la operación quirúrgica por vía abdominal o vaginal, según indiquen la situación del hematoma y los síntomas.

6ª Preñez extrauterina avanzada.—Son tan variables estos estados morbosos, que es imposible aplicar reglas fijas a todos ellos.

En algunas pacientes conviene la operación inmediata, y en otras es acertado esperar algún tiempo, o porque el feto murió recientemente y la placenta y las adherencias están aún muy vasculares y sería peligrosa la operación, o porque, como sucede raras veces, hay esperanzas bien fundadas de salvar a la criatura sin poner en peligro indebido a la madre.

La inserción vascular de la placenta a los órganos contiguos, tal como acontece en la preñez extrauterina avanzada, hace sumamente peligrosa su extirpación quirúrgica. La muerte del feto disminuye dicha vascularidad, y acrecienta las probabilidades de curación, lo cual sucede mucho antes de que la preñez llegue a su término. Cuando en tales casos continúa el desenvolvimiento de los tejidos fetales, y se hace el diagnóstico antes del término de la gestación, bien pudiera ser conveniente aplicar los rayos X al tumor gestante, con el fin de disminuir su vascularidad, al contener el crecimiento anormal. Con todo, han de pesarse las diversas circunstancias del caso antes de llegar a tal determinación, ya que de continuar el proceso morbozo se pondría en grave peligro la vida de la enferma, a quien debe aplicarse el tratamiento más eficaz. La preñez extrauterina bien puede equipararse con el carcinoma, o con cualquier otro neoplasma, y lleva en sí las mismas responsabilidades para el médico tocante al tratamiento. Entre otras cosas, el cirujano ha de poner la consideración en la edad de la paciente, respecto de la posible suspensión de las funciones ováricas que causarían los rayos X, la posibilidad de contener el crecimiento de la gestación anormal sin causar daños a la función ovárica, la proximidad del término de la preñez y los deseos de la enferma de correr los riesgos indebidos que acarrearía una posible extracción del feto al término de la preñez, en lugar de fiarse en preñeces normales subsecuentes, y por último, las complicaciones generales o locales que se relacionen con la operabilidad. Si fuese posible contener el crecimiento del feto y diferir la operación hasta que la placenta esté inactiva y contraída, probablemente pudiera ejecutarse el tratamiento quirúrgico sin exponer a grandes peligros a la paciente.

Cuando la gestación ectópica se aproxima a su término y se cree es acertado intentar la extracción de la criatura viva, el tratamiento de la placenta ofrece grandes dificultades, pues aun cuando excepcionalmente está dicho órgano implantado de tal suerte que sea posible ligarlo y extraerlo, de ordinario la inserción placentaria es de tal naturaleza, que

sea preferible dejarla intacta. Después de la extracción del feto, y de efectuar la limpieza del saco amniótico, se liga el cordón, se corta cerca de la placenta, se extraen las porciones desprendidas de las membranas y del saco y se cierra la cavidad abdominal, con canalización o sin ella, según convenga. Es aquí oportuno preguntar si ha de dejarse una abertura con el fin de efectuar la canalización, extraer ulteriormente la placenta desvascularizada y cerrar la herida en la segunda operación, o si conviene cerrar la herida en la primera operación y albergar la esperanza de que se contraiga la placenta, sea resorbida parcialmente y no cause ninguna perturbación. Por lo común, ha de preferirse el último método, ya que con él se da oportunidad a las defensas orgánicas para que efectúe la resorción de la placenta, sin el peligro que lleva en sí la canalización de provocar algún estado infeccioso; y caso que el tejido placentario causase después algún trastorno, bien pudiera extraerse en una segunda operación aséptica, sin la molestia de tener que tratar un conducto fistuloso probablemente infectado.

Al proyectar una operación de esta índole, debe el cirujano estudiar todo lo que sobre el asunto se halla escrito, lo cual le servirá para aclarar algunos puntos importantes. Hasta la hora presente se tienen noticias de la extracción de algunas criaturas vivas, y los informes publicados suministran valiosos pormenores respecto de los diversos métodos de tratamiento. Por ejemplo, el Dr. Russell W. Alles, de Detroit, Mich., E. U. A., en 1936, leyó en la junta de la *Central Association of Obstetricians and Gynecologists*, un interesante informe respecto de una de estas operaciones, en la cual se dejó la placenta sin canalizar el abdomen, y fué extraída en una segunda operación, seis semanas después, a causa de haber experimentado la paciente ciertas molestias, y de la cual operación sobrevivieron la madre y el niño. En el citado artículo, que se publicó en el *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, da el autor valiosos informes acerca de tan extraña anormalidad.

OTRAS HEMORRAGIAS

Cuando la sangre proveniente de una hemorragia pélvica, sea cual fuere su causa, pasa a la cavidad peritoneal, se conoce con el nombre de "hemorragia intraperitoneal". Si el derrame sanguíneo es escaso y queda encerrado en la excavación pélvica por una pared de exudado y adherencias que se forman arriba, se denomina "hematocele pélvico", y si en vez de pasar la sangre a la cavidad peritoneal se derrama en el tejido conectivo, se le da entonces la designación de "hematoma pélvico".

La causa más frecuente de la hemorragia en la pelvis es la preñez extrauterina, cuyos caracteres acabamos de estudiar.

De cuando en cuando, la hemorragia intrapélvica tiene otras causas. Así, la acumulación de sangre en la excavación o en el tejido conectivo pélvico, puede ser ocasionada por los siguientes estados morbosos:

- 1º Ruptura de várices del ligamento ancho.
- 2º Hemorragia de las trompas uterinas, causada por inflamación, pólipos, o por algún otro neoplasma tubario.
- 3º Hemorragia de los ovarios, cuyo origen sea la congestión o la inflamación, o bien alguna excrecencia papilar.
- 4º Ruptura de los vasos dilatados de algún gran neoplasma.
- 5º Hemorragia provocada por traumatismos, tales como golpes o caídas.
- 6º Hemorragia provocada por la forzada reposición del útero adherente, o por la ruptura de algún quiste ovárico, al efectuar la exploración.

El diagnóstico se funda en los mismos síntomas que dan indicios de la hemorragia en la preñez extrauterina, pero sin que haya signos de preñez.

Puesto que en la máxima parte de las hemorragias pélvicas espontáneas la causa es la preñez extrauterina, es preciso excluir del diagnóstico dicho estado morbozo antes de diagnosticar cualquiera otra enfermedad. Algunas veces esta exclusión puede hacerse a vista de las circunstancias del caso; por ejemplo, hay ocasiones en que la paciente es una mujer virgen, o bien ha pasado ya el período de la menopausia, o no ha tenido recientemente ocasión de hacerse preñada. Sucede a veces que no es posible hacer el diagnóstico diferencial sino hasta el momento de ejecutar la operación, pues entonces se hace manifiesta alguna de las causas mencionadas y es evidente la falta de signos de preñez tubaria. Siempre que haya lugar a duda, se reservará el médico el diagnóstico hasta que, después de la operación, pueda examinarse microscópicamente el tumor extirpado. En la ruptura de la preñez tubaria incipiente, cuando no se ejecuta la operación por varias semanas, pueden desvanecerse todos los signos que serían perceptibles a la simple vista, pero al efectuar el examen microscópico de la trompa dañada, se hallan a veces signos de preñez.

El tratamiento de la hemorragia pélvica cuyo origen no es la preñez tubaria, depende de las circunstancias del caso. Si la hemorragia se efectuó en el tejido conectivo (hematoma) y está bien circunscrita la sangre, basta el tratamiento paliativo, consistente en el reposo absoluto en decúbito dorsal, elevación de la parte de la cama que corresponde a los pies, aplicación de una bolsa de hielo al abdomen, y en la administración de sedantes en cantidad necesaria para calmar a la paciente. Cuando es leve la hemorragia intraperitoneal y puede excluirse del diagnóstico la preñez tubaria, conviene el mismo tratamiento, ya que en ambos casos bien pudiera resorberse la mayor parte de la sangre, y si al cabo de algún tiempo quedare aún parte de ella y ocasionare molestias o se presentare la supuración, será menester abrir el hematoma (o el hematocele) por la vía vaginal, evacuarlo y taponarlo con gasa, de la misma manera que se hace con los abscesos pélvicos.

La hemorragia intraperitoneal copiosa requiere la celiotomía, con tal que el estado de la paciente lo permita; los demás tiempos de la operación intraabdominal dependen del estado en que se hallen los tejidos.

NEOPLASMAS TUBARIOS

Son raros los neoplasmas de las trompas y cada uno de ellos ha de ser tratado siguiendo los principios generales que se aplican a cada particular variedad.

Los neoplasmas benignos han de extirparse procurando causar el menor traumatismo posible a los tejidos contiguos. El neoplasma benigno más frecuente de la trompa es el adenomioma, que suele ser concomitante con los adenomiomas uterinos y de otros tejidos cercanos.

La extirpación de los neoplasmas malignos operables debe incluir todos los tejidos contiguos que puedan estar dañados.

TORCEDURA DE LA TROMPA

En algunas ocasiones acaece la torcedura de una trompa uterina dilatada por el hidrosálpinx, o por algún neoplasma, hasta el grado de obstruir la circulación y ocasionar graves trastornos. La torcedura intermitente y recurrente de la trompa es más probable que la torcedura del pedículo de un neoplasma (Figs. 1 y 2). Los síntomas y el tratamiento son semejantes a los de la torcedura del pedículo de un neoplasma, de los cuales tratamos ya en el capítulo I (Neoplasmas ováricos).

LIPOMA RETROPERITONEAL

El lipoma retroperitoneal puede llegar hasta la pelvis y ocasionar perturbaciones cuyo diagnóstico sea muy dificultoso, aun después de abrir la cavidad abdominal. Por lo común el tratamiento consiste en la extirpación del gran tumor lipomatoso subperitoneal procurando causar el menor traumatismo posible a los tejidos contiguos. Rawls (*Am. Jour. Obst. and Gynec.*, Vol. 11) publicó un instructivo informe acerca de uno de estos neoplasmas e hizo la compilación de lo que hasta entonces se había escrito sobre el particular.

EQUINOCOCOSIS

En la equinocosis de la pelvis se extirparán, siempre que sea posible, todos los quistes. Cuando no sea factible la extirpación total, se abrirán todos los quistes que se dejen en la pelvis, se extraerá su contenido y se extirpará el tejido de revestimiento.

ACTINOMICOSIS

De cuando en cuando se presenta la actinomicosis en la pelvis. Stein (*Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.*, Vol. 78, pág. 200, 1928) publicó unas estadísticas que incluían unas cuarenta pacientes de actinomicosis pélvica, allegadas de la prensa médica, y trató por extenso del diagnóstico y el tratamiento. El pronóstico es siempre grave. Cuando la enfermedad no está muy diseminada puede intentarse la extirpación de los tejidos dañados.

dos. Si está muy extendida la enfermedad, se aconseja la administración de yoduro de potasio y han sido recomendados también los rayos X.

VÁRICES DEL LIGAMENTO ANCHO

Con el reconocimiento y el tratamiento de las várices del ligamento ancho, se ha reducido aún más la clase que incluye las pacientes que padecen trastornos sin causa manifiesta.

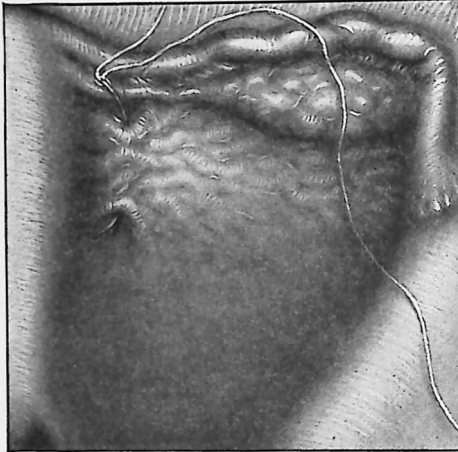


Fig. 72

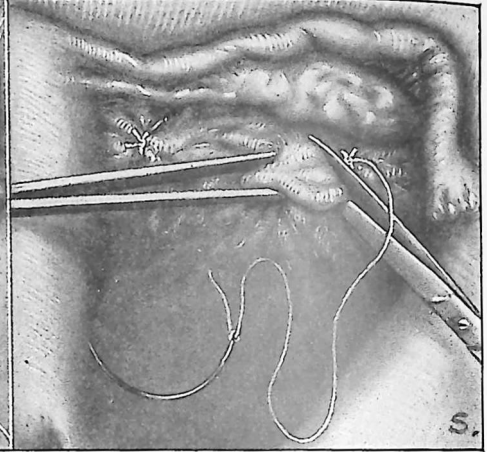


Fig. 73

Fig. 72.—Escisión de várices del ligamento ancho. Nótense el conglomerado de venas varicosas y el sitio donde se hace la ligadura cerca de la matriz.

Fig. 73.—Después de hacer las ligaduras medial (interna) y lateral (externa), se levantan con pinzas las venas antes de cortarlas.

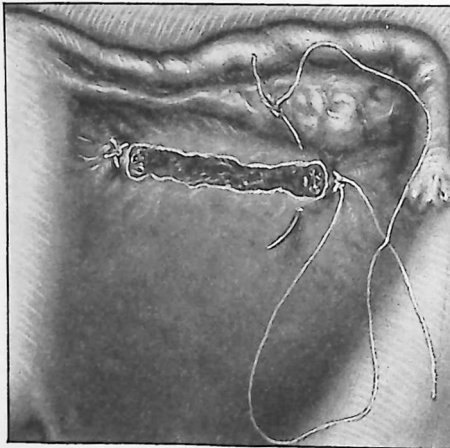


Fig. 74

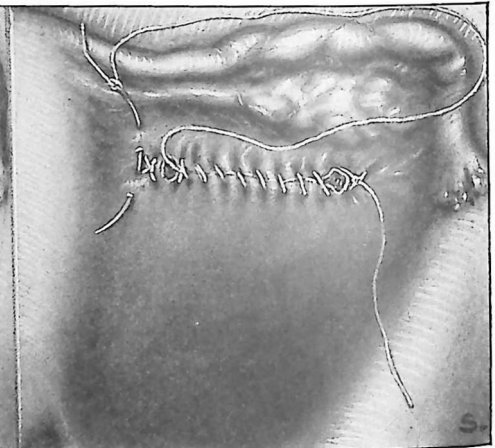


Fig. 75

Fig. 74.—Después de extirpar las venas ocluidas por medio de las ligaduras, se empieza la costura de la herida.

Fig. 75.—Se cosió ya la herida, y se está empezando la segunda hilera de puntadas que dejará cubierta toda la superficie en carne viva.

El mejor tratamiento es la escisión en conjunto de las venas varicosas, y si el varicocele va acompañado de salpingitis u ooforitis, junto con las venas se extirparán los anexos uterinos. Cuando no es menester extirpar estos últimos, se liga el conjunto venoso en cada extremo, con catgut cromado o con seda fina (Figs. 72 y 73) y se efectúa la escisión de los vasos ligados (Figs. 73 y 74). Se cohibe luego la hemorragia capilar y se suturan los bordes de la herida (Figs. 74 y 75), después de lo cual se vuelven hacia dentro los cabos y se cubren los bordes cruentos con una segunda hilera de puntadas. En la figura 75 se ve la aguja al principiar esta segunda sutura, que cubre a la primera. Luego de terminarla se anuda el cabo al hilo largo que se ve a la derecha.

Hay otro método que consiste en ligar el conjunto de venas en tres o cuatro sitios, y cortar luego los vasos entre las ligaduras, lo cual no es tan eficaz como la operación arriba descrita, pero es útil cuando no puede efectuarse la escisión total. El método menos eficaz es la ligadura simple de las venas varicosas, y sólo debe emplearse en circunstancias especiales, cuando haya complicaciones que contraindiquen la escisión.

Al efectuar el tratamiento quirúrgico de las várices, importa no causar muchas perturbaciones a la irrigación sanguínea de los ovarios.

EDEMA PÉLVICO FULMINANTE

Con el término "edema pélvico fulminante" se designa el edema intenso y generalizado en el interior de la pelvis, que se presenta súbitamente, sin causa manifiesta, y que suele ir acompañado de graves perturbaciones y postración extrema; tanto así, que el comienzo repentino, la gravedad de los síntomas y el colapso intenso, dan un síndrome semejante al de la ruptura de la preñez tubaria, diagnóstico erróneo que se ha hecho algunas veces. Es un estado morbosos raro que presenta intrincados problemas, así cuanto a las causas como tocante al diagnóstico. Las más de las veces ha coincidido con la inflamación de la pelvis, pero aun no ha sido posible dilucidar la razón de por qué se presenta el edema súbito y los síntomas graves sin causa evidente. Es posible que tenga alguna relación con perturbaciones alérgicas.

No obstante la incertidumbre que hay respecto de su causa, es preciso reconocerlo clínicamente y tratarlo; por tanto, bien merece el ser estudiado. Los pormenores de mayor importancia relacionados con esta rara enfermedad, así como su tratamiento, se ejemplifican en las siguientes observaciones prácticas.

OBSERVACIÓN N^o 1.—Uno de nosotros (H. S. C.) fué llamado por el Dr. S. T. Bassett, de San Luis, para ver en junta de médicos a una paciente que padecía trastornos pélvicos. Acertó a ser domingo; la paciente había ido a la iglesia en la mañana sintiéndose bastante bien, mas estando en el templo se puso muy mala y apenas pudo llegar a su casa. Tuvo un escalofrío, sucedido de cefalalgia intensa y dolores generalizados, pero sin

ningún síntoma local. Al parecer no había ningún estado morboso en ninguna región del cuerpo a qué atribuir la calentura, que subió a 41° C. Por la noche había ya signos de que la enfermedad era de origen pélvico, y entonces fuimos llamados en consulta.

Exploración.—Vimos a la enferma a las 10 p. m., cuando la temperatura había bajado a 40° C.; el pulso era rápido, pero tenía bastante buen volumen; la pelvis estaba llena de un tumor doloroso al tacto, que rodeaba el útero y lo inmovilizaba totalmente; al parecer había inflamación pélvica aguda y abundante exudado, pero ninguna causa manifiesta, reciente ni remota. La paciente siempre había sido bastante nerviosa, y su nerviosidad se acrecentó de algún tiempo atrás, sin que hubiese padecido trastornos que indicaran enfermedad pélvica de ningún género. Al día siguiente la temperatura era de 40.1° C., las pulsaciones 120 por minuto, la respiración 28 y notábanse signos de intensa irritación peritoneal. Aconsejamos la operación inmediata para contrarrestar, si posible fuese, la rápida diseminación del proceso inflamatorio, y al ser aceptada nuestra proposición fué internada la paciente en el hospital.

Operación.—Al abrir la cavidad abdominal hallamos la pelvis llena de pequeñas acumulaciones enquistadas de flúido, que invadían las trompas, los ovarios, el ligamento ancho y el útero. Los quistes, o pseudoquistes, eran de diverso tamaño, estaban llenos de suero transparente y al parecer penetraban profundamente en el tejido de los órganos dañados. El aspecto de la pelvis nos hizo sospechar en la mola hidatidiforme. Extirpamos cuantos quistes fué posible y canalizamos la pelvis por la incisión abdominal.

La calentura cedió al cabo de algunas horas, hasta llegar a 36.6° C., y no hubo ya después mucha hipertermia. En el primer período de la convalecencia varió entre 37.1 y 38° C., después se hizo normal y así continuó. La herida y el conducto de desagüe cicatrizaron presto y la enferma tuvo feliz convalecencia. En el examen microscópico de los tejidos extirpados no se hallaron bacterias de ningún linaje, signos de mola hidatidiforme ni de ningún estado morboso a qué atribuir la enfermedad y las notables mudanzas que se efectuaron en los tejidos.

OBSERVACIÓN N° 2.—Publicada por Briggs. Una mujer casada cuya menstruación había sido normal, se presentó en nuestro despacho y nos informó que padecía paludismo y algo de dolor pélvico. No hallamos nada anormal en la exploración pélvica, excepto cierta "llenura" en la región de los anexos izquierdos. Al cabo de dos días volvió la paciente al consultorio muy enferma, el rostro pálido, demacrado y con expresión de ansiedad; pulsaciones, 120 por minuto, débiles y de poco volumen; temperatura, 37.8° C. La pelvis estaba totalmente llena de un tumor fluctuante, cuyo rápido desenvolvimiento, junto con el estado casi afebril, daban indicios de hemorragia, por lo cual hicimos el diagnóstico de preñez tubaria. Al ejecutar la operación hallamos que la pelvis estaba llena de pequeños quistes de diversos tamaños, formados por la acumulación de suero dentro

del tejido conectivo. No había preñez tubaria. Canalizamos la pelvis, y se recuperó la paciente.

OBSERVACIÓN N^o 3.—Publicada por Briggs. Paciente cuya menstruación se retrasó cuatro días, y se presentó luego escasa y acompañada de paroxismos de dolor, que le hicieron creer que estaba teniendo un aborto. Al cabo de algunos días el dolor se hizo más intenso y la paciente padeció dos vértigos. La temperatura era normal; pulsaciones, 90 por minuto, el pulso débil y compresivo. Abdomen sensible. Se administraron sedantes, que mitigaron el dolor, pero se acrecentó el choque, hízose imperceptible el pulso radial, y la piel y las membranas mucosas se pusieron señaladamente anémicas. El útero hallábase dilatado, en retroversión, fijo y sensible; no se palpaban los anexos, y pudo comprobarse que había flúido en los flancos. Diagnóstico, preñez tubaria con ruptura.

Operación.—La pelvis y la porción inferior del abdomen estaban llenas de ampollas, causadas por la acumulación de suero en el tejido conectivo, lo cual hacía que el peritoneo formara vejigas hacia la pelvis en todas direcciones. En ambas trompas había inflamación crónica y el ovario derecho estaba dilatado y quístico.

Continuó el estado de gravedad, y unas cuantas horas después de la operación falleció la enferma. Lo más notable en este caso fué la gran cantidad de suero que formaba bolsas, o ampollas, en el tejido conectivo, sin que hubiera ningún signo de inflamación reciente.

OBSERVACIÓN N^o 4.—Publicada por Legueu. Poco después de una menstruación normal, la paciente fué acometida súbitamente de dolor agudo en la pelvis, acompañado de síncope, extrema palidez y enfriamiento de las extremidades. El abdomen estaba distendido, duro y doloroso a la presión. Al hacer la exploración vaginal se halló un tumor fluctuante en la excavación rectouterina. Diagnóstico: hematocele retrouterino. Al abrir el abdomen, escapó alguna cantidad de suero amarillo; había grandes acumulaciones de suero en los tejidos, en la región de los anexos, que llegaba poco más o menos a medio litro. Se recuperó la paciente. Al examinar el suero sólo se hallaron leucocitos y células peritoneales.

OBSERVACIÓN N^o 5.—Publicada por Jocet. Paciente de edad de veintiocho años, casada por ocho años, nulípara; en tres diversas ocasiones padeció un acceso de dolor abdominal intenso, acompañado de acumulación de flúido en la fosa ilíaca derecha, que presentó los caracteres del hematocele. En dos ocasiones antecedentes se resorbió dicha acumulación y la paciente estuvo del todo bien en los intervalos. La tercera vez, luego de presentarse los síntomas de lo que se creyó era un hematocele, los cuales duraron algunas semanas, había empezado a mejorar la enferma cuando súbitamente fué acometida de dolor abdominal intenso acompañado de palidez, demacración del rostro y vómitos incesantes. Creció el

tumor y se presentaron síntomas que daban indicios antes de inflamación que de hemorragia. Al ejecutar la operación quirúrgica se halló que la pelvis estaba llena de acumulaciones enquistadas de suero, y por último en las profundidades de la excavación pélvica se descubrió un antiguo absceso ovárico, que evidentemente fué la causa que provocó el edema de los tejidos circunyacentes.

CAPÍTULO IV

OPERACIONES QUIRÚRGICAS CONSERVADORAS DEL OVARIO Y DE LAS TROMPAS

En las pacientes que se hallan en la edad de la actividad endocrina de los ovarios, es muy importante la conservación de las funciones ováricas. Para lograrlo es necesario, primero, conservar la porción funcionante del tejido ovárico, así como su irrigación sanguínea propia, o segundo, trasplantar dicho tejido ovárico. Para que el trasplante sea eficaz, debe formar nueva red vascular. Por lo común, el tejido ovárico que se emplea para efectuar el trasplante se toma del conglomerado ovárico extirpado, y para ello se corta al punto la porción de tejido ovárico normal (cuya irrigación sanguínea tuvo que ser destruída al extirpar el conglomerado morbosos), y se implanta en algún sitio adecuado del tejido vascular. Esta operación se designa con el nombre de "autotrasplante" (trasplante o injerto "autoplástico"). En raras ocasiones el tejido ovárico que se implanta es tomado de otra mujer, y en este caso se denomina "homotrasplante" (trasplante o injerto "homoplástico"); y cuando se toma de un animal de diferente especie, se llama "héterotrasplante" (trasplante o injerto "héteroplástico")¹.

El origen del desenvolvimiento de las operaciones quirúrgicas conservadoras fué la observación de ciertas perturbaciones funcionales que padecían las pacientes después de la extirpación de ambos ovarios. Según queda dicho en el capítulo I (Neoplasmas ováricos) la primera operación encaminada a extirpar un neoplasma de dicho órgano fué ejecutada en 1809. Después de un período de reñidas controversias y críticas adversas, la clase médica del mundo civilizado fué aceptando gradualmente esta salvadora operación, y en el decurso de medio siglo se ejecutó con alguna frecuencia la ooforectomía para el tratamiento de diversas enfermedades. Desde entonces se empezó a extirpar los ovarios no tan sólo cuando había neoplasmas en ellos, sino también cuando padecían todo género de enfermedades, desde las más graves hasta las más leves, y por cierto se hizo a la postre muy común el extirpar ovarios casi normales, por razón de diversas perturbaciones nerviosas que se creía pudieran ser ocasionadas por dichos órganos (operación de Battey).

Sin embargo de ello, al correr del tiempo los médicos empezaron a vislumbrar la circunstancia de que los ovarios tenían otra función ade-

¹ Los términos entre paréntesis son del traductor.

más de la ovulación, y que cuando se extirpaban, no tan sólo se privaba de la ovulación a la paciente, mas también de algún otro agente que producía notable efecto en la salud general. Poco a poco fueron poniéndose en claro las funciones y las relaciones endocrinas de los antedichos órganos. De acuerdo con nuestros conocimientos actuales, además de la importancia de la ovulación o de la preñez, deben conservarse los ovarios siempre que sea posible por razón de sus efectos en la salud de la paciente, en particular de los efectos respecto del sistema nervioso.

Las razones de por qué se conservan en el día de hoy los ovarios y las trompas, o se efectúa la reimplantación de tejido ovárico, son cuatro, a saber:

1ª Con el fin de conservar la posibilidad de la **preñez**, para lo cual es preciso que haya un ovario o una porción funcionante de éste, así como una trompa permeable, ora en el mismo lado, o en el lado contrario, que bien puede ser un tubo normal, o el cabo o muñón de éste por haberse extirpado el resto a causa de algún estado morbosos.

En cualquiera de estas circunstancias es posible la preñez, y se tienen noticias de que haya acaecido multitud de veces. Claro, no hay tantas probabilidades de que se efectúe como en la mujer normal, mas no deja de haber una posibilidad. Además de esto, aun cuando no se empreñe la paciente, el solo conocimiento de que puede concebir le da no poca tranquilidad.

2ª Con el fin de que continúe la **menstruación**. Cuando se deja un ovario, o una porción funcionante de éste y no se extirpa el útero, continúa la menstruación siquiera se pierda toda esperanza de que se efectúe la preñez cuando haya sido preciso extirpar totalmente ambas trompas uterinas.

3ª Con el propósito de conservar las **funciones endocrinas** del ovario. Si se extirpa el útero, se suprime así la menstruación como la fecundidad, mas si fuere posible el conservar un ovario, o una porción de éste apta para la función, se conservará asimismo la secreción interna del tejido ovárico, con tal que éste continúe funcionando, esto es, que continúe formando óvulos y cuerpos amarillos.

Esto último es digno de tener en la memoria, pues no basta dejar una parte del antedicho órgano para que continúen la menstruación y las funciones endocrinas, ya que para ello es de todo punto necesario que siga funcionando la porción de tejido ovárico que se deje. Y si se destruyere de suerte la irrigación sanguínea, que ya no sea posible la ovulación, habrá sido inútil el esfuerzo. Hace algún tiempo vimos a una paciente que había sido operada en una ciudad lejana, a quien el cirujano dijo que continuaría menstruando porque le había dejado parte de un ovario; con todo, se suspendió por entero la menstruación y cuando la examinamos padecía síntomas de menopausia artificial. Ella se inclinaba a creer que le había extirpado ambos ovarios y culpaba al cirujano por haberla "engañado". Ello no obstante, era evidente que la porción de ovario que

se dejó no era apta para continuar su función, y al explicarle esto a la paciente logramos devolverle la confianza que primero tuvo en su médico.

4^a Para restablecer los efectos endocrinos de los ovarios. En algunas ocasiones, el sistema nervioso de la paciente padece graves perturbaciones a causa de la falta de la función endocrina ovárica de resultas de la extirpación quirúrgica de los ovarios, o de su destrucción por algún estado morbosos. En tales casos se ha procurado corregir tales trastornos por medio del trasplante de tejido ovárico tomado de otra mujer. El buen éxito obtenido parcialmente justifica nuevos ensayos en aquellas pacientes que padecen graves trastornos por falta de la función ovárica, los cuales persisten a pesar de la administración de preparados ováricos y luteínicos.

PORMENORES DE LA OPERACIÓN

Agruparemos para su estudio en tres clases las operaciones que se ejecutan con el fin de conservar las funciones ovárica y tubaria, a saber:

Conservación del tejido ovárico con su propia irrigación sanguínea.

Trasplatación de tejido ovárico.

Conservación de la función tubaria.

Conservación del tejido ovárico con su propia irrigación sanguínea

Hay varias enfermedades del ovario que permiten el tratamiento quirúrgico conservador, y asimismo enfermedades de los tejidos contiguos que invaden dicho órgano, en las cuales es posible separar el tejido morbosos y conservar el ovario.

Neoplasma ovárico.—Un neoplasma ovárico pequeño que tenga en su base una porción bastante grande de tejido ovárico (Fig. 76), bien puede ser extirpado dejando el susodicho tejido ovárico para que continúe funcionando. Para ello se extirpa cuidadosamente el neoplasma, de la porción sana del órgano (Fig. 77), y se sutura la herida ovárica (Figs. 78 y 79). Haciendo las puntadas con catgut simple delgado, se cohibe la hemorragia y se cubren las superficies cruentas, pero esto ha de ejecutarse de manera que no se interrumpa la irrigación sanguínea del ovario. Así, pues, la aguja debe ser delgada y de punta redonda (roma), a fin de que no corte ni desgarrar el tejido; por lo común se emplea una aguja intestinal curva y pequeña.

Cuando sea menester conservar el ovario, se examinará cuidadosamente aun los neoplasmas ováricos de gran tamaño, para ver si es posible dejar una porción de tejido ovárico en cierto sitio donde conserve su irrigación sanguínea propia. No pocas veces el tejido aplanado que se halla en el pedículo, o en la superficie contigua del neoplasma, es tejido ovárico que puede continuar su función si se conserva debidamente. Este estudio minucioso del neoplasma permite algunas veces el conservar suficiente tejido aplanado cerca del pedículo, que ofrezca probabilidades de

que continúe la función ovárica, cuando que al parecer el órgano estaba irremediamente destruído. En efecto, sucede a veces que el cirujano deja porciones de tejido con el único fin de poder informar a la paciente que hizo todo lo posible por conservar parte del ovario, y al cabo de algún

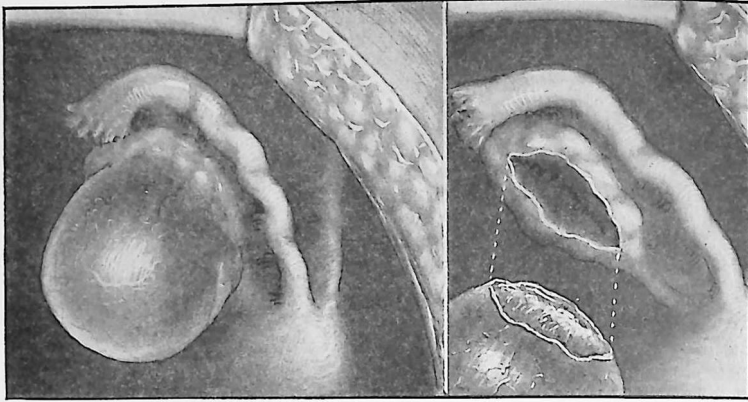


Fig. 76

Fig. 77

Fig. 76.—Quiste del ovario que se puede extirpar sin extirpar el órgano.

Fig. 77.—Herida que queda en el ovario después de extirpar el quiste.

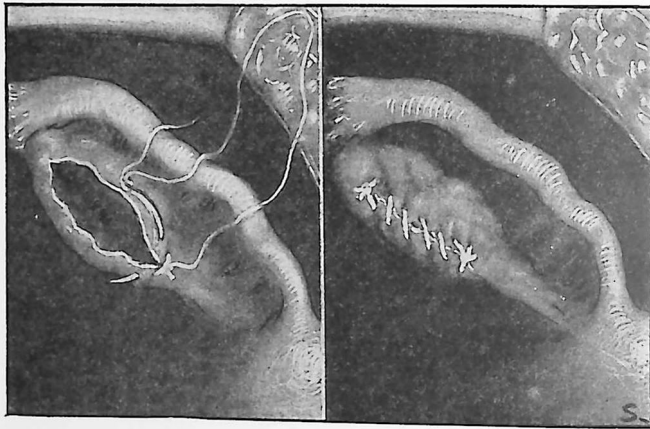


Fig. 78

Fig. 79

Fig. 78.—Principiase la sutura con que se ha de cohibir la hemorragia y cerrar la herida del ovario.

Fig. 79.—La antedicha herida ya cerrada. Si fuere necesario se hará una segunda sutura para volver hacia dentro el borde en carne viva, pero por lo común se consigue esto con una sola sutura, si al apretar cada puntada se vuelven hacia dentro los bordes; de cuando en cuando es preciso dar una o dos puntadas profundas para cohibir la hemorragia.

tiempo se sorprende de que la enferma continúe menstruando y hasta se haga preñada, lo cual demuestra la continuación de las funciones ováricas.

Es de suma importancia el conservar la irrigación sanguínea, y cuanto mejor sea el estado de la red vascular, tanto mayores probabilidades habrá de que no se interrumpa esta particular función. Cualquiera

perturbación que se ocasione en la natural irrigación sanguínea, acrecienta el peligro de la atrofia y la destrucción del tejido ovárico. Si bien es cierto que una porción del ovario extirpada y reimplantada, según se dirá más abajo al hablar del trasplante, puede "prender" y continuar su función, las probabilidades de que esto suceda son mucho menores que si se deja intacta la red vascular, lo cual ha de tenerse también en la

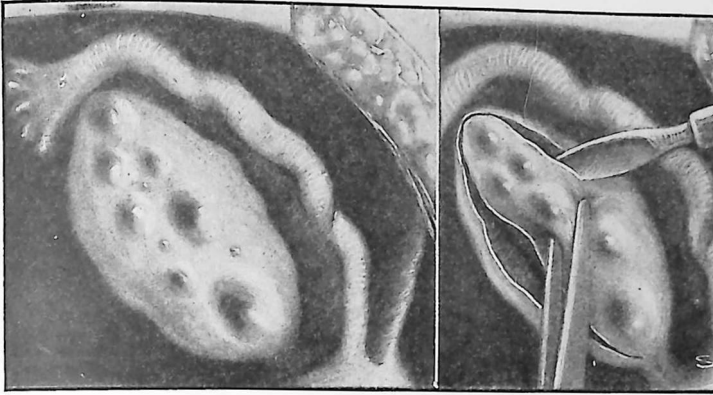


Fig. 80

Fig. 81.

Fig. 80.—Ovario quístico, en el cual están los quistes en la porción central del órgano.
Fig. 81.—Escisión de la porción quística.

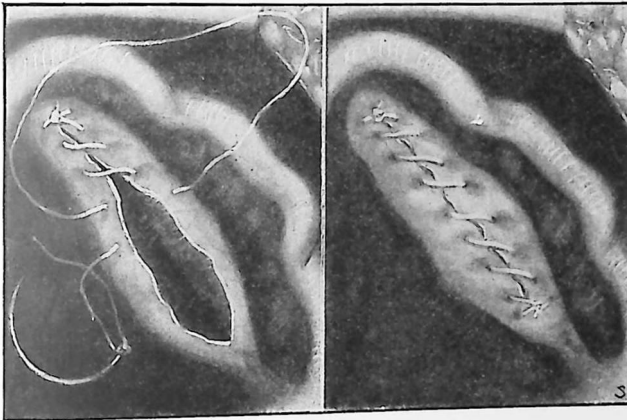


Fig. 82

Fig. 83

Figs. 82 y 83.—Sutura de la herida que se forma.

memoria al extirpar tejidos cerca del ovario, tales como la trompa uterina, o pequeños quistes parováricos. Con tiento y diligencia suele ser posible el separar del ovario contiguo la trompa uterina moderadamente dañada, sin destruir la irrigación sanguínea de aquél, pero esto requiere particular cuidado al despegar y extirpar la trompa, así como al efectuar las suturas-ligaduras hemostáticas.

Ovario quístico.—En tiempos pasados el ovario quístico ofrecía ciertas dificultades a la operación conservadora, y cuando los quistes estaban distribuidos en una área considerable, se extirpaba a menudo el ovario, ya que se tenía la creencia de que había padecido daño irreparable. Al perfeccionarse nuestros conocimientos acerca de las funciones y las en-

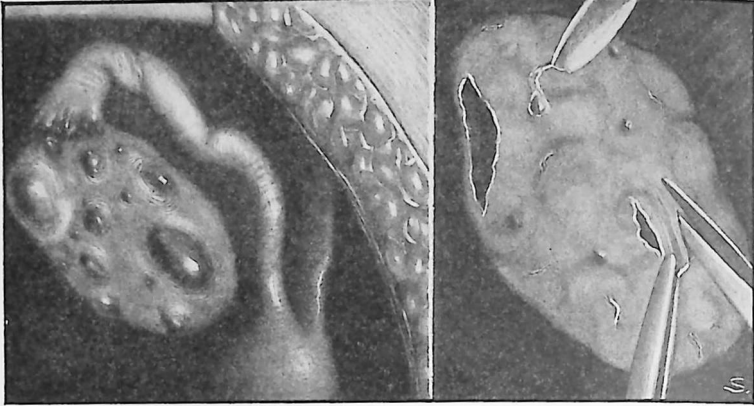


Fig. 84

Fig. 85

Fig. 84.—Ovario quístico en el cual los quistes tienen distribución general.

Fig. 85.—Punción de los quistes y extirpación de la pared y del revestimiento de los de mayor tamaño. Este dibujo y los dos siguientes están amplificadas, para que se vean mejor los pormenores.

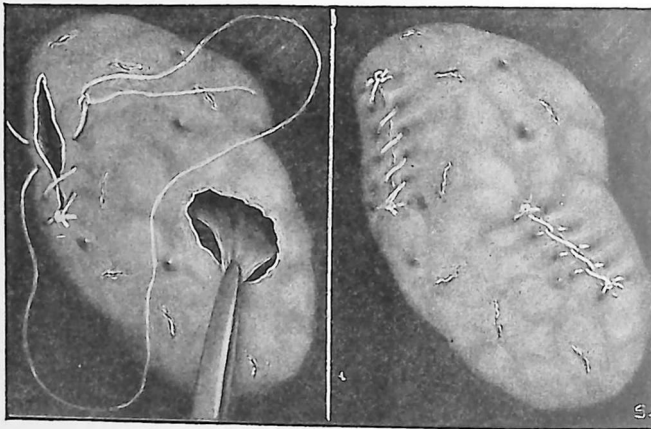


Fig. 86

Fig. 87

Fig. 86.—Sutura de las heridas que se forman al extirpar el revestimiento y la pared lateral de los quistes; en el inferior se está extirpando la membrana de revestimiento.

Fig. 87.—Las heridas ya cosidas; según se ve en el grabado, en muchos de los quistes pequeños se hizo tan sólo la punción.

fermedades del ovario, y ponerse en claro la circunstancia de que la causa predominante de los quistes foliculares es el efecto endocrino, se mudó por entero el concepto que prevalecía tocante a la gravedad de la naturaleza destructora y progresiva del antedicho estado morbosos. En el día

de hoy sabemos que cuando el ovario está lleno de estos pequeños quistes foliculares, es a causa de un trastorno de la función, el cual puede a menudo corregirse por medio de la endocrinoterapia que detiene las mudanzas progresivas que se efectúan en el órgano y quizás ocasione la recesión de algunos folículos quísticos. Por consiguiente, el que haya muchos quistes foliculares en el ovario no es razón para que se efectúe el tratamiento quirúrgico radical. Ello no obstante, puede haber algunas complicaciones, tales como la señalada hipertrofia del ovario, o el engrosamiento de la cápsula, que impidan la ovulación y requieran la escisión del área quística, la punción de los quistes, o la escisión de una parte de la cápsula.

Escisión de quistes.—Cuando el ovario quístico es grande y pesado, con propensión al prolapso, bien puede suceder que algunos quistes de mayor tamaño estén situados de manera que pueda cortarse el área dañada (Figs. 80 a 83). Otras veces los quistes mayores están dispersos y queda entre ellos algún tejido normal; en estas circunstancias, acaso la mejor manera de reducir el tamaño del órgano sea extirpar separadamente dos o tres quistes.

Punción de los quistes.—Si se prefiere, en vez de la escisión puede hacerse la puntura de los quistes mayores y la parcial destrucción del tejido de revestimiento (Figs. 84 a 87), o bien, la simple punción sin sutura, excepto la que sea necesaria para cohibir la hemorragia. Cuando la dilatación del órgano es ocasionada por multitud de quistes pequeños y no hay ninguno grande, es a veces más conveniente el método de la puntura para reducir el tamaño del ovario. Es muy importante en tales casos contrarrestar la propensión al prolapso del ovario hipertrófico, fijándolo convenientemente en su sitio normal.

Quando sólo hay dilatación moderada del ovario, a causa de multitud de pequeños quistes, y no hay ninguno de gran tamaño, por lo común no se aconseja ejecutar ninguna operación quirúrgica en el órgano. En tales casos, cuando sólo hay dilatación quística moderada, sin prolapso, engrosamiento de la cápsula, ni ninguna otra causa de dolor, bien será considerar normal el ovario, salvo en lo tocante a las perturbaciones de la función que pudieran requerir la endocrinoterapia. Cualquier trastorno que se ocasionase al revestimiento normal con la punción, o la escisión, tendría como consecuencia el que se formase exudado reparador, y quizás algunas adherencias; por consiguiente, es preferible no tocar el ovario.

Escisión de la cápsula engrosada.—En ciertos estados quísticos del ovario la cápsula está sumamente engrosada, y en vez de ser delgada y flexible, es gruesa, dura y fibrosa, tanto así que impide la ruptura ordinaria de los folículos de Graaf. Normalmente la superficie del ovario adulto es irregular y presenta hundimientos causados por la contracción cicatrizal de numerosos cuerpos amarillos inveterados. Además, hay a menudo considerable engrosamiento, general o local, que no acarrea nin-

guna perturbación que indique trastornos funcionales y que, por tanto, no requiere ningún tratamiento. Así, pues, al hablar aquí del tratamiento, nos referimos a la cápsula de exagerado espesor que causa signos de anovulación (esterilidad, hemorragia anovulatoria, o amenorrea), o cuando hay dolor cuya causa pueda atribuirse al engrosamiento de la cápsula. Al parecer la tensión anormal intraovárica es lo que da origen al dolor, en especial cuando éste se acrecienta por la congestión pélvica general, como sucede en la menstruación, o bien por la tumefacción local que se presenta al madurarse los folículos. El ovario es de la variedad quística y puede estar dilatado o contraído; este último estado es a menudo el más enfadoso.

Despegando y extirpando una parte de la cápsula y haciendo luego las necesarias puntadas para cohibir la hemorragia, puede lograrse la necesaria abertura en dicho espeso tejido fibroso para restablecer la ovulación

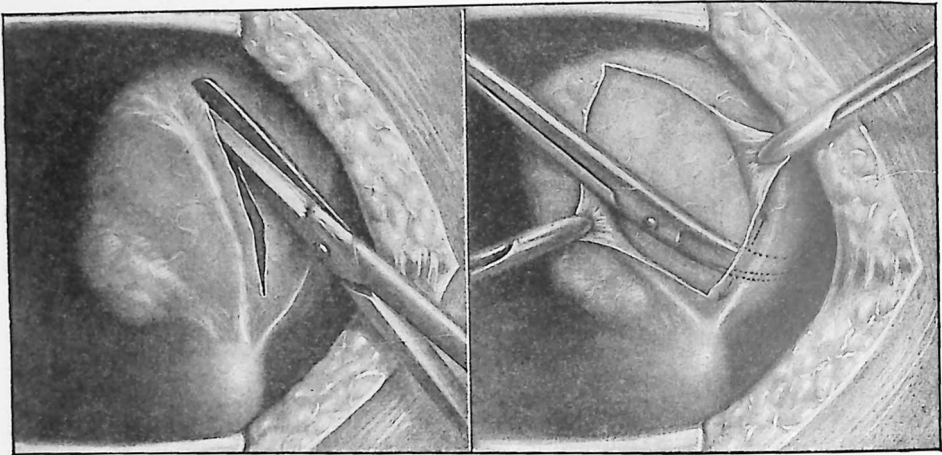


Fig. 88

Fig. 89

Fig. 88.—Operación conservadora para el tratamiento de un quiste pequeño del ligamento ancho: se divide el peritoneo de dicho ligamento en la porción comprendida entre la trompa y el ligamento redondo.

Fig. 89.—Enucleación del quiste con tijeras curvas de punta obtusa.

y suprimir el dolor que causa la tensión intraovárica. Así, pues, no es menester se extirpe toda la cápsula, cuando toda ella esté engrosada, ya que por lo común basta extirpar la tercera parte o la mitad. Al hacer la sutura hemostática se pondrá cuidado en no cerrar totalmente el área demudada.

Hay ocasiones en que el mayor engrosamiento está circunscrito a una área, y en este caso quizá sea posible extirparlo por entero. Este señalado engrosamiento coincide a veces con quistes foliculares que requieran su extirpación, y entonces puede tratarse aquél al extirpar los quistes.

Caso que persistiere la esterilidad luego de corregir todos los demás trastornos, ha de pensarse en la posibilidad de que la anovulación sea

causada por el engrosamiento capsular, como sucedió en una paciente del autor *senior*, cuyo caso relataremos en el capítulo XV, al hablar de la esterilidad, en quien se corrigió por el método arriba referido la falta de fecundidad y la paciente tuvo tres hijos.

Enfermedades del ligamento ancho.—Hay dos enfermedades del ligamento ancho que hacen factible el tratamiento quirúrgico conservador, a saber, los abscesos y los neoplasmas.

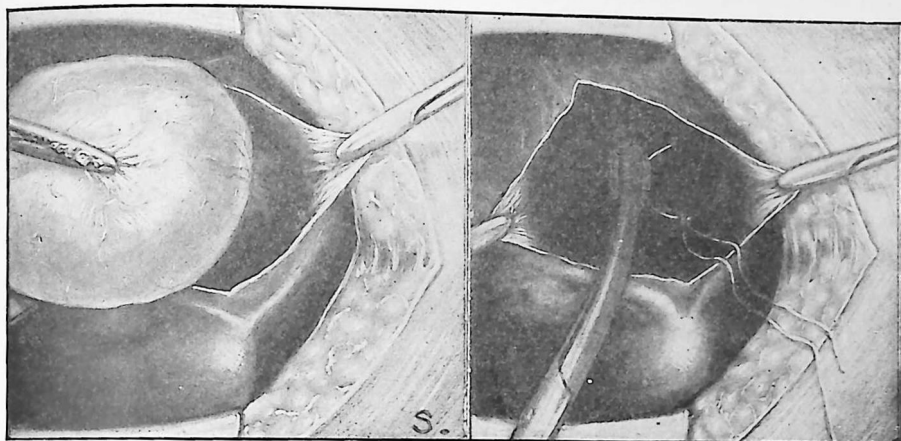


Fig. 90

Fig. 91

Fig. 90.—Se levanta el quiste de su lecho.

Fig. 91.—Ligadura del pedículo vascular que queda debajo del quiste.

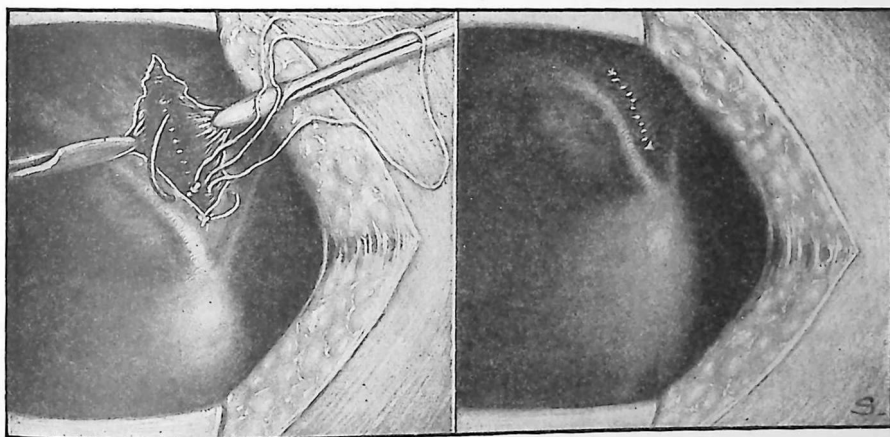


Fig. 92

Fig. 93

Fig. 92.—Sutura de la cavidad por medio de puntadas profundas y superficiales.

Fig. 93.—Luego de terminar la operación; adviértase que se dejaron la trompa y el ovario intactos.

Absceso del ligamento ancho.—Por lo común ha de preferirse la evacuación del absceso por vía vaginal, y aun cuando sea menester la celio-

tomía, de ordinario es posible efectuar de suerte la canalización, que permita conservar las trompas y el ovario, con tal que dichos órganos no estén dañados.

Neoplasma parovárico.—Cuando algún quiste parovárico pequeño no menoscaba en gran manera la integridad de la trompa y del ovario, a causa del estiramiento y la presión, es a veces posible extirpar el quiste dejando intactos los anexos. Para ello, se divide el revestimiento peritoneal del neoplasma quístico, entre el ligamento redondo y la trompa (Fig. 88), se efectúa la enucleación del neoplasma con instrumento sin filo (Figs. 89 y 90), efectúase la forcipresión y la ligadura de los vasos sangrantes (Fig. 91), y con puntadas enterradas se unen las paredes laterales para obliterar la cavidad (Fig. 92), después de lo cual se sutura el revestimiento peritoneal (Figs. 92 y 93).

Trasplante de tejido ovárico

En determinadas ocasiones, luego de extirpar totalmente los ovarios, conviene el trasplante de tejido ovárico, con el fin de procurar que continúe funcionando dicho tejido. Éste puede ser de la propia paciente (autotrasplante, o “injerto autoplástico”), o bien de otra mujer (homotrasplante, o “injerto homoplástico”), o de algún animal de diferente especie, por ejemplo, la mona, etc. (héterotrasplante, o “injerto héteroplástico”).

Autotrasplante.—El autotrasplante, o trasplante autoplástico hecho luego de efectuar la total extirpación de ambos ovarios, es una operación factible y reconocida, muy para aconsejada en mujeres jóvenes, siempre que las circunstancias lo permitan.

Consiste el método en rebanar la mayor parte posible de tejido ovárico del órgano recién extirpado, e implantarlo en un sitio adecuado de alguna región vascular. Esta porción de tejido ovárico sano propia para el trasplante, puede obtenerse después de extirpar ambos ovarios, a causa de algún estado inflamatorio crónico, o neoplasma, o bien al ejecutar la histerectomía, que se hizo dificultosa por razón de adherencias, o nódulos neoplásicos. Dicho trasplante es en particular conveniente en pacientes nerviosas que aun están menstruando cuando se pone por obra el tratamiento quirúrgico. La experiencia demuestra que estos injertos ováricos “prenden” sorprendentemente bien, cuando se toman las necesarias precauciones para que tengan abundante irrigación sanguínea. Sin embargo de ello, su período de actividad funcional queda limitado a unos cuantos meses, o cuando mucho uno o dos años. Así la práctica como los experimentos en animales nos enseñan que en el tejido ovárico, cuya red vascular propia ha sido cortada, tarde o temprano se efectúa la degeneración, la atrofia y la substitución de él por tejido conectivo. De lo que es consiguiente inferir que siempre que haya de conservarse dicho tejido ovárico, se procurará, si es posible, conservar también su propia irrigación sanguínea. De esta manera se llevará la seguridad de su conservación inmediata, y la probabilidad de que continúe funcionando por largo tiempo.

No obstante lo antes dicho, en ciertas ocasiones sólo es posible averiguar si hay alguna porción de tejido ovárico adecuada para la implantación, después de extirpar el tumor y examinarlo detenidamente. En tales casos, el trasplante es beneficioso para la paciente aun cuando con el tiempo se atrofie el tejido trasplantado, ya que por lo menos en el período de unos cuantos meses, un año, o más, mientras continúa funcionando el trasplante, se mitigan las perturbaciones de la menopausia, la cual se presenta gradualmente, o como lo expresó acertadamente un escritor, la paciente "declina poco a poco". De esta manera es más fácil corregir los síntomas del período climatérico, que con la sola administración de preparados endocrinos.

Técnica.—Al efectuar el trasplante de tejido ovárico, han de seguirse algunas reglas. En primer lugar, para que el trasplante sea eficaz debe tener buena irrigación sanguínea, y para ello se hace el injerto en tejido vascular. En segundo lugar, se harán algunas disposiciones en previsión de la posible dilatación quística del trasplante ovárico, la cual es muy frecuente, y los trastornos que ella ocasione dependen en gran manera del sitio donde se efectúa el injerto. Si éste se hace en tejido firme, o rodeado de densas adherencias, o bien queda comprimido debajo del útero desviado, o del borde de la pelvis, cualquiera dilatación perceptible ocasionaría probablemente algunas molestias. Por otra parte, si se deja que el injerto se dilate y que su dilatación sólo sea contrarrestada por el estiramiento gradual del peritoneo, se reducirán al mínimo dichos trastornos.

Un sitio muy conveniente para efectuar el trasplante es el ligamento ancho, cerca de la porción superior del útero, para lo cual se divide el peritoneo y se aparta a un lado, lo cual ha de hacerse con tiento para no provocar hemorragia en el tejido vascular de que está rodeado el útero. Caso que hubiere hemorragia y fuere menester la ligadura hemostática, se continuará el despegamiento peritoneal, a fin de implantar el injerto lejos de las ligaduras. Siempre que sea posible, se cortará el tejido que ha de trasplantarse, del ovario dañado, de tal manera que se deje una porción bastante grande revestida de peritoneo. La superficie cruenta del injerto se pone en contacto con la superficie cruenta recipiente, preparada de antemano, y se fija con puntadas de catgut muy delgado que se hacen en el peritoneo alrededor de los bordes. De esta suerte, el injerto queda en contacto inmediato con un área sumamente vascular, y tiene espacio suficiente para dilatarse, caso que se presentare la hipertrofia quística.

Otro sitio conveniente donde hacer el injerto es el área cuneiforme que se deja en la pared uterina al efectuar la escisión profunda de la trompa. Algunas veces se ha hecho el trasplante en el músculo recto del abdomen, y para ello debe colocarse el tejido ovárico en la cara inferior del músculo, a fin de que pueda dilatarse hacia dentro sin encontrar mucha resistencia. Algunos cirujanos han hecho el trasplante en el muslo, en la mama y en los órganos genitales externos (labio mayor). El buen éxito

del trasplante y la continuación de la función ovárica no dependen del sitio, sino de la irrigación sanguínea.

Fácil es suponer que el tejido trasplantado debe fijarse en su nuevo sitio tan presto como sea posible después de dividir su propia red vascular. Así, pues, si hubiere de ejecutarse alguna operación dilatada antes de hacer el injerto, se conservará éste en solución salina normal (suero artificial), a la temperatura del cuerpo, o aun mejor, se dejará en contacto con los flúidos orgánicos, en la cavidad peritoneal.

Homotrasplante y hétérotasplante.—La trasplantación del ovario total o parcial de una mujer a otra, ha sido efectuada multitud de veces al parecer con buen éxito, pero las observaciones hechas recientemente hacen dudar el que hayan continuado funcionando estos injertos homoplásticos, y es aún más dudoso el feliz suceso de los hétéroplásticos. Martin ha hecho por muchos años detenidos estudios y escrito muchos artículos sobre el particular, de todo lo cual publicó el siguiente sumario (*Surg., Gynec. and Obst.*, Vol. 35):

“1º La experiencia nos hace concebir muy pocas esperanzas respecto de los trasplantes ováricos, los cuales, de la manera como se ejecutan en el día de hoy, sólo tienen valor especulativo.

“2º Hay algunas pruebas de que los autotrasplantes son de alguna utilidad, por cuanto difieren los síntomas de la menopausia y retardan la suspensión de la menstruación. Con todo, no es posible dejar de atribuir algunos de esos buenos efectos a la sugestión, o a tejido ovárico que se deja inadvertidamente *in situ*.

“3º Casi puede decirse que no hay pruebas convincentes de que se haya efectuado con buen éxito en la mujer el homotrasplante.

“4º No hay ninguna prueba de que se haya hecho con feliz éxito el hétérotasplante en la mujer.

“5º Se han publicado algunos informes alentadores acerca de experiencias quirúrgicas en animales, en los que no tan sólo los autotrasplantes, mas también los homotrasplantes, y aun los hétérotasplantes han logrado buen suceso y se ha podido conservar la función sexual de animales castrados.

“6º La técnica que emplean los diversos cirujanos en la mujer es con mucha frecuencia anticientífica y muy a menudo se hace insuficiente relación de ella, de lo cual es lícito inferir que las conclusiones deducidas de tales trabajos han de ser poco fidedignas.

“7º No obstante lo antes dicho, hay razones bien fundadas para esperar que en lo futuro se harán mejores experiencias que redunden en el perfeccionamiento de una técnica sencilla y racional, fundada así en la experiencia de los serólogos, endrocrinólogos y hematólogos, como en la cirugía clínica.”

Conservación de la función tubaria

La principal función de las trompas uterinas es transportar el óvulo adonde pueda ser fecundado por el espermatozoide. Esta función, que es

indispensable para que se efectúe la preñez, puede ser impedida por alguna enfermedad de las trompas, o de los tejidos contiguos, que las desfigure o estorbe su función. Hay varias maneras de conservar la función tubaria, a saber: 1ª, conservar toda la trompa; 2ª, conservar una porción adecuada de ella; 3ª, implantar en la pared uterina una porción sana de la trompa, de manera que la cavidad de ésta se comunique con la cavidad uterina, y 4ª, implantar en la pared uterina una porción de tejido ovárico, de manera que al ser expulsado el óvulo penetre en la cavidad uterina.

Conservación de una parte de la trompa.—La porción del tubo uterino que ha de conservarse en su posición normal es, claro está, la intersticial, dejando la mayor parte posible de la porción contigua. Hay varios estados morbosos que en ocasiones permiten esta conservación: los estados inflamatorios de la trompa, la preñez o los neoplasmas tubarios, la extirpación del ovario en el lado correspondiente, los abscesos y los quistes del ligamento ancho.

Inflamación tubaria.—Cuanto mayor sea la porción de tubo uterino que se conserve, tanta más probabilidad habrá de que el óvulo penetre en ella. Por consiguiente, las enfermedades más propicias son aquellas que hacen posible la conservación de todo el tubo uterino, y la abertura para suprimir la oclusión ha de hacerse en la porción ampular. El estado morbooso que suele requerir la operación conservadora, es la oclusión tubaria con distensión de la extremidad (Fig. 94), pero sin inflamación activa persistente. El mejor método para tratar dicha oclusión es dividir longitudinalmente la porción distendida, haciendo para ello un corte largo, y dejarlo permanentemente abierto suturando la membrana mucosa al revestimiento peritoneal (Figs. 94 a 96). Antes de hacer la sutura se extirpará la necesaria porción de la pared tubaria para que quede abierta.

Caso que la porción lateral de la trompa estuviere tan dañada que requiriere su extirpación, podrá hacerse la sutura para dejar abierto el conducto de la porción tubaria más pequeña. Luego de extirpar la parte dañada y de ligar el pedículo (Figs. 97 a 99), se hace más grande el cabo de la trompa por medio de una incisión longitudinal que se ejecuta con tijeras afiladas siguiendo la línea que se ve en las figuras 99 y 100; después de lo cual se unen con una sutura la membrana mucosa y el peritoneo (Figs. 101 a 103); con esto queda abierto el tubo uterino y no se forman bordes cruentos. Para acrecentar las probabilidades de que se efectúe la preñez, se fija el ovario cerca del extremo abierto de la trompa. El conducto de la porción medial (uterina) de la trompa es tan pequeño, particularmente cuando ha sido estrechado por la inflamación, que es difícil y a veces imposible abrirlo convenientemente. Esta es la razón de por qué debe hacerse siempre la salpingostomía en la porción más ancha, cuando lo permitan las circunstancias.

La tuberculosis, la neoplasia maligna y la inflamación purulenta contraindican la conservación de la trompa dañada. Además, la experiencia enseña que en la salpingitis gonocócica crónica, no tan sólo suele ser

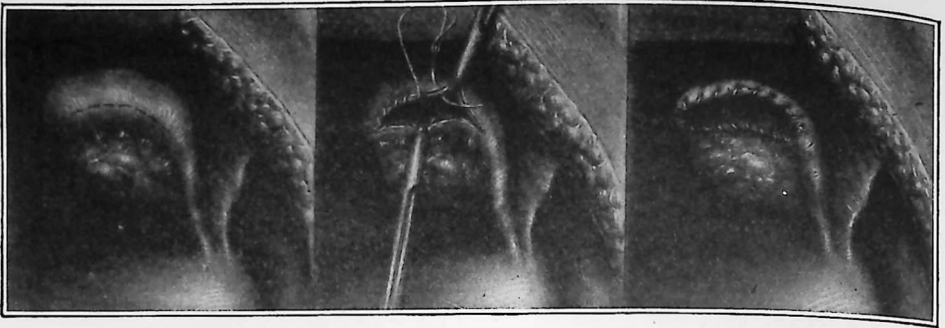


Fig. 94

Fig. 95

Fig. 96

Fig. 94.—Porción ocluida y distendida de la trompa; la línea punteada indica el sitio de la incisión.

Fig. 95.—Luego de hacer la incisión, se recorta parte de la pared excesiva de la trompa y se cosen los bordes.

Fig. 96.—La salpingostomía ya terminada, que deja el ovario en contacto con el extremo abierto de la trompa, a fin de facilitar la entrada en ésta del óvulo; para suprimir la oclusión que pudiera haber en la porción intersticial de la trompa se introduce con mucho cuidado hasta la cavidad uterina una sondita metálica.

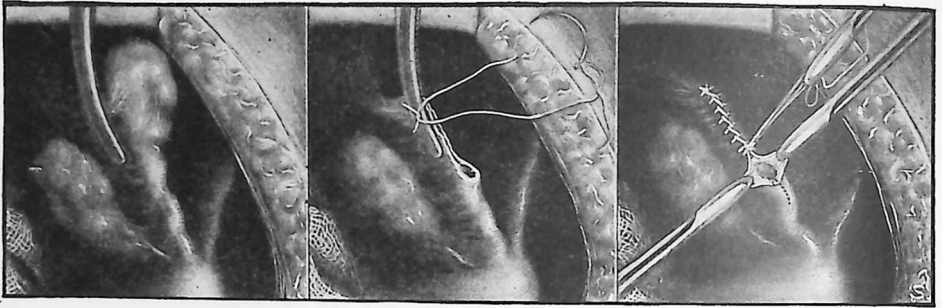


Fig. 97

Fig. 98

Fig. 99

Figs. 97, 98 y 99.—Resección de la trompa ocluida.

Fig. 97.—Se comprime con las pinzas el pedículo vascular de la porción enferma de la trompa.

Fig. 98.—Extírpase la antedicha porción enferma; la ligadura del pedículo vascular está a punto de ser anudada.

Fig. 99.—Se ligó ya el pedículo y se suturó; los cabos de la sutura se dejan largos a fin de que sirvan para hacer tracción. Siguiendo la línea punteada se ha de abrir el cabo de la trompa.

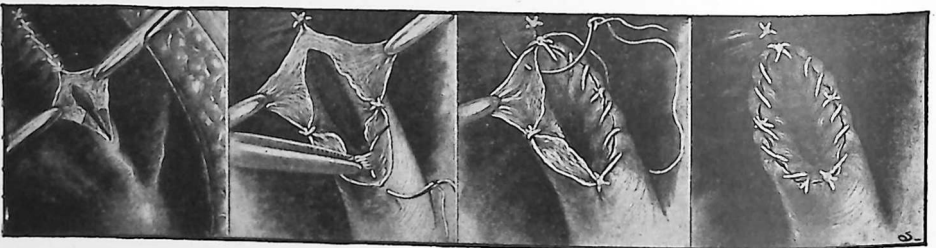


Fig. 100

Fig. 101

Fig. 102

Fig. 103

Fig. 100.—Después de dividir longitudinalmente el cabo de la trompa, y antes de coser la membrana mucosa con la túnica serosa.

Figs. 101, 102 y 103.—Sutura de la membrana mucosa del cabo dividido de la trompa, con la túnica serosa, con la cual no tan sólo se cohibe la hemorragia, sino que también se trata de hacer una abertura permanente; para ello se emplea catgut simple delgado, seda o lino, y conviene además fijar el extremo abierto cerca del ovario.

inútil la salpingostomía, sino también pudiera ser perjudicial, por razón de la posibilidad de exacerbar la inflamación latente. En tales casos debe extirparse la trompa dañada hasta su porción uterina. De lo que es consiguiente inferir que la operación conservadora tiene aplicación muy limitada en la trompa uterina, y que su ejecución ha de ceñirse a las pacientes que padezcan preñez tubaria y estados inflamatorios inactivos

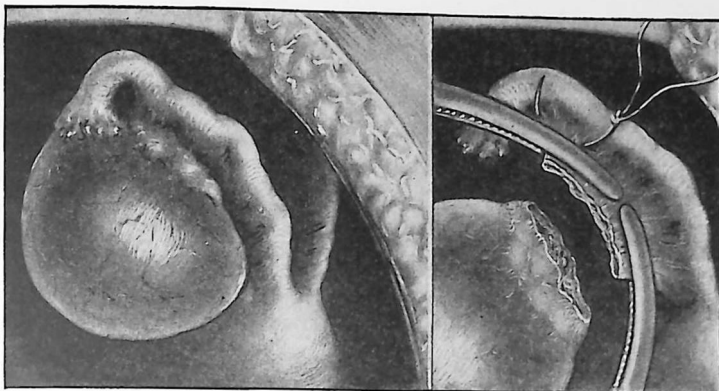


Fig. 104

Fig. 105

Fig. 104.—Quiste que invade la mayor parte del ovario.

Fig. 105.—Extirpación del quiste y de los remanentes del tejido ovárico, pero conservando la trompa, lo cual es acertado cuando se extirpa la otra trompa y se deja el otro ovario.

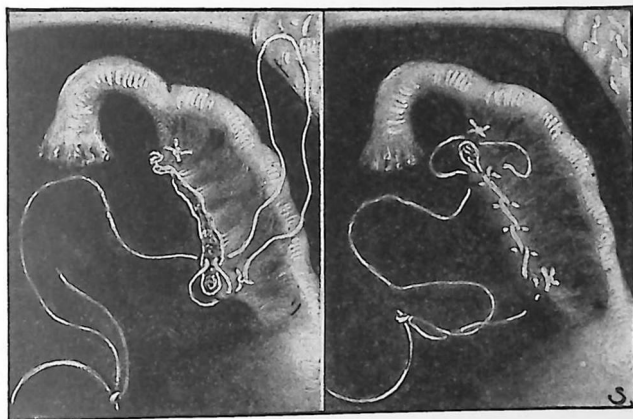


Fig. 106

Fig. 107

Figs. 106 y 107.—Ligadura del pedículo y vuelta hacia dentro de los bordes en carne viva.

que resulten en la oclusión de la extremidad franjeada, haya o no hubiere hematosálpinx, o hidrosálpinx concomitante. Por lo común cuando hay alguna inflamación grave en la trompa uterina, está irremediamente ocluída la estrecha porción intersticial.

Preñez tubaria.—Cuando la preñez tubaria está situada en la mitad lateral de la trompa, puede a veces librarse la mitad medial o uterina,

mas para ello es preciso que la preñez esté en su período incipiente, antes que ocasione señaladas mudanzas extratubarias. La operación sólo ha de ejecutarse cuando la paciente se halle en bastante buen estado, y siempre que haya alguna razón poderosa para conservar esta porción de la trompa dañada.

Neoplasma tubario.—Lo que va dicho respecto de la preñez tubaria, puede decirse de los neoplasmas benignos de la trompa, aunque, como es de suponer, ha de tenerse sumo cuidado de cerciorarse de que el neoplasma no es maligno.

Conservación de la trompa cuando se extirpa el ovario.—Cuando la enfermedad del ovario hace imperiosa su extirpación, puede a veces convenir la conservación de la trompa, y de esta manera hacer posible la preñez si se deja el otro ovario, aun cuando sea preciso extirpar la otra trompa.

La extirpación del ovario dañado se efectúa según se ve en las figuras 104 y 105, después de lo cual se liga el pedículo y se vuelven hacia dentro los bordes (Figs. 105 a 107), de tal manera que no reprima señaladamente la movilidad de la trompa. La extremidad franjeada de la trompa debe fijarse cerca del ovario del otro lado, con el fin de acrecentar las posibilidades de la preñez.

Implantación de la trompa en el útero.—Es a veces posible hacer la implantación intrauterina de una, o aun mejor de ambas trompas, con tal que haya porciones adecuadas de dicho órgano. Luego de abrir el abdomen y explorar los órganos pélvicos, se averigua hasta dónde es permeable cada trompa uterina desde su extremidad franjeada, a fin de saber qué porción es útil para su implantación. Al explorar la trompa ha de procurarse no causar daño a la membrana mucosa. Para investigar el estado de la porción proximal, es muy conveniente la *inflación con aire* (Fig. 108), método ideado por Curtis (*Jour. Am. Med. Ass.*, Vol. 80), que ha substituído por entero al antiguo método de exploración con el estilete o sonda metálica, que causaba daño al revestimiento mucoso tubario y no suministraba informes dignos de confianza. En algunas ocasiones, la inflación de la trompa suprime alguna obstrucción leve y la hace permeable.

Implantación de la trompa por el método de la incisión.—Los pormenores de la implantación tubaria por medio de la incisión, varían según los diversos cirujanos que la ejecuten, pero los tiempos importantes de ella son:

1º Exploración intraabdominal. Arriba referimos ya los pormenores de este tiempo (Fig. 108). Luego de dividir la trompa, se corta el extremo pequeño de ella sobre la sonda acanalada siguiendo la línea punteada que se ve en la figura 109, con el fin de hacer más grande la abertura.

2º Se hace una incisión en la porción superior del útero siguiendo por lo común la línea punteada de la figura 110, de manera que el corte penetre en la cavidad uterina (Fig. 111), después de lo cual se cohibe la hemorragia con pinzas hemostáticas. A continuación se da una puntada con catgut (Fig. 111), que sirve para tirar del extremo de la trompa hacia

la cavidad uterina. Dándole una vuelta más a dicha puntada inmediatamente debajo del extremo de la trompa, según se ve en el dibujo pequeño de la figura 111, se evitará la hemorragia del tubo uterino. De igual manera se hace otra puntada en el otro ángulo de la incisión.

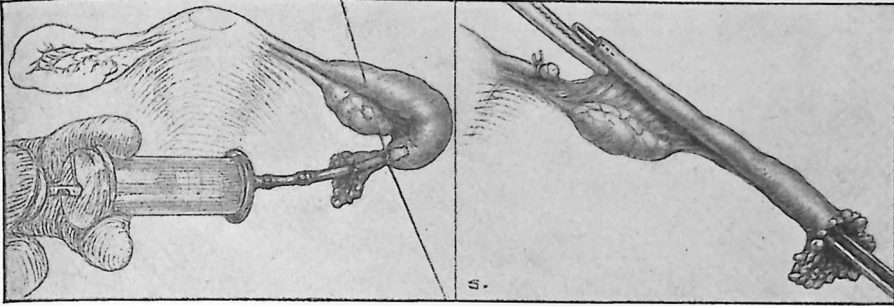


Fig. 108

Fig. 109

Fig. 108.—Prueba de la permeabilidad de la trompa izquierda por medio de la inyección de aire; esto se facilita si se emplea una cánula de punta redonda o bulbosa, y si se comprime firmemente la trompa alrededor de la cánula con una ligadura temporal, según se ve en el grabado. Para impulsar el aire por entre la porción ocluida se puede hacer presión moderada en la porción distendida de la misma.

Fig. 109.—Principio de la operación para implantar en la pared uterina la porción abierta de la trompa: se dividió ésta en la porción distal de la oclusión y se introdujo una sonda acanalada para facilitar la dilatación del orificio, lo cual se logra haciendo una incisioncita, según se ve en el cabo medial de la trompa, indicada con la línea punteada.

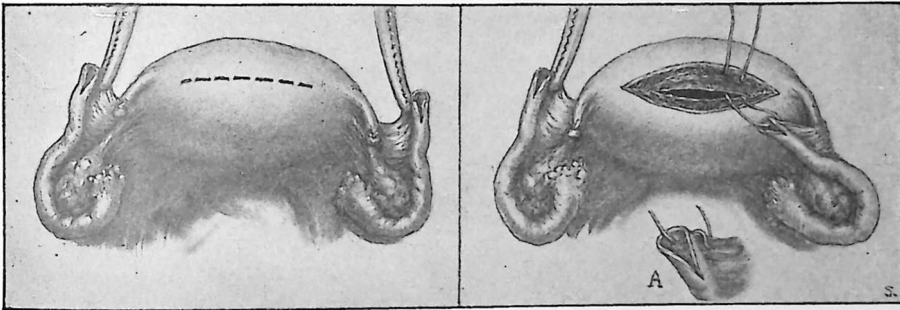


Fig. 110

Fig. 111

Fig. 110.—La línea punteada indica el sitio que ha de preferirse para dividir la matriz, la cual incisión ha de ser lo bastante larga para poder implantar con exactitud las trompas, de manera que los extremos abiertos de éstas sobresalgan un tanto hacia la cavidad uterina, sin dejar en tensión las trompas, ya que ésta haría dudoso el buen efecto de la operación, pues propendería a sacar las trompas de la cavidad uterina; sin embargo de lo dicho, ha de procurarse hacer la incisión lo más corta posible, pues cuanto más lejos quede de la porción vascular en cada ángulo tubario, tanto menor será la hemorragia.

Fig. 111.—Puntada con que se lleva hacia dentro de la cavidad uterina, y se fija el cabo de la trompa, la cual se hace con catgut y ha de incluir una buena porción profunda de la pared uterina; se da de fuera adentro (empezando en el borde de la herida), se pasa luego por el pedículo de la trompa (según se ve en A), luego por entre la porción contigua del cabo tubario, y por último por entre la pared uterina, de dentro afuera.

3º Anúndanse luego los cabos de las puntadas, con lo cual se llevan los extremos tubarios hacia bien adentro de la cavidad uterina. Terminase

entonces la hemostasis y con puntadas enterradas se cierra la herida alrededor de las trompas, tal como se hace con cualquiera herida uterina profunda (Figs. 112 a 115).

Implantación de la trompa por medio del escariador.—Para abrir los agujeros en la pared uterina, puede emplearse un escariador especial, con el que se extirpa una porción cilíndrica de tejido en cada cuerno uterino. Este instrumento fué inventado por Holden y Sovak, quienes lo han

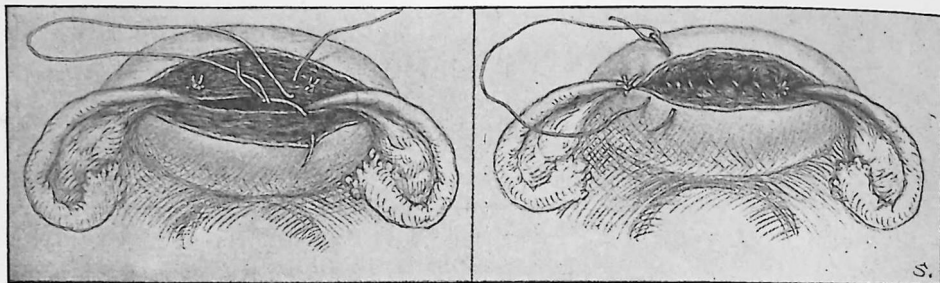


Fig. 112

Fig. 113

Fig. 112.—Después de implantar ambas trompas en la cavidad uterina y de cortar los cabos de las ligaduras, se empieza a coser la herida del fondo.

Fig. 113.—La porción profunda de la herida se cierra bien alrededor de las trompas implantadas, y se hace otra sutura más superficial.

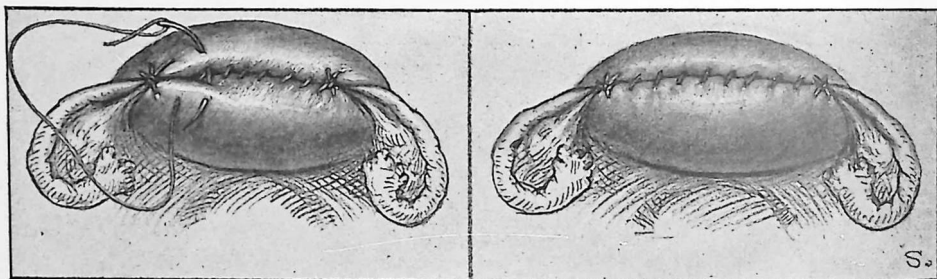


Fig. 114

Fig. 115

Fig. 114.—Después de hacer la sutura superficial, se cubre (se "peritoniza") la herida.

Fig. 115.—La operación ya terminada.

empleado con buen éxito y dieron cuenta de su aplicación en un artículo (*Am. Jour. Obst. and Gynec.*, Vol. 24, pág. 684, 1932), del cual trasladamos las citas siguientes y las figuras 116 a 120:

"Haciendo previamente la insuflación de aire, se determina el sitio de la oclusión; se divide la trompa en la porción distal respecto del sitio ocluido, hasta que sea evidente la salida del aire insuflado (Fig. 116); se despega entonces de su inserción al ligamento ancho, la porción uterina de la trompa ocluida, hasta el cuerno del útero, para lo cual han de cortarse los tejidos tan cerca como sea posible de la trompa, para no menoscabar la circulación sanguínea del ovario; efectúase luego la forcipresión y la ligadura con catgut simple N° 00, de los vasos sangrantes del liga-

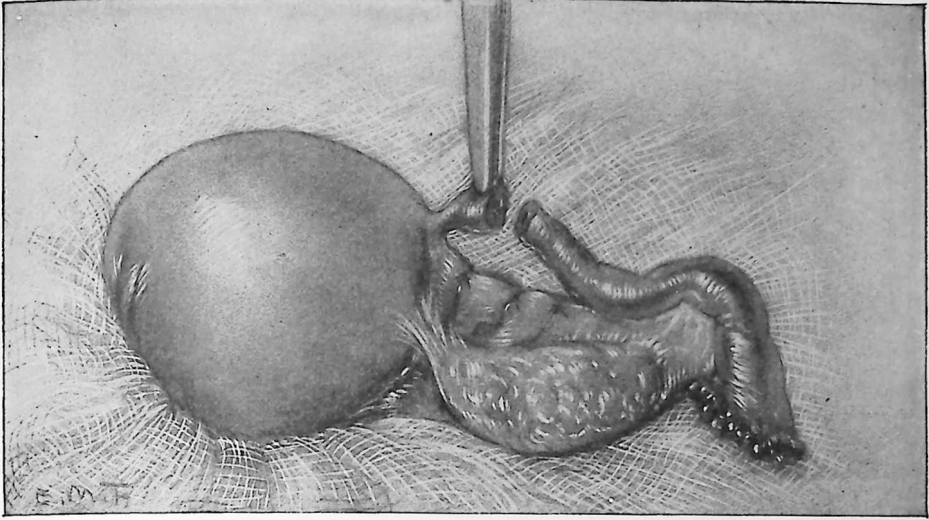


Fig. 116.—Amputación de la porción distal de la trompa en relación con el sitio ocluído, el cual se determina por medio de la insuflación intrapélvica, se hizo el despegamiento de la porción uterina, la cual se separa del ligamento ancho, y se despega también la porción permeable en un trecho de medio centímetro. (Holden y Sovak: *Amer. Jour. Obst. and Gynec.*)

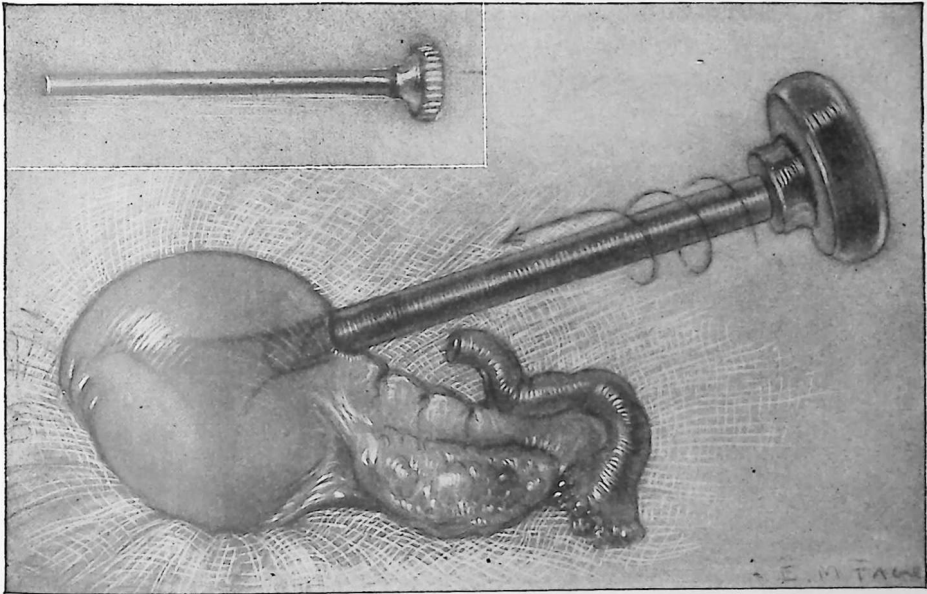


Fig. 117.—Perforador introducido sobre el cabo ocluído de la trompa; con dicho instrumento, y haciendo movimientos circulares, se corta una porción circular del fondo que incluye el cabo ocluído. (Holden y Sovak: *Amer. Jour. Obst. and Gynec.*)

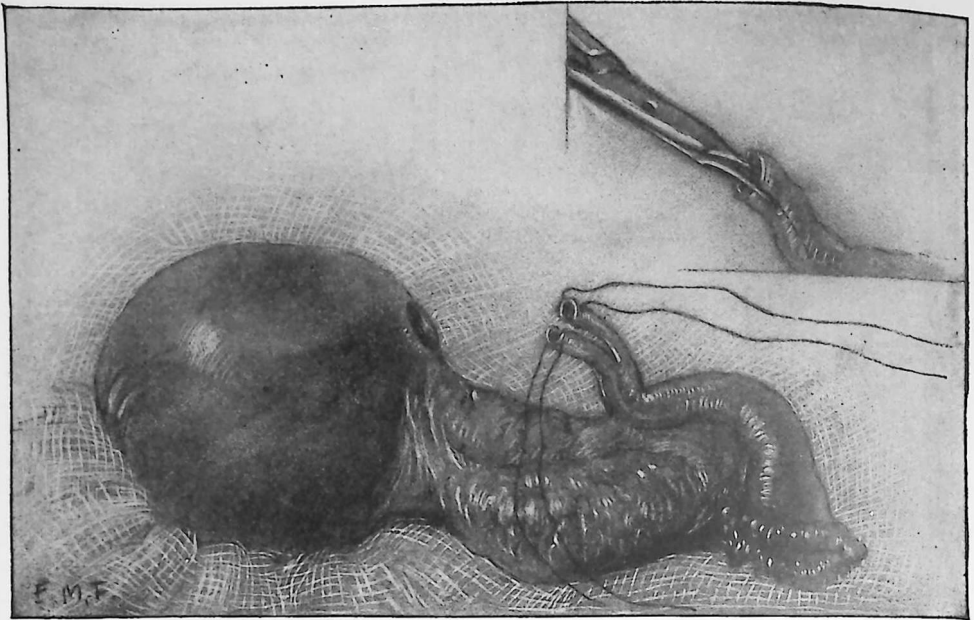


Fig. 118.—Agujero en el fondo uterino que se hizo al extirpar el cabo tubario ocluido y su porción intramural; con tijeras muy finas se divide en dos el extremo de la porción permeable, y se da una puntada con catgut cromado N^o 00 en cada una de las partes así formadas. (Holden y Sovak: *Amer. Jour. Obst. and Gynec.*)

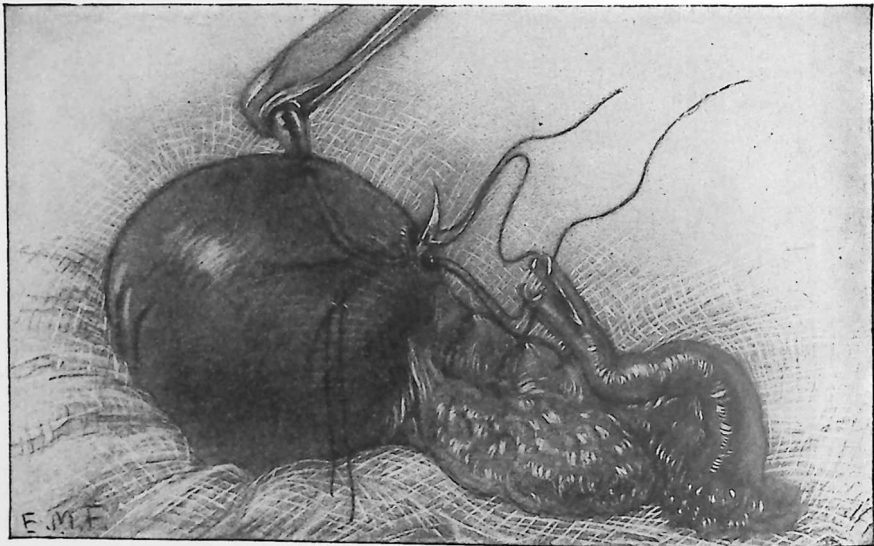


Fig. 119.—Un centímetro a un lado del centro del fondo y un poco hacia atrás se introduce la aguja de Reverdin, que se saca por el agujero recién formado, con el fin de sacar la puntada superior de la trompa, y se hace igual cosa con la puntada inferior que se saca un poco adelante de la primera. (Holden y Sovak: *Amer. Jour. Obst. and Gynec.*)

mento ancho; sostiéndose firmemente el útero mientras se introduce el escariador especial, por el cabo ocluido de la trompa, y con movimientos circulares del instrumento se perforan la trompa uterina y su porción intramural, hasta penetrar en la cavidad uterina, procurando al ejecutar esta operación seguir cuanto sea posible el curso que sigue la trompa por entre la pared uterina (Fig. 117). En el escariador (que es un instrumento hueco) queda una porción cilíndrica de tejido, que consta del cabo ocluido de la trompa y de tejido del cuerno uterino dañado por la infección crónica, todo lo cual se saca fácilmente del instrumento luego de extraerlo. El agujero que se abre en el útero tiene así un diámetro aproximado de medio centímetro. Esta maniobra no provoca hemorragia

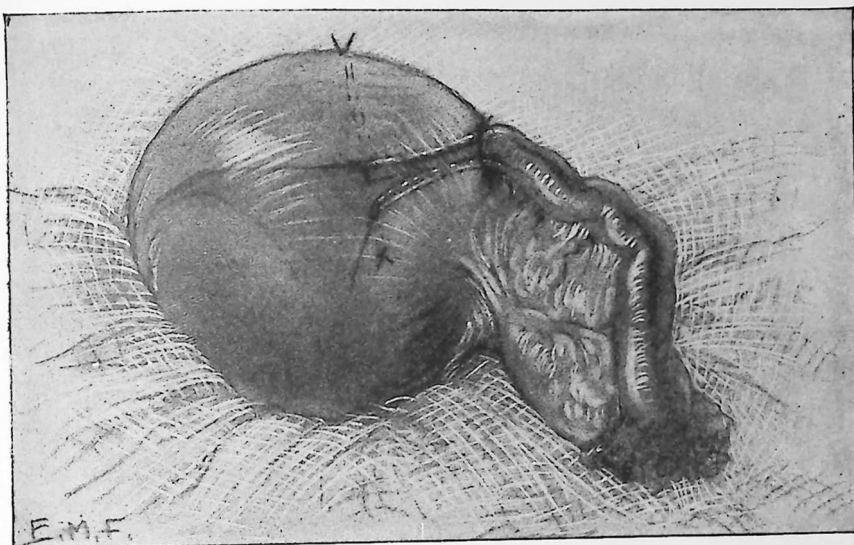


Fig. 120.—Haciendo tracción suave de entrambas puntadas, se pasa poco a poco el cabo de la trompa por entre el agujero recién formado, hasta la cavidad uterina, después de lo cual se fijan las puntadas en el fondo, demás de lo cual se dan dos o tres puntadas finas en el sitio donde la túnica serosa de la trompa se pone en contacto con la del útero. (Holden y Sovak: *Amer. Jour. Obst. and Gynec.*)

copiosa, como sería de esperar en esta región, a causa de que los movimientos circulares del escariador no cortan los vasos sanguíneos, sino los aplastan, y la leve hemorragia capilar que se presenta al empezar la perforación se cohibe presto por sí sola. Hecho esto, se separa la porción permeable de la trompa de su inserción en el ligamento ancho, en un trecho de medio centímetro, y luego de cohibir la hemorragia, se hace el despegamiento longitudinal con tijeras para cutícula, con la guía de una sonda metálica que se introduce en la cavidad tubaria (Fig. 118).

“A continuación se pasa por entre los extremos superior e inferior de la trompa dividida en dos, una puntada de catgut crómico N° 00 largo, cuyos extremos se cogen con pinzas, para ser usados posteriormente (Fig. 118). Poco más o menos a un centímetro más allá del centro del fondo

uterino, en su porción posterior, se inserta una aguja de Reverdin, la cual se saca por el agujero recién abierto en la pared uterina, se enhebran en el ojo de la aguja los cabos de la puntada que se hizo en el extremo

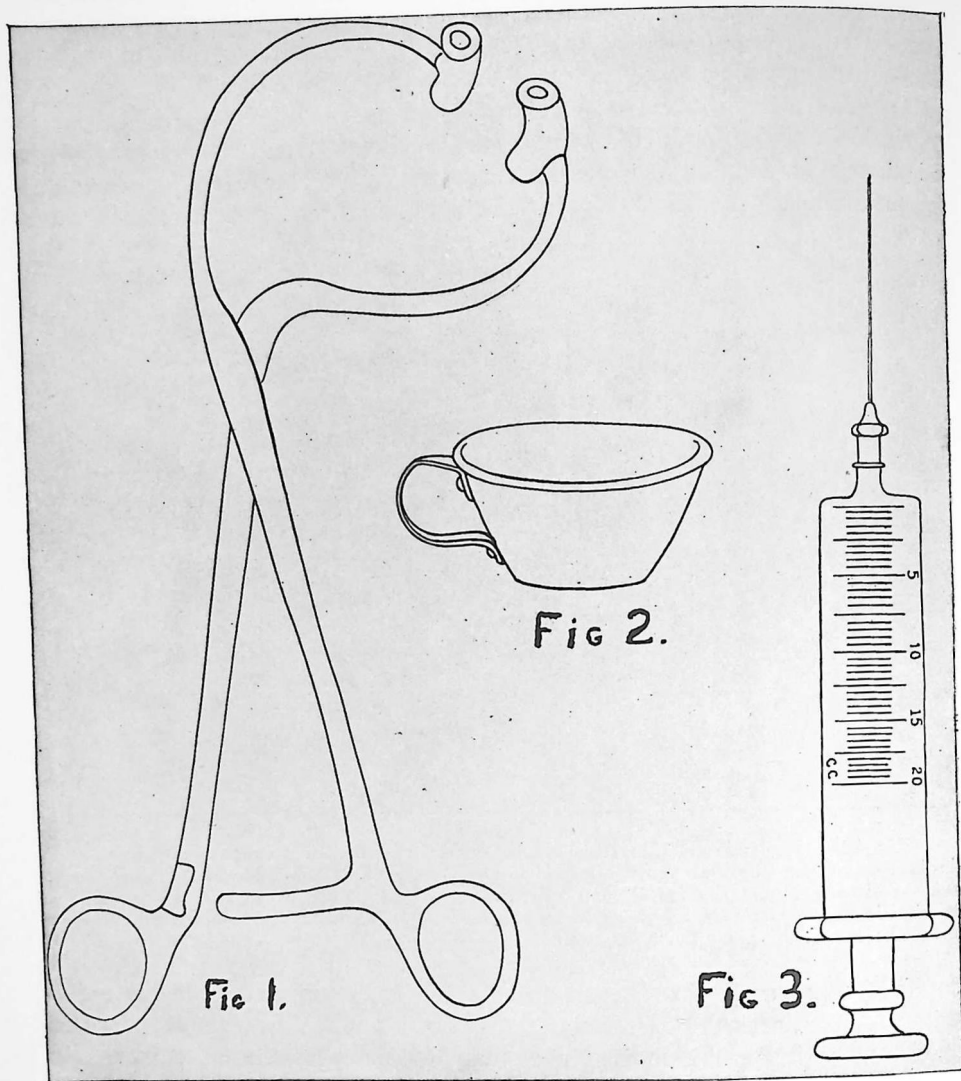


Fig. 121.—Instrumentos para probar la permeabilidad de las trompas cuando se abre la cavidad abdominal, por medio de la inyección en la cavidad uterina de solución salina normal, para ver si sale por las trompas. 1. Pinzas especiales para agarrar la porción inferior de la matriz y ocluir el conducto cervical. 2. Taza para recoger la solución que salga por la trompa. 3. Aguja para perforar la pared uterina y jeringa para inyectar la solución. (Newell: *Amer. Jour. Obst. and Gynec.*)

superior de la trompa dividida en dos (Fig. 119), se saca la aguja por el sitio donde se insertó, y con ella los cabos del catgut, que quedan en la cara posterior del útero y no han de quedar en tensión. Se repite entonces

este procedimiento insertando la aguja de Reverdin por la cara anterior del fondo uterino, con la cual se sacan los cabos de la otra puntada (Fig. 119). Traumatizase el revestimiento seroso de la porción tubaria dividida en dos, y haciendo tracción leve de las puntadas anterior y posterior del fondo uterino, se va pasando poco a poco el extremo dividido de la trompa por entre el conducto recién formado, hasta introducirlos en

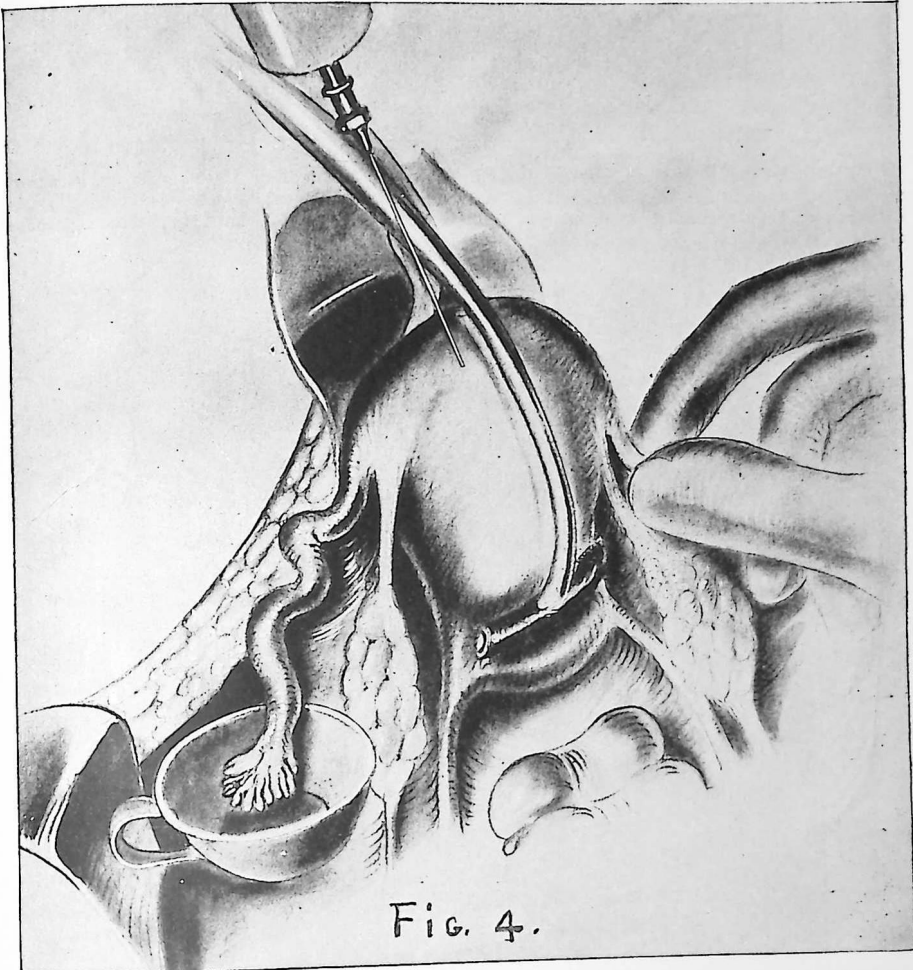


Fig. 122.—Pormenores de la técnica que se describe en el texto. (Newell: *Amer. Jour. Obst. and Gynec.*)

la cavidad uterina, después de lo cual se fijan en el fondo las puntadas, y se dan dos o tres con catgut delgado para fijar la trompa a la membrana serosa uterina, en el extremo externo del conducto artificial (Fig. 120). Con la jeringa de insuflación se determina una vez más la permeabilidad de la trompa recién implantada, efectúase la suspensión de ésta

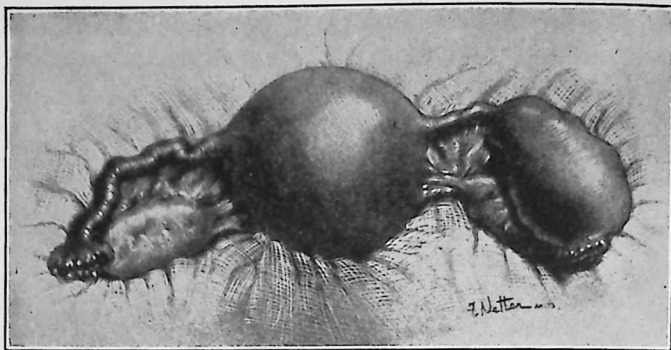


Fig. 123.—Preñez tubaria después de la implantación bilateral de las trompas en la pared uterina tres años atrás; la preñez está en la trompa derecha cerca del extremo franjeado; la izquierda se ve casi normal, a no ser por un leve acortamiento, y se halló que estaba patente al hacer la insuflación. (Sovak: *Amer. Jour. Obst. and Gynec.*)

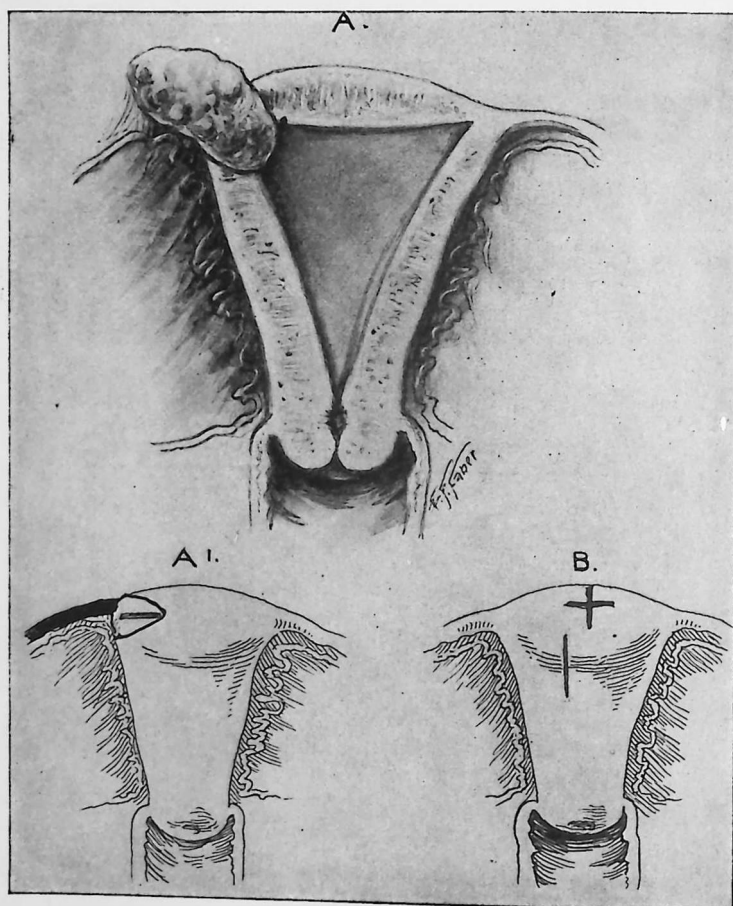


Fig. 124.—A. Implantación propuesta por Petit, Aleson y Storer. A'. Incisión en el cuerno. B. Sitio donde se hace la implantación de Tuffier y Foster. (Estes y Heitmeier: *Amer. Jour. Surg.*)

y del ovario, según la técnica de Poole, y la del útero por medio de la "suspensión de un punto" (?), según queda dicho (?).

"*Tratamiento postoperatorio.*—Luego de transcurrir un período de cuarenta y ocho a noventa y seis horas después de la operación, se hace la prueba de la insuflación de Rubin, para determinar y mantener la

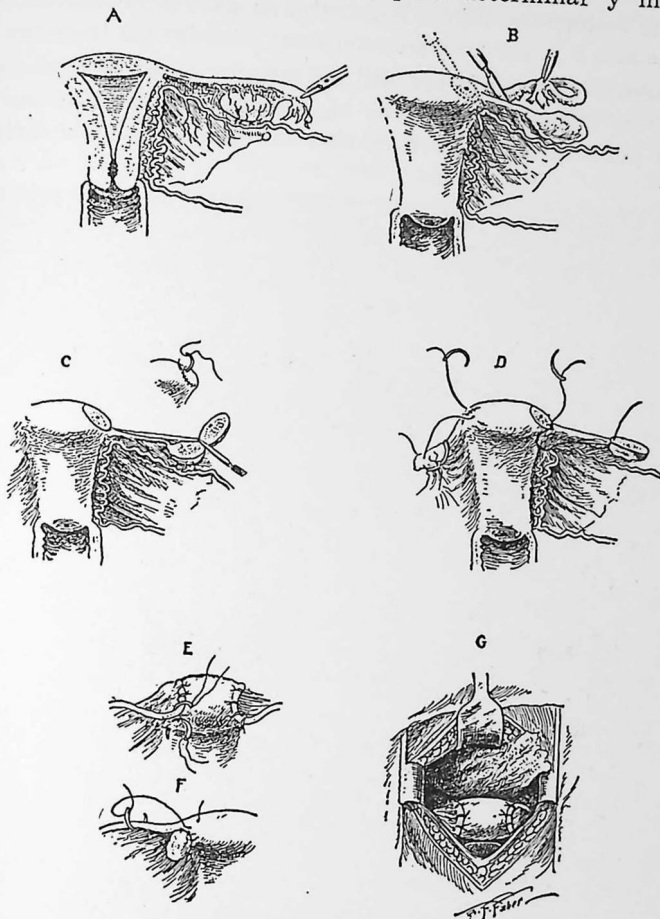


Fig. 125.—Implantación del ovario. A. Anastomosis de las arterias uterina y ovárica. Circulación sanguínea del ovario. B. Incisión para extirpar la trompa y el cuerno uterinos. C. Resección de la porción del ovario que deja una superficie cruenta del mismo tamaño de la porción derivada del cuerno uterino; en la misma figura se ve arriba cómo se efectúa la coaptación de las superficies desnudas del ovario y del útero. D. Manera de efectuar por medio de la sutura la coaptación del ovario y del cuerno uterino. E. Comienzo y F terminación de la sutura del ligamento redondo o del ovario implantado. G. Operación ya terminada. (Estes y Heitmeyer: *Amer. Jour. Surg.*)

permeabilidad de la trompa reconstruída. Esta prueba no debe ejecutarse cuando se haya hecho alguna operación plástica en el cuello uterino o la vagina, ni cuando la paciente padezca intensa reacción postoperatoria.

"Antes de darle de alta a la enferma se repetirá la prueba de Rubin para asegurar la permeabilidad de las trompas, y si son permeables, se

hará una vez más dicha prueba al cabo de tres o cuatro semanas. Si bien la referida operación ocasiona muy poco traumatismo a los tejidos, bien puede suceder que la reacción postoperatoria sea lo bastante intensa para ocluir temporalmente las trompas, y aunque parezca extraño, se restablece la permeabilidad de los oviductos ocluídos después de aplicar la piretoterapia por el método de Elliott. Por tanto, no debe desalentarse el cirujano si al dar de alta a la paciente parecen estar ocluídas las trompas.”

Un método que puede ser útil en algunos casos excepcionales, para cerciorarse de la permeabilidad de las trompas al terminar su implantación, es la puntura de la pared uterina con una aguja y la irrigación re-

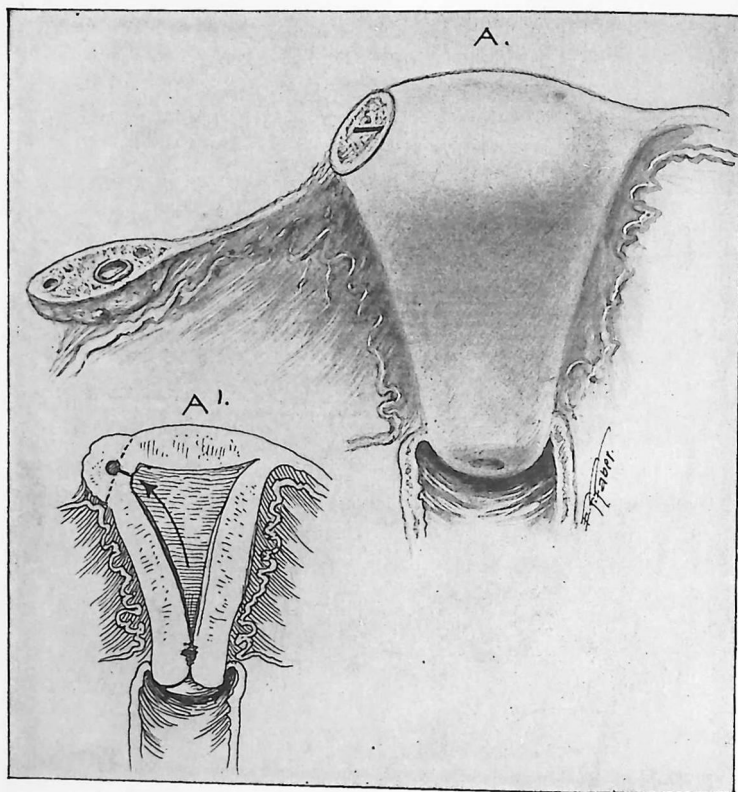


Fig. 126.—Método para efectuar la implantación de la porción quística o folicular del ovario sobre la abertura que se hace en el cuerno uterino. (Estes y Heitmeyer: *Amer. Jour. Surg.*)

trógrada de las trompas implantadas con solución salina normal. Este método de irrigación retrógrada de las trompas tiene particular interés respecto de la obtención del primer óvulo humano, de los tubos uterinos. El método fué ideado por el Dr. Q. U. Newell, en nuestro Servicio Ginecológico del Hospital Barnes. En su busca de óvulos humanos con la cooperación de Allen y Pratt (*Am. Jour. Obst. and Gynec.*, Vol. 19), fué necesario idear una técnica sencilla, con el fin de expulsar por medio de la irrigación los óvulos contenidos en las trompas, lo que por fin se

logró valiéndose de unas pinzas especiales con que se comprime la porción inferior del útero, después de lo cual se inyecta la solución salina en la cavidad del útero, por medio de una aguja que se inserta por entre la pared uterina. En la figura 121 se ponen a la vista los instrumentos que se emplean con este fin, y la 122 muestra la técnica del método, que sirvió para obtener de las trompas el primer óvulo humano, con el cual se hicieron estudios especiales.

Hasta la hora presente se han efectuado con bastante buen éxito algunas implantaciones tubarias, lo cual justifica los nuevos esfuerzos que se hagan en este respecto, cuando después de considerar todas las circunstancias del caso se crea es conveniente intentar la implantación. Con todo, se tendrá presente que ni aun el logro de la preñez alcanza siempre feliz suceso, ya que son frecuentes los abortos, y de cuando en cuando se presenta la preñez tubaria, que echa por tierra el buen logro de la operación quirúrgica (Fig. 123).

Implantación de tejido ovárico en el útero.—Se ha efectuado de diversas maneras y ha surtido algún buen efecto la implantación del ovario, en lugar de la trompa, en el útero, con el fin de poner en contacto los espermatozoides con el óvulo y lograr el desenvolvimiento intrauterino de éste. Estes y Heitmeyer (*Am. Jour. Surg.*, Vol. 24, pág. 563, 1934) trataron pormenorizadamente de este asunto y describieron los diversos métodos. Según el procedimiento de Tuffier y Petit (Fig. 124), se abre con una incisión la cavidad uterina y se implanta el ovario de manera que los óvulos sean expulsados de dichos órganos. El método de Estes (Figs. 125 y 126) consiste en implantar el ovario en la superficie de la porción cortada de un cuerno uterino, de tal suerte que el óvulo sea expulsado hacia la porción de la trompa que desemboca en la cavidad uterina. Sovak se vale del escariador arriba descrito para hacer un agujero desde la porción cortada del cuerno uterino hasta la cavidad del órgano, en el cual agujero implanta el tejido ovárico (*Am. Jour. Surg.*, Vol. 33, pág. 406, 1936).

Osheroff (*Nebraska Med. Jour.*, Vol. 21, pág. 341, 1936) estudió las diversas circunstancias de que depende el buen éxito de la implantación ovárica, y Graff (*Jour. Iowa Med. Soc.*, Vol. 26, pág. 31, 1936) publicó unas estadísticas y catalogó la bibliografía acerca de las implantaciones ovárica y tubaria.

Estas operaciones restauradoras de la función tubaria alcanzan buen éxito en cierto número de pacientes excepcionales a quienes conviene la operación, mas no ha de perderse de la memoria que el método acarrea los peligros comunes de toda operación abdominal, que la operación plástica tropieza con las dificultades que ofrece el estado morbozo que causó la oclusión de las trompas, y que son escasas las probabilidades de alcanzar buen éxito. Por tanto, antes de aconsejar la operación debe el cirujano hacer patente a la paciente y a su esposo todas estas *diversas* circunstancias, a fin de que ellas les sirvan de norte y guía al tomar cualquiera determinación.

CAPÍTULO V

MIOMA Y ADENOMIOMA DEL ÚTERO

El mioma y la adenomiosis difieren un tanto si se les contempla a la luz de la cirugía, si bien su tratamiento es en general muy semejante. Cada uno de ellos ocasiona la dilatación del músculo uterino, y todas las variedades de ambos estados morbosos se incluyen en el término general "fibroide"¹. El mioma común consta simplemente de tejido muscular (con tejido conectivo y vasos sanguíneos), y tiene una cápsula formada por la compresión de los tejidos circunyacentes al dilatarse el tumor; de ahí que sea fácil la enucleación. El pormenor esencial de la adenomiosis es el crecimiento glandular dentro del músculo, lo cual hace que se dilate el tumor por penetración de las glándulas en el tejido contiguo. Por consiguiente, no hay cápsula de tejido comprimido y su enucleación es muy dificultosa.

Por mucho tiempo estuvo encerrado en el misterio el origen de las glándulas de la adenomiosis, pero en la hora presente es ya bien conocido. Dichas glándulas son brotes erráticos de tejido endometrial en diversos períodos de desenvolvimiento, conviene a saber: glándulas por sí solas, glándulas y estroma endometrial, así como endometrio funcionante que tiene la facultad de menstruar. El tejido endometrial errático proviene ora de la membrana mucosa uterina, o endometrio (como sucede casi siempre que el proceso morboso invade la porción interna del miometrio), o bien tiene su origen y principio en algún centro del tejido endometrial aberrante en el ovario (lo cual acaece con frecuencia cuando la enfermedad invade la porción externa de la pared uterina). Al crecer y funcionar el tejido endometrial errático situado en el ovario, la sangre que se acumula forma un quiste, en cuyas paredes penetra el tejido endometrial y se implanta en las superficies peritoneales contiguas, incluso la del útero. Las células implantadas se abren camino por entre el peritoneo, hasta el miometrio subyacente, donde forman áreas de adenomiosis; por su parte, este anormal crecimiento glandular estimula el crecimiento anormal del músculo y ocasiona la dilatación.

No es por demás definir los términos que se emplean en relación con esta enfermedad, que dan lugar a ciertas confusiones. El crecimiento aberrante de glándulas endometriales en el tejido muscular uterino, sea cual fuere su origen, da de sí la "adenomiosis", término que incluye ade-

¹ En los países de habla española es más usual el término **mioma** (algunas veces se emplea también el vocablo *fibroma*), con que se designan estos neoplasmas. (N. del T.)

más la dilatación muscular difusa concomitante. Si la dilatación del tejido muscular y del brote de tejido glandular forma tumor sobresaliente se designa a menudo "adenomioma". El crecimiento aberrante de tejido endometrial en el ovario, forma un quiste, que se designa "quiste endometrial". Cuando el tejido endométrico penetra en las paredes del quiste y se implanta en superficies peritoneales contiguas, se le da el nombre de "endometriosis pélvica" a esta diseminación generalizada del proceso infeccioso; este último término incluye asimismo la invasión de la excavación rectouterina ("fondo de saco" posterior) y de las áreas contiguas de tejido conectivo. El tejido endometrial aberrante se presenta de cuando en cuando en otras regiones de la pelvis y de la porción inferior del abdomen (en ocasiones llega hasta el ombligo), pero la propagación de la enfermedad en esta manera se incluye en el término "endometriosis pélvica". Si al diseminarse el crecimiento glandular penetra en el músculo, provoca el crecimiento exagerado de éste y su consiguiente dilatación; si la penetración se efectúa en el miometrio, o tejido muscular uterino, da entonces origen a la adenomiosis y al adenomioma comunes. Cuando invade el tejido muscular de cualquiera otra región, bien puede aplicarse el mismo término, por ejemplo, adenomioma del ligamento redondo, o adenomioma del tabique rectovaginal.

Lo concerniente al tratamiento quirúrgico del mioma y de la adenomiosis uterinos, será estudiado en el siguiente orden:

Métodos de tratamiento radical.

Pormenores de la operación quirúrgica.

Pormenores del tratamiento por medio de la irradiación.

Indicaciones del tratamiento radical.

Selección del método.

Clases de patientas a quienes conviene la radiación.

Clases de patientas a quienes conviene la operación.

Dificultades que ofrecen los neoplasmas sangrantes.

Preñez y mioma.

MÉTODOS DE TRATAMIENTO RADICAL

El tratamiento radical del mioma uterino y la adenomiosis consiste en la operación quirúrgica y en la radioterapia (radiumterapia y roentgenoterapia). Incluimos la radiación entre los métodos quirúrgicos, a causa de que sus efectos son tan radicales como los del bisturí (en hecho de verdad mucho más que estos últimos, ya que destruyen la función ovárica), y su aplicación requiere el mismo estudio crítico de las circunstancias, igual cuidado y destreza en la ejecución de la técnica al aplicarlos a los tejidos. Por todas estas razones, la radiación ha sido apellidada acertadamente "bisturí químico". Sus efectos pueden tener mayor alcance, ser más destructores que el escalpelo y su aplicación acarrea iguales respon-

sabilidades que cualquiera operación quirúrgica. Todas estas circunstancias relacionadas con el radium y los rayos X aplicados a los tejidos pélvicos, serán tanto más dignas de reparo cuanto mejor se conozcan los deplorables efectos que produce la aplicación poco juiciosa de tan poderosos agentes, hecha por "laboratorios" y personas que no poseen los necesarios conocimientos de las enfermedades pélvicas, o desconocen sus efectos en los diversos tejidos de la antedicha región.

Estudiaremos a continuación los métodos que se emplean para el tratamiento radical, en el siguiente orden:

Operaciones:

- Histerectomía supravaginal abdominal.
- Histerectomía abdominal total.
- Miomectomía abdominal.
- Resección abdominal del cuerpo uterino.
- Histerectomía vaginal.
- Miomectomía vaginal.
- Resección vaginal del cuerpo uterino.
- Amputación vaginal del cuerpo uterino.

Radiación:

- Radium.
- Rayos X.

TÉCNICA DE LAS OPERACIONES

La operación abdominal es la que se ejecuta con más frecuencia para el tratamiento de los miomas y estados morbosos conexos, ya que la operación radical por vía vaginal tiene aplicación bastante limitada. El desenvolvimiento de la radiumterapia y el perfeccionamiento de su aplicación al tratamiento de los miomas, han reducido en gran manera el número de pacientes en las que se requiere la extirpación quirúrgica del neoplasma. Ello no obstante, tiene la histerectomía tan importante lugar en el tratamiento quirúrgico de los miomas uterinos, que conviene hacer un estudio general de dicha operación antes de tratar de las particulares variedades de ella.

MÉTODOS PARA EFECTUAR LA HEMOSTASIS

La estructura del útero y de los tejidos contiguos indica que con cuatro ligaduras es posible abarcar en gran manera la irrigación sanguínea de dicho órgano, conviene a saber: dos ligaduras en cada lado, la una que incluya los vasos tuboováricos en el ángulo inferior del útero, y la otra que comprenda los vasos uterinos, al aproximarse al cuello del órgano. Este método de ligar por separado los vasos es el que se ilustra con láminas en casi todos los libros que tratan de la histerectomía, y a primer aspecto parece ser un método tan lógico, que apenas dé lugar a discusiones. Con todo, la experiencia de muchos años, el estudio de las enfermedades que requieren la histerectomía y la práctica adquirida al procurar

la extirpación del útero enfermo sin causar choque indebido a la paciente, nos han hecho llegar a conclusiones diametralmente opuestas.

Al principio nos atuvimos a la teoría predominante de la ligadura por separado de los vasos sanguíneos, y procuramos apegarnos a ella siempre que fuese posible, mas en nuestro intento tropezamos con algunas dificultades, a saber: nos convencimos de que la separación que requería esta ligadura separada de los vasos tuboováricos en el cuerpo uterino, ocasionaba pérdida de tiempo y hemorragia de los vasos pequeños del tejido contiguo. Por consiguiente, optamos la ligadura en conjunto del tejido vascular de dicha región, con lo cual se ahorra tiempo y pérdida de sangre. Con iguales dificultades tropezó la ligadura por separado de los vasos uterinos en el sitio donde se aproximan al cuello, ya que la identificación de dichos vasos requería considerable separamiento de los tejidos. Además el uréter estaba muy próximo al sitio de la ligadura, por lo cual era menester la necesaria separación para identificarlo y ponerlo en cobro, único medio de efectuar sin peligros la ligadura de los vasos uterinos superyacentes. La circunstancia de que muchas veces al ejecutar la histerectomía se ha hecho la ligadura del uréter, demuestra de manera harto evidente el peligro de tal proximidad. Aun más, se comprobó que ligando en conjunto el tejido vascular, en vez de intentar la separación y la ligadura de los vasos que irrigan dicha área, se evitaba pérdida de tiempo y de sangre. Otra cosa de importancia práctica es que cuando hay algún estado morbozo cuyo tratamiento requiere la histerectomía, la irrigación sanguínea del útero suele ser bastante anormal, ya que los vasos pequeños se dilatan y se forman nuevos vasos que irrigan el neoplasma o los tejidos inflamados contiguos. Teniendo esto en la memoria se verá lo incierto que es el buscar los vasos sanguíneos al ejecutar la operación quirúrgica, apegándose estrictamente a los dibujos anatómicos.

Cuando hay algún estado morbozo no maligno, puede comprimirse con pinzas y dividirse con presteza y sin peligro el tejido vascular, en los bordes del útero, con tal que se apliquen las pinzas en sitios convenientes para efectuar después la ligadura (Figs. 129 a 131). Cuando ha de extirparse el cuello uterino, empujando hacia abajo el abultamiento formado por la vejiga y rechazando lateralmente el tejido pericervical y los abultamientos formados por los uréteres (Figs. 155 a 160), se apartarán los uréteres de manera que pueda comprimirse con las pinzas el tejido vascular y dividirse sin peligro sobre el cuello, después de lo cual podrá efectuarse la ligadura sobre las pinzas. Con esto se ahorra tiempo y se evita pérdida de sangre en este tiempo de la operación.

Siempre se ha empleado en el pedículo de neoplasmas ováricos la ligadura del tejido vascular, en vez de la ligadura por separado de los vasos, sin causar casi ninguna perturbación cuando se emplea material absorbible. Teóricamente este método parecerá es propicio a la esfacelación de los extremos del pedículo, pero en la práctica no sucede tal cosa. Quizás la ligadura en conjunto del tejido, en el área donde se ramifica

un vaso sanguíneo, no destruya la irrigación sanguínea tanto (y aun sin el tanto) como la destruye la ligadura de algún tronco vascular. Sea como fuere, la observación de centenares de ligaduras en conjunto hechas sucesivamente cerca del útero, no ha dado ningún indicio de complicaciones en el pedículo. Claro está, en los cabos del pedículo, así como en cualquier otro tejido que tenga de conservarse, importa evitar la desvitalización que ocasiona la presión con las pinzas, o de alguna otra manera. Así, ha de recortarse cualquier cabo que sobre después de efectuar la ligadura del pedículo y que dé signos de mortificación ocasionada por la forcipresión, o que se haya desprendido considerablemente.

Las circunstancias son del todo distintas cuando se ejecuta la histerectomía a causa de la neoplasia maligna, ya que en este caso es menester la extirpación en conjunto del tejido conectivo contiguo, así como de los vasos linfáticos, todo lo cual requiere la ligadura de los vasos sanguíneos a suficiente distancia del borde de la porción dañada del útero. Por ejemplo, cuando hay carcinoma del cuerpo uterino se hacen las ligaduras en los ligamentos suspensorios y redondos, con el fin de poder extirpar los vasos linfáticos de la porción superior del ligamento ancho y de los anexos uterinos con él vinculados, en conjunto con el útero y en una sola pieza. Cuando se ejecuta el tratamiento quirúrgico del carcinoma del cuello, se hacen las ligaduras superiores de la misma manera, a fin de abrir los ligamentos anchos y efectuar la vasta separación que se requiere para identificar y separar los uréteres y los vasos uterinos suprayacentes, así como para efectuar por separado la ligadura de estos últimos. Con todo, es cosa averiguada que esta separación encaminada a ligar separadamente los vasos, acrecienta los peligros de la operación y la mortandad, y, por tanto, sólo es lícito efectuarla cuando hay algún neoplasma maligno, dada la necesidad de extirpar los vasos linfáticos portadores de células carcinomatosas, pero no es menester en los neoplasmas benignos.

La ligadura de los tejidos en los bordes del útero puede llevarse a término ligando primero y dividiendo dichos tejidos, o bien, haciendo primero la forcipresión y la división, y después la ligadura, según prefiera el cirujano. Después de ensayar ambos métodos, llegamos a la conclusión de que, en las circunstancias que suelen hallarse al efectuar la histerectomía abdominal para el tratamiento de miomas o de estados inflamatorios, es muy de preferir el método consistente en comprimir primero con las pinzas, dividir los tejidos y hacer después la ligadura, por las razones siguientes: 1ª, de esta suerte se cohibe presto la hemorragia al paso que progresa la operación; 2ª, haciendo tracción con las últimas pinzas, se apartan del útero los tejidos con el fin de poner las siguientes pinzas, lo cual alarga el pedículo y disminuye los peligros al efectuar las suturas laterales; 3ª, se gobiernan mejor los vasos sanguíneos en algunas regiones apiñadas, donde hay poco espacio para hacer la ligadura, y 4ª, hace posible la rápida extirpación del útero y del neoplasma, con lo cual se tiene espacio suficiente, que facilita la ligadura de todos los cabos.

TÉCNICA ACTUAL

La técnica eficaz que se sigue en el día de hoy al efectuar la histerectomía abdominal, tanto supravaginal como total, es el fruto de muchos años de estudio y perfeccionamiento. Algunos tiempos de la operación fueron ideados por los primeros investigadores en cirugía ginecológica, y desde entonces muchos otros cirujanos han añadido cosas nuevas, o perfeccionado las ya conocidas. En una operación tan complicada como es la histerectomía, lógico es esperar multitud de variaciones en los diversos pormenores de la técnica, de resultas de lo cual cada cirujano añade lo que le parece conveniente, o efectúa los diversos tiempos de distinta manera. Ello no obstante, los cirujanos de experiencia concuerdan en general respecto de los esenciales tiempos de la operación.

No todas las proposiciones hechas a este respecto son nuevas ni perfeccionadas. Al estudiar lo que se ha escrito acerca del asunto, se hace evidente que muchos operadores inexpertos han publicado fuera de tiempo y sazón algunas proposiciones, que tan sólo demuestran falta de conocimiento de los trabajos ejecutados con anterioridad por otros cirujanos, o falta de experiencia en el tratamiento de las diversas pacientes. Muy digna de nota es la particular circunstancia de que no pocas veces el cirujano adquiere la convicción de que ha inventado algo nuevo respecto de la técnica en determinados casos, siendo que en hecho de verdad tales proposiciones fueron leídas tanto tiempo atrás, que se olvidó el autor o el lugar de donde provinieron. Además de esto, en la histerectomía, como en cualquiera otra operación importante, hay algunos pormenores de la técnica tan evidentes, que por muchos años han sido ejecutados por los cirujanos de mayor experiencia, sin que ninguno de ellos hubiera creído necesario darlos a la publicidad, hasta que alguien los presenta en letras de molde como de su propia cosecha. Por todo lo que va dicho, se verá la razón de muchas disputas y controversias que se suscitan de cuando en cuando acerca de la prioridad de alguna variación en la técnica.

La técnica perfeccionada que se sigue en el día de hoy al ejecutar la histerectomía debe su estado presente a las investigaciones, publicadas unas, inéditas las otras, con que han cooperado multitud de cirujanos. Mucho se ha escrito sobre el asunto en los últimos veinte años, pero casi todos los artículos ponen de manifiesto tan sólo algunos puntos principales, y dejan el resto a la especulativa imaginación del lector. En el artículo de Richardson (*Surg., Gynec. and Obst.*, Vol. 48, pág. 248, 1929) se hallará un estudio por demás metódico y minucioso de los muchos e importantes pormenores de la técnica de la histerectomía abdominal, el cual artículo, por su bien hilvanado método de tratar el asunto y su cabal exposición, bien puede tenerse por norte y guía de las subsecuentes discusiones.

Los estudios efectuados por el autor *senior* de este libro concuerdan con bastante exactitud respecto del tiempo y las conclusiones, con los estudios del Dr. Richardson, y por varios años antecedentes había puesto

en ejecución la técnica que abajo se describe, que en general es semejante a la que este último investigador refirió tan acertadamente e ilustró con láminas adecuadas en el artículo arriba citado, y precisamente estábamos trazando y disponiendo los dibujos con que habríamos de ilustrar nuestra técnica, cuando se publicó la antedicha descripción. Nuestros estudios y observaciones nos hicieron acoger el método cuyos pormenores difieren en cierta manera de los del procedimiento recomendado por Richardson, y los estudios y experiencias subsecuentes han apoyado y fortalecido nuestra opinión respecto de tales minucias. Las diferencias consisten en lo siguiente:

1º El primer tiempo de la operación es la forcipresión con pinzas, de los tejidos, al lado del cuerno uterino de cada lado (Fig. 127). Este tiempo fué aceptado poco después que Sampson demostró la regurgitación de algunas substancias contenidas en el útero, por entre las trompas. De esta manera, las pinzas ocluyen no tan sólo las trompas uterinas, sino también los vasos sanguíneos y linfáticos superiores. La aplicación de estas pinzas se hace inmediatamente después de efectuar la exploración y convencerse de que es necesaria la histerectomía, y no ha de ir precedida de ninguna manipulación en los tejidos del cuerno uterino con el fin de efectuar la separación de los vasos, ni con ningún otro fin.

2º En lugar de ligar separadamente cada cabo luego de efectuar la forcipresión y la división de los tejidos, se comprimen varios de ellos con las pinzas, se dividen (todo lo más hacia abajo que se pueda, al lado del útero), después de lo cual se ligan los diversos cabos comprimidos por las pinzas, con una sutura-ligadura continua.

3º Es preciso identificar con certeza y apartar bien hacia un lado el abultamiento que forma la vejiga al través del campo operatorio, cuando se ejecuta la histerectomía supravaginal (Fig. 131), y el abultamiento formado por los uréteres, en cada lado, cuando se hace la histerectomía total (Fig. 160). Hasta que se distingan con suma claridad los abultamientos característicos del tejido que contienen dichos importantes órganos no se tendrá la seguridad de haberlos puesto en salvo.

4º Cuando se ejecuta la histerectomía total, no se separa del cuello uterino la excavación rectouterina ("fondo de saco" posterior), excepto cuando sea absolutamente necesario, lo cual sucede rara vez. En la excavación rectouterina normal, el peritoneo queda bastante hacia abajo, en lugar seguro, entre la bóveda (fórnix) vaginal y el recto. Cualquiera circunstancia anormal que requiera el despegamiento se descubrirá al efectuar la exploración general de la pelvis, o bien al hacer la palpación especial (Figs. 157 y 158), con el fin de averiguar si el despegamiento anterior ha progresado lo bastante hacia abajo para abrir la vagina.

5º La primera incisión que se hace en la vagina es un pequeño corte longitudinal (Fig. 160), cuyo fin es indentificar con exactitud la unión vaginocervical. Tan pronto como se abre la vagina, se introduce un pedazo de gasa antiséptica humedecida con alcohol, y se empuja hacia abajo, para desembarazar el fórnix, o bóveda vaginal. Efectúase entonces la escisión

sobre el cuello, alrededor de la unión cérvicovaginal previamente identificada (Figs. 162 a 164), con el fin de conservar toda la vagina y evitar el molesto acortamiento de la bóveda vaginal.

6º *Inmediatamente* después de extirpar el útero y el neoplasma, se inspeccionan cuidadosamente para ver si hay signos de malignidad (Fig. 136). Si se hizo la histerectomía supravaginal, esta inspección indicará si puede dejarse sin peligro el cuello uterino, o es necesario extirparlo. Cuando se ejecutó la histerectomía total, los signos de carcinoma en el endometrio, o de sarcoma en el mioma que se acaba de abrir, indicarían la necesidad de extirpar los vasos linfáticos superiores del ligamento ancho y los anexos uterinos, los cuales de otra suerte bien podrían dejarse.

7º Después de extirpado el útero, se sutura la bóveda vaginal *sin* hacer tracción de ningún cabo hacia dentro de la vagina, ya que cualquier "pedículo" ¹, o cabo de tejido conectivo que se dejare en la cavidad vaginal, aumenta al parecer las probabilidades de la infección en el área de aquél, y además hace más probable el que se forme alguna cicatriz dolorosa en la bóveda vaginal.

8º Al fijar los cabos, o "pedículos" ligados, al muñón vaginal, y al ligarlos unos con otros, se acortan los ligamentos redondos con algunas puntadas más, que suprimen la flojedad de dichos ligamentos en el área suturada (Fig. 139); esto ha de hacerse así en la histerectomía supravaginal como en la total.

Histerectomía supravaginal por la vía abdominal

En la histerectomía supravaginal se extirpa el cuerpo uterino por medio de una incisión en la parte superior del cuello, que se hace bastante arriba, o bien abajo, según prefiera el cirujano. Algunos autores han empleado el término histerectomía "supracervical", pero es más exacta la designación "supravaginal", ya que la escisión se hace por entre el cuello y no arriba de éste, pero sí arriba de la vagina.

Luego de abrir el abdomen, se explora la pelvis, se investigan el neoplasma y sus relaciones con el útero, se averigua si hay complicaciones y se decide la naturaleza de la operación que ha de ejecutarse. Esta exploración requiere el vasto despegamiento de adherencias, cuando hay inflamación concomitante, y caso que hubiere probabilidades de hallar pus, se conservará la pelvis de la paciente más baja que el tronco y se protegerá la cavidad abdominal durante las maniobras de despegamiento. Bien puede suceder que sea también necesaria la extirpación de los anexos de uno o ambos lados, junto con la histerectomía.

Es conveniente dividir la técnica de la histerectomía supravaginal en los siguientes tiempos:

¹ Entiéndase que los llamados aquí "pedículos" no lo son en el verdadero sentido del vocablo, sino porciones de tejidos que contienen algún vaso sanguíneo (o pueden contener), y hay que ligar o coser. (N. del T.)

Tiempos ordinarios:

- 1º Asimiento del útero.
- 2º Despegamiento de la vejiga.
- 3º Forcipsión y división de los ligamentos anchos.
- 4º Corte transversal del cuello.
- 5º Abertura del útero y del neoplasma extirpados.
- 6º Ligadura de los cabos ("pedículos").
- 7º Escisión de los anexos uterinos.
- 8º Fijación de los cabos, o "pedículos", al cuello.
- 9º Acortamiento de los ligamentos redondos.
10. "Peritonización".

Variaciones en la técnica:

- Ligadura primitiva, en lugar de la forcipsión.
- Enucleación preliminar de nódulos neoplásicos.
- Forcipsión de los vasos de abajo arriba.
- Disposiciones para la canalización en la vagina.

Tiempos ordinarios.—Si luego de abrir y explorar la cavidad abdominal se ve que es necesaria la histerectomía, por lo común se extirpa el útero de la siguiente manera:

1º *Asimiento del útero.*—Al principiar la operación se ponen unas pinzas fuertes para pedículo en el área vascular, al lado de cada cuerno uterino (Fig. 127), con lo cual se evita el que sean expulsados por las trompas flúido o células infectas, cuyo peligro puso de manifiesto Sampson al hablar de la implantación de elementos endometriales en el ovario y en otras superficies peritoneales. Con estas pinzas se ocluyen también los vasos sanguíneos y linfáticos, y además ofrecen un medio conveniente para manipular el útero y hacer tracción, el cual es más seguro y eficaz que el coger el útero miomatoso con pinzas dentadas, como se solía en otras épocas. Por otra parte, dichas pinzas efectúan la hemostasis en el lado uterino de los "pedículos", que están a punto de ser divididos. Cada una de dichas pinzas abarca la trompa, el ligamento redondo, el ligamento úteroovárico y los vasos contiguos.

Con ayuda de dichas pinzas se levanta el útero, se ponen muy a la vista las áreas vasculares superiores, después de lo cual se apartan los intestinos con tela de goma. Para facilitar esta maniobra y obtener el necesario espacio, se coloca la paciente en posición de Trendelenburg. Cuando no es posible sacar el neoplasma del abdomen, es preciso separar bien los bordes de la incisión y rechazar el neoplasma hacia un lado, para descubrir las áreas vasculares. En excepcionales circunstancias no es posible llegar hasta los vasos sino luego de extirpar parte del neoplasma, según se dirá más abajo al hablar de las "Variaciones en la técnica".

2º *Despegamiento de la vejiga.*—Se levanta el pliegue véscouterino del peritoneo de delante del útero, y se da en él un tijeretazo; introdúcese entonces en la pequeña abertura el extremo de las tijeras de punta roma, y se abren éstas según se ve en la figura 127. Por el agujero que se hace

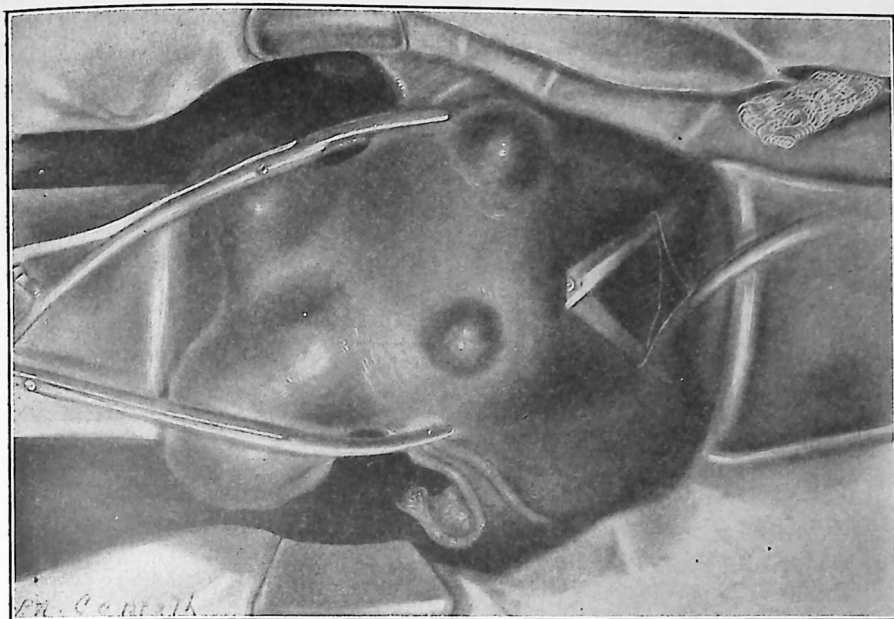


Fig. 127.—Histerectomía supravaginal para el tratamiento de miomas: Después de abrir la cavidad abdominal se apartan los intestinos, se saca de la cavidad pélvica el útero miomatoso y con pinzas fuertes se comprime el tejido vascular al lado de cada cuerno; se levanta y se abre cerca de la matriz el repliegue peritoneal vésicouterino, y con las tijeras se agranda la abertura.

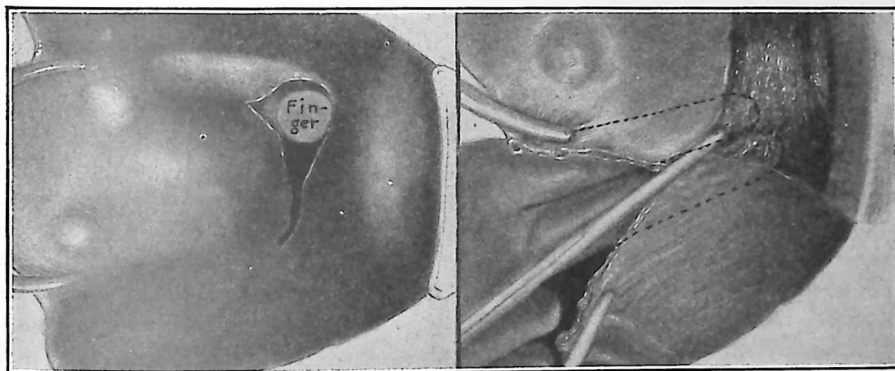


Fig. 128

Fig. 129

Fig. 128.—Con el dedo que se pasa por la abertura que se hizo con las tijeras se está separando rápidamente el peritoneo de las porciones laterales del útero; por lo común se despegó la túnica serosa en el sitio donde se inserta en el útero, según indica el grabado.

Fig. 129.—Se comprime con pinzas y se corta el tejido vascular en los lados del útero. Adviértase cómo se comprimen con los dedos los tejidos, para cerciorarse de que no se causará ningún daño al intestino con las tijeras o con las pinzas.

de esta manera se introduce el dedo índice, con el cual se despega y se separa del útero el peritoneo (Fig. 128). Esta maniobra puede efectuarse rápidamente y, puesto que el desgarro es siempre a lo largo de la inserción en el útero, se conserva todo el peritoneo laxo en el colgajo vesical, que sirva después para hacer la peritonización.

Recházase entonces la vejiga hacia abajo, a lo largo del cuello uterino y en el trecho necesario; esto se hace con una compresa de gasa sostenida por pinzas. Conviene efectuar esta división del peritoneo, con el fin de dejar libre la vejiga, antes de empezar a dividir el ligamento ancho, ya que entonces no tendrá que interrumpirse esta última división, para dividir el peritoneo.

3º *Forcipsión y división de los ligamentos anchos.*—Efectúase luego la forcipsión con pinzas del área vascular lateral incluída en las pinzas de tracción, un poco más hacia fuera; para ello se ponen una o más pinzas, según sea necesario, después de lo cual se dividen los tejidos. Tírase entonces hacia arriba del útero; hecho esto, se comprime con pinzas y se divide el tejido vascular, un poco más abajo (Figs. 129 y 130), lo cual se continúa hacia abajo, hasta el cuello uterino, teniendo cuidado de identificar la vejiga (Figs. 130 y 131), y de empujarla hacia abajo, con el fin de tener suficiente espacio.

Para comprimir áreas vasculares son convenientes las fuertes pinzas dentadas de Ochsner, cuya punta debe quedar cerca del útero para no dejar de comprimir ningún vaso. Cuando se haga la forcipsión hacia abajo, a los lados del útero, han de ponerse siempre dos dedos detrás del área, según se ve en la figura 129, los cuales servirán de guía a las pinzas en la porción posterior, y con ello se evitará el que sea comprimido con el instrumento el intestino, ya que sucede a veces que una asa intestinal se resbala hacia sitios desusados.

Por lo común el uréter queda lo bastante hacia abajo para no ocasionar peligro alguno en la histerectomía supravaginal. Con todo, la posición vertical de aquél y de los vasos uterinos suprayacentes, pueden variar en gran manera sus relaciones con el cuello y quedar bastante cerca de la zona donde se une éste con el cuerpo uterino, lo cual se advertirá fácilmente si se tiene en la memoria que el útero está a veces desviado hacia abajo, más allá de los tejidos circunyacentes. Sin embargo de ello, es una circunstancia feliz el que pueda tirarse del útero hacia arriba y apartarlo un tanto de los uréteres, lo cual se logra haciendo tracción de las pinzas laterales que sirven de sostén, al ejecutar la histerectomía abdominal. Manteniendo tracción moderada luego de dividir los vasos superiores y el peritoneo anterior, se puede por lo común apartar el útero de la vejiga y los uréteres, lo bastante para efectuar la histerectomía supravaginal por entre la porción superior del cuello, sin acercarse demasiado a los uréteres.

La base de la vejiga en la línea media sirve de guía respecto de la altura a que se hallan los uréteres al lado del útero. Si se pone a la vista la zona donde ha de hacerse la escisión, despegando tan sólo el peritoneo úterovesical y una porción muy reducida de la vejiga, quedarán los

uréteres fuera de peligro. Por otra parte, cuando es menester despegar una gran porción de la vejiga, se invade entonces el área ureteral, y para poner en cobro los uréteres, habrá que despegar la base de la vejiga muy hacia los lados, así como en la línea media, y continuar el despegamiento hacia atrás, a lo largo del área ureteral de cada lado, tal como se hace en la histerectomía total (Figs. 155 y 156). Al mismo tiempo ha de hacerse tracción del útero hacia arriba, para apartarlo de los tejidos periureterales.

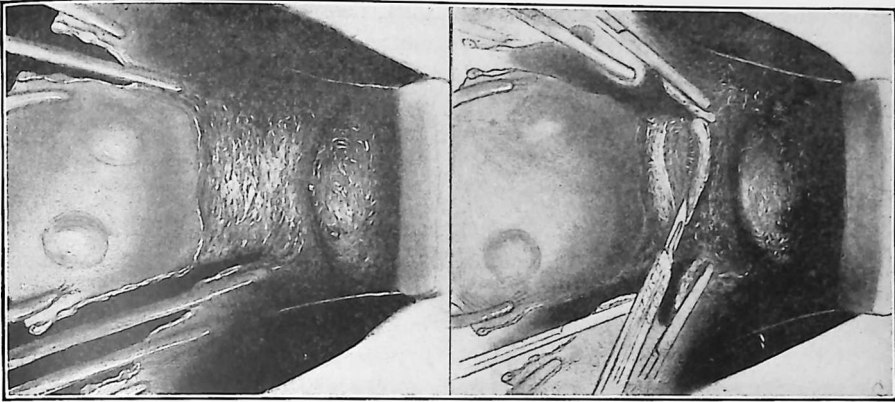


Fig. 130

Fig. 131

Fig. 130.—Se pusieron ya las pinzas en el ligamento ancho derecho hasta más abajo del cuello, y se está haciendo lo mismo con el izquierdo. Al hacer la histerectomía supravaginal conviene por lo común comprimir con pinzas y dividir ambos ligamentos anchos, y extirpar la matriz antes de hacer ninguna ligadura, según se explica en el texto.

Fig. 131.—Corte transversal del cuello uterino.

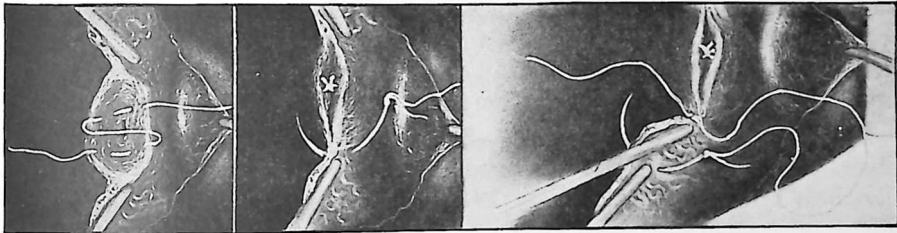


Fig. 132

Fig. 133

Fig. 134

Fig. 132.—Sutura del conducto cervical, para evitar la posible infección del área operatoria.

Fig. 133.—Luego de cerrar el conducto cervical, se empieza la sutura-ligadura del ligamento ancho derecho.

Fig. 134.—Cada puntada de la sutura-ligadura continua incluye el tejido vascular comprimido por unas pinzas; se está pasando la aguja en el sitio donde se hallan las siguientes pinzas.

Luego de comprimir con las pinzas y dividir el ligamento ancho de un lado, hasta el sitio donde ha de cortarse transversalmente el cuello uterino, se efectúa la misma operación en el otro lado. Al hacer la histerectomía supravaginal, se abreviará tiempo si se comprimen con pinzas y se dividen ambos ligamentos anchos y se extirpa el útero antes de

hacer ninguna ligadura. Por lo común bastan tres o cuatro pinzas en cada lado, las cuales no estorban las demás manipulaciones. De cuando en cuando se requiere mayor número de pinzas en un lado, y en tal caso quizá sea preferible hacer en ese lado las ligaduras necesarias, con el fin de quitar las pinzas antes de pasar al lado contrario. Según se dirá más abajo, este es uno de los tiempos ordinarios de la histerectomía total.

4º *División del cuello uterino.*—A continuación se divide transversalmente con el bisturí el cuello uterino (Fig. 131), y para ello conviene hacer el corte un tanto cóncavo (Fig. 132), después de lo cual, y luego de extirpar el neoplasma y el útero, se cierra con una sutura el conducto cervical (Figs. 132 y 133). Tocante a la conveniencia de aplicar algún antiséptico a dicho conducto cervical antes de hacer la sutura, es dudoso que el efecto bactericida de cualquiera substancia química sea más beneficioso que perjudicial, a causa de la irritación que ocasiona. Cuando al parecer no hay ninguna infección, no aplicamos ningún antiséptico al conducto cervical, sino lo suturamos inmediatamente (Figs. 132 y 133), para excluir esta posible causa de contaminación. Tan pronto como queda cerrado el muñón cervical se procede a la ligadura de los tejidos laterales comprimidos por las pinzas (Fig. 134).

5º *Abertura e inspección del útero y neoplasma extirpado.*—Inmediatamente después de sacar del abdomen el útero y el neoplasma, se le dan a algún ayudante para que efectúe al punto la inspección de ellos, para lo cual conviene seguir siempre algún método uniforme, a fin de que, al pasar los ejemplares al laboratorio, las incisiones sirvan siempre de guía. Por ejemplo, es conveniente dividir siempre la pared anterior del útero siguiendo las líneas punteadas que se muestran en la figura 135, esto es, a lo largo y en la línea media del órgano extirpado, así como por medio de un corte transversal en la porción superior de la cavidad, o ángulos; con esto se pone inmediatamente a la vista todo el endometrio (Fig. 136). Los grandes neoplasmas se abrirán según se indica en dichas figuras, para averiguar si hay signos de degeneración sarcomatosa.

6º *Ligadura de "pedículos".*—Principiando en la porción inferior, se ligan los tejidos laterales comprimidos por las pinzas, con una suturaligadura continua (Figs. 133 y 134), primero en un lado y luego en el otro; esta sutura se hace rápida y metódicamente, teniendo cuidado de abarcar todo el tejido vascular comprimido por cada una de las pinzas, para lo cual se pasará la aguja en la porción de tejido que comprima la punta de las pinzas inmediatas superiores (Fig. 134). Cuando las pinzas compriman tejido sumamente vascular, se atará la ligadura, valiéndose para ello del cabo largo. Cuando la porción comprimida de tejidos es menos vascular, basta entrelazar las puntadas de la sutura, mas este método es peligroso cuando los tejidos contienen grandes vasos sanguíneos, a no ser que se tenga particular cuidado de empujar hacia abajo la puntada entrelazada, lo bastante para comprimir con seguridad los vasos sin que se resbalen, lo cual requeriría el mismo tiempo que se necesita para anudar los cabos del hilo, método que es mucho más seguro.

Para hacer la ligadura-sutura se emplea la aguja fuerte, curva, redonda, de punta no cortante (aguja de Mayo) (Fig. 134), con la cual puede suturarse fácilmente hasta el muñón cervical, de suerte que no es necesaria la aguja especial para cuello de punta triangular cortante. Si la enfermera tiene en su mesa de instrumentos dicha aguja para cuello, es muy fácil que se la pase equivocadamente al cirujano para suturar los "pedículos" laterales, y en este caso bien pudiera suceder que los bordes cortantes provocasen hemorragia enfadosa.

7º *Extirpación de los anexos.*—La extirpación de los anexos, cuando es necesaria, se hace luego que la sutura-ligadura llega a la porción superior del ligamento ancho correspondiente. La última puntada de la sutura incluye el ligamento redondo, y después de anudar los cabos se apartan éstos temporalmente mientras se extirpan el ovario y la trompa dañados (Fig. 137). Hecho esto, se continúa la sutura-ligadura, con el mismo hilo, hasta incluir en las puntadas los "pedículos" de los anexos uterinos comprimidos por las pinzas, después de lo cual se atan los cabos y se cortan cerca del nudo.

Esta manera de extirpar los anexos uterinos es particularmente útil cuando el ovario y la trompa están sumamente adheridos a la porción inferior de la pelvis, o por alguna otra causa se dificulta el levantarlos. Extirpando primero el útero y el neoplasma se tiene mayor espacio para alcanzar los anexos adherentes, y se hace posible el despegamiento y la ligadura cuidadosos y exactos.

Ocioso es el decir que el carcinoma del cuerpo uterino requiere la extirpación en conjunto de todo el tejido que pudiera estar dañado, y en este caso se empieza la extirpación de los anexos en el ligamento suspensorio, según se dirá en el siguiente capítulo.

8º *Fijación de los "pedículos" al cuello uterino.*—Mientras se hizo la ligadura de los tejidos laterales comprimidos por las pinzas, se efectuó la inspección del útero y el neoplasma extirpados. En caso de hallar signos de carcinoma del endometrio, o de sarcoma en el neoplasma, o bien indicios sospechosos de dichas neoplasias, se procederá al punto a extirpar el muñón cervical, en el cual, hasta este momento, no se ha hecho ninguna ligadura que estorbe la extirpación.

De lo contrario, esto es, si no hubiere ninguna sospecha de malignidad, se fijarán los "pedículos" del ligamento ancho al muñón cervical, por medio de puntadas que se hacen pasando primero la aguja por entre el muñón y luego por el "pedículo" de cada lado, en dos o tres puntos distintos (Fig. 138). Es importante no dejar ninguna asa o abertura entre el "pedículo" y el cuello, por la cual pudiera ser forzada alguna porción de intestino al vomitar la paciente. Al coger la aguja la porción inferior del "pedículo", debe penetrar únicamente en los extremos situados abajo de las ligaduras, ya que la puntura que se hiciera arriba de éstas podría provocar hemorragia y hematoma. En llegando al ligamento redondo, puede sin peligro pasarse la aguja por entre dicho ligamento, atrás

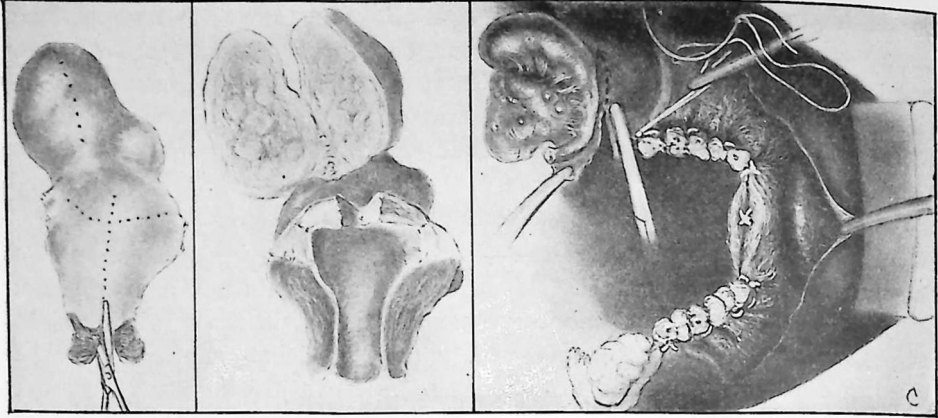


Fig. 135

Fig. 136

Fig. 137

Fig. 135.—Inmediatamente después de extirpar el útero y el neoplasma, se abrirán éstos para ver si hay algún signo de carcinoma del endometrio o de sarcoma en el neoplasma, y para ello conviene seguir el método que se indica con las líneas punteadas.

Fig. 136.—Útero y neoplasma abiertos para su inspección; puesto que no hay indicios de neoplasia maligna en el uno ni en el otro, bien puede hacerse la histerectomía supravaginal conservando el cuello que no está dañado. En el entretanto el cirujano hizo la ligadura de los pedículos del ligamento ancho.

Fig. 137.—Después de ligar el pedículo derecho, se está ligando el izquierdo; al llegar a la porción superior de este último se hizo la inspección minuciosa de los anexos izquierdos, y se creyó acertado extirpar el ovario y la trompa, lo cual se está haciendo. Después de la escisión de los anexos se continuará la sutura-ligadura hacia ese lado, para que incluya el pedículo de estos últimos. Si acaso se emplearen las pinzas para sostener temporalmente la ligadura, según se ve en el grabado, sólo se apretarán éstas levemente, para no dañar el hilo; es preferible sostener éste con los dedos.

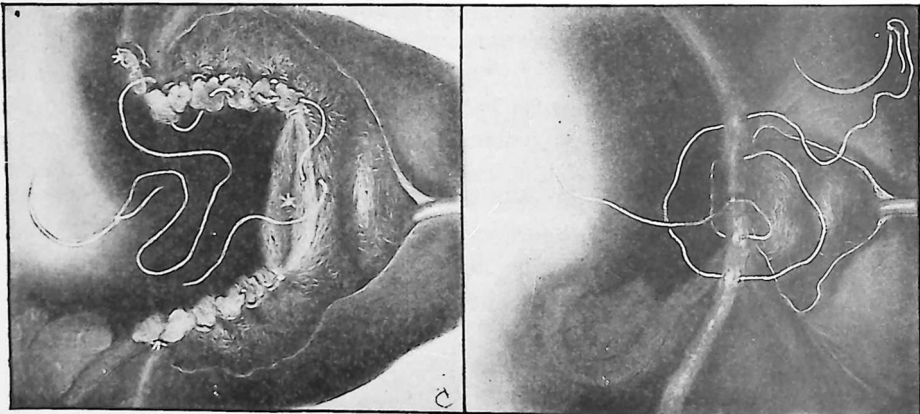


Fig. 138

Fig. 139

Fig. 138.—Después de hacer la sutura para llevar el pedículo del ligamento ancho izquierdo hacia el muñón cervical.

Fig. 139.—Después de fijar al cuello uterino los pedículos, conviene acortar los ligamentos redondos por medio de otras puntadas, según se ve en el grabado, a efecto de levantar bien el muñón cervical. Estas puntadas suprimen el aflojamiento de los ligamentos redondos y los llevan hacia la zona de la sutura.

(arriba) de la ligadura, para efectuar la fijación firme del pedículo del ligamento ancho con el muñón cervical.

9º *Acortamiento de los ligamentos anchos.*—Luego de fijar firmemente el muñón cervical, el “pedículo” del ligamento ancho de cada lado, incluso el cabo del ligamento redondo, se dan dos o tres puntadas más (Fig. 139) para acortar el ligamento redondo de cada lado. De esta manera se

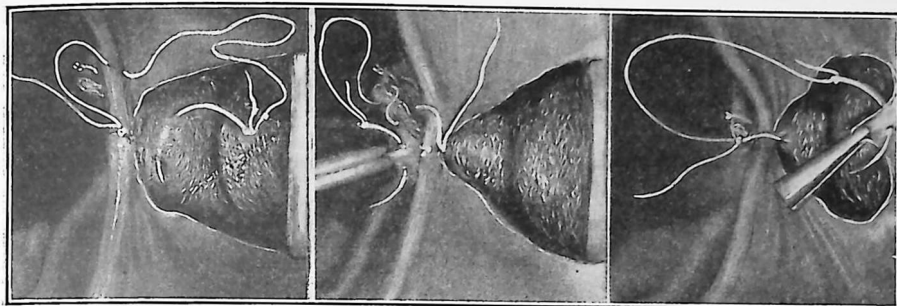


Fig. 140

Fig. 141

Fig. 142

Fig. 140.—Después de acortar los ligamentos es atinado dar otra puntada en el cuello, con tal que esté bien lejos la vejiga.

Fig. 141.—A continuación se coge con la sutura cualquier cabo de tejido lateral y se lleva hacia el centro, según se ve en este y en los siguientes grabados.

Fig. 142.—Después se coge el peritoneo, con el fin de cubrir con él la zona suturada.

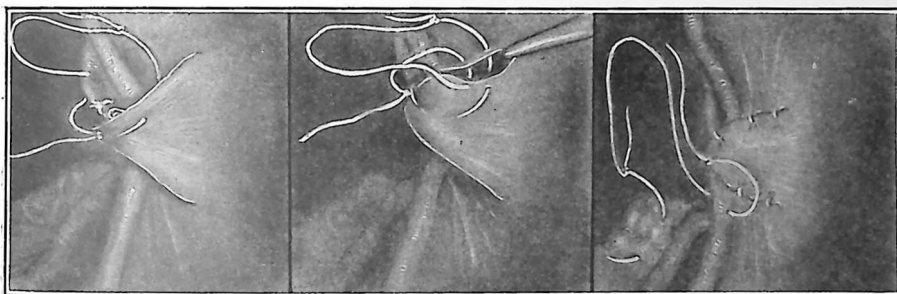


Fig. 143

Fig. 144

Fig. 145

Fig. 143.—Se fija hacia atrás el peritoneo vesical y se empieza la sutura del borde lateral.

Fig. 144.—Terminando la sutura del borde lateral izquierdo.

Fig. 145.—Después de suturar todo el colgajo peritoneal, se empieza a fijar el ovario de manera que no caiga hacia la excavación rectouterina.

efectúa suficiente acortamiento de éstos, que sirva para hacer tracción moderada hacia arriba, en el muñón cervical, y después, si se cree conveniente, se da otra puntada en el sobredicho muñón (Fig. 140).

10. “*Peritonización*”.—Cuando se extirpan la trompa y el ovario, se lleva por detrás y hacia el centro el “pedículo” lateral (Figs. 141 y 142); hecho esto se lleva hacia atrás el peritoneo vesical, para cubrir el área del “pedículo” (Figs. 142 a 145). Al efectuar estas manipulaciones detrás del muñón cervical, ha de advertirse si hay hemorragia capilar en ambos

lados, y caso que la hubiere, se dará una puntada lateral con el mismo hilo, para efectuar la hemostasis.

Cuando es corto el colgajo peritoneal vesical, o está adherido a causa de algún estado inflamatorio, puede simplemente fijársele a la porción anterior de los "pedículos" unidos (Figs. 146 y 147). En este caso, conviene a veces despegar la porción posterior del peritoneo cervical, y llevarlo hacia delante para cubrir el área del "pedículo" (Figs. 146 a 148).

A continuación se inspecciona la cavidad pélvica para cerciorarse de que no hay hemorragia capilar ni superficies cruentas innecesarias, y se deja después que los intestinos vuelvan a llenar la antedicha excavación. Es conveniente sostener hacia atrás las asas del intestino delgado, hasta que el colon sigmoideo y el ciego hayan cubierto el área operatoria (Fig. 149), lo cual sucede las más de las veces. Casi todas las oclusiones intestinales ocasionadas por adherencias postoperatorias son a causa de adherencias en el intestino delgado, por lo cual importa evitar cuanto sea posible el contacto del intestino delgado con el área suturada.

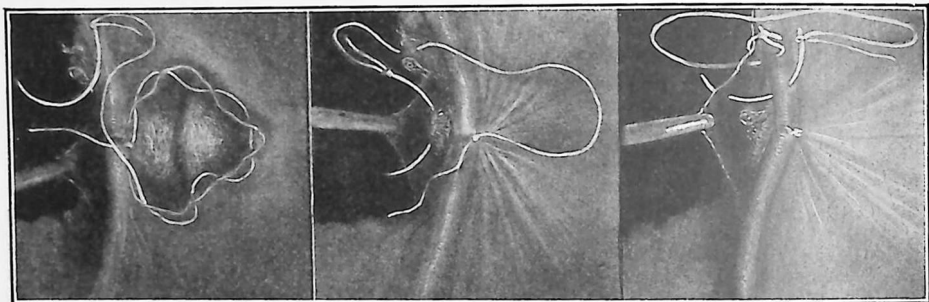


Fig. 146

Fig. 147

Fig. 148

Fig. 146.—Cuando está tan "infiltrado" el peritoneo vesical que no se puede formar el colgajo para cubrir la porción suturada, se puede cerrar adelante el sobredicho peritoneo vesical y hacer atrás un colgajo peritoneal, según se ve en este grabado.

Fig. 147.—Se está llevando hacia el centro un pedículo lateral, de suerte que quede cubierto por el colgajo peritoneal posterior.

Fig. 148.—Sutura del colgajo peritoneal posterior a los ligamentos redondos unidos, para terminar la "peritonización" de las superficies cruentas.

Otra cosa que ha de procurarse al aderezar el peritoneo, con el fin de disminuir las probabilidades de que se formen adherencias postoperatorias con el intestino delgado, es desplegar el epiplón debajo de la incisión abdominal (Fig. 150).

Variaciones en la técnica.—Estas variaciones son a veces necesarias a causa del estado de los tejidos pélvicos, o bien por la preferencia del cirujano.

Ligadura primitiva en lugar de la forcipresión.—Este fué el primer método que se puso en ejecución, y consistía en ligar cada área vascular en dos sitios, después de lo cual se dividían los tejidos entre las ligaduras. Algún tiempo después se averiguó que podía ahorrarse tiempo haciendo la forcipresión y la división de los vasos, uno después de otro, hasta ex-

tirpar el útero, y ligando después los vasos comprimidos por las pinzas. Por lo común se requiere menor número de ligaduras cuando se emplea este último método, y las que sean necesarias pueden aplicarse con mayor rapidez y exactitud, en virtud de que hay mayor espacio en la pelvis después de extirpado el neoplasma.

Hace algún tiempo se hizo la insinuación de que este procedimiento consistente en comprimir primero los tejidos, causaba trombosis postoperatoria, lo cual nos parece muy improbable, por razón de que las ligaduras se hacen en la porción proximal, respecto del área comprimida por las pinzas (esto es, arriba de dicha área). Después se recortan las porciones traumatizadas de tejidos.

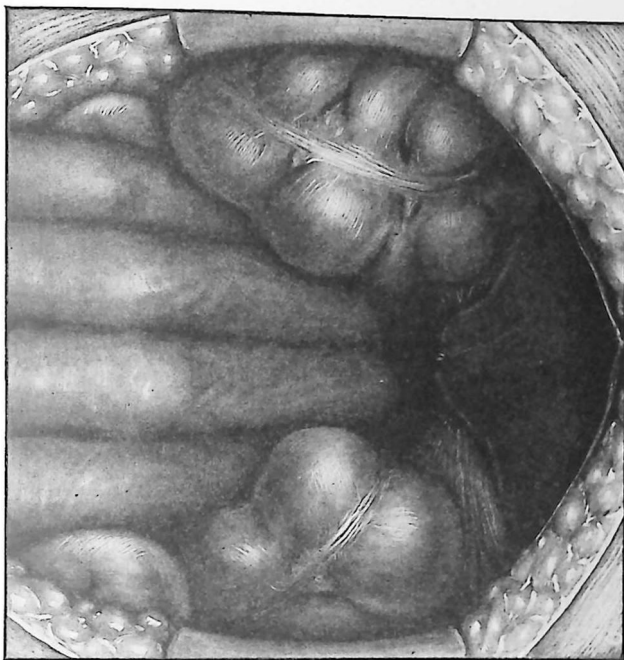


Fig. 149.—Cómo aminorar las probabilidades de que se formen adherencias: se apartan del sitio de la operación las porciones inferiores del intestino delgado, de arte que las cubran cuanto sea posible el colon sigmoideo y el ciego.

Enucleación previa de nódulos miomatosos.—Algunas veces los nódulos neoplásicos cubren los vasos sanguíneos, o de otra suerte impiden el que pueda llegarse hasta ellos. En tales casos, se puede ahorrar mucho tiempo si se hace rápidamente la enucleación y la extirpación del número necesario de nódulos miomatosos, para abrirse fácil camino a los vasos. Para ello, se hace un corte sobre el nódulo respectivo y se despega éste del tejido subyacente, por medio de la separación con instrumento sin filo, lo cual se repite con los demás nódulos, hasta dejar espacio suficiente y descubrir el área vascular. Esta enucleación de nódulos, grandes o pequeños, provoca poca hemorragia, que se cohibe fácilmente con una o

dos pinzas hemostáticas. Dicho procedimiento sencillo y útil se hace con frecuencia necesario, en especial cuando no se puede sacar de la pelvis el útero miomatoso, a causa de contener neoplasmas subperitoneales, o adherencias.

Forcipresión de los vasos de abajo arriba.—Los miomas crecen a menudo de extraña manera, tomando formas raras y desusadas relaciones anatómicas, por lo cual el cirujano ha de estar capacitado para tratar eficazmente tan desconcertantes disformidades. Ello requiere conocimientos, artefacto y discernimiento, que sólo se obtienen con la experiencia y que

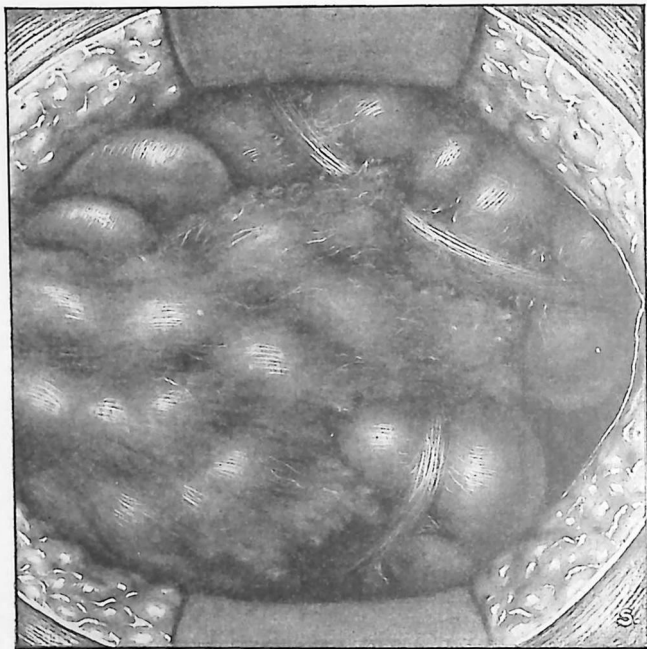


Fig. 150.—Cómo aminorar las probabilidades de que se formen adherencias: se extiende el peritoneo debajo de la incisión peritoneal, para impedir que las porciones de intestino delgado queden en contacto con la herida, ya que son las adherencias de éste las que causan mayores trastornos.

son necesarios para identificar presto los tejidos y resolver pronta y eficazmente cualquiera dificultad que se presente; ésta consiste en reconocer con la necesaria exactitud los tejidos, para determinar la situación de los principales vasos sanguíneos, comprimir éstos con las pinzas y dividirlos sin peligro alguno, a fin de poder extirpar el neoplasma. Para llegar hasta los vasos más escondidos, se requieren a veces artificios especiales y de ellos quizás el más útil y de mayor aplicación sea la enucleación previa de los nódulos neoplásicos, según queda dicho. Cuando, como sucede raras veces, no es posible, o no basta la susodicha enucleación, se logrará mejor éxito con el método consistente en efectuar la forcipresión de los vasos encubiertos de abajo arriba, en lugar de hacerlo

de arriba abajo, según propuso Kelly. Esto puede efectuarse de tres diversos modos: 1º, comprimiendo los vasos de arriba abajo en un lado, y de abajo arriba en el otro; 2º, dividiendo longitudinalmente en dos el útero miomatoso y comprimiendo los vasos de cada lado, de abajo arriba, o 3º, cortando primero transversalmente el cuello uterino, y cogiendo luego los vasos de cada lado, de abajo arriba. Claro, este procedimiento excepcional sólo se pone por obra en raras ocasiones, pero caso que sea menester facilitará en gran manera la operación.

La forcipresión de los vasos de arriba abajo en un lado, el corte transversal del cuello y la forcipresión de los vasos en el otro lado de abajo arriba, sólo es factible cuando éstos están encubiertos y fuera del alcance de las pinzas en sólo un lado, y son visibles en el otro. En tales casos, como es de suponer, se despega la vejiga antes de hacer la forcipresión profunda en la región cervical. El momento de mayor peligro en esta maniobra, es al aproximarse a la arteria uterina del lado malo, casi al terminar el corte transversal del cuello, ya que, a causa del neoplasma, es probable que dicho vaso esté situado profundamente, y si se divide en dirección transversal antes de comprimirlo con pinzas, bien pudiera suceder que el cabo proximal sangrante se retrayese tánto hacia la porción lateral de la pelvis, que fuese muy difícil el alcanzarlo con las pinzas, cuando el neoplasma estuviese aún en su sitio. Para evitar esto, debe dividirse con particular cuidado la última porción del tejido cervical, dirigiendo hacia arriba el filo del bisturí, en dirección paralela al borde del útero, en un buen trecho. Entretanto, se hará fuerte tracción hacia arriba, de la porción cortada del cuello, con la cual tracción se aparta del cuello uterino el útero amputado, se desgarrá la última porción de pared uterina y se pone al alcance de las pinzas el área vascular subyacente. Hecho esto, se cogen con pinzas y se dividen los vasos uterinos, se hace mayor tracción para levantar aún más el útero, ayudándose de la separación con instrumento sin filo, hasta que sean accesibles los vasos ováricos, los cuales se comprimen con pinzas, se dividen y se extrae el tumor.

El método consistente en la división longitudinal en dos del útero miomatoso, hasta el cuello, en dividir cada mitad del cuello, del centro hacia la periferia del órgano (lateralmente) y en comprimir los vasos de cada lado, de abajo arriba, es factible cuando los vasos de cada lado están cubiertos a causa de la dilatación general del útero ocasionada por multitud de pequeños nódulos miomatosos, o en virtud de densas adherencias. El corte con que se divide en dos el útero se hace lo más exactamente posible en la línea media, empezando en la porción anterior, o superior, según sea más conveniente. La incisión se hace de plano por entre el espesor del útero y del neoplasma, pero ha de tenerse cuidado al aproximarse a la última porción de la pared uterina posterior, y tan pronto como se abra la cavidad de dicho órgano se desinfectará con tintura de yodo, o algún otro antiséptico. Al cortar tansversalmente cada mitad del cuello, se comprimen con pinzas los vasos uterinos del lado respectivo, según queda dicho en el párrafo antecedente, después de lo cual se despe-

ga aún más cada mitad, haciendo tracción y ayudándose de la separación con instrumento sin filo, hasta llegar a los vasos ováricos, los cuales se comprimen y dividen, y se extrae la mitad respectiva del útero. La otra mitad se trata de idéntica manera.

La división previa del cuello, sucedida de la forcipresión y la división de los vasos, de abajo arriba, en cada lado, es aplicable a los casos cuando los vasos sanguíneos están cubiertos por algún gran neoplasma que llena toda la pelvis y la porción inferior del abdomen, a la vez que deja el cuello uterino de manera que sea imposible alcanzar su cara anterior. En tales casos, claro está, es muy notable el desfiguramiento de los tejidos, y ha de ponerse gran cuidado en reconocer y despegar la vejiga; además, tendrás cuenta con la posición de los uréteres, los cuales han de identificarse, si es posible por medio de la palpación, caso que estuvieren desviados, o si la zona donde ha de efectuarse la escisión llega hasta muy abajo en el cuello. Luego de despegar bien la vejiga y de terminar casi totalmente la división del cuello, quedan a la vista los vasos uterinos de cada lado, o por lo menos quedan palpables, después de hacer tracción de la porción superior del cuello cortado, de manera muy semejante a como se dijo en los dos párrafos precedentes. El resto de la operación se efectúa también de manera muy semejante, a saber, por medio de la tracción y la separación se descubren los vasos superiores, se comprimen, divídense y se extrae el conjunto de tejidos uterinos y neoplásicos. Al llegar a la porción superior de dichos tejidos, se encuentra a veces el cirujano con vasos sanguíneos anormales y adherencias enfadosas que requieren cautela. En algunas ocasiones es acertado, después de dividir transversalmente el cuello, dividir longitudinalmente en dos el útero, de abajo arriba, parcial o totalmente.

Disposiciones para la canalización por vía vaginal.—El medio más conveniente para efectuar la canalización por vía vaginal, cuando ésta es innecesaria después de la histerectomía supravaginal, es la división longitudinal posterior del muñón cervical. Luego de extirpar el útero se desinfecta el conducto uterino con fenol o tintura de yodo, se coge con pinzas erinas la pared posterior del cuello, de cada lado, y se tira de éste hacia arriba. Introdúcese entonces una hoja de las tijeras en el conducto cervical (Fig. 151) y se divide el cuello; después de lo cual se continúa el corte hasta el extremo del muñón cervical (Fig. 152) y la pared vaginal posterior, según sea necesario para dejar espacio suficiente por donde introducir el tubo de canalización; caso que hubiere hemorragia en los bordes de la herida, se cohibirá con las puntadas que sean necesarias.

Siempre que haya infección aguda es preciso efectuar la canalización con un tubo de goma; en cambio, en los estados crónicos, cuando sólo se requiere una abertura de desagüe, puede emplearse un pedazo de tela de goma enrollada (Figs. 153 y 154), que se quitará al cabo de siete días, o antes, según se crea conveniente.

Precauciones que han de tenerse respecto del cuello uterino.—El asunto de la conservación del cuello uterino ha dado lugar a muchas

discusiones. Nosotros preferimos dejar dicha porción uterina, a no ser que haya razones especiales para extirparla, ya que con lo primero se simplifica la operación y se reducen los peligros, además de que disminuye el grado de traumatismo que se inflija a la vejiga y los uréteres, y aseguran la conservación del suelo pélvico y la bóveda vaginal de manera más semejante a los normales. Por otra parte, no cabe la menor duda

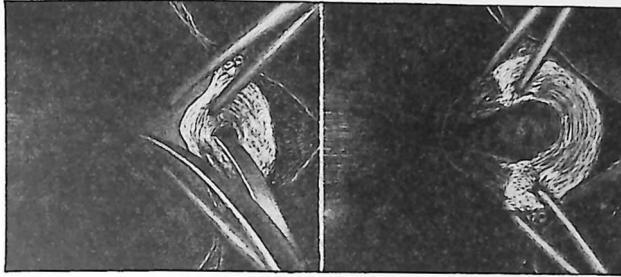


Fig. 151

Fig. 152

Fig. 151.—Canalización hacia la vagina después de la histerectomía supravaginal; cuando es preciso hacer el desagüe, se divide la pared cervical posterior. Adviértase cómo se agarró con pinzas erinas cada lado del cuello; las tijeras están a punto de dividir la pared posterior, con una hoja en el conducto cervical y la otra sobre la superficie peritoneal del cuello.

Fig. 152.—Después de dividir y apartar los labios del cuello; se dividió también la pared vaginal contigua lo bastante para darle cabida al tubo de desagüe.

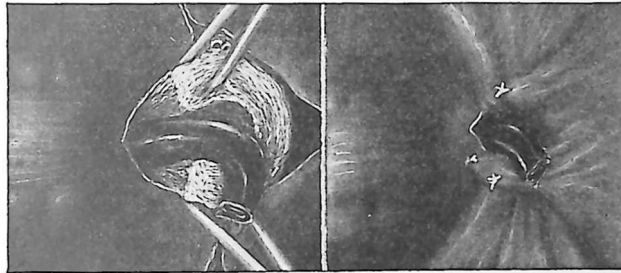


Fig. 153

Fig. 154

Fig. 153.—Después de colocar el tubo de desagüe, para lo cual los autores suelen valerse de un pedazo de tela de goma enrollado, según se aconseja para la histerectomía total; cuando hay inflamación aguda es preferible un tubo de goma.

Fig. 154.—Se cerró ya la porción anterior del peritoneo alrededor del tubo de desagüe, el cual llega hasta la cavidad peritoneal.

respecto de las conveniencias técnicas y en lo tocante a la función que acarrea el dejar el cuello uterino.

La circunstancia pertinaz e indomeñable que se presenta como fantasma amenazador y que demanda el estudio minucioso del asunto, se cifra en que multitud de pacientes tratadas por medio de la histerectomía supravaginal, han fallecido subsecuentemente de neoplasia maligna del cuello. Muy fácil es decir: "por tan poderosa razón debemos extirpar siempre la porción cervical", lo que daría fácil solución a tan intrincado problema, en lo que respecta al cirujano, mas no en lo que concierne

a la paciente, tocante a las consecuencias, ya que con ello se ejecutaría una operación más complicada tan sólo por lograr cierta seguridad que, estamos convencidos de ello, se puede obtener por otros medios mucho menos peligrosos, aunque un tanto más molestos.

No es este el lugar adecuado para entrar en largas consideraciones sobre el asunto, de manera que pasaremos a tratar de las precauciones que han de tenerse al suprimir el cuello uterino en estado morbosos, o la manera de tratarlo, cuando se deje. Dichas precauciones incluyen el estudio crítico del cuello uterino antes, durante y después de la operación, conviene a saber:

ANTES DE LA OPERACIÓN

1º Hágase el examen minucioso, con el fin de excluir del diagnóstico la neoplasia maligna del cuello, o del cuerpo uterino, y caso que hubiere alguna sospecha, efectúese la biopsia y el examen microscópico. Si se hallare algún estado maligno, claro está, se efectuará la histerectomía total y la extirpación de una gran parte del parametrio.

2º Averígüese si el cuello uterino está muy desgarrado, o hay en él irritación crónica de cualquier origen, y si la hubiere, ejecútase la histerectomía total, o supravaginal, así como la escisión cónica del cuello por vía vaginal.

3º Si por acaso hubiese habido infección reciente en la cavidad uterina, o tejidos contiguos, y fuere menester, dadas las circunstancias, efectuar inmediatamente la operación, prefíerese la histerectomía total.

4º En algunos casos es preciso ejecutar la histerectomía total, a causa de la situación del neoplasma.

En todas las demás enfermas que requieran la extirpación del útero, es de preferir la histerectomía supravaginal.

DURANTE LA OPERACIÓN

5º Inmediatamente después de extirpar el neoplasma hágase que algún ayudante idóneo lo abra y efectúe rápidamente el examen del neoplasma y del útero, y si hubiere indicios de malignidad, extírpese el cuello uterino.

DESPUÉS DE LA OPERACIÓN

6º Luego de efectuar la operación, envíense todos los tejidos extirpados para su examen microscópico, el cual ha de ser lo bastante minucioso para determinar con certeza si hay invasión maligna y caso que la hubiere, extírpese presto el muñón cervical, por vía vaginal, o aplíquese la radiumterapia.

Con estas prevenciones la histerectomía supravaginal se ciñe a los estados morbosos en que el cuello uterino es casi normal y hay tan pocas probabilidades de que se presente la neoplasia maligna que no contraindican la conveniencia de dejar el cuello.

Por otra parte, la escisión cónica del cuello uterino por medio de la corriente endotérmica suministra un método de fácil ejecución para extirpar una pequeña área del tejido cervical luego de terminada la operación quirúrgica en el abdomen. Hermanando de esta manera la histerectomía supravaginal con la escisión cónica moderada se cumplen los necesarios requisitos en multitud de enfermas a quienes en épocas pasadas se hacía la histerectomía total, que acarrea notables trastornos en las relaciones cistouréterocervicales.

Histerectomía total (por vía abdominal)

Cuando se extirpa el cuello uterino, se denomina la operación histerectomía total. La desinfección preoperatoria de la bóveda vaginal y el cuello se hace lo mismo que antes de ejecutar cualquiera otra variedad de histerectomía, ya que al abrir el abdomen con el fin de hacer la histerectomía supravaginal, bien pudiera hacerse necesaria la extirpación del muñón cervical. En circunstancias ordinarias, cuando no hay flujo uterino infeccioso, se aplica tan sólo a la bóveda vaginal, antes de comenzar la operación, el antiséptico que se prefiera, según se dirá en el capítulo XXII; mas si hubiere flujo uterino, bien será desinfectar la cavidad del útero y taponarla con gasa humedecida con solución yodada, después de lo cual se cerrará el orificio uterino externo por medio de puntadas en el cuello.

La primera parte de la operación se lleva a efecto de igual manera que la histerectomía supravaginal (Figs. 127 a 129), y después se ejecutan los tiempos especiales que requiere la histerectomía total, a saber:

Otros tiempos ordinarios de la histerectomía total:

- 1º Rechazamiento hacia abajo de la vejiga, hasta el cuello.
- 2º Identificación de los uréteres en cada lado.
- 3º Forcipsión y corte de los tejidos al lado del cuello.
- 4º Ligadura de los tejidos comprimidos por las pinzas.
- 5º Abertura de la vagina.
- 6º Escisión del cuello.
- 7º Tratamiento de la bóveda vaginal.

Variaciones en la técnica:

- Enucleación de nódulos miomatosos que llegan hasta el ligamento ancho.
- Despegamiento de adherencias cervicales posteriores.
- Enucleación posterior del cuello, dejando el peritoneo.
- Escisión de la membrana mucosa cervical, dejando todo el anillo cervical.

Tiempos ordinarios.—Los tiempos ordinarios que sirven de suplemento al efectuar la histerectomía total, atañen principalmente a la protección de la vejiga y los uréteres mientras se divide y se liga el tejido donde descansan normalmente.

1º *Despegamiento de la vejiga hasta el cuello.*—Cuando se va a ejecutar la histerectomía total, se despega la vejiga más hacia abajo que cuando se hace la operación supravaginal, primero en la línea media y luego en las porciones laterales.

2º *Identificación del uréter en cada lado.*—Al efectuar el despegamiento lateral de la vejiga, se ve en cada lado un abultamiento cilíndrico que contiene el uréter, y que se identifica por su situación y las relaciones que guarda con el ligamento ancho y la base de la vejiga (Fig. 155), así como por la circunstancia de que contiene un cordón firme. Mientras el cirujano no haga con certeza esta identificación, no podrá tener la seguridad de que el uréter está fuera de peligro.

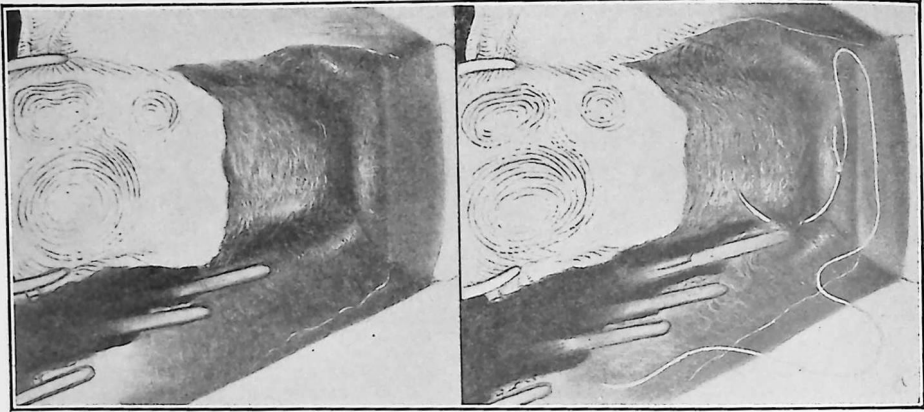


Fig. 155

Fig. 156

Fig. 155.—Histerectomía total. Extensión, forcipresión con pinzas y división del ligamento ancho tan abajo como es posible, al lado del cuello uterino, antes de ligar en ese lado, según se ve en la Fig. 156; pero antes es preciso identificar la vejiga y el uréter y apartarlos convenientemente.

Fig. 156.—Se comienza la ligadura en el lado dividido, y para desembarazar de pinzas el área de la operación conviene ligar el primer lado tan pronto como se divide, a fin de quitar las pinzas antes de empezar en el otro.

3º *Forcipresión y corte de tejidos al lado del cuello.*—Luego de reconocer la vejiga y los uréteres, y de ponerlos en cobro, se continúa hacia abajo la forcipresión y el corte del tejido vascular al lado del útero, hasta donde sea conveniente para efectuar la ligadura (Fig. 156).

4º *Ligadura de los tejidos comprimidos por las pinzas.*—Principiase entonces la sutura-ligadura de los "pedículos" (Fig. 156), que se continúa hacia arriba en el lado correspondiente, según dijimos al describir la histerectomía supravaginal (Figs. 134 y 137); a continuación se divide igualmente el otro ligamento ancho, previa forcipresión de él, y se liga. Hecho esto, el campo operatorio queda desembarazado de pinzas y dispuesto para la extirpación del cuello.

Empújense entonces hacia abajo y sobre la vagina los tejidos vesicales, y se separan aún más los tejidos que cubren los uréteres, con el fin

de tener mayor espacio donde hacer con seguridad las últimas puntadas en los tejidos vasculares comprimidos, al lado del cuello. Para cerciorarse de si se han separado bastante el cuello y la bóveda vaginal, se palpa el primero (Figs. 157 y 158), y a continuación se ponen una o

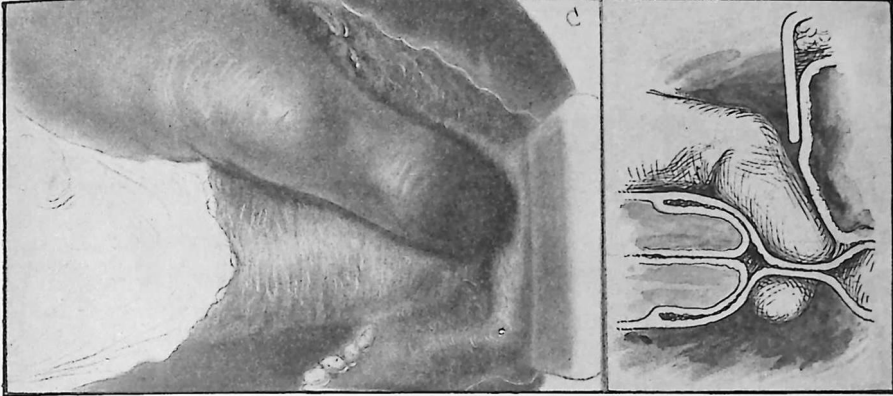


Fig. 157

Fig. 158

Figs. 157 y 158.—Cómo cerciorarse de que la vejiga queda bastante hacia abajo, antes de cortar el cuello.

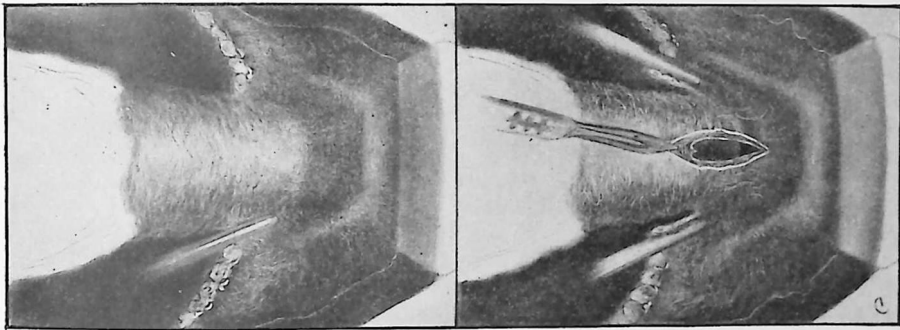


Fig. 159

Fig. 160

Fig. 159.—Se ponen otras pinzas según va siendo necesario para cohibir la hemorragia en el tejido vascular de las porciones laterales del cuello; el número de pinzas depende del sitio hasta donde haya llegado la antecedente sutura-ligadura, pero por lo común bastan una o dos en cada lado.

Fig. 160.—Abertura de la bóveda vaginal: se hace primero una incisioncita longitudinal, con el fin de hallar con certeza el repliegue de la pared vaginal sobre el cuello.

dos pinzas más, según sea necesario, en cada lado, y se dividen los tejidos comprimidos, hasta donde se suponga está la unión vaginocervical (Figs. 159 y 160).

5º *Abertura de la vagina.*—Con un cortecito longitudinal se abre la vagina, con el propósito de averiguar la situación de la zona vaginocervical (Fig. 160), e inmediatamente se cogen con pinzas los bordes de la incisión (Fig. 161), introdúcese por la herida un pedazo de gasa impreg-

nada de alcohol, con el que se limpia la bóveda vaginal, y después se empuja hacia la vagina, donde se deja para extraerlo después por abajo.

6º *Escisión del cuello*.—La escisión del cuello se efectúa por medio de un corte que se hace alrededor y muy cerca de él (Figs. 162 a 164), con el fin de conservar todo el tejido vaginal y evitar el subsecuente acortamiento de la vagina.

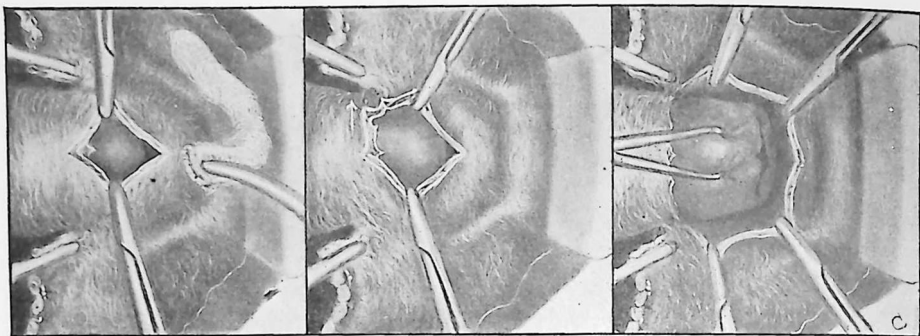


Fig. 161

Fig. 162

Fig. 163

Fig. 161.—Tan pronto como se abre la vagina se introduce un pedazo de gasa impregnada con alguna solución antiséptica y se limpia bien el fórnix o bóveda vaginal, después de lo cual se empuja hacia la vagina, para quitarlo después por abajo.

Figs. 162 y 163.—Escisión del cuello por medio del corte circular en la unión cervico-vaginal: se aparta la pared vaginal y se hace el corte sobre el cuello, con el fin de conservar toda la pared de la vagina y evitar que se acorte ésta.

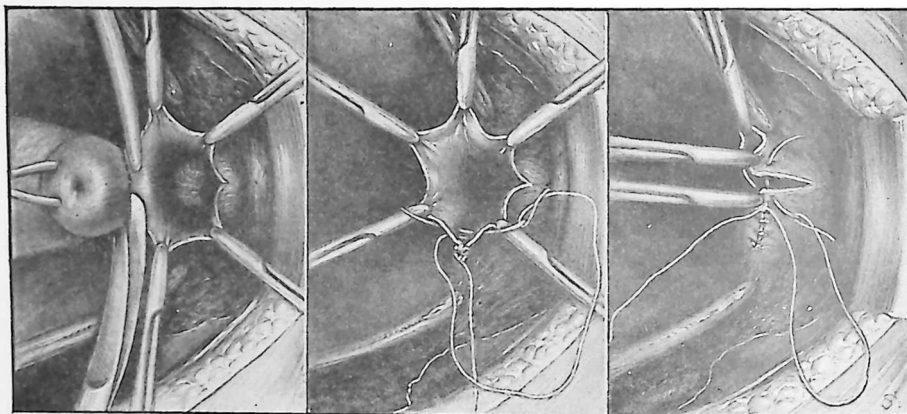


Fig. 164

Fig. 165

Fig. 166

Fig. 164.—Se termina la escisión del cuello; como es de suponer, ha de cerciorarse el cirujano de que no está adherido el recto a la porción anterior de la excavación rectouterina, y que no hay ninguna asa intestinal que se pueda lesionar al hacer este corte posterior.

Figs. 165 y 166.—Sutura de la bóveda vaginal: conviene cerrar en dirección longitudinal la porción longitudinal de la incisión, para evitar el acortamiento de la vagina.

7º *Tratamiento de la bóveda vaginal*.—Ésta se cierra presto con suturas, dejando un rollo de tela de goma (Figs. 165 a 169), y para ello se sutura longitudinalmente la porción longitudinal de la incisión (Fig.

166), lo cual es una prevención más para conservar la total longitud de la vagina. En terminando la sutura, se ligan los tejidos comprimidos por las pinzas que se pusieron últimamente en cada lado (Fig. 169), y se suturan estos cabos, o "pedículos", a la bóveda vaginal cerrada.

Los tiempos subsiguientes son casi iguales a los que describimos al hablar de la histerectomía supravaginal, conviene a saber: se dan las puntadas necesarias para suturar los "pedículos" laterales ligados a la porción superior de la bóveda vaginal suturada (Figs. 170 a 172), acórtanse los ligamentos redondos y se fija sobre todo esto el peritoneo vesical.

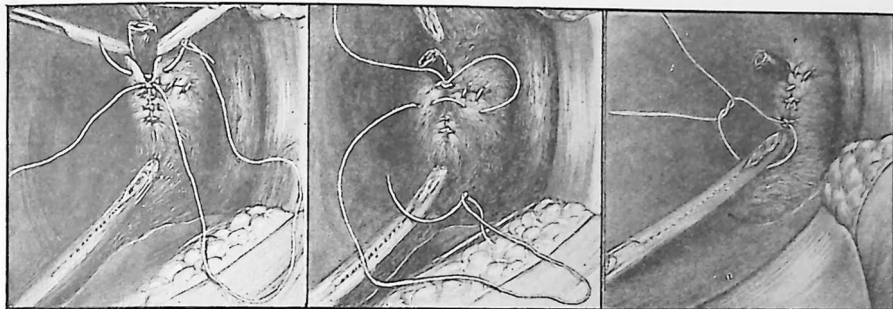


Fig. 167

Fig. 168

Fig. 169

Fig. 167.—Se cose la pared vaginal apretadamente alrededor del pequeño tubo para desagüe formado con un pedazo de tela de goma enrollado, de manera que no se resbale.

Fig. 168.—Unión del tejido conjuntivo para hacer más firme la cicatrización.

Fig. 169.—Ligadura de los pedículos sobre las pinzas que se pusieron a los lados.

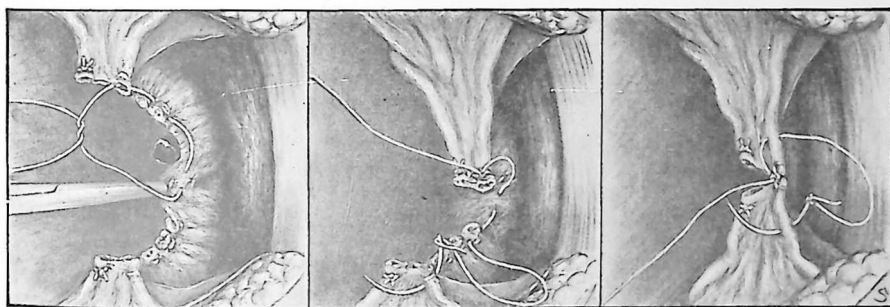


Fig. 170

Fig. 171

Fig. 172

Figs. 170, 171 y 172.—Manera de llevar los pedículos del ligamento ancho hacia la bóveda vaginal y suprimir la flojedad de los ligamentos redondos.

Variaciones en la técnica.—Estas variaciones son necesarias a causa de las diferentes circunstancias con que se encuentra el cirujano en las diversas operaciones. Las más dignas de nota son:

Enucleación de nódulos miomatosos que llegan hasta el ligamento ancho.—De cuando en cuando hay nódulos en el cuerpo o el cuello uterino que crecen de manera hasta los ligamentos anchos, que requieren particular diligencia al ser extirpados; de ellos los más dificultosos son los que al-

canzan hasta la región de los vasos uterinos y el uréter, ya que su irrigación acarrea el peligro de desgarrar transversalmente algunos vasos sanguíneos y provocar copiosa hemorragia, lo cual habría menester la forcipresión y la ligadura en muy difíciles circunstancias. Sin embargo de lo dicho, no ha de ser esto razón para que el cirujano, al poner toda su atención en la hemostasis, deje sin identificar el uréter, lo cual es de todo punto necesario cuando se hace la forcipresión y la ligadura en esa región. De cuando en cuando, algún nódulo neoplásico crece debajo del uréter, lo levanta de su sitio normal y lo aplana hasta el grado de que sea imposible o difícil el reconocerlo. Otras veces el uréter queda cogido en alguna hendidura de un neoplasma creciente y desviado de su posición normal, lo que da ocasión a que al ejecutar el acto quirúrgico se le confunda con cualquiera porción del pedículo vascular del nódulo neoplásico.

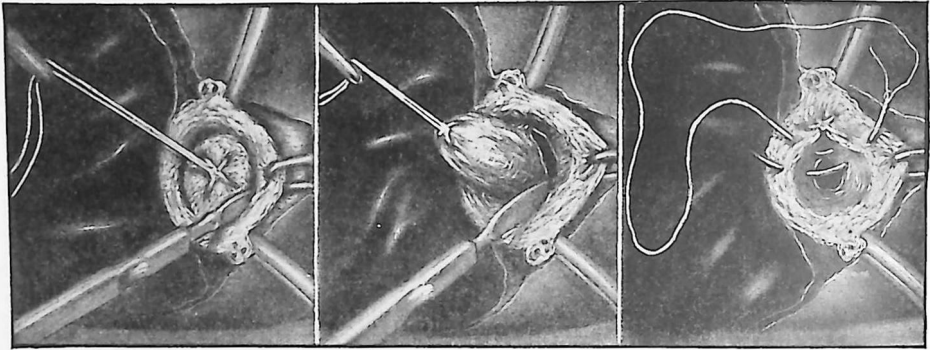


Fig. 173

Fig. 174

Fig. 175

Fig. 173.—Escisión de la membrana mucosa cervical: se pone una fuerte puntada de tracción que cierre el cabo del conducto cervical, y se dividen los tejidos alrededor de él por medio de un corte circular.

Fig. 174.—Haciendo tracción se extrae la porción central del cuello al paso que se van dividiendo los tejidos, hasta sacar por entero la sobredicha porción central.

Fig. 175.—Después de extirpar la parte central del cuello se puede cerrar la herida por medio de la sutura, según se ve en el grabado, o, si se prefiere, poner un tubo de desagüe.

En tales circunstancias, el único método que ofrece seguridad es examinar minuciosamente, por medio del tacto y de la vista, cualquier fragmento de tejido y cerciorarse de que no contiene el uréter, antes de comprimirlo o ligarlo; y si por acaso fuere tan grueso dicho tejido que no pudiese adquirirse la convicción de que no contiene el uréter aplanado, se le seguirá hacia arriba o hacia abajo, o bien en ambas direcciones, hasta salir de la duda.

Despegamiento de adherencias cervicales posteriores.—Muchas veces hay adherencias en la excavación rectouterina, que fijan los anexos o el recto por entre dicha excavación con el cuello o la bóveda vaginal. Por lo común son fáciles de despegar hasta el fondo de la sobredicha excavación, dejando libres el cuello y la bóveda vaginal. Con todo, importa pensar en la posibilidad de que haya adherencias y cerciorarse de que están libres

de ellas las superficies peritoneales del cuello y la bóveda vaginal, antes de empezar la histerectomía.

Enucleación posterior del cuello dejando libre el peritoneo.—En ciertas ocasiones hay adherencias en la excavación rectouterina, tan resistentes que no es posible despegarlas con seguridad rompiéndolas de la manera acostumbrada; esto sucede particularmente en la endometriosis, cuando densas adherencias diseminadas fusionan las capas anterior y posterior de la antedicha excavación, de suerte que no pueden ser separadas sin peligro. Cuando en tales casos sea necesario extirpar el cuello, debe hacerse su enucleación posterior, dejando el peritoneo adherente en las porciones central y laterales. Esta maniobra se ilustra muy bien con láminas en el artículo de Richardson arriba citado, en el cual se describe como uno de los tiempos ordinarios de la técnica, si bien no lo creemos necesario, a no ser en especiales circunstancias.

Escisión de la membrana mucosa cervical, dejando el anillo que estaba alrededor del cuello.—En casos excepcionales sucede que el cuello está tan adherido en su porción anterior o posterior, o bien en toda su circunferencia, que al intentar su despegamiento se pondrían en peligro la vejiga y el recto, que se hallan sumamente adheridos. Esto puede suceder en la porción anterior, cuando se ha ejecutado alguna operación plástica complicada debajo de la vejiga, a consecuencia de la cual el tejido cicatrizal causó la adherencia de dicho órgano muy arriba con el cuello uterino. En la porción posterior se halla dicho estado principalmente cuando la endometriosis invade la cara posterior del útero y la excavación rectouterina, de resultas de lo cual están tan fusionados el cuello y los tejidos situados detrás de él, que se pierde toda línea de demarcación. El autor *senior* se ha visto obligado en algunos de tales casos a dejar el cuello, ya que aun la enucleación posterior de él habría sido peligrosa para el recto. En estas circunstancias, luego de amputar el cuerpo uterino tan abajo como sea posible, puede hacerse la escisión de la membrana mucosa cervical, según se muestra en las figuras 173 a 175, con tal que dicha membrana esté tan dañada que requiera su extirpación.

Se ha propuesto la escisión de la membrana mucosa y de la porción central del cuello por medio de este método, en vez de extirpar todo el cuello en las histerectomías ordinarias. Teóricamente parece ser este un método excelente, pero en la práctica resultó más dificultoso que la escisión total del cuello, tal como se hace en la histerectomía total.

Escisión cónica del cuello por vía vaginal.—El descubrimiento de la escisión cónica con la corriente endotérmica para el tratamiento de la cervicitis, hizo posible el suprimir la irritación crónica en el cuello uterino firmemente adherido, sin peligro de traumatizar el recto. Luego de efectuar la histerectomía supravaginal y abrir el útero para cerciorarse de que no hay neoplasia maligna (Fig. 136), se deja en su sitio el cuello, y terminada la operación abdominal, se dispone a la paciente para la operación vaginal y se extirpa el área inflamada del cuello por medio de la escisión cónica (Figs. 393 a 396).

Miomectomía (por vía abdominal)

La miomectomía es la extirpación de sólo el neoplasma, sin extirpar el útero. Su técnica es sencilla y consiste en lo siguiente: divídese el tejido suprayacente (Fig. 176) y se hace la enucleación del neoplasma valiéndose de la separación con instrumento sin filo (Figs. 177 y 178). Hecho esto, se hace la forcipresión de los vasos sangrantes en la cavidad, se ligan y se cohibe la hemorragia capilar con puntadas enterradas que

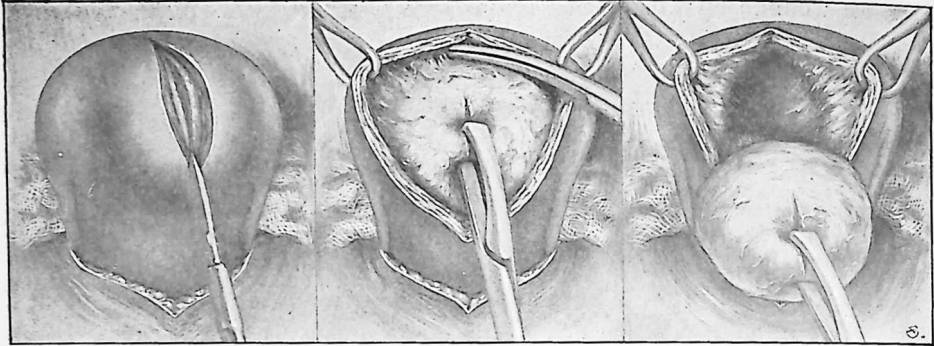


Fig. 176

Fig. 177

Fig. 178

Fig. 176.—Miomectomía abdominal: incisión de la pared uterina situada sobre el neoplasma.

Fig. 177.—Enucleación del neoplasma.

Fig. 178.—Después de la enucleación queda casi totalmente extirpado el neoplasma.

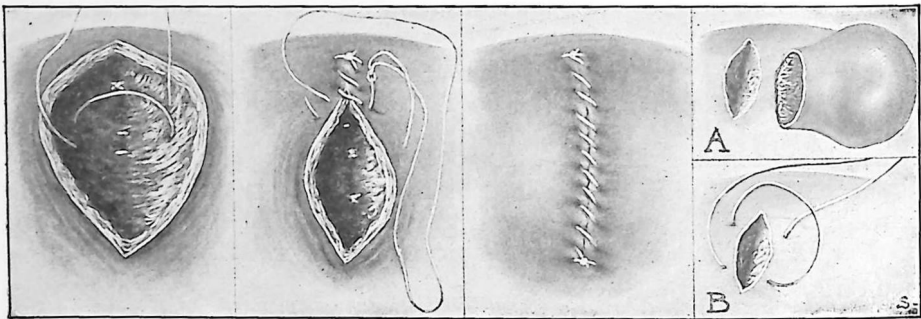


Fig. 179

Fig. 180

Fig. 181

Fig. 182

Fig. 179.—Sutura profunda para cohibir la hemorragia capilar y cerrar la porción profunda de la cavidad.

Fig. 180.—Sutura de la porción superficial de la cavidad.

Fig. 181.—La sutura ya terminada. Es necesario hacer la coaptación exacta de la membrana serosa, para lo cual si es necesario se hace otra hilera de puntadas.

Fig. 182.—A y B. Escisión de un mioma pediculado.

unen las paredes (Figs. 179 y 180). Ha de tenerse especial cuidado de contener todo el rezumamiento sanguíneo y de que las puntadas enterradas no constriñan tanto los tejidos que ocasionen la mortificación de ellos al presentarse la reacción inflamatoria subsecuente. Por estas dos razones (la hemorragia capilar y el peligro de necrosis por presión) suele ser más peligrosa la miomectomía que la hysterectomía supravaginal. Lue-

go de suturar la porción profunda de la herida, se cierra la porción superficial con una o dos hileras de puntadas, la última de las cuales ha de unir muy bien el peritoneo (Fig. 181).

La operación arriba descrita es la miomectomía característica cuando el estado morboso es de moderada intensidad, pero, como es de suponer, a menudo es preciso variar en gran manera la técnica. Por ejemplo, cuando el mioma que ha de extirparse es pediculado, su extirpación es mucho más sencilla (Fig. 182); en cambio, si el tumor está situado muy profundamente, para extirparlo es a veces menester abrir la cavidad uterina, y esto

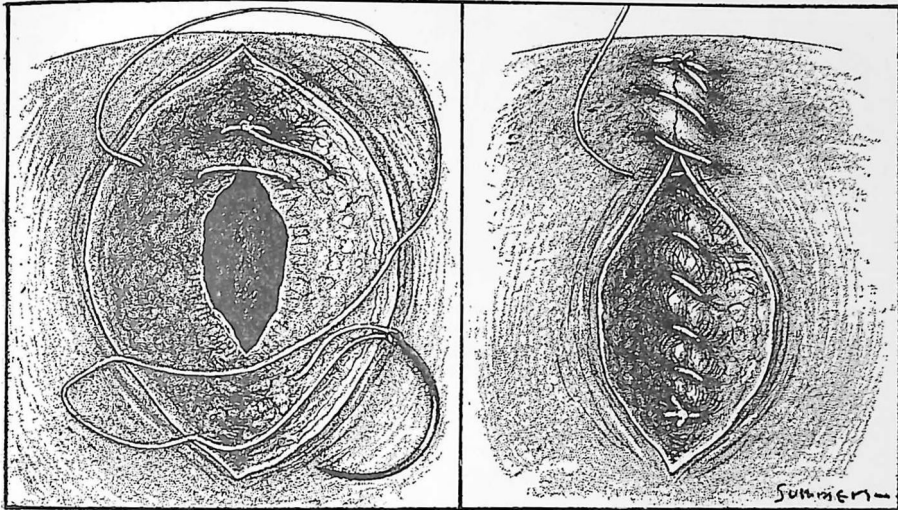


Fig. 183

Fig. 184

Fig. 183.—Miomectomía cuando es tan profundo el neoplasma que es necesario abrir la cavidad uterina. Nótese la manera de hacer la sutura para cerrar dicha cavidad; se pueden hacer puntos separados o continuos.

Fig. 184.—Después de cerrar las porciones profundas de la herida, se sutura la porción superficial.

acrecienta los peligros de la infección. La abertura de dicha cavidad (la cual se desinfecta, o se deja sin desinfectar, según prefiera el cirujano) se cierra con puntadas que se pasan cerca de la membrana mucosa, pero sin atravesarla de parte a parte (Fig. 183), y después se sutura de la manera acostumbrada el resto de la herida (Fig. 184).

Resección del cuerpo uterino (por vía abdominal)

En ocasiones, cuando no es factible la miomectomía, los nódulos miomatosos están dispuestos de suerte que pueda extirparse la porción dañada del útero y dejar el resto del órgano. Esto, claro, es mucho más arriesgado que la histerectomía, pero en circunstancias muy especiales bien vale el correr algún riesgo más con tal de conservar el útero. Hay dos maneras de efectuar la resección, o amputación parcial, como algunas veces se designa, cuya selección depende del sitio que ocupe el conglomerado de nódulos miomatosos.

Resección cuneiforme.—Cuando los neoplasmas están situados principalmente en la porción central del fondo y del cuerpo uterino, puede extirparse esa área haciendo la resección en forma de cuña (Fig. 185).

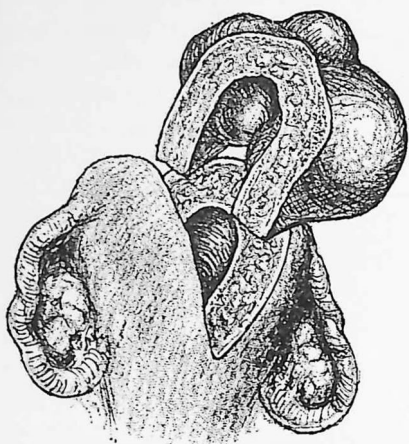


Fig. 185

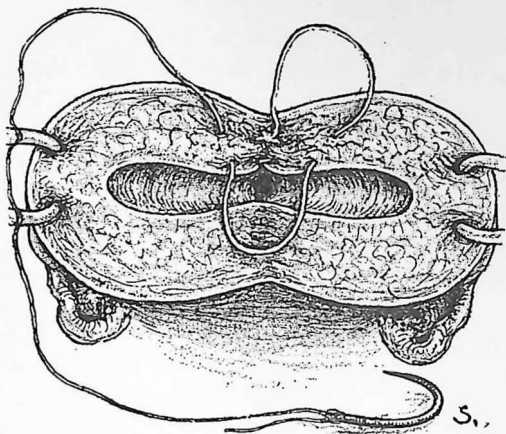


Fig. 186

Fig. 185.—Resección del cuerpo uterino; el grabado muestra la escisión en forma de cuña que en algunas ocasiones se puede hacer para extirpar el área miomatosa.

Fig. 186.—Primer tiempo de la sutura de la herida; estas puntadas, continuas o separadas, según se prefiera, se hacen en todo el derredor del endometrio que queda a la vista, hasta cerrar la cavidad.

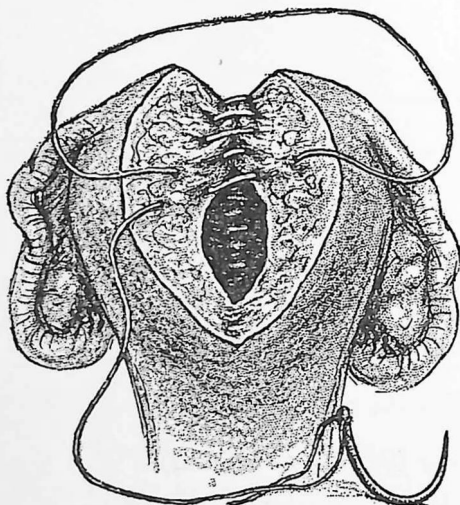


Fig. 187

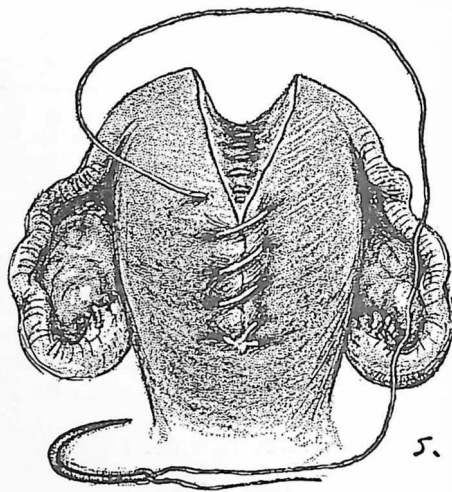


Fig. 188

Fig. 187.—Casi terminado el cierre de la cavidad.

Fig. 188.—Después de cerrar la cavidad se hace la sutura de las porciones superficiales de la herida.

Si la zona de la escisión llega hasta cerca del borde uterino, aplicando en cada lado unas pinzas cuyas ramas estén cubiertas con tubos de goma, se cohibirá temporalmente la hemorragia. Las pinzas no han de apre-

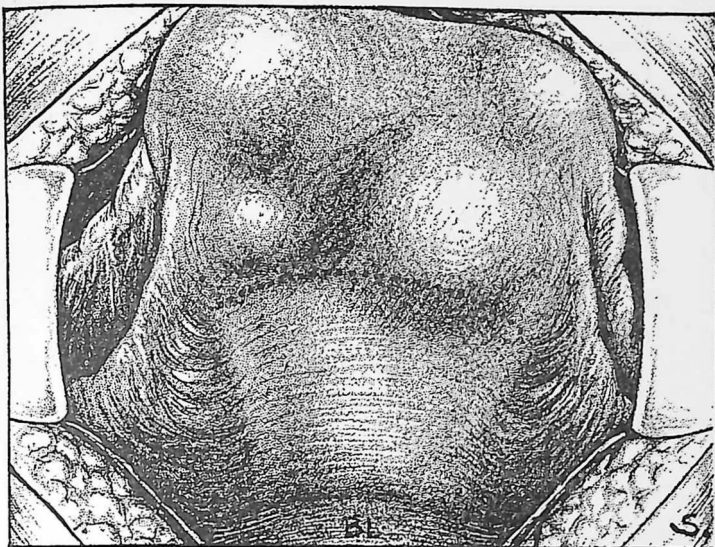


Fig. 189.—Resección horizontal del cuerpo uterino que se puede hacer en algunas ocasiones, cuando los nódulos miomatosos están circunscritos en la porción superior de la matriz; la línea punteada indica la incisión inferior. Cuando se conserva parte del cuerpo uterino puede continuar menstruando la paciente.

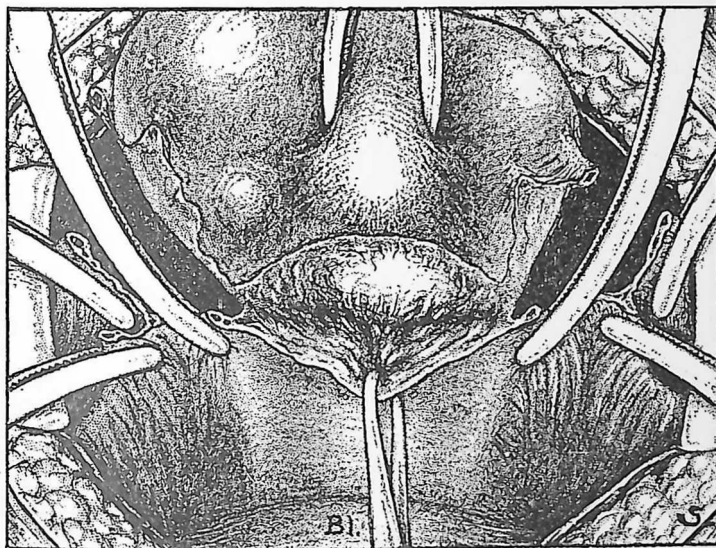


Fig. 190.—Después de comprimir con pinzas y dividir todos los vasos arriba de la línea de escisión, se extirpó ya parcialmente la porción superior del útero.

tarse mucho, a fin de no traumatizar los tejidos laterales y se quitarán tan pronto como se terminen las incisiones y se suturen lo bastante las heridas para cohibir la hemorragia. Si se prefiere, pueden ocluirse los va-

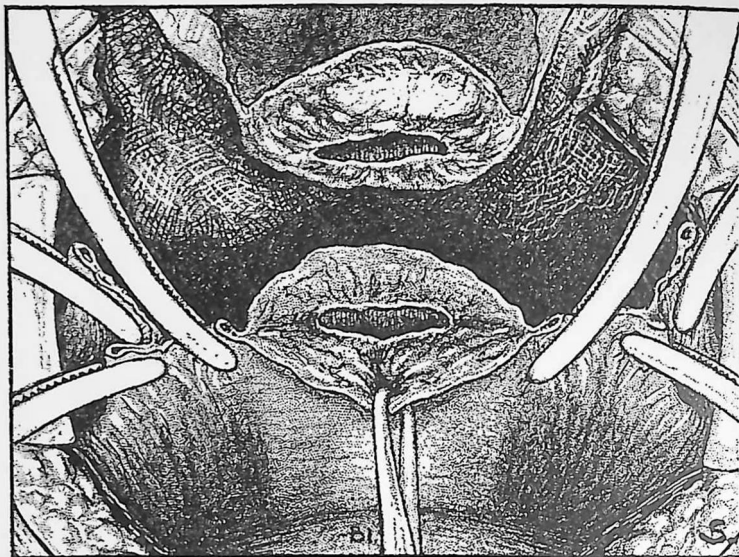


Fig. 191.—Escisión ya terminada.

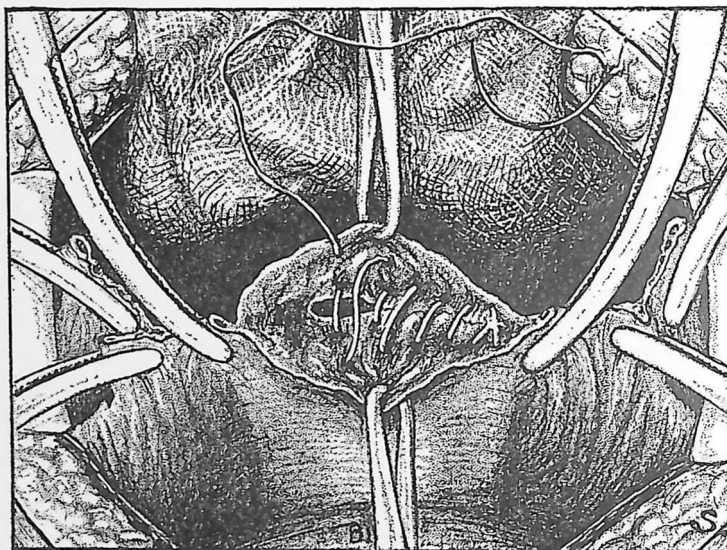


Fig. 192.—Cierre de la cavidad uterina.

sos haciendo un ayudante presión digital. La simple tracción hecha con pinzas aplicadas a los bordes de la herida es muy eficaz para efectuar la hemostasis. Huelga el decir que algunas veces se aumenta en gran

manera la irrigación sanguínea, a causa de los grandes neoplasmas, lo que ha de tenerse presente al poner por obra cualquier método hemostático.

Luego de extirpar la porción cuneiforme, se juntan muy bien los bordes del corte con que se abrió la cavidad uterina, haciendo puntadas que abarquen una buena porción de la pared muscular y pasen cerca de la membrana mucosa, pero sin perforarla (Figs. 186 y 187). Hecho esto, se cierra la porción sobrante de la pared con una o dos hileras de puntadas, que unan firmemente las paredes musculares y los bordes peritoneales (Fig. 188). Es necesario que sea muy exacta la unión de las superficies peritoneales, y que todos los bordes sean vueltos hacia dentro y queden bien cubiertos, aun cuando para ello fuere menester otra sutura especial.

Resección horizontal.—Cuando el neoplasma ocupa todo el tercio o la mitad superior del cuerpo uterino, puede hacerse la escisión horizontal de dicha porción siguiendo la línea punteada de la figura 189, de manera

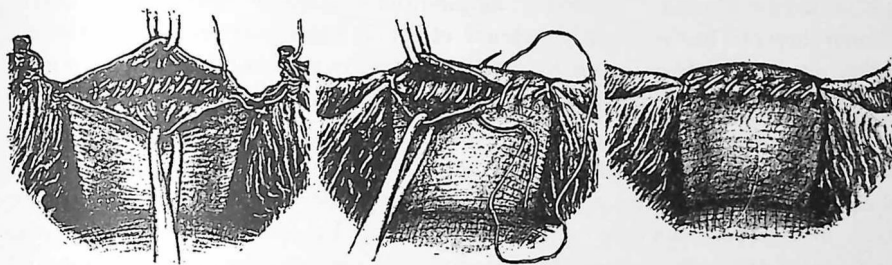


Fig. 193

Fig. 194

Fig. 195

Figs. 193, 194 y 195.—Diversos tiempos para llevar hacia abajo los cabos y terminar la sutura de la incisión.

semejante a como se ejecuta la histerectomía supravaginal, sino que en lugar de comprimir los vasos hasta el cuello y en ese sitio cortar transversalmente el órgano, se hace la forcipresión vascular únicamente hasta la zona donde ha de efectuarse la escisión, y se corta entonces transversalmente el útero. Se comprimen con pinzas y se dividen los vasos ováricos, los ligamentos redondos y los vasos uterinos, y se hace un corte transversal en la pared uterina anterior (Fig. 190). Terminase entonces la amputación, y se extirpa la porción superior del útero junto con el neoplasma que contiene (Fig. 191), después de lo cual se cierra la cavidad uterina (previa desinfección especial, o sin ella, según se prefiera), por medio de una sutura que pase cerca de la membrana mucosa, pero sin atravesarla (Fig. 192). Líganse a continuación los cabos de los anexos comprimidos por las pinzas, los cuales se meten en la herida uterina (Fig. 193), y se suturan sobre ellos los bordes de la pared del útero (Figs. 194 y 195). Es preciso unir muy bien las superficies peritoneales y cubrir todos los bordes cruentos.

Histerectomía vaginal

Por lo común ha de preferirse la histerectomía vaginal a la operación abdominal, cuando el útero miomatoso sea aún lo bastante pequeño para pasar por entre la colpotomía, siempre que no haya complicaciones en los tejidos superiores que requieran la celiotomía. Al hablar de la "Selección del método quirúrgico", trataremos de la clasificación de las pacientes en lo que respecta a la operación vaginal.

Aquí vamos a estudiar la técnica de la histerectomía vaginal según los tiempos que se especificarán abajo. Los cuatro primeros tiempos son idénticos en todos los métodos. Luego de despegar muy bien del útero, la vejiga y el recto, y cuando queda el primero sostenido tan sólo por los ligamentos anchos, hay tres maneras de efectuar la hemostasis de estos "pedículos" vasculares y de extirpar el útero: 1º, por medio de la ligadura previa; 2º, haciendo primero la forcipresión con pinzas y luego la ligadura, o 3º, efectuando la forcipresión permanente. Sea cual fuere el método que se emplee, se puede llevar a efecto progresivamente de abajo arriba, hasta dividir los ligamentos anchos y extirpar el útero, o bien llevarse hacia abajo y extraer el fondo uterino en cualquier tiempo de la operación, después de lo cual se ligará, o se comprimirá con pinzas de arriba abajo la porción sobrante de cada ligamento ancho.

Estas variaciones en la técnica cuadran a veces muy bien al tratamiento de los diversos estados morbosos, además de que el cirujano tiene donde elegir. El método más usual es el de **hacer primero la ligadura** en todo el tiempo quirúrgico correspondiente, y los otros dos métodos sólo convienen en ciertos casos. Por ejemplo, el procedimiento consistente en efectuar *primero la forcipresión* con pinzas y hacer luego la ligadura, es ventajoso en la histerectomía vaginal, cuando hay prolapso señalado y los ligamentos anchos están muy laxos y adelgazados, pues entonces, al aplicar primero las pinzas a los ligamentos anchos alargados, se facilitan las subsecuentes manipulaciones necesarias para hacer las suturas especiales y reconstruir el cincho pélvico. Con ayuda de las pinzas se vuelven hacia fuera los bordes de los "pedículos" y se unen las superficies planas (Figs. 599 y 600), con lo cual se logra la unión más firme y se acortan a la vez los ligamentos, lo que es de particular importancia cuando hay prolapso. Puesto que dicho método sólo es aplicable cuando los ligamentos están sumamente alargados, como sucede en el prolapso, trataremos de él pormenorizadamente en el capítulo IX, al hablar del tratamiento del prolapso por medio de la histerectomía vaginal. La **forcipresión permanente** es útil en los casos excepcionales en que los "pedículos" son tan cortos y fijos, que no es posible llegar hasta ellos para ligarlos, o bien cuando el estado general de la paciente demanda la rápida terminación del acto quirúrgico. Este último método lo estudiaremos luego de hablar de la operación ordinaria en que se hace primero la ligadura, al describir las variaciones de la técnica.

Estudiaremos a continuación los pormenores de la histerectomía vaginal para el tratamiento de miomas, o de estados inflamatorios, en el siguiente orden:

Tiempos ordinarios:

- 1º Desinfección y sutura de la cavidad uterina.
- 2º Despegamiento de la vejiga, del útero.
- 3º Separación del recto, del útero.
- 4º Ligadura y división de los ligamentos anchos.
- 5º Extracción de la gasa, después de lo cual se coge con pinzas el peritoneo vesical.
- 6º Sutura para unir los pedículos.
- 7º Sutura de la incisión vaginal.

Variaciones en la técnica:

- Vuelta hacia fuera del fondo uterino.
- Extirpación de los anexos.
- Enucleación previa de nódulos miomatosos.
- División longitudinal en dos (bisección) del útero.
- Incisión paravaginal.
- Método de las pinzas.

Tiempos ordinarios.—Los tres primeros tiempos de esta histerectomía vaginal son los mismos que se ejecutan en el tratamiento del prolapso por medio de la histerectomía vaginal.

1º *Desinfección y oclusión de la cavidad uterina.*—Luego de efectuar la preparación quirúrgica de la vagina y tejidos contiguos, se tapona el conducto uterino con una tira angosta de gasa impregnada con tintura de yodo, o alguna otra solución antiséptica, y se cierra el cuello uterino con una sutura (Fig. 196), o bien con fuertes pinzas para neoplasmas (Fig. 197), según se prefiera. Caso que hubiere flujo uterino infeccioso, es preferible cerrar herméticamente el útero con la sutura, mas cuando no hay infección, se puede aplicar las pinzas (Fig. 197) y ahorrar tiempo.

2º *Despegamiento de la vejiga, del útero.*—Se hace un corte transversal en la cara anterior del cuello uterino, despégase la pared vaginal de la vejiga, introduciendo en corto trecho la punta de las tijeras (Fig. 197), y abriendo luego dicho instrumento (Fig. 198), lo cual se continúa rápidamente hasta lograr suficiente despegamiento de los antedichos tejidos, en la línea media, después de lo cual se divide la porción despegada, según se crea conveniente (Fig. 199). Hecho esto, continúaase despegando de la vejiga la pared vaginal en cada lado, con ayuda de una compresa de gasa (Fig. 200); esta separación se hace alrededor de la vejiga, hasta que quede un tanto despegada del útero en cada lado.

En terminando el sobredicho despegamiento, puede levantarse la pared vesical con el fin de identificar el ligamento véscouterino (Fig. 201), que por lo común ha de cortarse; a continuación se separa del útero la vejiga, y para ello se prefiere el despegamiento con una compresa de

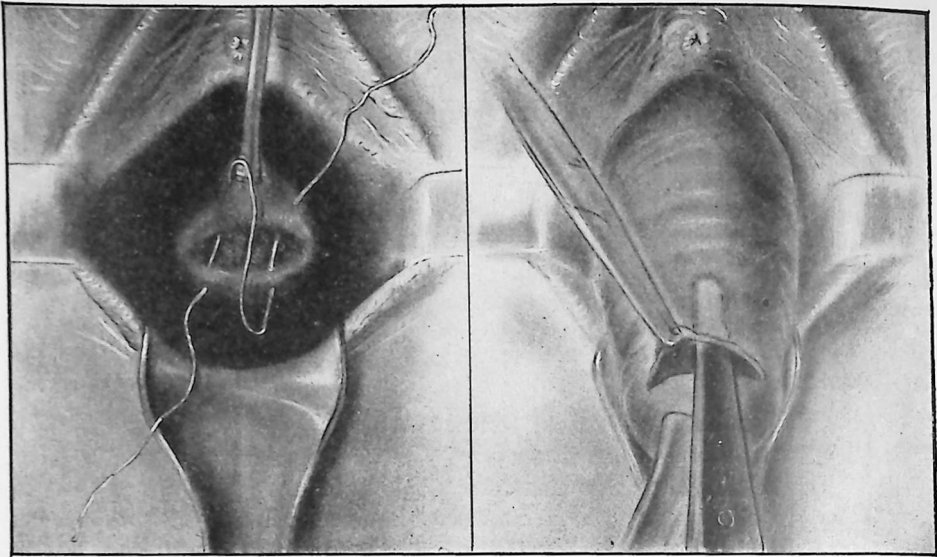


Fig. 196

Fig. 197

Fig. 196.—Histerectomía vaginal para el tratamiento del mioma uterino: se taponó previamente con gasa antiséptica el conducto uterino, el cual se cierra luego con puntadas, o bien con unas pinzas fuertes, según se ve en la Fig. 197.

Fig. 197.—Se empieza a separar de la vejiga la pared vaginal.

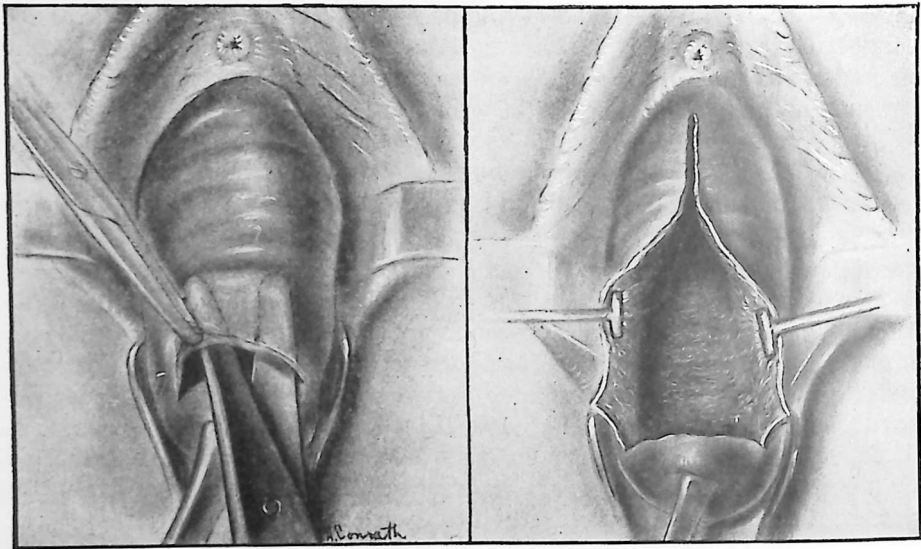


Fig. 198

Fig. 199

Figs. 198 y 199.—Se despega de la vejiga la pared vaginal.

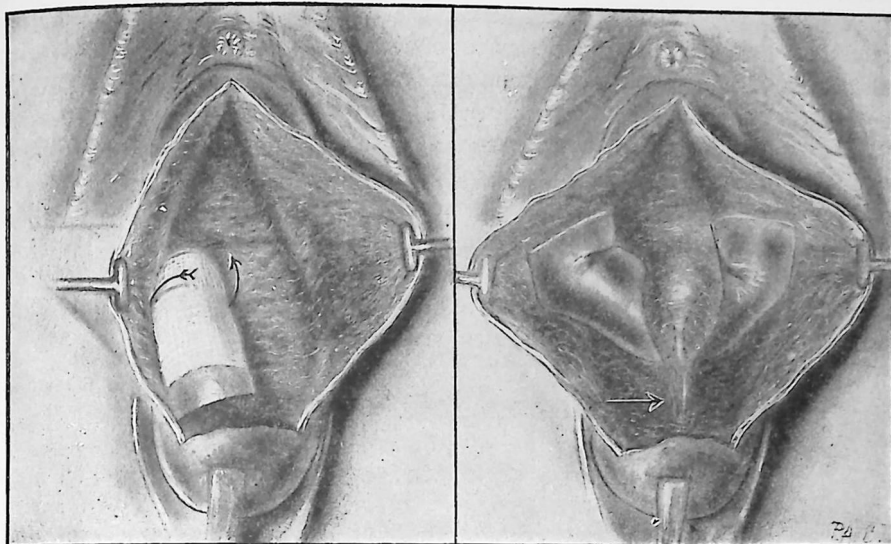


Fig. 200

Fig. 201

Fig. 200.—Continúase despegando de la vejiga la pared vaginal con ayuda del dedo cubierto con gasa.

Fig. 201.—Con los dedos se levanta la vejiga para identificar el ligamento útero-vesical que ha de ser cortado cerca del útero, en el sitio que indica la flecha.

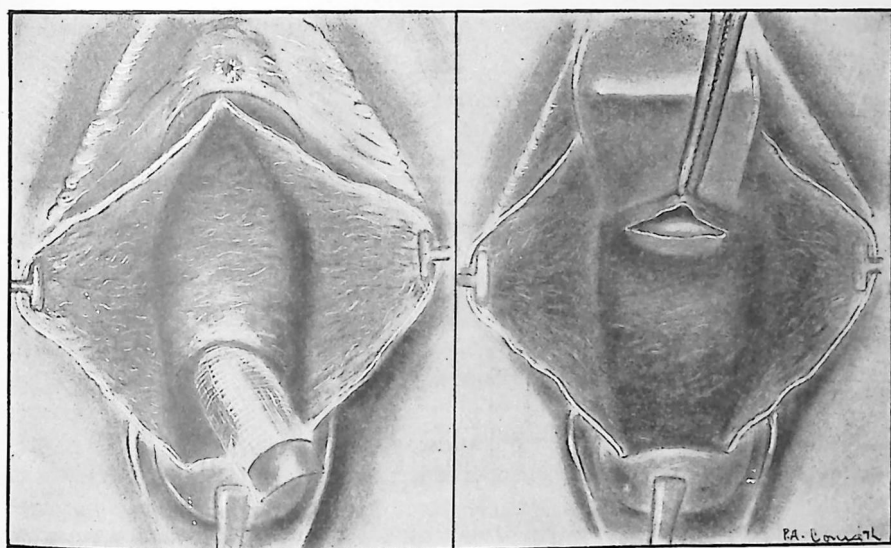


Fig. 202

Fig. 203

Fig. 202.—Despégase del útero la vejiga; por lo común en la porción superior es necesario valerse de un pedazo de gasa enrollada en el dedo; más arriba se puede hacer la separación con el dedo enguantado.

Fig. 203.—Después de levantar la vejiga y de abrir la excavación vésicouterina.

gasa en la porción inferior (Fig. 202), y con el dedo enguantado en la porción superior. Hay entre la vejiga y el útero una zona de separación, que si se halla simplifica el despegamiento. Si en el afán de evitar traumatismos a la vejiga el cirujano inadvertidamente hace la separación demasiado cerca de la pared uterina, experimentará con ello dificultades y dilaciones. Para descubrir la zona de separación es mejor despegar primero un tanto la vejiga con ayuda de la gasa, y más arriba con el dedo enguantado.

Luego de despegar la vejiga suficientemente hacia arriba, se levanta con un separador, se identifica y se abre la excavación peritoneal vésicouterina. Algunas veces se tropieza con alguna dificultad para identificar

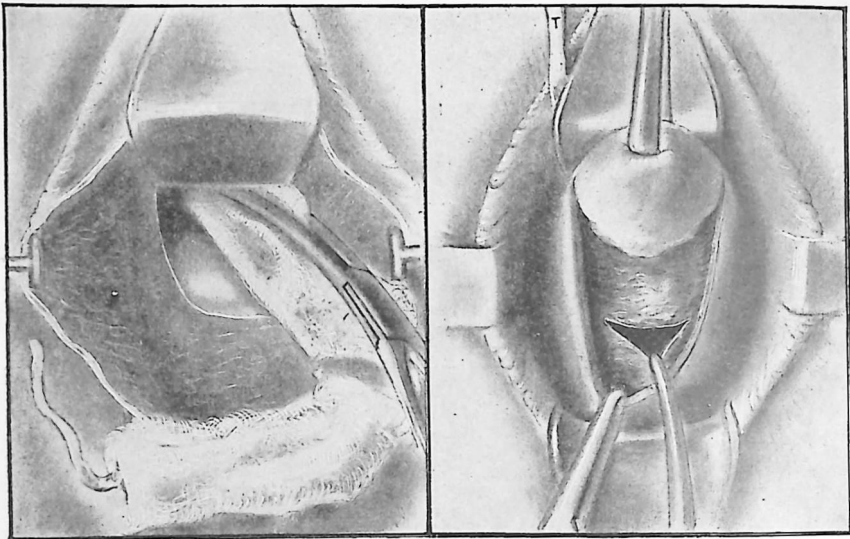


Fig. 204

Fig. 205

Fig. 204.—Se introduce una compresa para separar del útero el intestino.

Fig. 205.—Se continuó alrededor del cuello la incisión de la pared vaginal, se despegó ésta y se abrió la excavación rectouterina.

este repliegue peritoneal: en ocasiones es posible reconocerlo por la diferencia de color y el leve emblanquecimiento y la condensación de los tejidos, pero por lo común ha de identificarse por el sentido del tacto; separada la vejiga bastante arriba del repliegue peritoneal, y comprimiendo éste con los dedos sobre el útero y moviéndolo de uno a otro lado, se sentirá que una superficie peritoneal se desliza sobre la otra. Después de hacer esta identificación, se coge con unas pinzas y se le da un tijeretazo, con lo cual se abre la cavidad peritoneal (Fig. 203). De cuando en cuando se abre el peritoneo haciendo simplemente el despegamiento hasta él, cuando puede verse una porcioncita lisa de superficie peritoneal al levantar del útero la vejiga.

Tan pronto como queda abierto el peritoneo, se agranda con los dedos la incisión hacia los lados y se introduce el separador en la cavidad peritoneal, luego de levantar las caderas de la paciente para hacer que graviten los intestinos y se aparten de la incisión. Introdúcese entonces una gran compresa de gasa provista de una tira e impregnada de solución salina normal (Fig. 204); en el extremo de la tira se prenden unas pinzas y se apartan para que no estorben. Ha de tenerse cuidado de despejar muy bien la vejiga a los lados, de cada ligamento ancho, a fin de que los uréteres queden fuera de peligro, y para aislar los ligamentos anchos en la porción anterior, y poder hacer luego la ligadura.

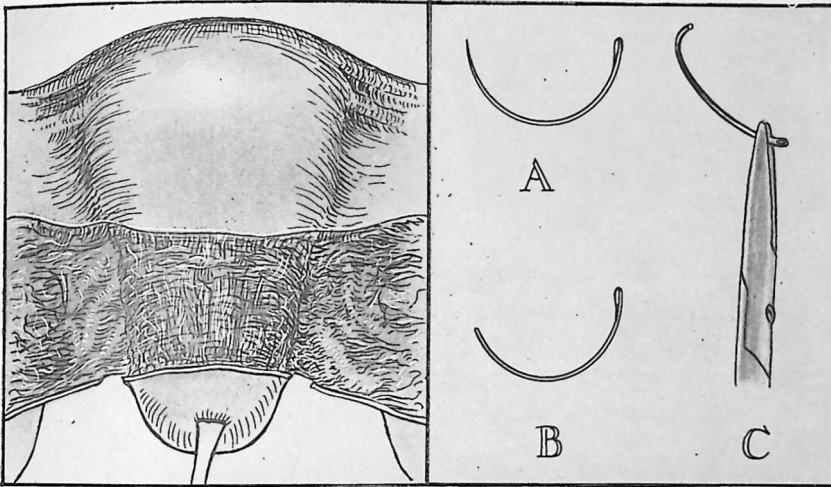


Fig. 206

Fig. 207

Fig. 206.—Se ampliaron hacia los lados las incisiones peritoneales anterior y posterior, para lo cual se despegaron de la matriz la vejiga y el recto; en este momento el útero queda sostenido tan sólo por los ligamentos anchos.

Fig. 207.—A. Aguja de Mayo con punta aguzada. B. La misma con punta roma, conveniente para ligar el ligamento ancho, lo cual ha de hacerse parcialmente con la sola ayuda del tacto. C. Ángulo conveniente a que se agarra con el portaagujas la aguja de punta roma para hacer la sutura-ligadura del ligamento ancho.

3º *Separación del recto, del útero.*—Levántase entonces el cuello uterino, se hace un corte transversal en su cara posterior y se efectúa la separación, según queda dicho, hasta la excavación rectouterina (“fondo de saco” de Douglas), la cual se abre (Fig. 205). Con los dedos se agranda la incisión muy hacia los lados, para despegar el útero del recto y separar posteriormente los ligamentos anchos, después de lo cual se introduce el separador posterior en la excavación peritoneal. Se une entonces la incisión vaginal posterior con la anterior, en cada lado del cuello, y en dicha unión se despega la pared vaginal, con el fin de tener espacio suficiente donde ligar los ligamentos anchos. En este momento el útero queda sostenido tan sólo por los ligamentos anchos, los cuales han sido separados

en su porción anterior y posterior (Fig. 206), en preparación de la ligadura y la división de ellos.

4º *Ligadura y división de los ligamentos anchos.*—La manera más conveniente de ligar los ligamentos anchos es haciendo la sutura-ligadura

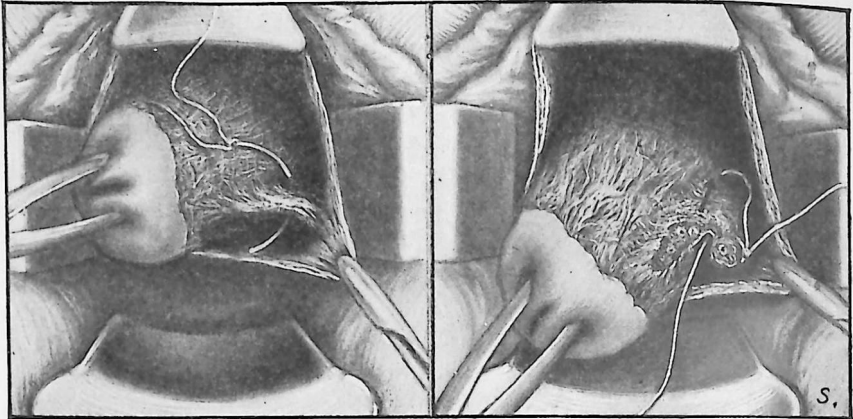


Fig. 208

Fig. 209

Fig. 208.—Se principia la sutura-ligadura del ligamento ancho izquierdo; se introduce la aguja cerca de la matriz.

Fig. 209.—Continúase la sutura-ligadura del ligamento ancho izquierdo; cada puntada se anuda y se cortan los cabos; el corte se hace sobre el útero, según indica la flecha.

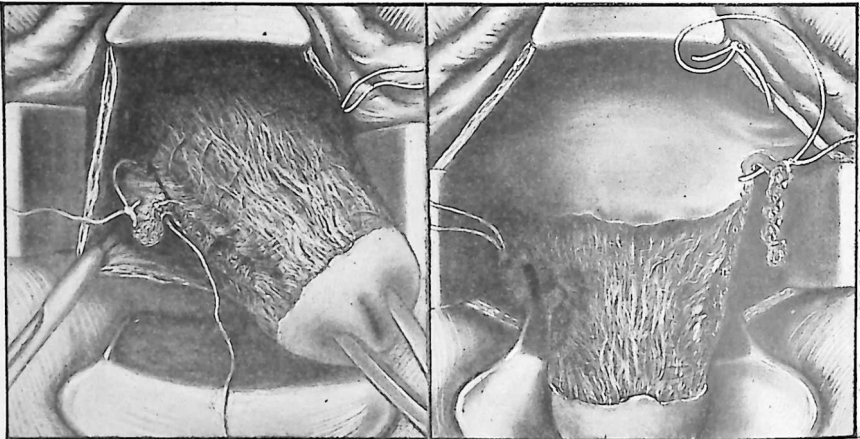


Fig. 210

Fig. 211

Fig. 210.—Tan pronto como queda ligada una porción lateral tan hacia arriba como se pueda, se pasa al otro lado, pero se deja largo el hilo, para usarlo después; haciendo tracción continua de la matriz se va sacando el órgano cada vez más, según se van cortando los ligamentos anchos.

Fig. 211.—Por medio de la tracción continua se llevó ya tan hacia abajo el útero que es visible su borde superior; se está haciendo la última ligadura en el ligamento ancho izquierdo.

continua; para ello se ata el catgut en una aguja curva, redonda (aguja de Mayo) (Fig. 207), la cual se maneja con el portaagujas; esto es más

conveniente que el empleo de agujas para pedículo (de Reverdin) y las ligaduras separadas, como se hacía antiguamente. Por lo común se usa la aguja ordinaria de Mayo de punta cortante, por más que es preferible una aguja de punta roma, ya que a causa del espacio limitado es preciso valerse de los dedos que sirvan de guía al insertar la aguja, y si ésta es puntiaguda, fácil es que perfore el guante y se pique los dedos el cirujano. En la figura 207 se pone a la vista la aguja de punta roma que empleamos para ligar los ligamentos anchos al efectuar la histerectomía vaginal: *A* es la aguja ordinaria de Mayo; *B*, la misma aguja con la punta cortada y emparejada, y *C*, la aguja sostenida por el portaagujas, en ángulo adecuado para hacer la sutura-ligadura en el ligamento ancho.

Esta sutura-ligadura de los antedichos ligamentos anchos se principia según se ve en la figura 208, y hecha la ligadura que incluye la porción de tejido vascular, se corta cerca del útero y se da otra puntada, según vemos en la figura 209. Esto se continúa hacia arriba, en la porción lateral del útero, introduciendo siempre la aguja con la guía de los dedos y haciendo las puntadas tan grandes como sea posible anudarlas con seguridad. Luego de ligar y cortar los tejidos en un lado, tan arriba como se pueda, se hace la misma operación en el otro lado. Al paso que se van dividiendo poco a poco los ligamentos anchos y haciendo de continuo fuerte tracción, va descendiendo gradualmente el útero y haciéndose accesible la porción superior de los sobredichos ligamentos (Figs. 209 a 211).

Aquí también es valadera la opinión que expresamos al hablar de la histerectomía abdominal, respecto de entrelazar las puntadas en lugar de anudarlas.

Al llegar a la porción superior del útero, si éste continúa descendiendo de manera que pueda hacerse convenientemente la ligadura de los "pedículos" laterales (Fig. 211), se puede continuar haciendo tracción uniforme y proseguir con la ligadura y la división de los tejidos, hasta dividir totalmente los ligamentos anchos y quedar desprendido el útero.

No ofrece ninguna ventaja el suspender la ligadura progresiva que se hace hacia arriba, y mudar de técnica para volver hacia fuera el fondo uterino y terminar la ligadura de arriba abajo, a no ser que haya alguna razón para ello. Cuando el fondo es tan voluminoso que no puede pasar por entre la abertura, o se experimenta alguna dificultad para llegar hasta la porción superior de los ligamentos anchos, conviene entonces la antedicha maniobra, que relataremos por extenso un poco más adelante, al describir las variaciones en la técnica.

Tan pronto como queda desprendido el útero, se inspeccionan los "pedículos" o cabos del ligamento ancho para cerciorarse de la hemostasis, se palpan los anexos con el fin de averiguar si hay alguna grave anomalía, y se quita luego la compresa de gasa antes de juntar con puntadas los cabos, o "pedículos". Caso que fuere menester extirpar los anexos, se ejecutará este tiempo según diremos más adelante (Variaciones en la técnica).

5º *Extracción de la compresa de gasa, después de lo cual se coge con pinzas el peritoneo vesical.*—Quítanse entonces las pinzas que se prendieron a la tira de la compresa y se saca ésta de la cavidad pélvica. Bien

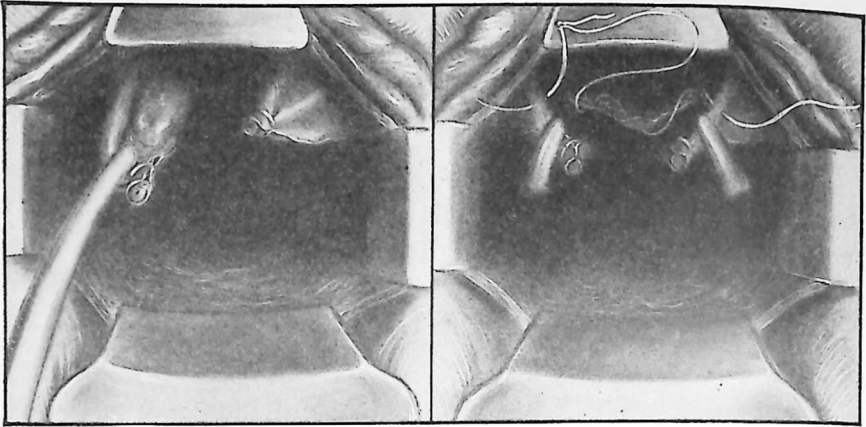


Fig. 212

Fig. 213

Fig. 212.—Después de extirpar la matriz quedan a la vista los cabos ligados, y son también visibles el ovario y la trompa izquierdos; debajo de la trompa izquierda se puede ver el ligamento redondo izquierdo.

Fig. 213.—Con pinzas se ponen a la vista los ligamentos redondos y se incluye en la sutura, que abarca también el borde del peritoneo vesical.

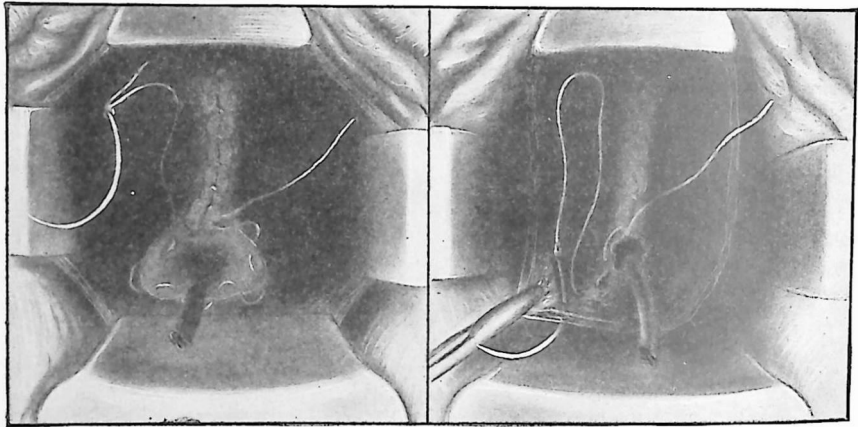


Fig. 214

Fig. 215

Fig. 214.—Después de unir en el centro los cabos ligados del ligamento ancho, se hacen las puntadas para cerrar la excavación peritoneal.

Fig. 215.—Se cierra apretadamente la excavación rectouterina alrededor del tubo para desagüe formado de un pedazo de tela de goma enrollada, a fin de que no se resbale éste; es probable que haya hemorragia en el tejido que queda entre el peritoneo y la pared vaginal y, por tanto, se debe incluir en dos puntadas de la sutura, según se ve en el grabado.

puede suceder que al sacar la dicha compresa, lleve consigo el borde del peritoneo vesical dividido, que se coge con pinzas. Caso que no suceda

esto, podrá hallarse el borde peritoneal sacando con cuidado y poco a poco la base de la vejiga, hasta que se vea el peritoneo.

6º *Sutura para unir los cabos ("pedículos").*—Si los cabos son tan largos que puedan ponerse fácilmente a la vista los ligamentos redondos (Fig. 212, lado izquierdo de la paciente), se coge cada ligamento con una puntada que incluya también el borde del peritoneo vesical (Fig. 213), con lo cual queda hecha la primera puntada de la sutura que ha de unir los bordes de los "pedículos" del ligamento ancho. Luego de anudar dicha primera puntada, se continúa la sutura de uno a otro lado por entre los bordes libres de los cabos, con lo cual se unen los ligamentos anchos al través de la pelvis, hasta la excavación rectouterina. Al juntar con la antedicha sutura los "pedículos" ha de tenerse cuidado de no pasar la aguja por detrás de las ligaduras, ya que con ello podría provocarse hemorragia o hematoma.

En llegando a la excavación rectouterina se incluye el peritoneo en la sutura y se cierra alrededor de un rollo pequeño de tela de goma (Figs. 214 y 215). Este tubo de desagüe puede omitirse si se desea, mas nosotros lo ponemos siempre, pues al parecer reduce las probabilidades de que haya perturbaciones postoperatorias.

El tratamiento de los pedículos y de la incisión vaginal es muy semejante en ambas histerectomías (vaginal y abdominal), sino que se ejecuta en orden contrario, conviene a saber: en la operación abdominal se cierra primero la bóveda vaginal, se unen y se fijan luego los "pedículos" del ligamento ancho y por último los ligamentos redondos y el peritoneo vesical. En la operación vaginal se suturan primero el peritoneo vesical y los ligamentos redondos, luego los cabos de los ligamentos anchos, y por último se cierra la bóveda vaginal.

7º *Sutura de la incisión vaginal.*—Con el mismo hilo que sirvió para suturar los cabos, se puede suturar convenientemente la parte posterior de la incisión vaginal. Entre el peritoneo y la pared vaginal posterior es muy probable que sangren los tejidos, a no ser que se efectúe la hemostasis y, por consiguiente, es necesario dar una, dos o más puntadas en este tejido laxo profundo, antes de incluir en la sutura la pared vaginal (Fig. 215).

El resto de la incisión vaginal se cierra de acuerdo con las figuras 216 y 217, y caso que hubiere exceso de pared vaginal anterior, se recortará ésta. Sin embargo de lo dicho, en esta clase de pacientes no suele haber tal exceso, como sucede cuando hay prolapso del útero y la vejiga, y a menos que haya cistocele o señalada relajación de la soledicha pared anterior, es preferible no recortarla, ya que esto podría ocasionar contracción cicatrizal que fuese enfadosa para la paciente.

Al cerrar la incisión de la vagina ha de evitarse su acortamiento ánteroposterior, y en tal virtud son de preferir las puntadas interrumpidas, o separadas (Figs. 216 y 217), ya que con la sutura continua se puede estirar demasiado los tejidos y acortar en exceso la vagina. Esto,

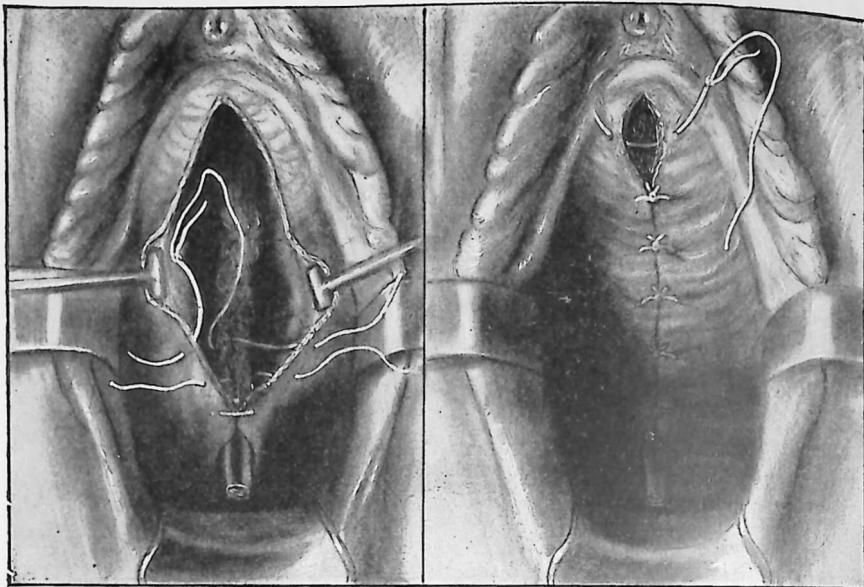


Fig. 216

Fig. 217

Fig. 216.—Sutura de la herida vaginal, donde convienen los puntos separados a fin de conservar la longitud de la pared vaginal anterior, lo cual coopera al futuro sostén pélvico, según se explica en el texto.

Fig. 217.—Terminación de la histerectomía, después de la cual se repara el suelo pélvico relajado.

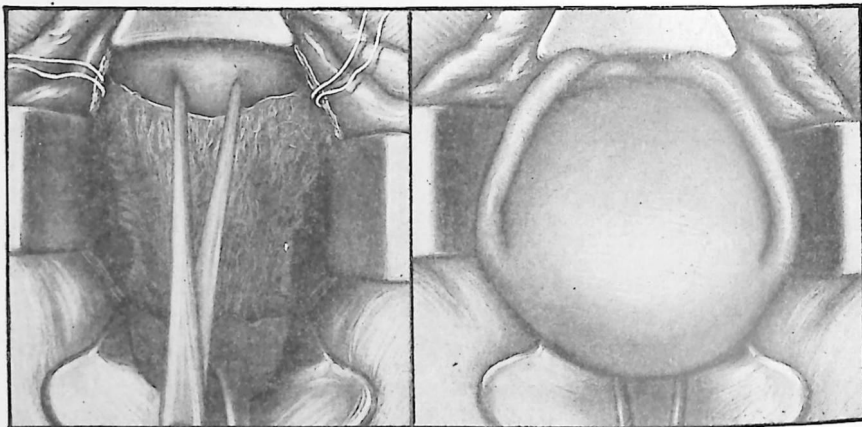


Fig. 218

Fig. 219

Fig. 218.—Primer tiempo de la exteriorización del cuerpo uterino para hacer la ligadura de la porción superior de los ligamentos anchos de arriba abajo. Al volver hacia fuera la matriz y descender un tanto su cara anterior, se agarra con otras pinzas; este proceso se continúa, según se ve en las Figs. 554 a 556, hasta sacar por entero el fondo uterino.

Fig. 219.—Exteriorización del cuerpo uterino.

además de la probable molestia que ocasionaría al efectuarse el coito, dejaría una sutura voluminosa que al estirar los tejidos quizá estorbara mecánicamente el ulterior sostén pélvico, el cual se facilita si se deja una larga y firme cicatriz ánteroposterior que llegue hasta muy atrás del borde de soporte del suelo pélvico.

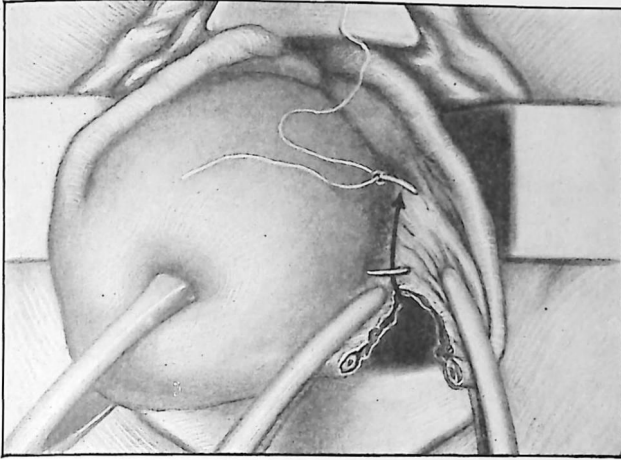


Fig. 220.—Se hizo ya la compresión con pinzas y la división de la porción superior del ligamento ancho izquierdo, y se está haciendo la ligadura de la porción inferior. La flecha señala el sitio donde se ha de hacer el corte.

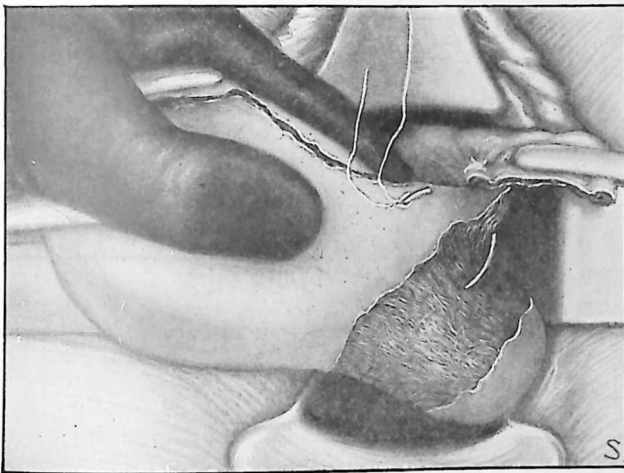


Fig. 221.—Ligadura de la última porción no dividida del tejido vascular, en el lado izquierdo. Este es el sitio donde la porción ligada desde el fondo hacia abajo se une con la porción ligada desde el cuello uterino hacia arriba.

Por supuesto, cuando hay señalada relajación del suelo pélvico se ha de corregir de la manera usual, mas entonces ha de tenerse en la memoria la probabilidad de que se forme considerable contracción cicatrizal cuando

se hace la reconstrucción del suelo pélvico luego de haber ejecutado la operación quirúrgica en la pared vaginal anterior. En tales casos, el trabajo quirúrgico que se lleve a efecto en los tejidos posteriores, ha de ceñirse a corregir la señalada relajación de ellos. El relajamiento moderado y el exceso de tejido quizá se compense con el firme soporte que suminis-

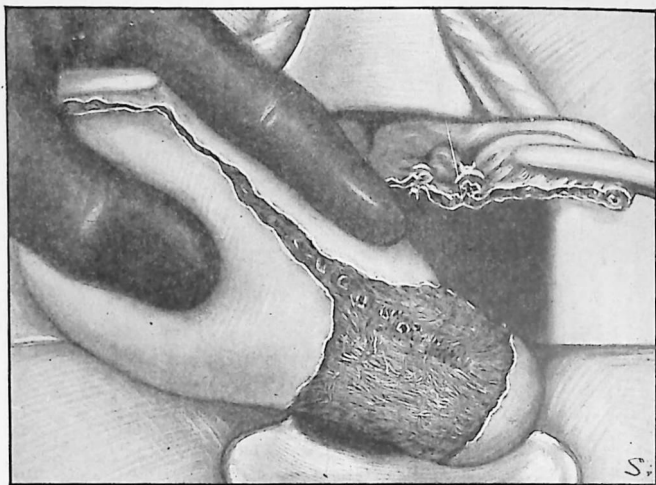


Fig. 222.—Lado izquierdo de la matriz totalmente desprendido.

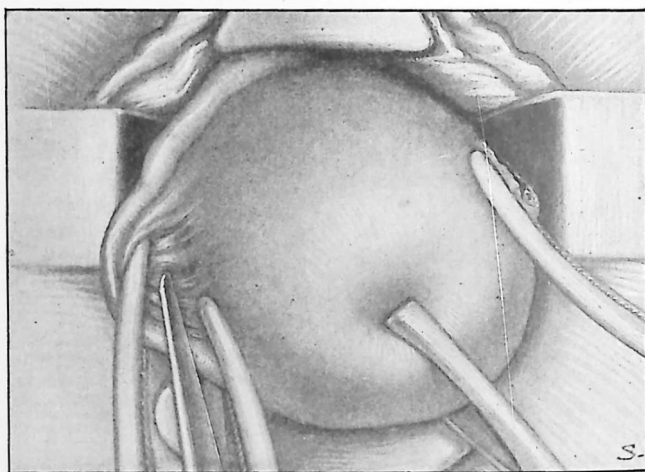


Fig. 223.—Se empieza el corte del tejido vascular en el lado derecho del fondo uterino.

tren las capas superiores reconstruídas, lo cual será más cómodo para la paciente que la cicatriz constrictiva, así en las capas superiores como en las inferiores.

Variaciones en la técnica.—De entre las muchas variaciones útiles en la técnica, las siguientes son dignas de especial mención:

Vuelta hacia fuera del fondo uterino, para ligar los cabos superiores del ligamento ancho.—Esta variación es sumamente útil cuando el fondo uterino es tan grande que no pasa por la incisión, o cuando se presenta alguna dificultad para alcanzar la porción superior de los ligamentos anchos. Para esterilizar el fondo del útero, se coge la porción anterior del órgano en el sitio más alto que sea visible, empújase el cuello hacia atrás de la pelvis, y con ayuda de pinzas que se van colocando una arriba de otra, se hace descender poco a poco la porción anterior del útero (Figs. 554 a 556). En la figura 218 se pone de manifiesto el principio de estas maniobras, y en la 219 se ve el fondo exteriorizado.

Luego de sacar el fondo uterino se liga de arriba abajo el resto del ligamento ancho de cada lado (Figs. 220 a 223), con ligaduras separadas, o por medio de la sutura-ligadura continua, según se prefiera.

El tiempo oportuno del acto quirúrgico para poner en ejecución esta maniobra es muy variable, pero en general se puede llevar a efecto cuando la sutura-ligadura de abajo arriba tropiece con algunas dificultades. En raras ocasiones conviene empezar de esta manera la ligadura de los ligamentos anchos.

Extirpación de los anexos.—Cuando es preciso extirpar la trompa y el ovario, se tira de ellos hacia abajo, se despegan las adherencias, se estira y se liga el ligamento ancho que impide su descenso (Figs. 224 y 225), después de lo cual se extirpan dichos órganos con un corte que se hace en dirección de la flecha (Fig. 225), dejando un cabo corto (Fig. 226). La extirpación de los anexos del otro lado depende de las circunstancias, y efectuada aquélla se prosigue la operación según queda dicho.

Enucleación previa de nódulos miomatosos.—Esta es una variación muy útil para obtener espacio necesario al extirpar el útero miomatoso, pues no ha de olvidarse que el neoplasma puede impedir el descenso del fondo en casos difíciles. Si el mioma es accesible por delante, se puede dividir, y extirpar separadamente los nódulos, o bien extraerlo *in toto*. Por lo común hay poca hemorragia si se hacen las incisiones cerca de la línea media y se mantienen en tensión los tejidos divididos. Como es de suponer, todos dichos tejidos han de quedar al alcance del cirujano, o bien se puede hacer con pinzas la forcipresión temporal de ellos cuando se cree hay probabilidades de que sangren.

Ejecutando con destreza y oportunidad esta maniobra, es posible a menudo extirpar rápidamente tumores que de otra suerte no podrían extirparse por la vagina.

División longitudinal en dos (bisección) del útero.—Sucede a veces al ejecutar la histerectomía vaginal, que no puede pasar el útero por entre el estrecho inferior de la pelvis, ora a causa de su gran tamaño, o por razón de adherencias que impiden el descenso del fondo uterino, y en tales casos se puede ejecutar la bisección, consistente en dividir el órgano por su pared anterior y en la línea media (Figs. 227 y 228). Este corte se continúa hacia arriba sobre el fondo y luego hacia abajo en la pared

posterior (Figs. 229 y 230), después de lo cual, con la guía del dedo, para proteger las asas intestinales o cualesquier otros tejidos que hubiera detrás, se termina la división de la pared uterina posterior (Figs. 231 y 232); desinfectase una vez más el interior de cada mitad del órgano (con tintura de yodo diluída en su tercera parte), así como las superficies cruen-

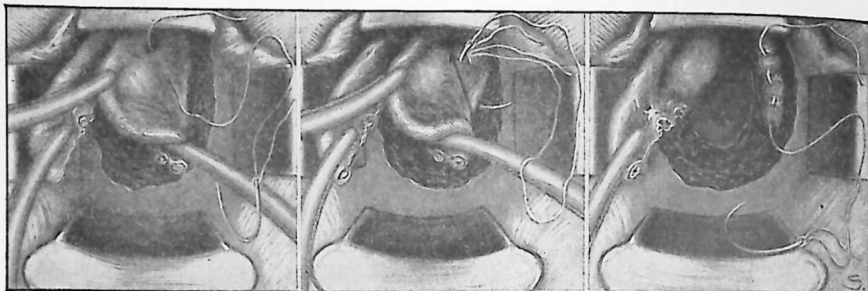


Fig. 224

Fig. 225

Fig. 226

Fig. 224.—Extirpación de los anexos uterinos. Se tiró hacia abajo, de la trompa y el ovario izquierdos, hasta hacerlos accesibles al pedículo vascular y se hizo ya la primera ligadura.

Fig. 225.—Se anudó la primera ligadura y se está haciendo la segunda. La flecha indica la dirección en que ha de cortarse el pedículo después de anudar esta ligadura.

Fig. 226.—Después de dividir los anexos uterinos izquierdos; los derechos han de ser cortados de la misma manera.

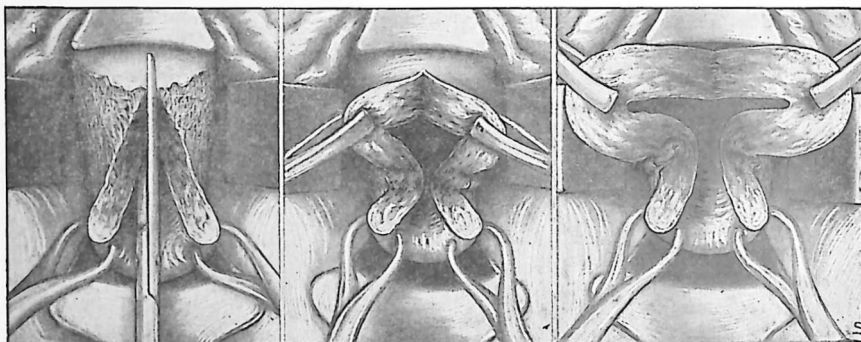


Fig. 227

Fig. 228

Fig. 229

Fig. 227.—Bisección del útero; división de la pared anterior del mismo.

Fig. 228.—Se alarga la incisión hasta el fondo, al paso que se va tirando poco a poco hacia abajo del órgano por medio de pinzas uterinas con las que se agarran los bordes de la herida.

Fig. 229.—Al llegar la incisión hasta el fondo del órgano, se continúa hacia abajo en la pared posterior.

tas, y se vuelve a colocar en la pelvis una mitad de órgano. De esta manera se tiene espacio suficiente para ligar (Fig. 233), o comprimir con pinzas el otro ligamento ancho. En extirpando la mitad del útero cuyo lado se ligó primero, se exterioriza y se extirpa de igual manera la otra mitad. La extirpación de los anexos depende del estado de ellos.

Conviene la bisección del útero en ciertas inflamaciones crónicas, en algunas enfermedades de la nutrición y cuando hay fibromiomas uterinos,

pero está proscrita en el carcinoma, a no ser que se ejecute como disposición de emergencia para terminar la histerectomía vaginal que de otra suerte sería imposible, y que se principió por irreflexión, o porque el estado de la enferma contraindicaba la operación abdominal.

Incisión paravaginal.—Cuando el orificio vaginal sea tan pequeño que impida la operación, se puede ampliar por medio de la incisión paravaginal

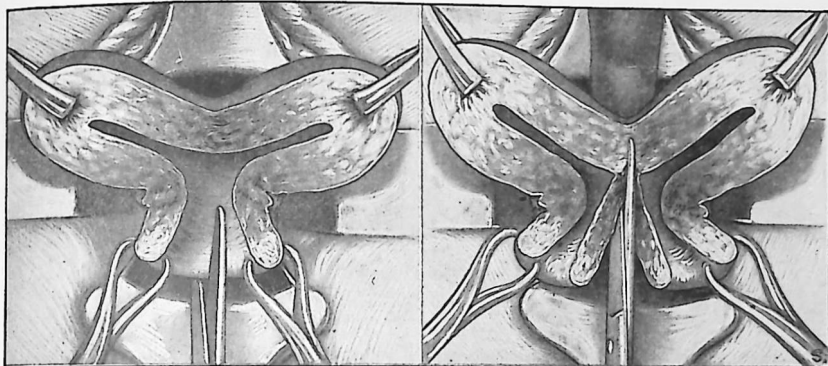


Fig. 230

Fig. 231

Fig. 230.—La división de la matriz llega aún más hacia abajo en la pared posterior.
Fig. 231.—Se termina la división de la pared posterior.

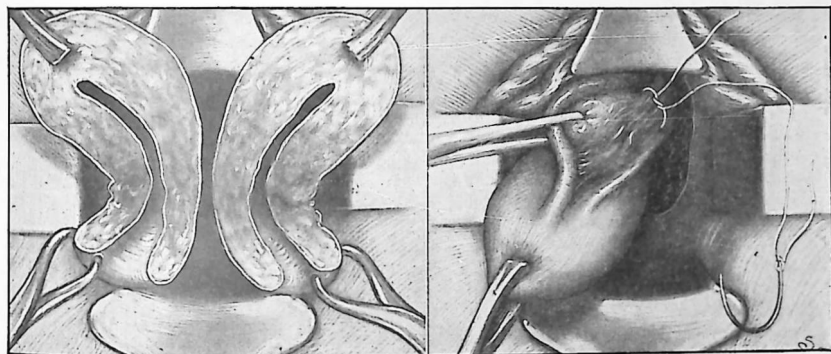


Fig. 232

Fig. 233

Fig. 232.—El útero después de efectuar la bisección; con tintura de yodo o con algún otro antiséptico se esterilizan entonces la membrana mucosa y las superficies contiguas que queden descubiertas y a continuación se empuja hacia arriba una mitad de la matriz para dejar suficiente espacio y poder extirpar la otra mitad.

Fig. 233.—Se empujó ya hacia arriba en la pelvis la mitad derecha del útero dividido en dos y se hizo la primera ligadura para la escisión de la otra mitad; en este caso se han de extirpar también los anexos. Los tiempos subsecuentes son los mismos que se ven en las Figs. 224 a 226.

de Schuchardt, la cual rara vez se necesita para la extirpación de miomas u otros neoplasmas benignos. Su principal aplicación es en el tratamiento radical del carcinoma del cuello uterino, por vía vaginal, según se dirá en el siguiente capítulo.

Histerectomía por el método de las pinzas.—Cuando es necesario ejecutar rápidamente la operación, a causa del estado grave de la paciente por la continua pérdida de sangre, o por otras razones, se puede acortar en gran manera el acto quirúrgico con el empleo de las pinzas. Los tiempos de la operación son iguales a los que ya se describieron, sino que se coge con dos o tres pinzas el ligamento ancho de cada lado (Fig. 234), las cuales pinzas se dejan por unas cuarenta y ocho horas, al cabo de las cuales se pueden quitar, ya que los tejidos estarán entonces bien aplastados.

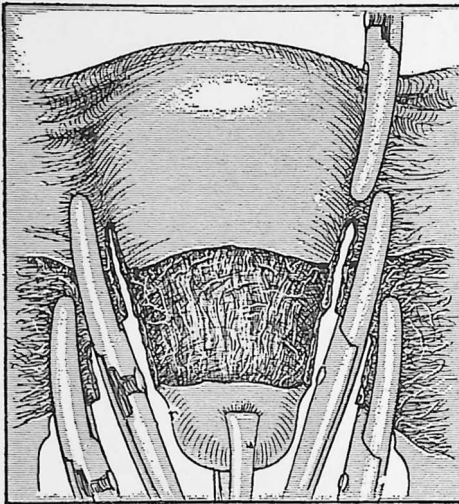


Fig. 234

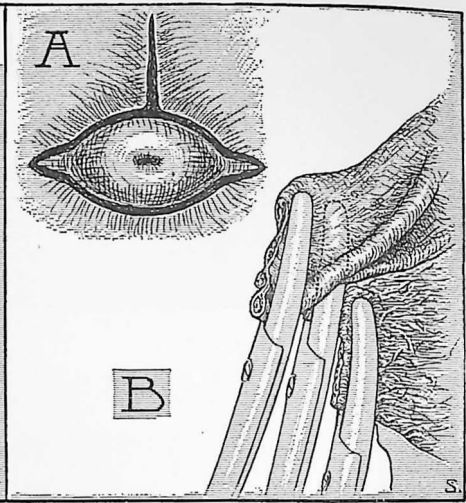


Fig. 235

Fig. 234.—Histerectomía vaginal por medio del método de las pinzas; en el grabado se ve la manera de aplicar las pinzas inferiores, una arriba de la otra y cerca del útero. Para aplicar las pinzas superiores se vuelve hacia abajo el cuerpo del órgano, según queda dicho (Figs. 218 y 219). En cada lado hay que poner una o más pinzas.

La punta de las últimas pinzas superiores de cada lado debe quedar más allá de la punta de las últimas pinzas inferiores, según se ve en el grabado, con el fin de cerciorarse de que no se deja sin comprimir ninguna porción de tejido vascular.

Fig. 235.—A. Escisión de una pequeña porción cuneiforme de pared vaginal a cada lado del cuello, para evitar que dicha pared sea cogida con las pinzas superiores. La forcipresión de la pared vaginal causa dolor innecesario mientras permanecen en su sitio los instrumentos. B. Relación que guardan las pinzas después de la escisión del útero; la porción superior del ligamento ancho queda sobrepuesta a la porción inferior.

Al hacer la incisión vaginal, conviene rechazar la pared de la vagina muy hacia cada lado, de manera que las pinzas inferiores puedan comprimir una buena porción de tejido sin incluir la pared vaginal, ya que si se comprime ésta con las pinzas es probable que haya más dolor postoperatorio, demás de que la fijación que dichos instrumentos ocasionan en la pared de la vagina, impide un tanto la exploración subsecuente y la aplicación de pinzas a los tejidos superiores. Por algún tiempo nos propusimos intencionalmente incluir en las pinzas inferiores una porción de tejido vaginal, con el fin de fijar mejor la pared de la vagina a los “pe-

dículos" pélvicos, pero a causa del dolor que esto ocasionaba tuvimos que desechar dicho procedimiento.

Al ejecutar esta operación es muy importante abarcar con cada una de las pinzas una gran porción de ligamento ancho, de suerte que dos o tres pinzas basten para comprimir todo el ligamento de cada lado. Claro, si es necesario pueden aplicarse mayor número de ellas, pero no hay que olvidar que cuatro o cinco de dichos instrumentos ocupan gran espacio en la vagina, y mayor número de ellos estorbarían el trabajo del cirujano. Lo importante al aplicar unas cuantas pinzas es separar muy bien el

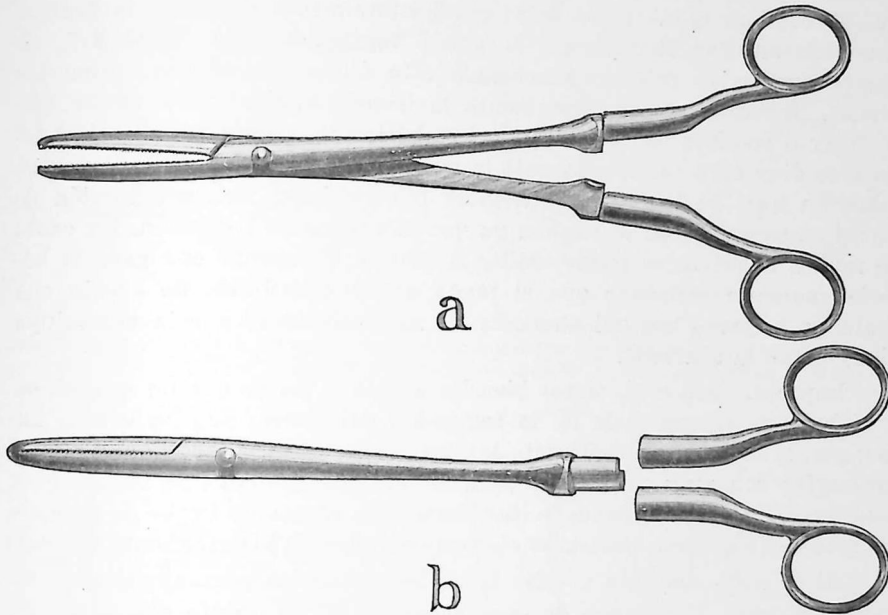


Fig. 236.—Pinzas de Pryor para histerectomía: *a*, las pinzas dispuestas para su aplicación; *b*, las mismas cerradas con los mangos separados.

útero así en su porción anterior como posterior, reducir todo lo más que se pueda el tejido del ligamento ancho que ha de comprimirse sin provocar hemorragia, y aflojar las adherencias del útero y los anexos de suerte que pueda estirarse el sobredicho ligamento antes de aplicar las pinzas. Hecho esto, aplicanse una o dos pinzas, según sea necesario para llegar arriba de los vasos uterinos en cada lado y de abajo arriba (Fig. 234). Vuélvese entonces hacia fuera el fondo uterino y aplícanse unas pinzas en cada lado, de arriba abajo (Fig. 234). Adviértase que las puntas de las pinzas superiores se sobreponen un tanto a las inferiores, con el fin de que no se escape ningún vaso sanguíneo. Cuando se aplican todas las pinzas unas al lado de las otras, la porción superior del ligamento ancho de cada lado se sobrepone a la porción media (Fig. 235).

La operación se concluye con una o dos puntadas en cada lado, que fijan la pared vaginal a los "pedículos" pélvicos e incluyen tejido san-

grante delante del recto, a la vez que estrechan el orificio vaginal, con el fin de evitar la hernia. En la operación vaginal se lleva puesta la mira en que se esfacelen los tejidos comprimidos por cada una de las pinzas y, por tanto, ha de llevarse hacia abajo esta porción de cada "pedículo", a fin de que quede dentro de la vagina, o por lo menos de manera que quede fuera del peritoneo. Para lograr esto, se llevan hacia abajo las pinzas junto con los tejidos comprimidos, y hacia arriba la pared vaginal, alrededor de ellas, por medio de suturas, según queda dicho. Si se han separado bien los "pedículos" y estirado antes de aplicar las pinzas, por lo común es posible coser la pared vaginal alrededor de las pinzas, de manera que al terminar la operación éstas quedan totalmente dentro de la vagina. Conviene suturar firmemente la pared vaginal a cada "pedículo", de suerte que no se retraiga demasiado este último cuando se quiten las pinzas. Se tapona luego firmemente la bóveda vaginal para evitar que al toser o vomitar la paciente sea expulsada alguna asa intestinal. Además, se dispondrá cuidadosamente la gasa alrededor de las pinzas, y entre ellas, en toda su longitud, de manera que no haya ninguna porción de metal en contacto con la vagina, ya que ello causaría irritación. En casos de mucha urgencia se puede omitir la sutura, y taponar con gasa la bóveda vaginal procurando que el tapón quede distribuido de suerte que sostenga la pared vaginal alrededor de los "pedículos" y a la vez ocluya firmemente la abertura.

Importa, claro está, cerrar bien las pinzas, a fin de que no se suelten, y si hubiere alguna duda de la seguridad del cierre, más vale atar los mangos, si bien esto difícilmente sea necesario. Los mangos de las pinzas ordinarias son muy estorbosos para el tratamiento postoperatorio, pero esta inconveniencia se puede evitar usando las pinzas de Pryor de mangos separables (Fig. 236), cuando se ejecute esta clase de histerectomía vaginal.

Al cabo de cuarenta y ocho horas se quitan las pinzas, sin remover mucho la gasa, y el tapón de gasa se extrae en el quinto día, a no ser que sea preciso quitarlo antes para lograr mejor desagüe.

Miomectomía vaginal

Esta operación puede ser harto sencilla, o bastante complicada, según el sitio donde se halle el neoplasma, y para su estudio bien será dividir estos estados morbosos en cuatro clases:

Miomas pediculados submucosos que sobresalen por el cuello uterino.

Miomas intramurales del cuello.

Miomas submucosos de la porción superior del útero.

Miomas subperitoneales.

Miomas pediculados submucosos que sobresalen por el cuello uterino.—Estos neoplasmas ocasionan a veces persistente hemorragia, la cual suele ser el síntoma más grave; por lo común hay en la vagina un tumor redondo, sangrante y parcialmente necroso (Fig. 237); la enferma está a

menudo tan exangüe, que hasta la operación quirúrgica más leve puede ser de grave consecuencia.

El medio más sencillo y que acarrea menos peligros a la paciente es la compresión del "pedículo" con pinzas, cuando es posible llegar hasta

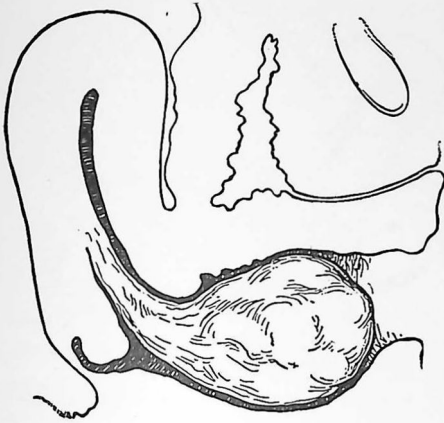


Fig. 237

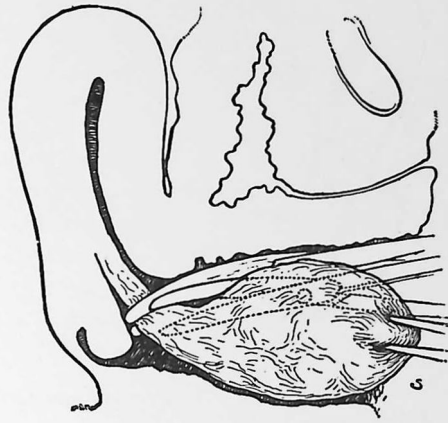


Fig. 238

Fig. 237.—Extirpación por vía vaginal de un mioma pediculado; adviértase cómo sobresale el neoplasma hacia la vagina, así como el largo pedículo que llega hasta el interior del útero.

Fig. 238.—Con unas pinzas se comprimió el pedículo y las tijeras están a punto de dividirlo.

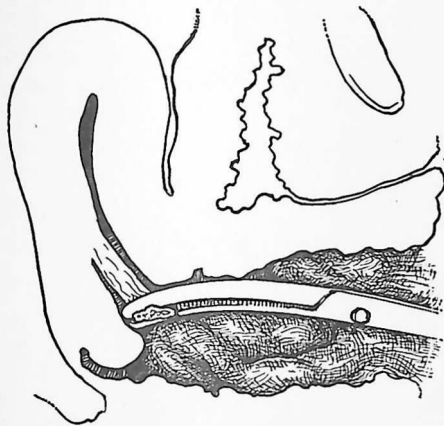


Fig. 239

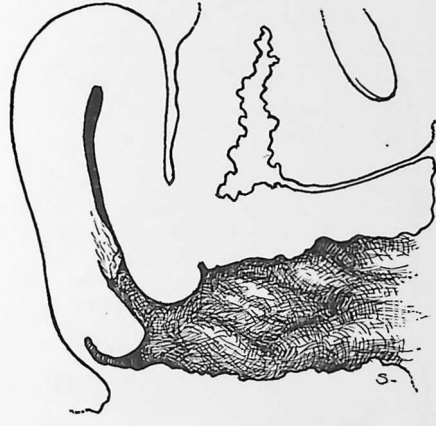


Fig. 240

Fig. 239.—Después de extirpar el neoplasma se dejan las pinzas y se hace el taponamiento con gasa; las primeras han de dejarse por un período de veinticuatro a cuarenta y ocho horas, según la vascularidad del pedículo.

Fig. 240.—Después de quitar las pinzas se retrae el pedículo.

él (Fig. 238), después de lo cual se divide éste debajo de las pinzas con tijeras curvas (Fig. 238) y se extrae el tumor. A continuación se taponan la vagina con gasa alrededor de las pinzas (Fig. 239), las cuales se dejan por un período de veinticuatro a cuarenta y ocho horas, según el tamaño del "pedículo"; al cabo de dicho tiempo se quitan las pinzas, pero

se deja la gasa uno o dos días más (Fig. 240), después de los cuales, si no hay hemorragia, se saca el tapón y se aplican irrigaciones vaginales antisépticas hasta que cese el flujo. Esta operación no requiere anestesia.

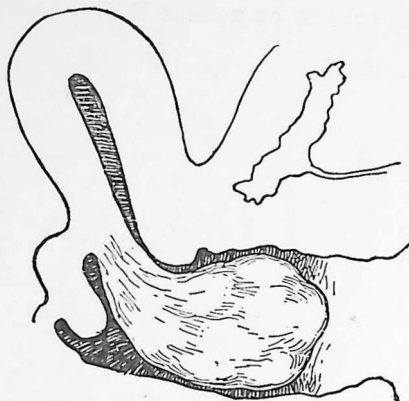


Fig. 241

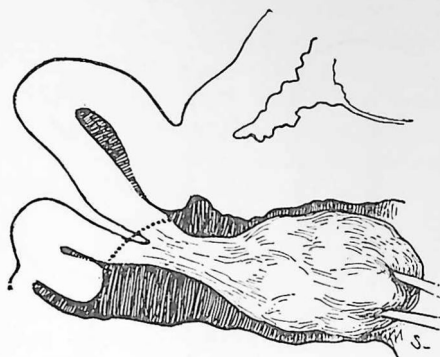


Fig. 242

Fig. 241.—A causa de la tracción que hace el mioma pedunculado, se vuelve parcialmente el útero hacia dentro.

Fig. 242.—Este grabado pone de manifiesto uno de los peligros de la miomectomía, consistente en hacer fuerte tracción del neoplasma y colocar las pinzas en un sitio tan alto, que al efectuar el corte se abre la cavidad peritoneal.

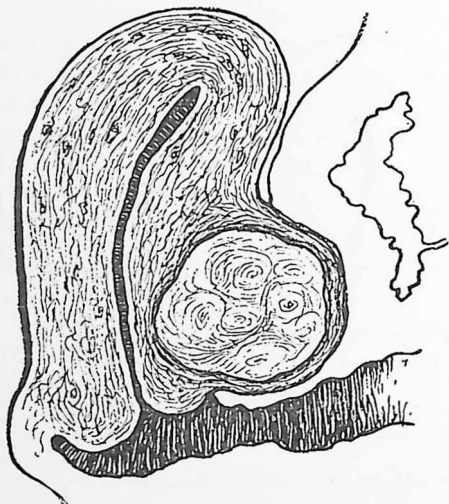


Fig. 243

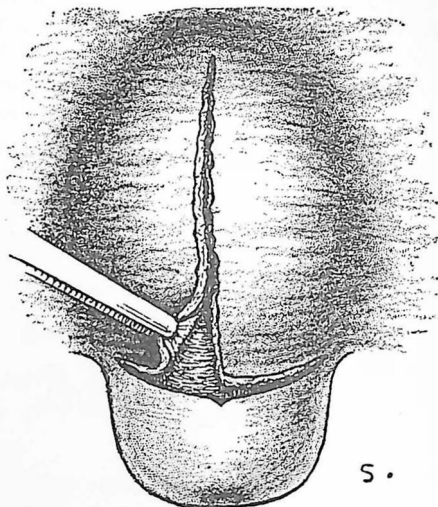


Fig. 244

Fig. 243.—Extirpación por vía vaginal de un mioma sécil del cuello uterino; nótese la relación del neoplasma con el cuello, la pared uterina y la vejiga.

Fig. 244.—Incisión para llegar hasta el mioma cervical de gran tamaño; se despegarán la pared vaginal de la vejiga y ésta del útero.

Al extirpar miomas submucosos pediculados ha de llevarse en la memoria la circunstancia de que algunas veces ocasionan la inversión hacia dentro de la pared uterina, en mayor o menor grado (Fig. 241), y que

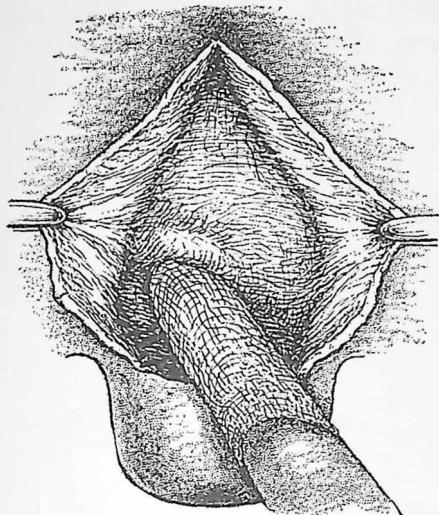


Fig. 245

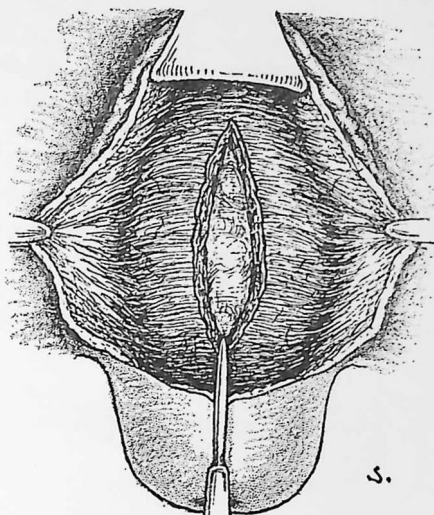


Fig. 246

Fig. 245.—Con el dedo cubierto con gasa se despegar del útero la vejiga.
 Fig. 246.—Después de despegar la vejiga y levantarla, se divide la porción de pared uterina situada sobre el neoplasma.

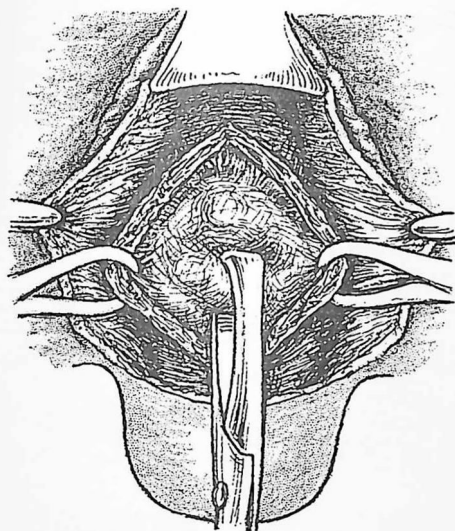


Fig. 247

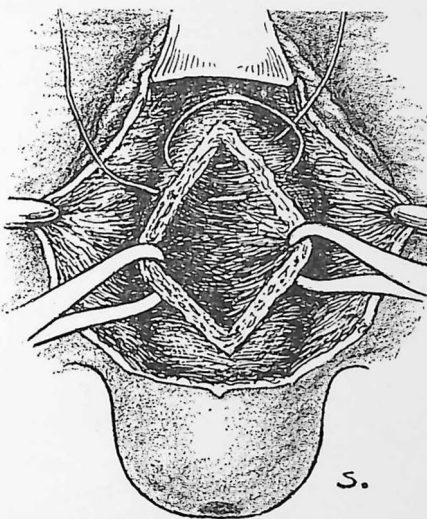


Fig. 248

Fig. 247.—Púsose ya a la vista el neoplasma y se está efectuando su enucleación, la cual ha de llevarse a término siempre que sea posible por medio del despegamiento digital o con instrumento sin filo, con el fin de evitar se corten tejidos profundos que pudieran dar origen a hemorragia capilar enfadosa. La hemorragia se cohibe primero por medio de la tracción, y después mediante las puntadas con que se cosen las superficies cruentas.

Fig. 248.—Con una sutura se está cosiendo la superficie cruenta, para lo cual se emplea el catgut y se pueden hacer puntos separados o continuos, según se desee.

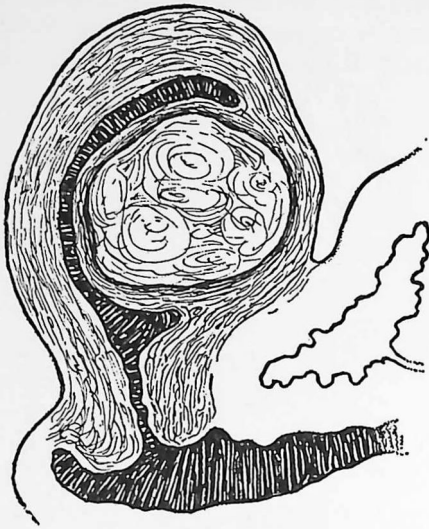


Fig. 249

Fig. 249.—Extirpación por vía vaginal de un mioma sésil del cuerpo uterino; este grabado muestra las relaciones del neoplasma.

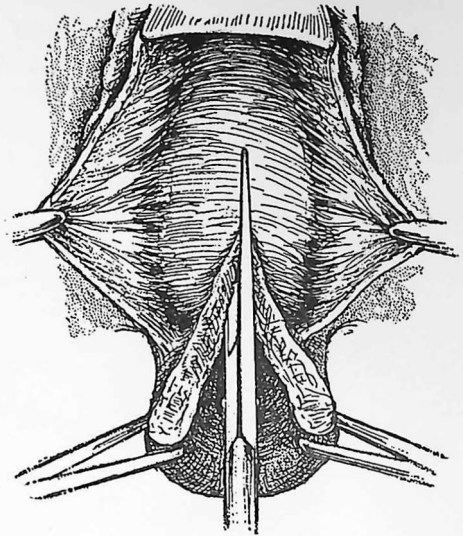


Fig. 250

Fig. 250.—Después de separar la pared vaginal y despegar la vejiga (la cual queda fuera del área de la operación) se dividen la pared anterior del cuello y la porción inferior del útero, para poder llegar hasta el neoplasma.

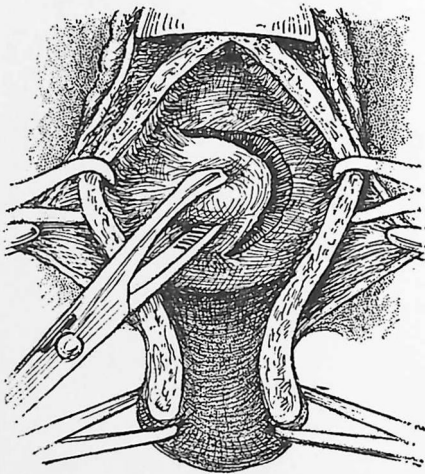


Fig. 251

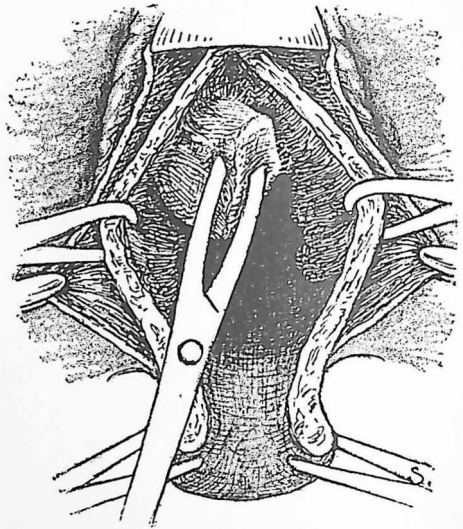


Fig. 252

Fig. 251.—Después de poner a la vista el neoplasma, se empieza la extirpación por partes del mismo; para cohibir la hemorragia se emplea principalmente la tracción.
Fig. 252.—Extirpación del último fragmento del neoplasma.

al hacer tracción del neoplasma para comprimir con las pinzas el pedículo, bien pudiera acrecentarse la inversión del útero. En tales circunstancias, al dividir transversalmente el pedículo es fácil abrir la cavidad abdominal (Fig. 242), grave accidente que se puede evitar: 1º, haciendo la exploración minuciosa para averiguar si hay inversión parcial del órgano, y 2º, aplicando las pinzas y dividiendo el "pedículo" cerca del neoplasma, en lugar de hacerlo lejos de él.

Mioma intramural del cuello.—Antes de ejecutar la extirpación quirúrgica de un mioma cervical, ha de ponerse la sospecha en neoplasmas semejantes en la porción superior del útero, y verificar o rectificar dicha sospecha. Los miomas puramente cervicales sólo se hallan en el cinco por ciento de las veces, y el neoplasma puede estar situado en cualquiera porción del cuello.

El primer tiempo de la operación es el corte de la pared vaginal, por encima del neoplasma; si es que está situado en la porción cervical anterior

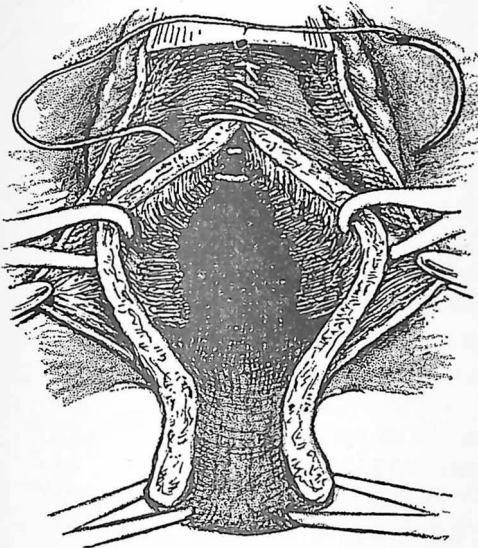


Fig. 253

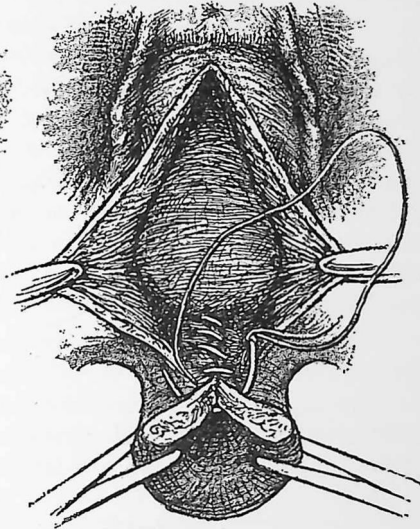


Fig. 254

Fig. 253.—Sutura de la pared uterina; si se prefiere, se puede hacer más de una sutura.

Fig. 254.—Sutura de la incisión cervical, después de cerrar la herida de la porción superior del útero y dejar que vuelva a su sitio la vejiga.

(Fig. 243), puede levantarse y apartarse la vejiga, para lo cual se alarga la incisión en la pared anterior (Fig. 244); despéganse luego de la vejiga los colgajos vaginales, y se separa después aquélla del útero (Fig. 245); a continuación se sostiene hacia arriba la vejiga con un separador, para descubrir la cápsula del neoplasma, la cual se divide (Fig. 246). A continuación se agranda este corte hecho en el tejido uterino, sobre el neoplasma, se separan los bordes y se coge con pinzas el neoplasma (Fig. 247); procédese entonces a la enucleación de éste, por medio de la trac-

ción, el despegamiento con instrumento sin filo (digital, con compresas de gasa, o con tijeras de punta roma que se meten cerradas y se abren luego), y quizás dando uno que otro tijeretazo. Hecho esto, se cierra con una sutura la cavidad dejada por el neoplasma (Fig. 248), lo bastante para cohibir la hemorragia, repónese en su sitio la vejiga y se cierra la herida vaginal, con canalización o sin ella, según se prefiera.

Miomas submucosos de la porción superior del útero.—Este es un estado morbozo de más graves consecuencias que el antecedente; la extirpación de estos neoplasmas algunas veces requiere el abrir la cavidad peritoneal, y otras no. Por ejemplo, un neoplasma como el que se representa en la figura 249 bien puede extirparse sin abrir el peritoneo, con tal que sea fácil la enucleación. Al abrir la cavidad peritoneal no se acrecientan en gran manera los peligros de la operación, a no ser que haya necrosis o infección en el neoplasma, y en algunos casos es necesario determinar con certeza si ha de preferirse la miomectomía, o la histerec-tomía.

La primera parte de la operación es semejante a la arriba descrita (Figs. 244 y 245), y luego de levantar la vejiga para ponerla en cobro, se divide la pared uterina hasta llegar al neoplasma (Fig. 250), el cual si es pequeño se extirpa por medio de la enucleación, o si es grande se extrae a pedazos (Figs. 251 y 252); hecho esto se sutura la pared uterina con el lecho del neoplasma (Fig. 253), de manera que se cohiba la hemorragia; repónese entonces en su sitio la vejiga (Fig. 254), sutúrase el cuello (Fig. 254) y se cierra la herida vaginal. Debe hacerse la canalización por el conducto vaginal con tubo de goma o algún otro medio, cerciorándose de que queda abierto dicho conducto.

Miomas subperitoneales.—Es posible extirpar uno o dos nódulos miomatosos subperitoneales por el siguiente método: se levanta la vejiga, se abre la excavación véscouterina, exteriorízase el fondo uterino y se efectúa la enucleación del neoplasma de manera muy semejante al procedimiento que se ilustra con las figuras 176 a 181.

Resección vaginal del cuerpo uterino

Algunas veces, al ejecutar el tratamiento quirúrgico de un mioma uterino, luego de exteriorizar el útero se advierte la posibilidad de extirpar la porción del cuerpo del órgano que contiene el neoplasma, dejando la otra porción. Esto puede efectuarse ora por medio de la escisión cuneiforme (Figs. 185 a 188), o bien por medio de la escisión horizontal (Figs. 189 a 192).

Amputación vaginal del cuerpo uterino

Por lo común, cuando se extirpa por la vagina el cuerpo uterino, se hace también la extirpación del cuello. Con todo, en muy raras ocasiones, cuando hay un mioma que requiere la extirpación del cuerpo por la vía vaginal, puede ser conveniente conservar el cuello que sirva para el tra-

tamiento del prolapso vesical concomitante; en tales casos, se extirpa el cuerpo del órgano según se muestra en las figuras 567 a 572, y se emplea el cuello de la manera que convenga.

MÉTODOS PARA EFECTUAR LA RADIACIÓN

El tratamiento radical por medio de la radioterapia en circunstancias propicias detiene el crecimiento de la neoplasia y la vuelve inactiva, después de lo cual bien puede suceder que se contraiga y se desvanezca casi por entero. Estos efectos se logran por medio de la acción selectiva de la radiación en los ovarios y en el mioma. Para contener el crecimiento del mioma, o del adenomioma, es menester aplicar dosis suficientemente grandes que destruyan la función ovárica, de lo cual se ha colegido que es la supresión de las actividades ováricas lo que detiene el crecimiento del neoplasma, conclusión que no siempre es valedera. La radiación, aplicada en dosis suficientes, contiene el desenvolvimiento del carcinoma que se presenta mucho después de haberse efectuado la involución de los ovarios, y sería muy raro que no tuviera efectos directos semejantes en otros neoplasmas, incluso los miomas y la adenomiosis. Ello no obstante, hay otras circunstancias que indican que el origen y el crecimiento de los miomas uterinos y de la adenomiosis dependen en gran manera de la actividad ovárica, y de ahí que la supresión de dichas actividades tenga parte tan importante en la curación de la enfermedad. Mas no ha de pasarse inadvertida la probabilidad de que los rápidos efectos beneficiosos de la radiación sean en parte a causa de su acción directa respecto de las células neoplásicas, como sucede en otros neoplasmas, según lo demuestra el buen efecto que surte la radioterapia en pacientes que han pasado la menopausia, y en quienes a veces los miomas causan perturbaciones crecientes, a pesar de la normal declinación de las funciones ováricas.

La circunstancia de que la suspensión de las funciones ováricas tenga tan señalado efecto en estos neoplasmas, trae muy a cuento la siguiente pregunta: "¿por qué, entonces, no esperar que termine naturalmente la época climatérica?" Los primeros cirujanos concedieron mucha importancia y pusieron la consideración en esta manera de resolver las dificultades, pero esto sucedió cuando las operaciones causaban gran mortandad y no se conocía ningún método que las substituyera. Mas en la hora presente, los nuevos conocimientos adquiridos, la mayor seguridad que ofrecen las operaciones quirúrgicas y el perfeccionamiento de la radioterapia, han concurrido a resolver definitivamente el problema. Así, sabemos en el día de hoy que en contraposición de la probable mejoría que experimentara la paciente después de la época climatérica, están las graves mudanzas degenerativas y las complicaciones que se presentan en dicho período. Además de esto, el fibroma hace a menudo que continúe la menstruación irregular, lo cual indica actividad ovárica extraviada mucho después de la edad a que normalmente declina. Por otra parte, la detención del crecimiento del neoplasma no tiene como única causa la suspensión

de las funciones ováricas, ya que en parte es ocasionada por la acción directa de la radioterapia sobre el tumor, según queda dicho.

La radioterapia de los miomas o de la adenomiosis uterina puede hacerse por medio del radium o de los rayos X, si bien por lo común es de preferir el primero. El radium se implanta en el útero, cerca de los tejidos dañados, y por esta razón se requieren menores dosis, las cuales ocasionan menos perturbaciones generales. La implantación se hace en un mismo tiempo, luego de efectuar el legrado uterino que sirve para cohibir la hemorragia y suministra tejidos para el examen microscópico encaminado a excluir la neoplasia maligna. En circunstancias excepcionales es provechosa la roentgenoterapia, según se dirá al hablar de la "Selección del método".

Radiumterapia

El tratamiento de los miomas uterinos por medio del radium requiere lo siguiente: 1º, el legrado uterino con fines diagnósticos y teniendo las necesarias precauciones; 2º, introducción del radium debidamente cubierto y dispuesto; 3º, graduación de la dosis que requiera el particular estado morbozo, y 4º, tratamiento subsecuente adecuado.

Legrado uterino.—La raspadura del útero sirve no tan sólo para suministrar tejidos que sean examinados microscópicamente con el fin de cerciorarse de si hay neoplasia maligna concomitante, mas también da informes útiles respecto de la longitud, la dirección y el contorno de la cavidad uterina, lo cual sirve de guía para la disposición de los paquetes que han de contener el radio. Al efectuar el legrado en la cavidad irregular del útero miomatoso, es particularmente importante evitar la fuerza indebida que podría cortar nódulos sobresalientes y originar hemorragia, o darle franca la entrada a las bacterias, que infectarían el neoplasma. La raspadura uniforme y cuidadosa tiene señalado efecto hemostático, en particular cuando hay hiperplasia concomitante del endometrio. En pacientes que padecen hemorragias graves, esta acción hemostática del legrado es muy útil para cohibir la hemorragia mientras hace su efecto la radiación.

Introducción del radium.—De ordinario se cubre el radium con tubos de platino de medio milímetro de espesor, o su equivalente en plata y bronce. Se dispone primero en un paquete largo (Fig. 284, B), cuyos longitud y espesor varían según el estado de la cavidad uterina.

Al disponer las cápsulas de radium en el tubo de goma, se dejará largo el extremo inferior del tubo, de manera que pueda recortarse éste de acuerdo con la longitud de la cavidad uterina, determinada previamente al hacer el legrado. El radium debe quedar bien adentro del conducto cervical, de preferencia a un centímetro y cuarto o más del orificio externo, y se dejará que la porción vacía del tubo de goma salga por dicho orificio externo, donde se sutura según abajo se dirá. Si se dejara que llegase el radium hasta el orificio externo, bien pudiera causar algún

amortecimiento superficial de la bóveda vaginal, a pesar del taponamiento.

Antes de introducirlo, se sumerge el paquete de radium en solución "A-G" (solución al uno por ciento de acriflavina neutra, en glicerina), la cual sirve de lubricante y germicida eficaz contra las bacterias anaeróbicas y aeróbicas.

Suturas especiales para facilitar la extracción.—Luego de introducir el paquete de radium, se fija con una puntada que se pasa primero por un labio del cuello uterino, luego por el tubo de goma y por último por el otro labio (Figs. 255 y 256); esta puntada se deja por el momento sin anudar, pero con los cabos largos, los cuales se anudan después sobre el tapón vaginal. Luego de hacer la puntada se pone un tapón vaginal moderadamente apretado, cuya mayor parte se coloca detrás del cuello, a fin de que sirva para apartar el recto y la bóveda vaginal posterior (Fig. 257). No es necesario en estos casos apartar mucho el recto y la

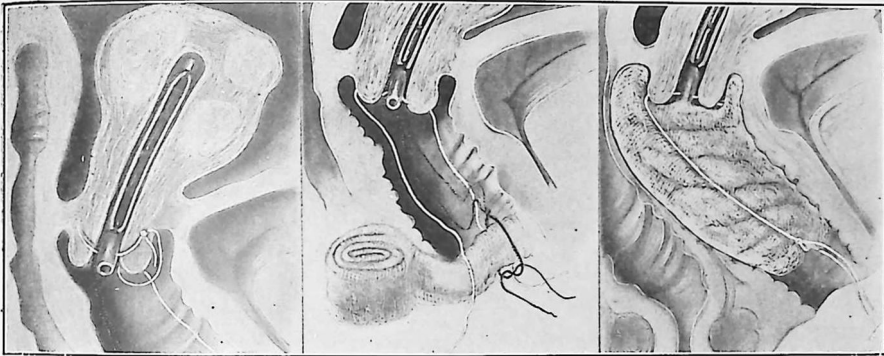


Fig. 255

Fig. 256

Fig. 257

Fig. 255.—Implantación de radium para el tratamiento del mioma: se fija firmemente el paquete de radium en la cavidad uterina, empleando algún método que permita su extracción sin perturbar mucho a la paciente; en este grabado se ve la puntada que se hace por entre el cuello uterino y el tubo de goma.

Fig. 256.—Después de hacer la antedicha puntada, se dejan largos los cabos y se sacan fuera de la vagina; con el hilo que pende del tubo que contiene radium se ata el extremo del rollo de gasa.

Fig. 257.—Después de hacer el taponamiento con el rollo de gasa, se atan sobre ésta los cabos de la puntada cervical; de esta suerte no sólo se sostiene en su sitio el tapón, sino también se facilita su extracción.

vejiga, con taponos sumamente apretados que requieren el entubamiento permanente de la vejiga con una sonda uretral de retención, lo cual sólo se hace cuando hay carcinoma del cuello, a causa de las grandes dosis de radium y del sitio donde ha de colocarse éste.

Para hacer el taponamiento conviene valerse de gasa impregnada de vaselina, a fin de evitar la irritación que ocasiona la gasa seca al hacer presión por mucho tiempo sobre la pared vaginal. Luego de taponar la vagina, se anudan sobre la gasa los cabos largos de la puntada cervical

(Fig. 258), lo cual sirve para facilitar la extracción del radium sin causarle mucha perturbación a la paciente.

Dosificación.—La dosis de radium que ha de administrarse para el tratamiento del mioma depende del tamaño, del sitio que ocupe el neoplasma y de la actividad de éste, que se manifiesta en su propensión a la hemorragia, o en su rápido crecimiento. En general, varía entre 1,500 y 1,800 horas de miligramo; las dosis mayores se aplican a los neoplasmas más grandes, o a los que sangran copiosamente. Es acertado no aplicar dosis mayores de las que sean necesarias, a fin de limitar el efecto cauterizante del radium, pues si bien la acción desvitalizadora local que ocasiona en la membrana mucosa puede servir de hemostático, acarrea el peligro de la necrosis y de la infección y, por tanto, es preferible evitar dicho efecto, o limitarlo al mínimo en el tratamiento del mioma. Huelga decir que cuando se sospecha hay carcinoma concomitante del endometrio,

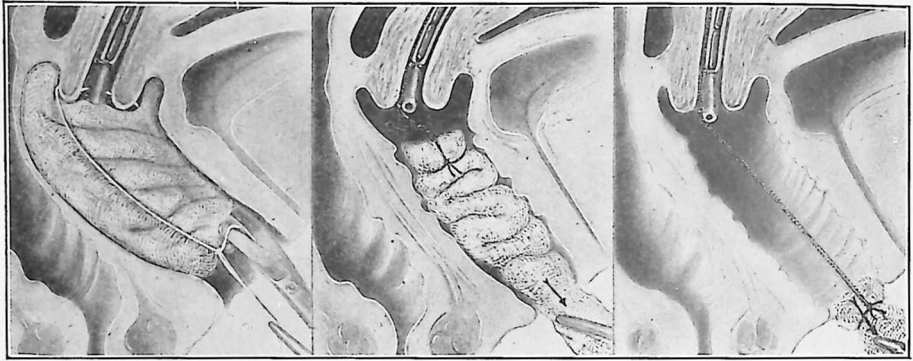


Fig. 258

Fig. 259

Fig. 260

Fig. 258.—Extracción del radium: se corta el hilo de la puntada cervical sobre el tapón de gasa, cerca del orificio vaginal; después de esto se puede extraer el hilo de la puntada y se dejan sueltos el tapón de gasa y el tubo que contiene el radium, según se explica en el texto.

Fig. 259.—Al extraer el tapón de gasa cuyo extremo está atado al tubo de radium, se extrae también este último.

Fig. 260.—Se sacó ya fuera de la vagina el cordel del tubo de radium, y entonces haciendo tracción del hilo, se extrae el paquete de radium.

a causa de la naturaleza de las raspaduras, se variará la dosis de acuerdo con las circunstancias y se determinará por medio del examen de cortes congelados, o de alguna otra manera.

Extracción del radium.—Una hora antes del tiempo señalado para extraer el radium se administra a la paciente una inyección hipodérmica de 15 miligramos de morfina, con la dosis adecuada de hioscina (escopolamina); para efectuar la extracción, se colocan las caderas de la enferma en el borde de la cama, se coge con pinzas el cabo de la puntada, se pone a la vista la gaza que se hizo sobre el tapón de gasa (si es necesario se colocará previamente el espéculo vaginal), y se corta con las tijeras (Fig. 258), después de lo cual se tira del cabo donde se prendieron las pinzas y que no contiene el nudo, hasta sacarlo del todo. Con esto quedan libres

el tapón de gasa y el tubo de goma que contiene el radium, los cuales se extraen (Figs. 259 y 260).

Tratamiento subsecuente.—Por razón de las perturbaciones circulatorias y de otra índole causadas por la raspadura uterina y por la radiumterapia, se hará que permanezca encamada la paciente por unos dos días. Caso que no hubiere notables perturbaciones locales, al cabo de este tiempo se le permitirá que se levante y que reanude poco a poco sus actividades, de manera que pueda darse de alta en el hospital en un período de tres a seis días después de extraer el radium. El fin principal de este método es que la aplicación del radium se haga con la mayor seguridad y con los menores efectos dañosos posibles, y si se permite a la enferma el que reanude sus quehaceres demasiado pronto, se acrecentará la congestión de los tejidos causada por la radiumterapia, lo cual pudiera ocasionar trastornos locales que de otra suerte se evitarían.

Por varias semanas después de la aplicación del radium se efectúa un proceso activo de desintegración y reparación en el útero, por lo cual debe la paciente evitar los esfuerzos indebidos en dicho tiempo. Al retornar a su casa procurará descansar lo más que pueda, y sólo se levantará cuando se sienta inclinada a ello; poco a poco irá reanudando sus quehaceres u ocupaciones ordinarias, según vaya sintiéndose capaz. A causa del antedicho proceso que se efectúa en el útero, probablemente haya abundante flujo, para el cual se prescribirán las irrigaciones vaginales necesarias.

Para acrecentar el efecto hemostático del legrado uterino, es bien prescribir astringentes y preparados endocrinos, según se requiera para cohibir la hemorragia hasta que se hagan manifiestos los efectos de la radiumterapia. Algunas veces hay flujo sanguinolento irregular, que no debe causar inquietud alguna. Los efectos hemostáticos del radium se manifiestan gradualmente y varían en gran manera: en algunas pacientes no se presenta la menstruación después del tratamiento, y en otras puede haber uno o dos períodos menstruales, y en ocasiones la primera menstruación es desusadamente copiosa. A las pacientes que manifiesten propensión a la hemorragia conviene administrarles extracto de la glándula mamaria (verbigracia, una tableta de gmo. 0.32 de substancia mamaria, Parke Davis & Co., con la comida, mañana y noche), que se continuará por dos o tres meses hasta que cese la hemorragia; además pueden administrarse pequeñas dosis de extracto flúido de cornezuelo de centeno (ergotina), por razón de su efecto hemostático inmediato.

Roentgenoterapia

Los pormenores de la aplicación de los rayos X han de encomendarse al roentgenólogo especializado, quien graduará debidamente las dosis, para no causar trastornos gastrointestinales indebidos. Al hablar de la "Selección del método", trataremos de las indicaciones que convienen a la roentgenoterapia.

INDICACIONES DEL TRATAMIENTO RADICAL

Tocante a los estados morbosos a que convenga el tratamiento, ha de tenerse en la memoria que en la práctica nos encontramos con tres clases de miomas: aquellos que no requieren tratamiento, los que tan sólo han menester tratamiento paliativo, y los que demandan el tratamiento radical o curativo.

En un número pequeño de pacientes se descubre incidentalmente el neoplasma al efectuar la exploración pélvica, a causa de alguna otra enfermedad. En tales casos, el mioma es pequeño, no ha ocasionado ningún síntoma y no es probable que lo ocasione si continúa del mismo tamaño, como tampoco es probable que agrave las perturbaciones causadas por la otra enfermedad.

Esta clase de neoplasma no requiere tratamiento alguno, y de ordinario más vale que no se entere la paciente. Con todo, ha de tenérsela en observación para ver si crece el mioma, y se dará cuenta al esposo o a algún otro familiar responsable, de la índole del neoplasma, a fin de que no se ponga en duda la capacidad del facultativo, si por acaso fuese examinada la enferma por otro médico y la informase de haber hallado el neoplasma.

Hay una variedad de miomas pequeños que en nuestro sentir han de exceptuarse de la regla de "si no hay síntomas, no es menester el tratamiento", conviene a saber, los miomas cervicales que cuando están situados en la porción inferior del útero y son de considerable tamaño, ofrecen peligros en el período fecundo de la vida, y cosa muy probable es que al efectuarse la preñez crezca el mioma y acarree el antedicho peligro al presentarse el parto. Demás de esto, es probable que el mioma cervical ocasione trastornos (vesicales, rectales o menstruales), en cualquier momento, aun cuando sea pequeño. Esta clase de neoplasmas debe extirparse en las mujeres casadas, y si no estuviere complicado con neoplasmas en otras porciones del útero, bien será efectuar la extirpación por la vagina, lo cual requiere una operación quirúrgica comparativamente fácil.

Los miomas que tan sólo requieren tratamiento paliativo, ocasionan pocas perturbaciones, tales como menstruación excesiva y síntomas de congestión pélvica que se alivian con disposiciones terapéuticas conservadoras. El tratamiento paliativo es sintomático y va encaminado a mitigar los trastornos que ocasione la neoplasia. Estas disposiciones paliativas incluyen la administración de tónicos reconstituyentes, de astringentes uterinos, de preparados endocrinos, curaciones vaginales, y en determinados casos el legrado uterino para cohibir la hemorragia, o poner en claro el diagnóstico respecto de la neoplasia maligna.

Los miomas que han menester el tratamiento radical son aquellos cuyas perturbaciones no son bastantemente aliviadas por el tratamiento paliativo, o aquellos cuyo tamaño y situación, o bien alguna complicación, dejan ver a las claras que no será suficiente el tratamiento paliativo. Más

abajo hablaremos de los estados morbosos especiales que requieren algún particular tratamiento radical.

SELECCIÓN DEL MÉTODO

Al poner en ejecución el tratamiento curativo de las diversas variedades de miomas y adenomiosis uterinos, el cirujano puede elegir uno de dos métodos generales: la radioterapia o la operación quirúrgica, los cuales no son en manera alguna antagonistas ni exclusivo el uno del otro, antes se hermanan y suplementan; cada uno tiene su radio de acción donde surte claramente los mejores efectos, mas hay circunstancias en que las indicaciones del uno se confunden con las del otro, y en que la selección no se inclina a ninguno de ellos en particular. Por otra parte, en algunas ocasiones pueden emplearse los dos métodos con gran provecho: la radiación, para contener la hemorragia y permitir que se recupere el organismo lo bastante para dar lugar a la cirugía, y la operación, para terminar lo que no haya logrado la radioterapia.

CUÁNDO HA DE PREFERIRSE LA RADIACIÓN

Es menester escoger juiciosamente las pacientes a quienes haya de administrarse la radioterapia, ya que ésta sólo es eficaz en determinados estados morbosos. Además de esto, ha de tenerse cuenta con lo siguiente: 1º, que la paciente ha de hallarse en el período climatérico, postclimatérico, o cerca de la menopausia, pues no se ha de perder de vista que para destruir el neoplasma es preciso aplicar tan grandes dosis de radium, o de rayos X, que ineludiblemente se destruirá por entero la función ovárica, lo cual carece de importancia en la mujer menopáusica, cuyas funciones ováricas han ya declinado, o están declinando. Mas en las mujeres jóvenes la destrucción de dichas funciones es de graves consecuencias y, por tanto, bien vale correr el riesgo de la operación quirúrgica. 2º Los miomas sangrantes son particularmente adecuados para la radioterapia, la cual suele contener la hemorragia (menstrual o de otra índole), dentro de un período razonable. Mas como el efecto de la radiación es lento y requiere algunas semanas, se recurrirá a otros medios terapéuticos para lograr la hemostasis inmediata, v. gr., el legrado uterino y la aplicación subsecuente de algún astringente, y si fuere necesario, el taponamiento.

La radioterapia no suprime el dolor, y de ahí que no sea adecuada para el tratamiento de pacientes que lo padezcan sobremanera, por lo menos en lo que respecta al efecto analgésico. Por supuesto, cuando además de hemorragia copiosa haya dolor intenso, la enferma puede hallarse en tan grave estado a causa de la hemorragia persistente, que sea conveniente el legrado uterino y la radiación, en virtud de sus efectos hemostáticos y para conseguir que la paciente mejore y se pueda después llevar a efecto el tratamiento quirúrgico. Si bien es de esperar considerable contracción del mioma tratado por la radioterapia, el largo período de espera que se requiere, así como la incertidumbre de que se logre la

contracción, echan por tierra este método como procedimiento eficaz para el tratamiento de miomas cuya presión ocasiona dolor intenso. Hechas las antecedentes apuntaciones respecto de la radiación en general, pasaremos a tratar de la selección de los especiales métodos de radioterapia (véase en páginas precedentes "Métodos de tratamiento radical").

Radiumterapia

Ha de preferirse el radium en los siguientes casos:

1º Miomas pequeños, o de tamaño mediano, sin complicaciones, en pacientes menopáusicas, o en aquellas que se aproximan a la época climática, cuyo principal síntoma suele ser la hemorragia pertinaz, que es presto cohibida por el radium, ora el flujo sanguíneo sea menstrual o de otra índole. Casi todas las pacientes bien escogidas son propias para este tratamiento. En las 400 enfermas de esta índole de que hasta hoy se ha dado cuenta, se lograron buenos efectos en el noventa y cinco por ciento.

Cuando se crea es acertada la radioterapia, se excluirá del diagnóstico el carcinoma del endometrio por medio del legrado uterino, lo cual es de suma importancia. Tenemos aún en la memoria los casos de dos pacientes: cada una de ellas tenía nódulos miomatosos del tamaño y la variedad propios para la radioterapia, y siguiendo nuestra costumbre al aplicar el radium, hicimos el raspado uterino y enviamos las raspaduras al laboratorio para que se efectuase el acostumbrado examen microscópico, en el cual se hizo el diagnóstico de carcinoma del endometrio, que confirmamos subsecuentemente al extirpar el útero. En una enferma el carcinoma concomitante era bastante extenso y en la otra estaba aún circunscrito en una pequeña área.

En las mujeres jóvenes conviene conservar la fecundidad y la menstruación, y de ahí que sea preferible la miomectomía a la radiación.

2º En las mujeres que padezcan enfermedades de los riñones, del corazón y otras complicaciones que acrecienten los peligros del acto quirúrgico, es lícito ensayar el radium para el tratamiento de miomas un tanto mayores.

También cuando haya las antedichas complicaciones ha de excluirse del diagnóstico, si es posible, el carcinoma del endometrio, según queda dicho y, claro, se evitará el administrar a estas pacientes la anestesia general. El legrado uterino y la aplicación del radium pueden hacerse las más veces con analgesia provocada por la morfina y la escopolamina; si fuere menester se hará además la anestesia local del cuello por infiltración, lo cual no se requiere a menudo.

Roentgenoterapia

La roentgenoterapia profunda suele ser el mejor medio de tratar miomas de gran tamaño en pacientes menopáusicas, o que se aproximan al climaterio, y en quienes, por alguna razón, sería demasiado peligrosa

la operación quirúrgica. Las más de las veces al cabo de algún tiempo los rayos X contienen temporalmente la hemorragia y dan al organismo oportunidad de recobrase, a fin de que se pueda poner por obra el acto quirúrgico. En caso contrario, si se continúan las aplicaciones de rayos X bien puede suceder que se suprima permanentemente la hemorragia, y que con el decurso del tiempo se contraiga el neoplasma y cedan un tanto los trastornos. También en estos casos es preciso excluir del diagnóstico la neoplasia maligna, por medio del legrado uterino, el cual quizás ayude a cohibir temporalmente la hemorragia. Ello no obstante, no deja de tener peligros el raspado en estas pacientes en quienes es muy grande el neoplasma y hay gran desfiguramiento de la cavidad uterina, ya que dicho procedimiento quirúrgico bien pudiera acrecentar la hemorragia, o causar el traumatismo y la infección de algún nódulo submucoso. Hay más, en virtud de la señalada irregularidad de la cavidad, fácil es que la cucharilla no alcance algunas porciones de ella, y a consecuencia de esto no se tendrá la seguridad ni de contener la hemorragia ni de excluir la neoplasia maligna.

En ocasiones es provechosa la roentgenoterapia después del legrado uterino, para el tratamiento de ciertos excepcionales estados morbosos concomitantes con miomas pequeños o de tamaño mediano, ora por sí sola o coadyuvada de la radiumterapia; por ejemplo, cuando haya hemorragia persistente, o recurrente, después de aplicar el radium a algún mioma bastante grande (que quizá se halle en el "lindero de aplicabilidad" de la radioterapia), pueden administrarse los rayos X como suplemento del radium. Cuando el neoplasma sea de tan gran tamaño, y posiblemente un ovario esté sumamente desviado de su sitio normal, se requerirá a veces la radiación más difundida que la que se obtiene con el radium implantado después de efectuar la raspadura terapéuticodiagnóstica. Si ulteriormente se hiciera manifiesta esta necesidad de reforzar con los rayos X el efecto del radium, bien pueden aplicarse aquéllos, con tal que no haya transcurrido tiempo suficiente, que haga menester otro legrado uterino para excluir la neoplasia maligna.

Los rayos X han sido también muy útiles para el tratamiento de las pacientes en quienes hay hemorragia persistente, o recurrente, después del legrado uterino, v. gr., cuando el neoplasma es pequeño y sólo hay hemorragia moderada, cuya causa probablemente sea la hiperplasia del endometrio, en pacientes en quienes principia el período climatérico. Puesto caso que haya alguna probabilidad de contener la menstruación excesiva por medio del legrado uterino sucedido del tratamiento medicamentoso adecuado, y ya que es conveniente conservar la función ovárica parcial que pudiera durar dos o tres años más, se omitirá la aplicación de radium al hacer el legrado diagnóstico-terapéutico. Mas en estos casos sucede a veces que continúa la hemorragia, y es entonces menester aplicar los rayos X procurando causar las menores inconveniencias posibles a la paciente.

CUÁNDO HA DE PREFERIRSE LA OPERACIÓN QUIRÚRGICA

Ha de preferirse la operación quirúrgica en las siguientes circunstancias:

1º En las mujeres que se hallen en pleno auge de la función ovárica, es el único método que ha de aplicarse a los neoplasmas que requieran el tratamiento radical, y aun en las enfermas que se aproximen a la menopausia ha de ponerse la debida consideración en la conveniencia de conservar el funcionamiento ovárico, al hacer la selección del tratamiento.

Se preferirá la miomectomía en las mujeres jóvenes, para quienes es de mucha consecuencia la conservación de la fecundidad y de la menstruación. En muchas de estas pacientes se pueden extirpar los miomas sin perturbar en gran manera las funciones del útero, mas ha de tenerse presente la circunstancia de que al abrir el abdomen, bien pudiera ser necesaria la extirpación del útero para extirpar totalmente el neoplasma. Por consiguiente, sólo se aconsejará la miomectomía después de hacer la debida consideración de todas las circunstancias del caso, y si los neoplasmas no fueren tan grandes o no estuvieren situados de suerte que impidan la preñez o el parto, bien será intentar primero el cohibir la hemorragia por otros medios, tales como el legrado uterino o el tratamiento medicamentoso.

2º La operación quirúrgica suele ser más eficaz para el tratamiento de los neoplasmas del tamaño de una toronja, o mayores, pero no es acertado fijar límites arbitrarios, ya que ha de tenerse cuenta con otras circunstancias al hacer la decisión. Por ejemplo, los miomas subperitoneales pediculados no son tan favorables para la radioterapia como los neoplasmas enclavados en la pared uterina, y de ahí que con frecuencia sea necesario extirparlos quirúrgicamente. Aun más, un gran mioma solitario no es tan propicio para el tratamiento por medio de la radiación, como lo es el útero miomatoso de igual tamaño que contiene multitud de nódulos pequeños, lo cual también puede decirse del neoplasma submucoso que sobresale hacia la cavidad uterina, en especial cuando tiene propensión a volverse pediculado.

3º Algunas complicaciones hacen que sea conveniente la extirpación quirúrgica de neoplasmas que, si no estuviesen complicados, serían favorables para la radioterapia. La complicación puede ser el estado inflamatorio de tejidos contiguos, tales como la apendicitis, o la salpingitis, que se hallan en multitud de enfermas de mioma. En los neoplasmas mayores es frecuente la degeneración, particularmente en los subperitoneales. El acrecentamiento del mioma después de la menopausia es indicio de mudanzas degenerativas de algún género, y en tales casos debe extirparse inmediatamente el neoplasma, si lo permite el estado de la paciente, y siempre que hubiere sospechas en la neoplasia maligna concomitante se pondrá en ejecución el tratamiento que corresponda.

Luego de decidirse por la operación quirúrgica, se determinará cuál de ellas es la más adecuada, a saber: si ha de extraerse el neoplasma por

la vía abdominal o vaginal, si tan sólo debe extirparse el mioma, o se extirpará también el útero, y en este último caso si se ejecutará la histerectomía supravaginal o la total.

Operación abdominal

En los siguientes casos es mejor extirpar el neoplasma por medio de la operación abdominal:

1º Cuando el mioma y el útero forman un tumor perceptiblemente del tamaño de la mano empuñada, o mayor, o cuando no es posible determinar con exactitud las dimensiones. En tales circunstancias, ha de preferirse indubitablemente la vía abdominal, pues si bien es cierto que por medio de la colpotomía se puede extirpar un neoplasma de casi cualesquiera dimensiones, también lo es que la extirpación ha de efectuarse en fragmentos, y que de ordinario son mayores las inconveniencias que las ventajas de este método.

2º Cuando el neoplasma va acompañado de considerable inflamación de los anexos uterinos. Aun cuando el tumor formado por el útero y el

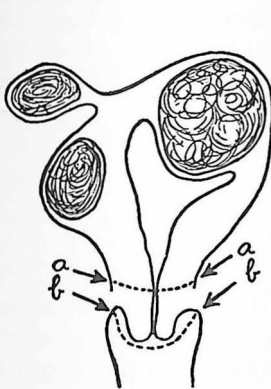


Fig. 261

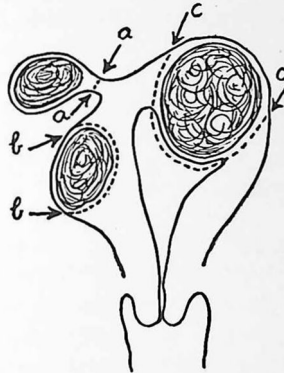


Fig. 262

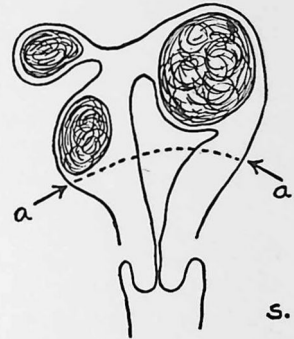


Fig. 263

Figs. 261, 262 y 263.—Comparación de las principales operaciones abdominales para extirpar miomas uterinos; en estos diagramas se advierten con un solo vistazo los pormenores más importantes de la operación.

Fig. 261.—Las flechas *a-a* indican el sitio donde se hace la escisión al ejecutar la histerectomía supravaginal; las flechas *b-b* señalan el sitio de la escisión en la histerectomía total.

Fig. 262.—Las flechas *a-a* indican el sitio de la escisión cuando se extirpa un mioma intersticial; las flechas *b-b* señalan el sitio donde ha de extirparse un mioma submucoso; *c-c* indican la manera de extirpar un mioma submucoso.

Fig. 263.—Las flechas *a-a* indican la línea de escisión para hacer la resección horizontal del útero miomatoso.

neoplasma sea comparativamente pequeño, las vastas adherencias diseminadas por toda la porción superior de la pelvis hacen que sea más segura la operación abdominal, ya que de esta manera se puede extirpar el útero miomatoso y los anexos uterinos desorganizados, con menos riesgo y de manera más completa.

3º Cuando se tenga sospecha de que haya algún otro estado morboso, v. gr., en el apéndice, o la vesícula biliar, que requiera el trata-

miento quirúrgico o la exploración. La otra enfermedad puede tratarse al mismo tiempo que se extirpa el neoplasma, o bien se efectuará únicamente la exploración de las porciones superiores del abdomen para averiguar con exactitud la índole de la enfermedad, y tratarla en alguna operación subsecuente, caso que lo requirieren los síntomas.

4º Cuando la enfermedad sea de naturaleza tan dudosa y tan confuso el diagnóstico, que se requiera la total exploración de los tejidos pélvicos superiores.

Luego de optar la vía abdominal, se pondrá la consideración en la magnitud del acto quirúrgico. Las operaciones abdominales, enumeradas en el orden de la frecuencia con que se ejecutan, son: histerectomía supravaginal, histerectomía total, miomectomía y resección del cuerpo uterino. En las figuras 261 a 263 se ponen de manifiesto los principales pormenores de los diversos métodos.

Histerectomía supravaginal (Figs. 127 a 154).—Esta es la operación que ha de preferirse las más de las veces, ya que los miomas, cuando alcanzan tan grandes dimensiones que ocasionan señaladas molestias, suelen ser múltiples y haber invadido a tal grado el cuerpo uterino que sea menester su extirpación. Multitud de estas pacientes pasan ya de los treinta y cinco años, y a esta edad no es tan importante el conservar el útero como lo sería en las mujeres más jóvenes; así, pues, por lo común se ejecuta la histerectomía supravaginal, y sólo se conservará el útero dañado (miomectomía, o resección del cuerpo uterino), en las circunstancias especiales que abajo se dirán.

La *conservación del cuello uterino* es un asunto que merece la más detenida consideración. Es conveniente por cuanto simplifica el acto quirúrgico y disminuye el choque operatorio, ya que no requiere manipulaciones profundas en la vejiga ni en los uréteres, y con ella se conservan intactas las inserciones de los tejidos superiores del cincho pélvico. Cuando se deja el cuello uterino, con sólo levantar éste por medio del acortamiento de los cabos del ligamento ancho (Figs. 138 y 139), se levantan también todos los tejidos de la capa central y se restaura el soporte del cincho pélvico. En cambio, cuando se extirpa el cuello es preciso reconstruir la porción central de la antedicha capa de sostén, y para ello es necesario unir las diferentes inserciones divididas, sobre la bóveda vaginal suturada.

Lo que va dicho no obsta el que se suprima cualquiera irritación crónica que hubiere en el cuello uterino, por razón del peligro de que se presente el carcinoma si se deja que continúe; esto se logra extirpando el cuello o, si es de intensidad moderada, haciendo la escisión cónica por la vagina, después de la operación. De cuando en cuando, a causa de alguna emergencia que se presenta en el curso del acto quirúrgico, se hace necesario diferir el tratamiento del cuello, que ha de llevarse a efecto algún tiempo después, ora efectuando la extirpación del muñón cervical (Figs. 413 a 415), o bien haciendo la escisión cónica (Figs. 393 a 395), según lo requiera el estado del cuello.

Al hablar de la técnica de la histerectomía supravaginal en otra parte de este capítulo, referimos las precauciones que han de tenerse para excluir el cuello cervical morbosos, o tratarlo convenientemente cuando no se extirpa dicha porción uterina.

Histerectomía total (Figs. 155 a 172).—Conviene la total extirpación del útero (fondo, cuerpo y cuello), en los siguientes casos:

1º Cuando haya alguna duda respecto de la neoplasia maligna del cuerpo uterino. En estos casos por lo común se extirpa el cuello sin dividirlo transversalmente, ya que esta incisión acarrea el peligro de diseminar las células carcinomatosas y la infección piógena.

2º Cuando hay alguna sospecha respecto de la neoplasia maligna, ora antes de extirpar el cuerpo uterino, o después de extirparlo y abrirlo.

3º Cuando está muy desgarrado el cuello y padece cervicitis crónica.

4º Cuando el mioma invade la porción cervical, y es menester extirpar ésta.

Miomectomía (Figs. 176 a 184).—La extirpación de los miomas conservando el útero, conviene en los siguientes casos:

1º Siempre que el neoplasma sea pediculado y el útero casi normal.

2º En las pacientes para quienes es de suma trascendencia la conservación del útero, y los miomas son pocos, de tal naturaleza, y están situados de manera que sea posible su enucleación.

Cuando es tan profundo el neoplasma que su extirpación requiere el abrir la cavidad uterina, ha de meditarse detenidamente la conveniencia, o las inconveniencias de la miomectomía, asunto de mucha entidad cuya solución no siempre es fácil. El autor *senior* de este libro publicó un artículo sobre el particular (*Jour. Missouri Med. Ass.*, Vol. 23), de donde tomamos las siguientes conclusiones: la miomectomía complicada que requiere la abertura de la cavidad uterina, lleva en sí mayores riesgos de provocar peritonitis mortal, que la histerectomía; por otra parte, la posibilidad de conservar la función reproductiva justifica de todo en todo el riesgo que se corra; entrambas circunstancias son por extremo variables, ya que el peligro depende del tamaño y de la situación del neoplasma, y particularmente de los estados morbosos precedentes o concomitantes; la probabilidad de conservar la función reproductiva después de ejecutada la miomectomía, depende de la edad de la paciente y de la respectiva integridad de la función uterina después del acto quirúrgico. Todas estas circunstancias se tendrán presentes al decidir si conviene la miomectomía, o la histerectomía. No habrá duda respecto de la conveniencia de la primera, cuando la operación no acarree mayores riesgos y haya buenas probabilidades de preñez subsecuente. En cambio, deberá ejecutarse la histerectomía cuando sean muy grandes los peligros de la miomectomía y haya muy pocas probabilidades de conservar la facultad reproductiva. Es difícil llegar a una determinación respecto de aquellos neoplasmas que se hallan en los linderos de uno y otro grupo, donde se confunden las indicaciones de la operación radical y de la conservadora; esto sucede

particularmente cuando la conservación del útero daría de sí buenas probabilidades de lograr la preñez en lo futuro, mas no se ha de echar al olvido el que la miomectomía es por extremo arriesgada a causa del tamaño y la situación del neoplasma, o bien por razón de algún estado morbooso concomitante. Así, pues, la decisión estará subordinada a los peligros que la miomectomía acarree a cada paciente en particular.

Al justipreciar los riesgos de la miomectomía, cuando se abre la cavidad abdominal y se hace evidente la necesidad de invadir la cavidad uterina, hemos aprendido por experiencia que ha de concederse mayor importancia a las enfermedades antecedentes y concomitantes, que al tamaño y la situación del neoplasma. La importancia de dichas enfermedades antecedentes y concomitantes se cifra en las bacterias patógenas que pueden haber quedado en la cavidad uterina, de resultas de ellas. Si el interior del útero no ha experimentado las alteraciones inherentes al parto, no ha padecido inflamación, ni se ha introducido en él ningún instrumento quirúrgico, bien será colegir que no contiene bacterias. De igual manera, cuando se efectuó el parto, pero sin presentarse la infección, y por algunos meses estuvo exento el órgano de hemorragias anormales o de otras perturbaciones, es lícito suponer que la cavidad uterina sea casi estéril. En cambio, si después de haber sido invadida la sobredicha cavidad hubiere hemorragia reciente y persistente, será muy probable que las bacterias patógenas estén alojadas ora en la pared uterina, o bien se multipliquen en la sangre, que sirve de medio de cultivo, y llegan hasta la vagina, probabilidad que se acrecienta en gran manera cuando se hizo poco antes el taponamiento vaginal para cohibir la hemorragia.

Para poner de manifiesto este asunto, así como los pormenores del tratamiento en tales casos, relataremos a continuación la historia clínica de dos pacientes, tomadas de un gran grupo de pacientes de que dió cuenta el autor *senior* (*Surgical Clinics of North America*, Vol. 5), con el fin de patentizar el tratamiento de las diversas variedades de miomas san-grantes:

Mujer soltera, de edad de treinta años, padece menorragia, que ha persistido por tres años y agravádose de continuo. La hemorragia no ha menoscabado en gran manera su salud y su estado general es bastante bueno, si bien le ocasiona evidente inquietud. Ha tenido asimismo dolores en la región apendicular y fué informada de que padece apendicitis crónica.

Al efectuar la *exploración* hallamos el útero del tamaño de la mano empuñada a causa de un mioma, y al parecer un gran abultamiento situado profundamente en la pared uterina. No hay perturbaciones en los anexos, pero sí algún dolor a la presión en la región apendicular. Corazón y pulmones normales. Tensión arterial: sistólica, 125; diastólica, 82. Orina normal. Padece indigestión crónica y se debilita en los períodos menstruales, a causa de la pérdida de sangre. La paciente proyecta contraer matrimonio dentro de unos meses y desea curarse presto.

Aconsejamos la operación abdominal para extirpar el neoplasma uterino y el apéndice. En este caso, claro está, era de suma importancia la conservación del útero. En virtud de la situación profunda del mioma nos percatamos de que la miomectomía, caso que fuese factible, sería harto dificultosa. Ello no obstante, la pa-

cienta se manifestó dispuesta a correr cualquier riesgo razonable, con tal de conservar el útero.

Operación. Al ejecutar la operación quirúrgica hallamos el cuerpo uterino del tamaño de la mano empuñada, dilatado tan simétricamente que era difícil averiguar en qué sitio de la pared se hallaba el neoplasma. La mitad anterior del órgano era al parecer un tanto más gruesa que la posterior, de manera que hicimos la incisión en la pared anterior. Con el corte longitudinal hecho en la línea media dividimos una porción bastante gruesa de pared uterina, y luego llegamos al neoplasma e hicimos su enucleación. Este era un solo mioma submucoso, blando, del tamaño de una naranja, cuya cara interna formaba poco más o menos la mitad de la pared anterior de la cavidad uterina, y al extirparlo se arrancó también el endometrio superyacente y se hizo una gran abertura en la cavidad uterina. El miometrio estaba sumamente hipertrófico, como suele suceder cuando hay miomas profundos, pero no descubrimos ningún otro grande, y sólo extirpamos, además del mioma, dos nódulos pequeños. Con una sutura continua cerramos la cavidad endometrial y unimos luego los bordes de las paredes hipertróficas con suturas-ligaduras hemostáticas de catgut cromado. Recortamos algún tejido uterino excesivo, pero el útero reconstruido quedó aún de doble tamaño que lo normal. Los ovarios eran normales. Extirpamos el apéndice, que era largo, pero no presentaba signos externos de inflamación.

Curso postoperatorio. Al convalecer la paciente prescribimos ergotina con nuez vómica, cuya administración se continuó por varios meses, con el fin de restituir la tonicidad del músculo uterino, disminuir la congestión y si fuere posible reducir el tamaño del útero hipertrófico. La menstruación fué un tanto copiosa, sin que por ello impidiese el restablecimiento de la enferma, pero lo bastante para inquietar al médico, sabiendo, como sabía, el tamaño del útero. Sin embargo de ello, con la administración continua de astringentes uterinos, se recuperó muy bien la enferma. Algún tiempo después se acrecentó el flujo menstrual a causa de alguna retrodesviación del útero hipertrófico, mas la posición genupectoral empleada con regularidad ocasionó notable mejoría, quizás en virtud del mejoramiento de la circulación pélvica, así como de que dicha postura conservaba el órgano hacia delante. Al cabo de algunos meses el útero era al parecer mucho más pequeño.

La paciente contrajo matrimonio y por algunos meses no experimentó ninguna particular molestia, hasta que al cabo de dicho tiempo se presentó gradualmente flujo vaginal purulento, sin ningún trastorno en la uretra, las glándulas vulvovaginales ni en el cuello uterino; ni tampoco se halló el gonococo, a pesar de haber hecho repetidas veces el examen microscópico. El flujo purulento era muy copioso, irritante y persistente, a despecho de las irrigaciones y las curaciones vaginales ordinarias. Por último, se pensó en que esta inflamación vaginal rebelde podría ser causada por los tricomonas, como en efecto se logró comprobar. El flujo era característico y a veces tenía el aspecto espumoso: al hacer el examen microscópico se hallaron los protozoarios en gran cantidad. Con el tratamiento adecuado mejoró la vaginitis, por más que persistió en mayor o menor grado por varios meses. Por último, se empuñó la paciente; al progresar la gestación se mitigó poco a poco la vaginitis tricomonásica, hasta que al fin cedió del todo, efectuóse el parto sin incidentes y en el día de hoy la madre goza de salud y felicidad.

Anotaciones. Esta clase de miomectomía que requiere el abrir bien la cavidad uterina, acarrea mucho mayores peligros que la histerectomía, pero en este caso estuvo ajustado a razón el correr tales riesgos, en virtud de los deseos manifestados por la paciente de conservar la función reproductiva. Tenemos en la memoria el caso de otra enferma a quien hicimos la enucleación, no sin grandes dificultades, de un neoplasma profundo un tanto mayor; la paciente era una joven casada, hija de un eminente cirujano. Al abrir el útero hipertrófico e intentar la difícil extirpación de un gran mioma, el padre de la enferma, que asistió al acto quirúrgico en calidad

de espectador, creyó era dudosa la conveniencia de intentar la conservación del útero; con todo, dejó a nuestro juicio la decisión, y a la postre logramos extirpar el neoplasma y reparar convenientemente el órgano, cuyo tamaño era poco más o menos el doble de lo normal. La paciente tuvo feliz convalecencia y desde entonces ha dado a luz normalmente a una criatura.

En ninguno de los ejemplos relatados había padecido el útero ninguna enfermedad o perturbación antecedente y, por tanto, hallábase estéril, lo cual es de suma importancia al considerar los peligros de la miomectomía profunda y complicada. En el siguiente relato se pone muy de manifiesto lo que puede suceder cuando el útero ha padecido invasión de algún género.

Paciente de edad de treinta años, casada dos años antes, dió a luz su primer niño cinco meses y medio antes. La preñez fué normal, salvo que hubo un mioma uterino concomitante, el cual no causó perturbación alguna ni en la preñez ni en el parto, y el puerperio habría sido sin incidentes, a no ser por el flujo sanguinolento, leve, pero continuo, que se presentó, y alguna que otra hemorragia copiosa. Cuatro días antes de que viésemos a la enferma en junta de médicos hubo abundante hemorragia, y al intentar caminar la paciente padeció un síncope, después de lo cual fué encamada, con las caderas levantadas; a pesar de esto, y de los medicamentos internos que se administraron, hubo otras dos hemorragias, que requirieron el taponamiento vaginal.

Exploración. El útero es mucho más grande que la mano empuñada, evidentemente a causa de un mioma profundo, que quizá sea submucoso en su mayor parte. Hay una muesca en el cuello uterino, el cual está un tanto vuelto hacia fuera, pero no muy engrosado. La hemorragia no proviene del cuello, sino del cuerpo uterino. El órgano es muy movable y no hay tumor ni dolor a la palpación en los anexos. Corazón y pulmones normales. Temperatura normal. Pulso 90 y de bastante buena calidad. La paciente se siente débil, particularmente al hacer cualquier ejercicio, y está muy anémica. Tensión sistólica, 96; diastólica, 48. Eritrocitos, 3,350,000; leucocitos, 12,800; hemoglobina, 50 por ciento. Orina normal; prueba de la función renal: 60 por ciento de eliminación en dos horas. Se había hecho el taponamiento vaginal para cohibir temporalmente la hemorragia.

Aconsejamos la extirpación quirúrgica del neoplasma, que daba origen a la hemorragia. La paciente, de sólo treinta años de edad, deseaba vehementemente conservar la función reproductiva.

Operación. Cuerpo uterino del tamaño de una toronja medianamente grande. Nódulo profundo en la pared posterior, que causa la dilatación bastante simétrica de todo el cuerpo. No hallamos adherencias y los ovarios y las trompas eran normales. Incisión larga en la línea media de la pared uterina posterior, que hubo de hacerse por entre la mayor parte del espesor del miometrio antes de llegar al neoplasma; éste era un mioma blando del tamaño de una naranja, con alguna degeneración hemorrágica (roja), pero la mayor parte de él estaba exangüe, tenía consistencia de cuero, color apizarrado y franjas de color más claro. Notábase distintamente en todo él la necrobiosis, que en ningún sitio había llegado hasta el periodo de necrosis con licuefacción o algún otro signo de desintegración. Efectuóse la enucleación del neoplasma abriéndose la cavidad uterina en una gran área. El endometrio que cubría el neoplasma estaba intacto y no presentaba ningún signo de mortificación.

Puesto que no había signos de infección en el neoplasma ni en la cavidad uterina, y en vista de que la paciente deseaba conservar a toda costa la función reproductiva, decidimos dejar el útero. Así, esterilizamos con solución antiséptica la cavidad endometrial, sin tocar la cavidad cervical, cerramos de la manera acostumbrada la herida de la pared uterina, con varias hileras de puntadas de catgut crómico,

de tal manera que efectuara la hemostasis, la coaptación de los bordes de la herida, y diese lugar a que se formara una cicatriz profunda y resistente. En otras porciones del útero extirpamos de debajo del peritoneo otros dos nódulos muy pequeños, hicimos la apendicectomía; el apéndice tenía diez centímetros de longitud y no presentaba signos de inflamación. Cerramos la cavidad abdominal sin canalizarla. La paciente sobrellevó bien la operación y no fué necesario en ningún momento aplicar estimulantes.

En el examen microscópico no se halló signo alguno de malignidad ni de infección, y los tejidos presentaban los caracteres usuales del mioma, con circulación sanguínea defectuosa y degeneración consecutiva. En los cortes que se tiñeron especialmente no se halló ningún microbio.

Curso postoperatorio. El estado de la paciente continuó bueno hasta el día siguiente, cuando la temperatura subió a 39.5° C., y otro día a 40.5° C., con aceleración proporcional del pulso, que alcanzó 140 por minuto, pero de bastante buen volumen. No hubo entonces signos de peritonitis, pero se presentó flujo uterino creciente, en el que se hallaron estreptococos hemolíticos en gran número, sin duda alguna a causa de alguna infección por extremo virulenta que se originó en el útero. Introdujose por el cuello un tubo para canalización, con el fin de evacuar la cavidad infectada, y entre otros medicamentos se administró a la enferma el suero antiestreptocócico. A la mañana siguiente la temperatura había descendido a 38° C., pero por la tarde volvió a subir a 41° C., y continuó empeorando la enferma, a pesar de todo cuanto se hizo (transfusiones sanguíneas, canalización peritoneal, sueros, inyecciones intravenosas de mercurocromo, etc.), y falleció de peritonitis en el sexto día postoperatorio.

La autopsia y los exámenes bacterioscópicos postmórtem mostraron a las claras que la infección virulenta causada por el estreptococo hemolítico principió en la cavidad uterina, se propagó por la pared del útero a la cavidad peritoneal, donde se generalizó. Las siembras bacterianas que se hicieron en sangre mientras vivía la paciente, fueron estériles, y los cultivos postmórtem tomados del corazón, la sangre, el bazo y los riñones, fueron asimismo estériles.

Anotaciones. Cabe aquí el preguntar si habría podido evitarse tan infausto suceso. La respuesta es que ejecutando la histerectomía en lugar de la miomectomía probablemente se hubiera salvado esta vida tan preciosa. Lo que sucedió en este caso es que evidentemente las bacterias virulentas estaban propagándose en el suero sanguíneo, el cual a causa de la continua hemorragia formaba, por decirlo así, un tubo de ensayo con medio de cultivo que se extendía desde fuera del cuerpo hasta dentro de la cavidad uterina. Claro, es posible que después de efectuar la histerectomía hubiera quedado suficiente número de bacterias que causasen la peritonitis mortal, si bien tal cosa no habría sido probable, ya que la vagina puede ser desinfectada bastante bien. La circunstancia que mayor confusión causa en este caso es que no se descubrió ningún signo preoperatorio, ni hubo ningún hallazgo al ejecutar el acto quirúrgico que diese indicios de que había bacterias virulentas en el útero, y al poner por obra la operación todo parecía indicar que alcanzaría buen éxito la miomectomía, como sucede las más de las veces cuando se hace esta operación asépticamente, y si bien fué ésta bastante complicada, no presentó mayores dificultades que las otras dos antes descritas, y de las cuales se recuperaron las pacientes sin padecer ningún trastorno.

No obstante esta dura experiencia respecto de la miomectomía en la cual es preciso abrir la cavidad uterina, no hemos de proscribir la enucleación de miomas profundos, ya que la experiencia nos enseña que esta operación es bastante segura y harto conveniente en mujeres jóvenes que desean vehementemente conservar la función reproductiva. Si comparamos esta operación que acarreó la muerte de la paciente con las dos arriba

citadas, de las cuales se recuperaron presto y sin incidentes las enfermas, se hallarán algunas diferencias, cuya consideración ha de ser útil al decidir entre la miomectomía y la histerectomía, en aquellos casos dudosos cuando es difícil determinar si conviene la una o la otra. Ninguna de las dos pacientes operadas con feliz éxito había padecido perturbaciones intrauterinas causadas por el parto, o por alguna otra circunstancia; la hemorragia era intermitente (tan sólo un acrecentamiento del flujo menstrual), con períodos de remisión en los cuales la enferma se veía exenta de hemorragia, o de otras anormalidades; al ejecutar el acto quirúrgico no se hallaron en el neoplasma signos de degeneración, y el color indicaba que era buena la circulación sanguínea en el mioma, y en ambos casos se abrió una gran porción de la cavidad uterina. Aun cuando al abrir dicha cavidad se aumentan sin género de duda los peligros de la operación, la magnitud de dicha abertura es al parecer de poca importancia, con tal que se pueda reparar convenientemente el útero dañado.

La paciente cuya operación le acarreó la muerte había parido cinco meses y medio antes de poner por obra el acto quirúrgico; el parto y el puerperio fueron normales, y no hubo en ningún momento indicios de infección; el mioma no causó ningún trastorno en la preñez, en el parto ni en el puerperio, salvo leve hemorragia persistente, pero la hemorragia copiosa no se presentó sino cuatro meses después. Unos cuantos días antes de la operación se hizo tan copiosa la hemorragia, que fué menester el taponamiento vaginal para contenerla. Reduciendo a breve suma las circunstancias del caso, hallamos:

1º Que hubo flujo sanguíneo persistente, el cual sirvió de medio de cultivo y favoreció la entrada de las bacterias en la cavidad uterina.

2º Que pocos días antes de la operación se hizo el taponamiento vaginal, de acuerdo con los preceptos usuales de la antisepsia; con todo, la experiencia enseña que es dudosa la total esterilización de la vagina, a pesar de las disposiciones asépticas y antisépticas más estrictas. Por otra parte, con un medio de cultivo propicio al ascenso de las bacterias a la cavidad uterina, el taponamiento vaginal sin género de duda acrecienta las probabilidades de que al ejecutar algunos días después la operación quirúrgica haya bacterias infecciosas en el útero.

3º El neoplasma se hallaba en estado de degeneración, la cual era claramente una necrobiosis circulatoria sin invasión bacteriana, según lo demostraron los síntomas preoperatorios, los hallazgos al ejecutar el acto quirúrgico y por último las investigaciones bacterioscópicas del neoplasma. Así, pues, no es probable que la degeneración del mioma haya tenido parte en la muerte de la paciente, a no ser que hubiese habido algún trastorno circulatorio en los tejidos contiguos, que menoscabase las defensas de éstos. Con todo, tuvimos cuidado de efectuar la escisión hasta el tejido al parecer sano.

Nuestras conclusiones respecto de la miomectomía cuando tenga de abrirse la cavidad uterina, en casos de duda, son las siguientes:

1ª Cuando haya habido hemorragia reciente que hubiese hecho necesario el taponamiento vaginal, ha de preferirse la histerectomía a la miomectomía profunda, y caso que la paciente insistiere en esta última operación, se diferirá ésta (con tal que sea posible contener bastante la hemorragia por medio de las disposiciones conservadoras) por un mes, o más, después de que haya cesado toda perturbación vaginal, a fin de dar oportunidad al conducto genital para que efectúe la autoesterilización.

2ª Cuando la hemorragia persistente requiera la miomectomía profunda, se harán las investigaciones bacterioscópicas preoperatorias del contenido vaginal, y quizás del contenido uterino.

3ª Las mudanzas degenerativas del neoplasma, halladas al ejecutar el acto quirúrgico, indican que debe hacerse la histerectomía, y no la miomectomía profunda. Esta, claro, es una indicación relativa, y depende un tanto de la variedad y la magnitud de la degeneración. La infección, la neoplasia maligna, o los signos sospechosos de cualquiera de ellas, demandan la extirpación del útero. Cuando haya perturbaciones circulatorias considerables en el neoplasma, conviene la histerectomía, a causa de la probabilidad de que estén menoscabadas las defensas de los tejidos contiguos. Las pequeñas áreas de degeneración circulatoria distantes del borde del neoplasma, no contraíndican necesariamente la conveniencia de ejecutar la miomectomía en pacientes que manifiestan deseos de conservar el útero, con tal que sean favorables todas las demás circunstancias.

Resección del cuerpo uterino (Figs. 185 a 195).—Conviene la extirpación de la porción uterina que contiene el neoplasma y la conservación de una parte del cuerpo del útero, para que pueda continuar la función menstrual, cuando los neoplasmas están situados favorablemente y la enferma es comparativamente joven.

Operación vaginal

En los siguientes casos es preferible efectuar la extirpación del neoplasma por la vía vaginal (Figs. 196 a 254):

1º Cuando el tumor formado por el neoplasma y por el útero sea lo bastante pequeño para ser extirpado por la vagina, sin que sea menester la bisección, y no haya adherencias que pudieran impedir el descenso y la exteriorización del útero.

2º Cuando la paciente se halla en tal estado, que es preciso evitar el choque y las dilatadas manipulaciones peritoneales que requiere la operación abdominal. En estas pacientes que ofrecen peligros indebidos a la operación abdominal, por lo común ha de preferirse la histerectomía vaginal ejecutada rápidamente según el método de las pinzas. Algunas veces conviene la operación vaginal aun cuando el tamaño del útero miomatoso haga necesaria la bisección, o aun la extirpación en fragmentos.

3º Cuando el neoplasma del cuerpo uterino por su situación y tamaño permita al ejecutar la operación vaginal, explorar convenientemente y extirpar con facilidad el neoplasma (miomectomía vaginal).

4º Cuando el mioma es pediculado y sobresale hacia el cuello uterino o la vagina, y no hay ningún otro neoplasma de las porciones superiores del útero que requiera la operación abdominal.

5º Cuando el mioma sea totalmente cervical, o esté situado en una porción tan baja del cuerpo uterino, que pueda extirparse fácilmente por la vagina.

TRATAMIENTO DEL MIOMA SANGRANTE

No es por demás el hablar un tanto pormenorizadamente del tratamiento preferible de los miomas que sangran persistentemente. En un artículo publicado por el autor *senior* (*Jour. Missouri Med. Ass.*, Vol. 23) presentó de la siguiente manera las minucias de las diversas variedades de pacientes:

Los miomas sangrantes en pacientes exangües ofrecen grandes dificultades, las cuales requieren estudios especiales y particular cuidado, a fin de evitar la muerte. La debilidad de la paciente proscribire toda operación complicada para extirpar el neoplasma, pero al mismo tiempo, la hemorragia continua debilita a la enferma tan rápidamente, que no es posible compensar su debilitamiento con disposiciones restauradoras. Así, pues, es imperioso contener la hemorragia, mas ello ha de lograrse sin menoscabar las pocas fuerzas vitales que aun le quedan. Conviene dividir el tratamiento de estas pacientes, en clases o grupos que representen las diversas circunstancias que concurren en el caso, ya que la decisión respecto del tratamiento depende en gran manera del estado local de los tejidos y del estado general de la enferma. Según esto, pueden diferenciarse bastante bien los siguientes grupos clínicos: 1º, miomas que se originan en el cuello uterino, o que descienden hasta él; 2º, pequeños miomas del cuerpo uterino en pacientes menopáusicas, o que se aproximan al período climatérico; 3º, pequeños miomas del cuerpo en mujeres jóvenes; 4º, grandes miomas del cuerpo en pacientes que se hallan cerca de la menopausia, y 5º, grandes miomas del cuerpo en mujeres más jóvenes.

1ER. GRUPO. MIOMAS QUE SE ORIGINAN EN EL CUELLO UTERINO, O QUE DESCIENDEN HASTA ÉL

Las pacientes en quienes al efectuar la exploración vaginal se descubre un neoplasma redondo y sangrante situado en la bóveda vaginal, constituyen el grupo más sencillo, si se las mira a la luz del diagnóstico y del tratamiento. Con todo, no es tan fácil este último como parecería a primera vista. En primer lugar, la circunstancia de que la enferma ha padecido gran pérdida de sangre, ha de servir de advertencia de que la palpación del neoplasma podría provocar copiosa hemorragia y, por

tanto, ha de diferirse dicha palpación con el fin de hacer el diagnóstico diferencial, hasta que la paciente esté internada en un hospital, o hasta que se hagan las disposiciones necesarias para cohibir la hemorragia. En tales casos, el médico ha de lograr dos cosas: primera, contener la hemorragia continua o recurrente que debilita tanto a la paciente, y segunda, cerciorarse de si hay algún neoplasma maligno.

En estas pacientes son convenientes los siguientes procedimientos: teniendo todo dispuesto para efectuar al punto el taponamiento, caso que se provocara hemorragia abundante, hará el médico la palpación cuidadosa alrededor del neoplasma, o hasta donde le sea posible. Si hallare pedículo bien formado, introducirá unas pinzas fuertes, guiadas por los dedos, y comprimirá el pedículo con dicho instrumento todo lo más arriba posible. Con tijeras curvas, largas, que introducirá de igual manera que las pinzas, cortará transversalmente el pedículo debajo de éstas. Con dicha operación, efectuada diligentemente, se puede a menudo extirpar el neoplasma sangrante sin causarle a la paciente mucho mayor perturbación que si se hiciese el examen vaginal común y corriente. Las pinzas se dejan prendidas al pedículo y se pone un tapón vaginal no muy apretado, alrededor de ellas, para evitar que el metal se ponga en contacto con las paredes de la vagina. Al cabo de veinticuatro, o de cuarenta y ocho horas, se quitan las pinzas, lo cual dependerá del espesor del pedículo. La extirpación del neoplasma pediculado cohibe la hemorragia, cuando ésta es causada por el mioma, y al efectuar el examen microscópico de éste se pone en claro la índole maligna o benigna de la porción extirpada de él. Además de esto, al extirparse el tumor que obstruía la bóveda vaginal se hace posible la palpación bimanual del útero y de los anexos, y caso que no se descubriese ningún abultamiento en las porciones superiores de la pelvis, será lícito inferir que el neoplasma pediculado era el principal estado morbooso, y que no continuará la hemorragia. Después de esto, se prescribirá algún régimen reconstituyente, que conste de las substancias medicinales y alimentos adecuados, y si fuere necesario, de la transfusión sanguínea.

Es más complicado el tratamiento de los neoplasmas que no tienen pedículo delgado y que sobresalen por el conducto cervical, pero están adheridos a la pared del cuello por medio de un pedículo grueso, pues en tales casos es necesaria una operación quirúrgica más complicada (corte de tejidos y suturas), cuya magnitud sólo se puede determinar al paso que se ejecute la operación y, por consiguiente, han de hacerse las disposiciones necesarias. Si la anemia de la paciente es muy intensa y se puede cohibir temporalmente la hemorragia con el taponamiento, es acertado hacer la transfusión preoperatoria, y al ejecutar la operación, claro está, importa limitar ésta, así como la anestesia, al mínimo. En estas pacientes es eficaz la analgesia causada por la morfina y la escopolamina, las cuales se administran antes de la anestesia y son tan buenos sus efectos que rara vez se requiere ningún otro anestésico para efectuar el legrado uterino, la escisión de tejidos para la biopsia, la aplicación

intrauterina de radium, o la escisión de neoplasmas cervicales. Todas las manipulaciones han de efectuarse con delicadeza, teniendo cuidado de no perturbar indebidamente a la enferma. Es en verdad sorprendente la cantidad de tejidos que se puede extirpar con la analgesia de morfina y escopolamina, cuando se evitan las manipulaciones bruscas; y cuando fuere menester podrá añadirse la anestesia local por infiltración del cuello uterino.

Cuando se haga la escisión de neoplasmas cervicales, conviene además efectuar el legrado uterino, con el fin de excluir del diagnóstico la neoplasia maligna de las porciones superiores del útero, y se aprovechará además la relajación parcial de la paciente, para hacer el examen bimanual del cuerpo uterino y de los anexos.

Al hacer las disposiciones necesarias para lo que se crea será una operación sencilla, no ha de olvidarse el que posiblemente sea preciso cortar una gran porción del cuello uterino, según se pone de manifiesto en el siguiente caso:

Un médico nos llevó a su hermana para que le tratásemos la hemorragia uterina persistente. Al efectuar la exploración hallamos un pequeño mioma duro, situado en el centro del conducto cervical, cuya porción inferior estaba lo bastante dilatada para poder introducir la punta del dedo. Nos pareció fácil dilatar esta porción cervical y extirpar el pequeño neoplasma. La paciente era una mujer virgen, y fué necesaria la anestesia para distender el orificio vaginal y el cuello uterino. La porción inferior de este último no pudo ser dilatada lo bastante para coger con las pinzas el neoplasma, y en tal virtud dividimos la pared anterior del cuello, poco más o menos hasta la mitad de él, después de lo cual descubrimos que el nódulo que se palpaba en el cuello era tan sólo el extremo inferior de un neoplasma de mayor tamaño, redondo y movable, situado en la cavidad uterina. Fué necesario dividir la pared vaginal delante del cuello, para coger el neoplasma, y hubimos de despegar del útero la vejiga, y continuar la división del cuello hasta más arriba del orificio interno, lo cual nos dió espacio suficiente para introducir el dedo en la cavidad endometrial, determinar el tamaño y las relaciones del neoplasma, y efectuar su extirpación.

2º GRUPO. PEQUEÑOS MIOMAS DEL CUERPO UTERINO EN PACIENTAS MENOPÁUSICAS, O QUE SE APROXIMAN AL PERÍODO CLIMATÉRICO

La paciente menopáusica, o que se halla cerca de este período de la vida, que padece hemorragia persistente y moderada dilatación del útero, puede tener ora un mioma pequeño, o bien un neoplasma maligno del útero. El tratamiento ha de ir encaminado a contener la hemorragia y cerciorarse de si hay neoplasia maligna, y para ello conviene ejecutar el legrado uterino. Si la paciente ha parido, por lo común puede efectuarse la raspadura con analgesia de morfina y escopolamina, con tal que no se hagan manipulaciones bruscas antes o durante la operación. Si al examinar las raspaduras no se hallan signos de malignidad, no es preciso hacer ningún otro tratamiento local, a no ser que vuelva a presentarse la hemorragia. El legrado, sucedido de la aplicación de fenol, suele cohibir temporalmente y a veces de manera permanente la hemorragia. Como

coadyuvantes, se administrarán astringentes uterinos, o substancia mararia, por vía interna, en dosis moderadas por dos o tres meses, y caso que volviere la hemorragia se aplicará la radiumterapia; por lo común una dosis de 1,200 a 1,800 horas de miligramo, ocasiona la suspensión de todo flujo uterino menstrual o de otra índole. En estos casos es sumamente beneficioso el radium debidamente aplicado.

Si al examinar las raspaduras endometriales se averigua que hay carcinoma o sarcoma del endometrio, se empleará entonces la radioterapia para neoplasias malignas intrauterinas, con el fin de contener temporalmente el progreso de la enfermedad y efectuar más tarde la histerectomía, luego que haya mejorado el estado de la enferma.

Cuando por las circunstancias antecedentes y los hallazgos del examen, se ve claramente que hay un pequeño mioma, solemos hacer la aplicación de radium al mismo tiempo que la raspadura diagnósticoterapéutica, y si al efectuar el examen microscópico de los tejidos extirpados se hace el diagnóstico de neoplasia maligna, se puede hacer entonces otra aplicación de radium para completar la dosis requerida, o bien se efectuará la extirpación quirúrgica del útero, según mejor convenga.

3ER. GRUPO. MIOMAS PEQUEÑOS O MEDIANOS DEL CUERPO UTERINO EN MUJERES JÓVENES

Cuando la paciente se halle en el período prolífero de la vida, han de evitarse el radium y los rayos X, a causa de su acción destructora de la función ovárica, y puesto que para contener el crecimiento del mioma se requieren dosis tan grandes de aquél o de éstos, su aplicación acarrearía necesariamente el menoscabo de los ovarios. Mas aun cuando no se destruyese la función de éstos, padecerían grave daño los óvulos en formación. En el día de hoy se discute acerca del mayor o menor efecto que la radioterapia de la pelvis haya tenido como causa de los monstruos nacidos recientemente.

Cuando una mujer joven padece hemorragia causada por mioma uterino pequeño o de mediano tamaño, por lo común se prescribe algún tratamiento medicamentoso, que incluye la administración de astringentes uterinos, o de preparados endocrinos, o de ambos, y caso que se contenga la hemorragia se repetirán éstos de cuando en cuando, según sea necesario. Si a pesar de los medicamentos internos continúa la hemorragia, se hace el legrado uterino seguido de la aplicación de astringentes en la cavidad del órgano, y se examinan las raspaduras, para cerciorarse de las mudanzas, si es que las hay, que se estén efectuando en el endometrio. Después del legrado se continúa la administración de los medicamentos internos, según sea necesario para regular el flujo menstrual.

Los métodos radicales de tratamiento sólo han de ponerse por obra cuando persista la hemorragia copiosa, a pesar de las antedichas disposiciones, y en estas mujeres jóvenes el único tratamiento radical que debe emplearse es la extirpación quirúrgica del neoplasma, lo cual no deja

de hacerse con cierta renuencia por razón de la posibilidad de que sea preciso destruir la función uterina. Ciertamente, la operación se principia con la esperanza de que sea posible efectuar la miomectomía y conservar el útero, mas no ha de echarse al olvido la posible contingencia de que sean adversas las circunstancias. Cuando el mioma penetra profundamente en la pared uterina, ha de ponerse detenidamente la consideración en los peligros de la miomectomía, de lo cual hemos hablado en párrafos anteriores.

4º GRUPO. GRANDES MIOMAS DEL CUERPO UTERINO EN PACIENTAS QUE SE HALLAN CERCA DE LA MENOPAUSIA

Cuando en esta clase de pacientes hay abundante hemorragia a causa de un gran mioma que ocupa toda la pelvis y la porción inferior del abdomen, el tratamiento depende del estado general de la paciente. Cuando es moderada la anemia a causa de la hemorragia y es bastante bueno el estado general, lo más seguro es ejecutar inmediatamente la extirpación quirúrgica del neoplasma y del útero, ya que las disposiciones terapéuticas provisionales sólo sirven para acrecentar la pérdida de sangre y debilitar aún más a la enferma. Ni tampoco es para aconsejada la raspadura ni ninguna otra manipulación intrauterina, pues no cabe ya la menor duda acerca de la conveniencia de ejecutar la histerectomía; y el legrado acrecentaría los peligros de ella, en virtud de las desgarraduras de los tejidos intrauterinos y de la posibilidad de introducir nuevas bacterias. Caso que la anemia fuere bastante intensa, se hará la transfusión sanguínea preoperatoria.

No es menester cerciorarse de si hay algún estado maligno del endometrio para decidir si ha de efectuarse la histerectomía, puesto que el gran mioma sangrante demanda por sí solo dicha operación. Inmediatamente después de extirpados el útero y el neoplasma se abrirán e inspeccionarán, con el fin de que si se hallan signos de malignidad, se extirpen el cuello uterino y los anexos en los siguientes tiempos de la operación.

Son más difíciles de tratar las pacientes anémicas que padecen hemorragia, en las cuales hay además alguna enfermedad concomitante, v. gr., del corazón o de los riñones. En tales casos no debe ejecutarse nunca la operación radical inmediata, sino se emplearán disposiciones terapéuticas paliativas encaminadas ante todas cosas a contener la hemorragia, mas no ha de olvidarse que cualquier tratamiento que se prescriba ha de procurar por todos los medios la conservación de las escasas reservas vitales de la paciente. El taponamiento vaginal, hecho con todo género de precauciones antisépticas y repetido cada dos o tres días, es a veces muy útil, ya que contiene temporalmente la hemorragia, mientras se reconstituye a la enferma por medio del régimen alimenticio, de medicamentos tónicos y hemostáticos (calcio, coagulantes sanguíneos, tales como la tromboplastina, etc.), así como mediante la transfusión sanguínea.

Al cabo de una o dos semanas de poner en ejecución este tratamiento reconstituyente, el estado de la enferma permite de ordinario efectuar

el legrado uterino, o la aplicación de radium con analgesia de morfina y escopolamina. Ello no obstante, al decidir esta clase de tratamiento, cuyos efectos son tan sólo temporales, ha de ponerse la consideración en el estado general de la paciente, ya que de él depende en gran manera la decisión. Si la mejoría fuese tan rápida que en poco tiempo pudiera la enferma resistir la operación radical, preferible será entonces renunciar al antedicho tratamiento temporal, y llevar a efecto la operación quirúrgica tan pronto como sea posible. Por otra parte, cuando es evidente que ha de diferirse por largo tiempo la operación, o que quizá sea necesario renunciar a ella, se recurrirá a las disposiciones terapéuticas conservadoras. El legrado uterino indicará con exactitud si hay neoplasia maligna concomitante en el endometrio, y la radiumterapia por lo común cohibe la hemorragia por largo tiempo, ora sea causada por algún mioma submucoso, o por neoplasma maligno. Caso que se hiciere el diagnóstico de estado maligno concomitante, se procurará ejecutar la operación radical tan pronto como sea posible, o si no se pudiese hacer en breve tiempo se harán nuevas aplicaciones de radium o de rayos X, o de ambos.

Al hablar de la radiumterapia es preciso poner muy de manifiesto la necesidad de que las aplicaciones se hagan como es debido. Según queda dicho, el radium es un poderoso agente terapéutico cuya acción destructora es en algunos respectos mayor que la del bisturí, y de ahí que su aplicación a ciertas enfermedades graves requiera experiencia, habilidad y estudios especiales. En la hora presente, muchas aplicaciones radiumterápicas ocasionan daño considerable. Es imposible lograr buenos efectos de dicho método terapéutico, cuando no se poseen los necesarios conocimientos acerca de los tejidos dañados y de las reacciones que en ellos ocasiona el radium, en circunstancias tan variables y en tan diversos estados morbosos, y tales conocimientos sólo se adquieren con la experiencia personal, la observación y el estudio perseverante. Tales cosas son necesarias particularmente en lo tocante al carcinoma del útero, pero también comprenden los miomas uterinos graves. La feliz aplicación del radium al tratamiento de los antedichos estados morbosos se cifra en el complicado problema de emplear el "bisturí químico", con el fin de suprimir cuanto sea posible la enfermedad, sin menoscabar los órganos y tejidos contiguos que están en relación íntima con los tejidos dañados, o que quizás ya hayan sido invadidos por el neoplasma.

5º GRUPO. GRANDES MIOMAS DEL CUERPO UTERINO EN MUJERES MÁS JÓVENES

En tales pacientes es de suma importancia el conservar la función reproductiva, lo cual se logra cuando es factible la miomectomía, y aun cuando sea preciso extirpar la porción superior del útero junto con el neoplasma, se puede conservar la menstruación, con tal que se haga el corte bastante arriba del orificio interno. Mas aun cuando fuere de todo punto necesario el destruir las funciones reproductiva y menstrual, queda el recurso de conservar los ovarios. En las mujeres jóvenes, al efectuar

el tratamiento radical, o paliativo, ha de procurarse por todos los medios evitar la destrucción de la función ovárica, lo cual excluye la aplicación de radium y de los rayos X. Fuera de esto, el tratamiento de grandes miomas que causan abundante hemorragia en esta clase de pacientes, es poco más o menos igual que el del grupo precedente, esto es, se cohibirá la hemorragia por los medios que ahí se requieran y se reconstituirá a la paciente, a fin de que pueda sobrellevar la extirpación quirúrgica del neoplasma.

LA PREÑEZ Y EL MIOMA

Antes de que se descubriese la antisepsia y se perfeccionase la obstetricia, esta complicación ofrecía muy grave pronóstico. Lafour, en 300 mujeres que padecían mioma y parieron *per vias naturales*, halló que la mortandad materna fué de cuarenta por ciento, y la infantil de setenta y siete por ciento. En 147 partos estudiados por Susserott, la mortandad materna fué de cincuenta y tres por ciento y la infantil de sesenta y seis por ciento. En la hora presente, gracias a los progresos alcanzados por la obstetricia, dicha complicación es mucho menos grave, mas no por ello deja de ser imperioso el tratamiento diligente y las observaciones especiales.

Morbilidad.—En la Tabla I se verá la frecuencia aproximada de esta complicación.

TABLA I

	TOTAL PACIENTAS OBSTÉTRICAS	PACIENTAS CON MIOMAS DE SIGNIFICACIÓN CLÍNICA	TANTO POR CIENTO
Pinard	13,915	84	0.6
Schatau	100,000		0.7
Clinque			
Baudelocque	14,000	18	0.13
Glasgow	13,000	4	0.03
Cragin y Ryder	20,000	89	0.45
Pierson	30,836	191	0.60

Según las observaciones de Pinard, poco más o menos el treinta y cinco por ciento de las pacientes que padecieron esta complicación requirieron el tratamiento quirúrgico, y la mortandad de las pacientes operadas fué de 3.6 por ciento. Según Pierson, el veintiuno por ciento de sus pacientes requirieron la operación, y la mortandad materna fué de 1.5 por ciento y la fetal de 7.7 por ciento.

En el grupo de Pierson, poco más o menos el veinticuatro por ciento abortaron, o tuvieron parto prematuro espontáneo, con el setenta y ocho por ciento de mortandad fetal. Otros autores han dado a conocer guarismos semejantes: Pinard, quince por ciento; Lobenstein, quince por ciento; Cragin y Ryder, veinticuatro por ciento de abortos, o partos prematuros espontáneos cuando la preñez estuvo complicada con el mioma.

Métodos de tratamiento

Los diversos métodos de tratamiento que se han empleado cuando se presenta la complicación de la preñez y el mioma, incluyen los siguientes: ningún tratamiento, miomectomía, histerotomía con miomectomía, histerectomía, aborto provocado, y en las preñeces más avanzadas, operación cesárea con miomectomía, u operación cesárea con histerectomía.

Ningún tratamiento.—Las más de las preñeces complicadas con mioma llegan a su término si se da a la paciente el debido cuidado prenatal, mas debe el cirujano estar prevenido para operar en caso que se presente alguna complicación. Como es de suponer, algunas de estas pacientes requieren el tratamiento quirúrgico. En el grupo de Pierson, de las cuarenta y dos pacientes operadas, se ejecutó en veintiocho de ellas la operación cesárea. La Tabla II pone de manifiesto el tanto por ciento aproximado de complicaciones obstétricas que se presentaron en las pacientes de Pierson, en las cuales la preñez se complicó con el mioma, en comparación con las complicaciones que se presentaron en preñeces normales.

TABLA II

	CUANDO HUBO MIOMA TANTO POR CIENTO	EN PACIENTAS NORMALES TANTO POR CIENTO
Aborto y parto prematuro	24	14
Parto "seco"	44	7
Inercia uterina	34	1
Parto prolongado	16	1
Aplicación media de fórceps	16	7
Aplicación alta de fórceps	3	½
Presentación de nalgas	18	6
Versión podálica (interna)	9	2
Hemorragia	33	4
Mortandad fetal al cabo de tres meses	32	6
Mortandad materna	3	1

Miomectomía.—Se ejecuta la extirpación quirúrgica del neoplasma y se deja que continúe la preñez, si esto es posible. En algunas estadísticas antiguas de esta operación, la mortandad materna fué del doce al veinticuatro por ciento, y la mortandad fetal fué a veces hasta de treinta y ocho por ciento. En estadísticas más recientes publicadas por la *Clinique d'Obstetrique et de Gynecologie*, por Vaudesca, el término medio de la mortandad materna es de 1.9 por ciento, y la infantil de trece por ciento. En unas estadísticas de operaciones de miomectomía en la preñez, hechas por Troells, el 14.6 por ciento de las pacientes abortaron en la primera mitad de la gestación, y el treinta por ciento en la segunda mitad. De las preñeces que llegaron a término, el 14.5 de las criaturas murieron poco antes o después del parto.

Sólo ha de preferirse la miomectomía en muy pocas ocasiones, ya que el peligro de la hemorragia, la infección, o la ruptura del útero al final de la preñez, contraindican la operación. Con todo, ha de estudiarse cada paciente en particular, pues de cuando en cuando conviene efectuar la miomectomía, especialmente cuando el mioma es pediculado y causa perturbaciones en los períodos incipientes de la gestación.

Histerotomía seguida de miomectomía.—Liepmann, en artículo reciente, aconseja ejecutar la histerotomía para vaciar el útero, y hacer luego la miomectomía, cuando el neoplasma está tan próximo a la cavidad uterina que el peligro de la hemorragia postoperatoria, o de la ruptura del útero al final de la preñez contraindicaría la sola enucleación del mioma. Con el antedicho método se conserva la función menstrual, y si se desea, se puede efectuar la esterilización, con el fin de evitar futuras preñeces. Claro, bien pudiera suceder que más adelante fuese necesaria la histerectomía y, por tanto, esta operación sólo ha de ejecutarse en pacientes jóvenes.

Tocante a la técnica, Liepmann recomienda los méritos de la inyección de pituitrina en la pared del útero momentos antes de hacer la incisión, con el fin de evitar la hemorragia. Menge y Miller hacen la ligadura parcial antes de la histerotomía, con el fin de cohibir la hemorragia, y Bonney se vale para ello de pinzas especiales.

Histerectomía.—Cuando sea evidente que no puede continuar la preñez hasta su término a causa del tamaño, la situación, o el número de los miomas, ha de preferirse la histerectomía en los primeros períodos de la preñez. Si se ejecuta esta operación en dichos períodos incipientes, antes de que se presenten graves complicaciones, la mortandad es tan sólo un tanto mayor que cuando se lleva a efecto en pacientes no preñadas.

Aborto provocado.—Puesto que la paciente se halla en grave estado y está en peligro su vida, se ha propuesto y ejecutado el vaciamiento del útero por la vía natural. Lafour allegó treinta y nueve informes de pacientes preñadas que padecían mioma uterino, en quienes se puso por obra esta operación; la mortandad fué de treinta y seis por ciento. Cuando hay mioma uterino que complica la gestación, el aborto espontáneo o provocado acarrea grandes peligros, a causa de la dificultad que ofrece el total vaciamiento del órgano y del frecuente acaecimiento de la hemorragia y la infección.

Fácil es entender la razón de estas consecuencias adversas, si se piensa en el desfiguramiento de la cavidad uterina ocasionado por los miomas, y se trae a la memoria que el legrado uterino tiene de efectuarse, por decirlo así, "a ciegas".

Operación cesárea.—Cuando es posible lograr que la preñez llegue a su término, y hay algún mioma que causa perturbaciones, o que está situado de manera que impide el parto natural, conviene ejecutar la operación cesárea. La miomectomía, o la histerectomía después de dicha

operación, depende del tamaño, situación y variedad del mioma, y de la necesidad de conservar el útero.

Selección del tratamiento

El tratamiento depende del tamaño y la situación del neoplasma, así como del período de la gestación.

Cuando el mioma está situado en la porción superior del útero, es pequeño o de tamaño mediano, y no causa muchos trastornos, debe diferirse el tratamiento hasta después del parto.

Si el neoplasma es tan grande, o está situado (mioma cervical) de manera que excluya toda posibilidad de que se efectúe el parto por las vías naturales al final de la preñez, el tratamiento depende en cierto modo del período que haya alcanzado la gestación. En los primeros períodos de la preñez, es más segura la histerectomía, y en ocasiones excepcionales el neoplasma está situado de manera que estaría ajustada a razón la miomectomía (abdominal o vaginal), con el fin de conservar la función reproductiva.

Cuando la preñez está ya muy avanzada, es a veces acertado diferir la operación hasta el final del período gestante, o poco antes, con la esperanza de salvar a la criatura por medio de la operación cesárea.

Como es de suponer, es muy variable el pronóstico de esta complicación, pues hay casos en que se tiene casi la certeza de que no se presentará ninguna dificultad, y en cambio hay pacientes en quienes es de todo punto imposible el que la preñez llegue a su término. Entre estos dos extremos se hallan las pacientes que presentan los más difíciles problemas. Cuando el cirujano ve a la enferma en los primeros meses de la preñez, se halla en la imposibilidad de predecir la magnitud que ha de alcanzar el mioma en el curso de la gestación, lo cual dificulta a veces su decisión respecto del tratamiento que más convenga. Si después de estudiar debidamente las circunstancias del caso hubiere alguna duda, será preferible esperar.

Hay multitud de miomas que no causan ningún trastorno sino hasta cuando se presenta la preñez. Así, sucede a veces que en el tercero o el cuarto mes del período grávido, el útero miomatoso empieza a dar signos de intolerancia del producto de la concepción, conviene a saber: hemorragia y dolores que persisten a pesar del tratamiento sedativo, los cuales dan indicios de que es inevitable el aborto y que probablemente pereció el embrión. Preséntase entonces la duda de si ha de vaciarse o extirparse el útero. Puesto que tales casos son muy variables, la decisión ha de fundarse en el estudio minucioso de la paciente. Algunas veces la situación y el tamaño de los miomas indican que no son éstos la causa del aborto inminente, y en tales casos el tratamiento ha de ser muy semejante al del aborto inminente cuando el útero es normal. En cambio, cuando por el número, el tamaño y la situación de los nódulos miomatosos se ve a las claras que éstos son la causa de la interrupción de la preñez, ha de preferirse la histerectomía, o la miomectomía, por las siguientes razones:

1ª Por razón del señalado desfiguramiento de la cavidad uterina, a causa de los neoplasmas, pudiera ser imposible el total vaciamiento del útero.

2ª En virtud de la inhabilidad del útero para contraerse debidamente después de su vaciamiento, se corre el riesgo de que se presente abundante hemorragia.

3ª Es muy probable la infección, aun cuando se tenga el mayor cuidado, pues a causa de la hemorragia persistente bien pudiera suceder que las bacterias hubiesen penetrado ya en la cavidad uterina, y al abrir los espacios linfáticos, al dejar restos placentarios en las porciones inaccesibles de la cavidad, y al traumatizar algunas porciones del neoplasma cerca de la membrana mucosa, se acrecientan en gran manera los peligros de la infección.

4ª Es posible que unos cuantos días después, al presentarse la infección, sea necesario ejecutar la histerectomía, y en tales circunstancias dicha operación acarrearía mucho mayores peligros.

5ª Aun cuando se lograra vaciar totalmente el útero y se restableciera la paciente, sería probable que esta clase de neoplasmas continuara causando trastornos, que a la postre hiciesen necesaria la extirpación quirúrgica.

CAPÍTULO VI

NEOPLASMAS MALIGNOS DEL ÚTERO

Los neoplasmas malignos del útero, como los de cualquiera otra región del cuerpo, son de dos clases: el carcinoma y el sarcoma, mas el primero es mucho más frecuente que el segundo, y de ahí su mayor importancia. Si bien el carcinoma presenta algunos caracteres especiales, tocante a la patogenia y el diagnóstico, que requieren estudio por separado en un libro de texto de ginecología, su tratamiento radical es casi idéntico al del sarcoma y, por consiguiente, no es preciso estudiarlo separadamente en este libro. En tal virtud, las disposiciones terapéuticas de que aquí trataremos al estudiar el tratamiento del carcinoma del cuello y cuerpo uterinos, son también aplicables al tratamiento del sarcoma de las antedichas regiones.

Tomando el carcinoma por prototipo de los neoplasmas malignos del útero, expondremos todo lo concerniente a su tratamiento debajo de dos títulos principales, a saber: carcinoma del cuello y carcinoma del cuerpo uterino, y a continuación daremos algunos pormenores peculiares del sarcoma y del corioepitelioma.

Carcinoma del cuello uterino

Breve reseña histórica

Apuntaciones acerca del diagnóstico

Biopsia

Metástasis al efectuar la biopsia

Clasificación

Clasificación clínica

Clasificación patológica

Principios del tratamiento

Pormenores de los diversos métodos terapéuticos

Tratamiento subsecuente

Prevención del carcinoma del cuello uterino

Carcinoma del cuerpo uterino

Apuntaciones acerca del diagnóstico

Clasificación patológica

Clasificación clínica

Principios del tratamiento

Pormenores de los diversos métodos

Tratamiento subsecuente

Prevención del carcinoma del cuerpo uterino

Sarcoma y corioepitelioma

CARCINOMA DEL CUELLO UTERINO

El carcinoma del cuello uterino es, con ventaja, la neoplasia maligna más frecuente del útero; por su parte, el carcinoma del útero se cuenta entre los neoplasmas malignos más comunes en cualquiera parte del cuerpo, y se equipara con el carcinoma del estómago disputándole el primer lugar.

Breve reseña histórica

Desde tiempo inmemorial el carcinoma del cuello uterino ha sido objeto de continuos estudios. La hemorragia, el flujo, el dolor creciente, la incapacidad que ocasiona, el enflaquecimiento progresivo, y por último la muerte inevitable, formaban los eslabones de una cadena de siniestros sucesos, sorprendentes por su curso inexorable, desalentadores por la frecuencia con que acarreaban la muerte. El tratamiento era impotente para atajar el curso de la enfermedad y lo más que lograba era servir de paliativo, pues sólo se cifraba en el alivio del dolor, de la hemorragia y del flujo, por medio de irrigaciones, de aplicaciones locales, de cauterizaciones y de medicamentos sedantes. Nadie ignoraba la imposibilidad de lograr la cura; para todos era evidente el desesperado trance de la enferma.

El primer método que dió de sí alguna esperanza de curación, fué el de cauterizar grandes porciones de tejidos con sustancias químicas o con el termocauterío, por lo común con este último, con lo cual se lograba disminuir la hemorragia y el flujo, y se atajaba temporalmente el curso de la enfermedad. De cuando en cuando conseguíase la supresión de pequeñas áreas carcinomatosas, cuando se hallaba la neoplasia en su período incipiente y los primeros síntomas eran tan sólo causados por las complicaciones, mas esto sucedía tan rara vez, que era la excepción y no la regla.

El siguiente progreso alcanzado en pro de la curación, fué la histerectomía, la cual fracasaba también las más de las veces. Es por extremo interesante echar hacia atrás un vistazo y contemplar las diversas etapas en la marcha del tratamiento, y ver cómo de la absoluta derrota nació con el decurso de los años el triunfo que ha venido a llenar de esperanzas cada vez más lisonjeras, a las presentes generaciones. En las siguientes líneas ¹ el autor *senior* trajo a la memoria tales hechos.

Hace unos cuarenta años empezaba apenas el tratamiento del carcinoma del cuello uterino a convertirse en la realidad de la histerectomía ordinaria. Pocos años antes, el feliz suceso alcanzado por la cirugía en el tratamiento de otras enfermedades de la mujer, había hecho vislumbrar grandes esperanzas cuanto a la curación de esta temible enfermedad mediante la extirpación del órgano enfermo. En aquel entonces el tratamiento aceptado era la histerectomía vaginal o abdominal, que se había puesto en ejecución en multitud de pacientes, con excelentes efectos inmediatos. Ello no obstante, con el decurso del tiempo se sacaron a luz algunas circuns-

¹ Tomadas del discurso anual sobre cirugía (*The annual guest Oration on Surgery*) pronunciado en la junta de la *Illinois State Medical Society*, en 1933 (*Ill. Med. Jour.*: 64: 123, agto. 1933).

tancias desalentadoras: el gran número de enfermas a quienes se hizo la histerectomía y que por el momento experimentaron tanta mejoría, fué decreciendo poco a poco de resultados de la recidiva del carcinoma que ocasionaba la muerte. Año tras año el número creciente de fallecimientos entre las primeras pacientes operadas tuvo presagios funestos, y no hubo de transcurrir mucho tiempo antes de que, a despecho del oleaje de optimismo, se llegara a la conclusión de que la histerectomía, tal como entonces se ejecutaba, no conducía a la curación del carcinoma del cuello. De una larga lista de pacientes operadas, ni una sola sobrevivió cinco años, y en otra sólo una que otra enferma quedó con vida, con lo cual se desvanecieron todas las esperanzas que al principio se pusieron en la operación, y la clase médica volvió a quedar como primero estaba, sin ningún tratamiento curativo de la enfermedad.

Sin embargo de ello, no fué infructuosa esta dura experiencia, pues demostró concluyentemente que había alguna circunstancia desconocida, o quizás algún hecho conocido que había menester más detenidos estudios. Los esfuerzos que entonces se hicieron encaminados a determinar la causa del fracaso de la histerectomía ordinaria en la curación del carcinoma cervical fructificaron en uno de los más admirables y valiosos trabajos de patología en la historia de la medicina.

Al comprobarse irrefutablemente que había diminutas prolongaciones carcinomatosas impalpables más allá de los tejidos neoplásicos palpables en el cuello y en el parametrio, se dió en la cuenta de que esta era la razón de por qué la histerectomía, tal como entonces se ejecutaba, era insuficiente para curar el carcinoma. Dichas prolongaciones, ora se efectuasen por continuidad de células neoplásicas, ora por medio de la metástasis de células carcinomatosas a glándulas distantes, tenían el mismo efecto, a saber, la recidiva. De esta suerte se hizo evidente que era necesario hallar algún medio de destruir esas células carcinomatosas dispersas, cuya diseminación se había efectuado ya sin género de duda cuando se comenzó el tratamiento.

Podemos en breves palabras recapitular el notable progreso del tratamiento del carcinoma cervical, que del absoluto fracaso se convirtió en la salvación de la cuarta parte de las pacientes tratadas. Advirtiósse que las poquísimas curaciones que acaecían después de la histerectomía simple, coincidían las más de las veces con la aplicación del termocauterio, en especial del cauterio de poco calor. Sin género de duda el calor tenía alguna propiedad que cohibía la multiplicación de las células carcinomatosas, en cuya virtud era más eficaz la escisión con el termocauterio que con el bisturí, ya que aunque se hicieran las incisiones por entre el tejido canceroso, a menudo cicatrizaban superficialmente, quizás a causa de que las células carcinomatosas eran destruidas más profundamente que las células de los tejidos normales.

Fué este un rayo de esperanza que culminó a la postre con el perfeccionamiento de la escisión lenta del cuello uterino con el termocauterio y la desecación por medio del calor de los tejidos contiguos. De esta manera se curaron cierto número de las primeras pacientes así tratadas, lo cual no era poco lograr en aquel entonces, cuando era tan limitado el alcance de la escisión. Mas este método cauterizante fué pronto eclipsado por la operación radical y la vasta escisión de los tejidos.

Tratamiento radical por medio de la escisión quirúrgica

El tratamiento del carcinoma del cuello uterino por medio de la escisión radical fué semejante al del carcinoma de la mama, consistente en la extirpación de todo el sistema linfático contiguo junto con la extirpación del neoplasma primitivo. Con este método se logró salvar mayor número de pacientes, número que fué en aumento al paso que se perfeccionó la operación.

No obstante el perfeccionamiento del método, ofrecía la operación dos grandes inconveniencias:

1ª La mortandad era muy crecida, a causa de que la extirpación del parametrio que contiene el sistema linfático requería la escisión cuidadosa, profunda y

dilatada de grandes áreas, y todo ello ocasionaba intenso choque quirúrgico que ponía en grave peligro la vida de la enferma.

2ª La eficacia de la operación era muy restringida, puesto que sólo se llevaba alguna esperanza de curación cuando se efectuaba el acto quirúrgico en los períodos incipientes de la neoplasia maligna, ya que las células carcinomatosas penetraban muy pronto en los tejidos pélvicos distantes, que no era posible extirpar. Así, pues, a despecho de todos cuantos esfuerzos se hicieron para acrecentar los efectos beneficiosos de la operación, y a pesar de las enseñanzas encaminadas al diagnóstico temprano, hubo multitud de pacientes que no pudieron ser curadas con la operación.

Nadie mejor que los propios cirujanos que llevaban a efecto estos trabajos, podía reparar en las imperfecciones de este tratamiento radical, como en efecto sucedió, mas por lo pronto hubieron de conformarse con proseguir empeñosamente sus investigaciones, dando a sus pacientes el mayor alivio posible con el bisturí y procurando descubrir algún mejor tratamiento.

Al mismo tiempo que se trabajaba en el perfeccionamiento de la técnica de la extirpación radical del carcinoma por medio del escalpelo, se puso la consideración en otro método de tratamiento, a saber: la destrucción *in situ* de las células carcinomatosas. De este escrutinio en que ha tenido parte el mundo entero, en busca de algún remedio menos peligroso y de mayor aplicación, nacieron muchas vanas esperanzas, y repetidas veces la clase médica ha creído ver la realización de tan justos deseos tan sólo para recibir amargos desengaños. Con tan duras experiencias llegaron los cirujanos a mirar con desconfianza todas las nuevas proposiciones respecto de la curación del cáncer, y la radioterapia no se vió exenta de esa justa desconfianza y del análisis crítico, que son para los dolientes la mejor garantía contra falsos remedios y descarriados impostores. Al principio, los efectos de la radiumterapia o de la roentgenoterapia justificaron por entero la incredulidad de los hombres de ciencia, mas con el perfeccionamiento de los métodos y de la técnica, y con la creciente experiencia en la aplicación de tan potentes remedios, se logró desvanecer la desconfianza, y en el día de hoy la radioterapia hermanada con la cirugía ocupan el primer lugar en el tratamiento eficaz del carcinoma del cuello uterino.

Progresos logrados en la destrucción de las células carcinomatosas por medio de la radiación

El tratamiento eficaz por medio de la radiación tuvo su origen y principio hace apenas unos veinte años, cuando, tras de largas experiencias efectuadas con el radium y los rayos X, logró la radioterapia alcanzar el grado de eficacia que la constituyó en verdadero tratamiento curativo del carcinoma del cuello uterino.

Con la radiación se consiguió curar a muchas pacientes tenidas por incurables aun con la operación más radical. A vista de tan notables efectos, cada día fué siendo aplicada en períodos más y más incipientes de la enfermedad; de resultas de ello se lograron cada vez mejores efectos, hasta que en la hora presente ha substituído a la operación quirúrgica, y es el más eficaz agente terapéutico de esta variedad de carcinoma. Luego de hacer largos y cuidadosos estudios y de tener parte así en el tratamiento quirúrgico como en el tratamiento radioterápico, he llegado a la convicción de que, con los métodos tan perfeccionados de que disponemos hoy en día, la irradiación intensa ofrece sin género de duda las mayores probabilidades de curación. Quizás haya estados especiales que requieran alguna operación quirúrgica, pero en cualquier caso, ésta ha de ser el coadyuvante y no el substituto de la radioterapia.

Es en verdad sorprendente la notable variación que se ha efectuado en el tratamiento en tan pocos años. Los principiantes en medicina apenas podrán figurarse el estado en que se hallaba el tratamiento del carcinoma diez años ha, y los médicos que no hayan seguido con el debido interés el curso de las nuevas doctrinas no estarán aptos para aconsejar el tratamiento que corresponda a las enfermas que padecen carcinoma del cuello.

El tratamiento del carcinoma impone al cirujano mayores responsabilidades que el tratamiento de cualquiera enfermedad común. Se ha dicho que muchas enfermedades humanas se curan por sí solas con el curso del tiempo, pero la neoplasia maligna no pertenece a esta clase, y en el carcinoma del cuello uterino la vida de la paciente depende en gran manera del discernimiento y la habilidad del cirujano, que es lo único que puede salvarla de una muerte segura. Por consiguiente, debe el facultativo asumir esta responsabilidad y escoger juiciosamente el método de tratamiento que más convenga, y ejecutarlo con la mayor discreción y exactitud.

Requisitos de la radiumterapia

No debe el cirujano sentir ningún antagonismo hacia el radium, ya que éste es tan sólo otro instrumento que puede ser sumamente útil. En hecho de verdad, es un instrumento de extraordinarias cualidades, por cuanto sus efectos alcanzan tejidos situados a considerable distancia del sitio donde se aplica, y puede además alterar funciones y tejidos, por lo cual se le ha llamado acertadamente "bisturí fisiológico".

La aplicación de radium ha de fundarse en los mismos principios generales en que se funda el empleo del bisturí, o de cualquier medicamento enérgico, conviene a saber: requiere conocimientos exactos de las cualidades que posee el agente terapéutico y vastos conocimientos de anatomía, fisiología y patología, en lo tocante a los tejidos dañados, así como de los efectos que produzca el remedio en dichos tejidos.

Tal es el camino recto que ha de seguir todo aquel que desee aplicar el radium con mesura, seguridad y eficacia, y nadie está más capacitado para ello que el cirujano, por razón de sus fundamentales conocimientos acerca de los tejidos que tiene de tratar, así como por su experiencia, su especial adiestramiento del tacto y su buen juicio, todos ellos requisitos indispensables de la cirugía.

Para que sea eficaz la radioterapia no ha de haber en ella contemporizaciones, ni conocimientos a medias, ni juicios apresurados, como no debe haberlos en la cirugía; antes ha de cifrarse en el estudio minucioso de las propiedades y los efectos del radium, tanto físicos como orgánicos, y su aplicación concordará punto por punto con la estructura, la función y el estado morbozo de los tejidos enfermos.

CONTINÚA EL ESCRUTINIO Y EL ENSAYO DE MEDICAMENTOS

Como es de suponer, continúa por doquier con mayor intensidad y diligencia el ensayo de medicamentos para el tratamiento de esta enfermedad. Dichos estudios se ponen por obra en instituciones bien proveídas, por competentes especialistas que periódicamente dan a conocer a la clase médica el resultado de sus investigaciones. En los Estados Unidos de Norteamérica, la *American Society for the Control of Cancer*¹, es el crisol donde se depuran las informaciones fidedignas concernientes a los diversos problemas del cáncer, y cualquier médico puede obtener de ella dichos informes.

Esta es una feliz circunstancia, ya que este país está plagado de impostores y de falsas "curas" de cáncer cuyas deplorables consecuencias se dejan ver en muchas infelices mujeres que padecen la enfermedad y que, por una u otra razón, se dejan llevar por las atractivas promesas de los charlatanes, en lugar de seguir los consejos de médicos honorables

¹ 1250 Sixth Avenue, New York, N. Y., E. U. A.

y capacitados, hasta que, cuando advierten su error, su enfermedad ha llegado al período incurable².

Apuntaciones acerca del diagnóstico

En nuestro libro *Enfermedades de la Mujer* estudiamos por menudo y en particular lo concerniente al carcinoma del cuello uterino (capítulos II y XI). Así, pues, sólo tocaremos aquí dos puntos que merecen particular atención, a saber: lo relativo al método para obtener tejidos del cuello uterino para su examen microscópico, y lo tocante a la metástasis provocada al efectuar la biopsia de neoplasmas sospechosos.

Biopsia.—Ha habido en los últimos años notable adelantamiento en lo que respecta al tratamiento de los estados morbosos del cuello uterino, hubiere o no hubiere alguna duda acerca de la malignidad. Uno de estos progresos es el tratamiento eficaz de la cervicitis crónica y la obtención de tejidos por medio de la escisión de toda el área dañada, lo cual se puede lograr con la escisión cónica por medio de la corriente endotérmica (Figs. 393 a 396), o de la escisión cónica por medio del bisturí (Figs. 397 a 405). El primer método es preferible cuando se dispone del aparato eléctrico necesario, ya que la escisión con el bisturí requiere complicadas suturas para cohibir la hemorragia. En el siguiente capítulo, al hablar del tratamiento de la cervicitis crónica, describiremos la técnica de ambos métodos. Por lo común conviene también el legrado uterino con el fin de excluir del diagnóstico la neoplasia maligna, o los estados morbosos del endometrio que causan hemorragia y leucorrea.

Este método terapéutico suministra los tejidos cervicales necesarios para efectuar el examen microscópico y poner en claro cualquiera duda que hubiere respecto de la neoplasia maligna, y es mucho más útil que el procedimiento de cortar una pequeña porción de tejido enfermo, por razón de que al hacer su examen microscópico queda aún la duda de que haya degeneración maligna en alguna otra parte del cuello uterino. Además de esto, con la escisión cónica se suprime la cervicitis crónica, el flujo, la irritación, y se da al traste con el peligro de que las antedichas circunstancias sean en lo futuro causa de carcinoma cervical; y si por acaso no se hallaren signos de malignidad en los tejidos extirpados, por lo menos se habrá curado el estado morbozo de la antedicha porción uterina.

Al aconsejar a la paciente la escisión cónica del cuello, se pondrá de manifiesto este efecto curativo de la operación, y sólo se mencionará la conveniencia del acto quirúrgico con fines diagnósticos, caso que ella rehusare o difiriere el tratamiento, pues la sola idea de que su enfermedad puede ser cancerosa inquieta sobremanera a muchas enfermas, lo cual procurará evitar el médico. Para efectuar la escisión cónica, por lo común se interna a la paciente en el hospital y caso que no hubiere neoplasia maligna, la enferma nunca sabrá las sospechas del médico. La única

² En algunos países de la América hispana hay también instituciones semejantes a la arriba mencionada, que darán gustosas a los médicos cualquier informe que soliciten a este respecto. (N. del T.)

satisfacción que se le dará, si inquiera acerca de la posibilidad de que haya neoplasma maligno, es que todos los tejidos que se extirpan en cualquiera operación son examinados microscópicamente.

Los informes que se obtengan del examen microscópico son *decisivos*, y después de ello no tendrá el médico que pasar ningún cuidado ni desvelo acerca del cuello uterino. En cambio, si se hace el diagnóstico de carcinoma, se procederá en el acto a poner en ejecución el tratamiento que convenga, muy a diferencia de lo que sucede cuando se emplea el antiguo método de hacer curaciones ineficaces, de esperar y observar el área sospechosa para descubrir los primeros signos de malignidad, y después

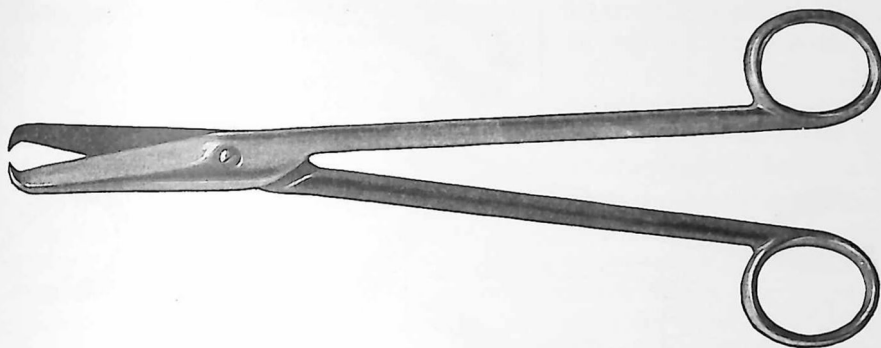


Fig. 264

Las Figs. 264 a 270 representan los instrumentos que se empleaban en los métodos anticuados para tratar porciones sospechosas de cervicitis crónica, con los cuales se extirpaban pequeños fragmentos de tejidos para la biopsia. Con el perfeccionamiento de la técnica para el tratamiento diagnóstico-terapéutico consistente en la escisión total, según se explica en el texto, ha dado al traste con tales instrumentos. Conservamos estos grabados tan sólo con el fin de poner de manifiesto el gran perfeccionamiento alcanzado, del que debemos aprovecharnos en casi todas las pacientes; la escisión de pequeñas porciones de tejidos, tal como se acostumbraba en otro tiempo, sólo tiene lugar en circunstancias muy excepcionales.

extirpar una pequeña porción del tejido morbosos, y si en ella no se descubren signos de carcinoma, dejar que continúe el estado crónico y la irritación, hasta que a la postre se convierta en verdadero carcinoma. La generalización de este método perfeccionado para tratar la cervicitis crónica y los estados morbosos conexos, será de suma utilidad en la prevención del carcinoma del cuello y reducirá en gran manera la mortandad que dicha neoplasia ocasiona.

Para hacer más evidente el progreso alcanzado en el tratamiento del cuello uterino sospechoso, presentamos nuevamente en este libro las láminas 264 a 270 tomadas de ediciones anteriores, y que muestran diversos instrumentos especiales destinados a extirpar porciones de tejido del cuello uterino, lo cual era el mejor tratamiento que se conocía en aquel entonces. Tales instrumentos son del todo anticuados en el día de hoy y tienen tan sólo interés histórico, pues es sumamente raro que el estado morbosos crónico del cuello uterino sea tan limitado que se pueda extirpar con uno o dos tijeretazos.

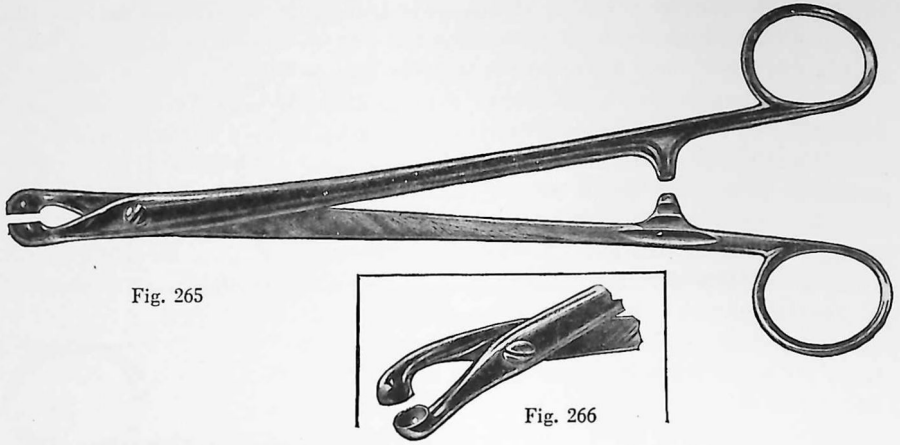


Fig. 265

Fig. 266

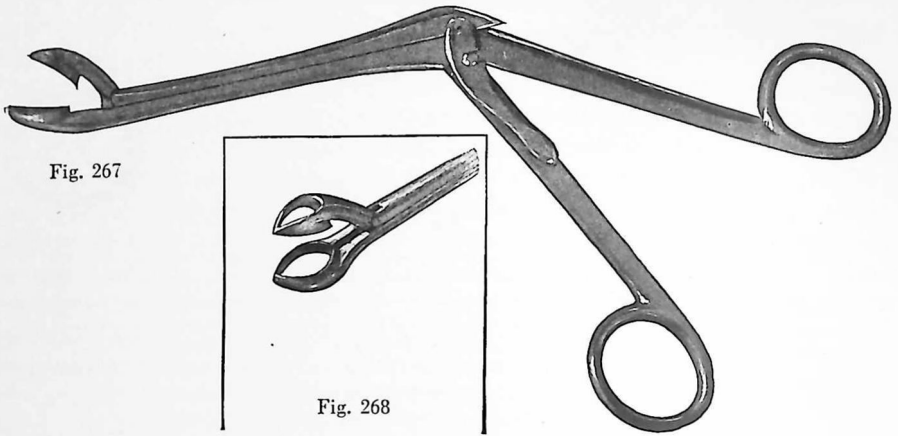


Fig. 267

Fig. 268

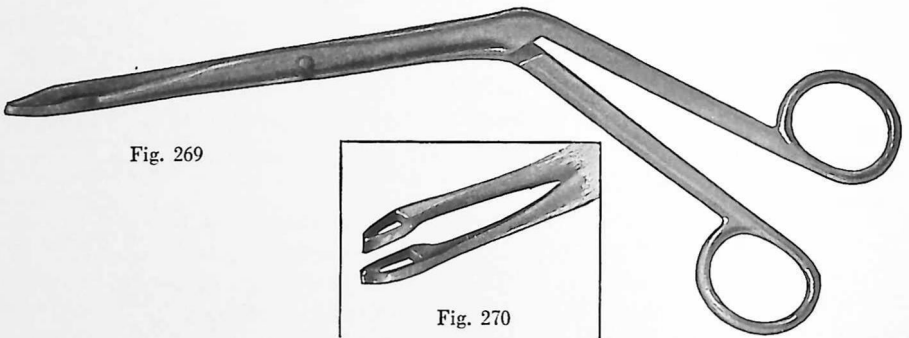


Fig. 269

Fig. 270

Los instrumentos que se ilustraron con estos grabados (Figs. 264 a 270) en previas ediciones de este libro, indican la importancia que otrora se concedía a la escisión de pequeñas porciones de tejido cervical para la biopsia cuando había alguna sospecha de malignidad, método inadecuado que ha sido substituído por la extirpación de todos los tejidos dañados; con esto se cura la cervicitis crónica y al mismo tiempo se permite el estudio microscópico de todos dichos tejidos para excluir del diagnóstico el carcinoma de la matriz.

Metástasis provocada al efectuar la biopsia.—Es preciso dedicar algunas líneas al asunto de la probabilidad de provocar la metástasis al extirpar alguna porción de tejido del área carcinomatosa. En la hora presente se ha calmado mucho la fogosidad que hace algunos años despertó este asunto, mas nada raro sería que se recrudeciese y, por tanto, no es por demás el retener algunas anotaciones que se hicieron en previas ediciones de este libro. En aquel entonces hubo al parecer grande inquietud, que en algunos casos se convirtió en temor morboso e hizo que toda la atención se fijara en sólo un aspecto del asunto, y se echaran al olvido consideraciones de mayor entidad. El que las cosas hubieran llegado a tan grave situación ha de atribuirse en gran manera a ciertos médicos eminentes que no tuvieron reparo en hacer algunas declaraciones de tan vasto alcance y tan ambiguas, que dieron origen a erróneas interpretaciones.

Las dos importantes circunstancias que pueden salvar a la paciente de la muerte causada por la enfermedad maligna, son: el diagnóstico en el período incipiente de la enfermedad, y el tratamiento cabal e inmediato.

Por muchos años los ginecólogos han procurado empeñosamente diseminar las doctrinas del diagnóstico en los períodos incipientes de carcinoma, uno de cuyos requisitos esenciales es el examen microscópico de tejidos extirpados adrede. Muchas mujeres deben la vida a este diagnóstico microscópico hecho oportunamente, y a otras les ha evitado operaciones innecesarias, al hacer la diferenciación de su enfermedad. Según queda dicho, cualquiera escisión de tejido acarrea cierto peligro, mas éste es tan leve cuando se tienen las debidas precauciones, y son tan graves los riesgos que lleva en sí la dilatación, que al hacer a un lado tan importante medio de diagnóstico se deja de cumplir un deber que se contrae con la paciente. Aun más, las evidencias, por lo menos aquellas de que tenemos noticia, indican que el principal peligro de que la biopsia dé origen a la metástasis, o a la diseminación periférica del neoplasma maligno, no radica en la escisión del tejido, sino en la maniobra de exprimir el neoplasma. Wood (*Jour. Am. Med. Ass.*, Vol. 73) presentó en un interesante artículo suficientes pruebas de ello, y comprobó experimentalmente en animales que la metástasis se acrecienta, primero, por el mayor tiempo que el neoplasma permanezca en el cuerpo, y segundo, por el amasamiento del tumor; la escisión de tejido, sin que se hiciese el amasamiento no produjo tal efecto. Dicho autor llegó a las siguientes conclusiones:

“Estos experimentos demuestran de manera evidente que en las ratas blancas con carcinoma de Flexner-Jobling, o con sarcoma de Crocker Fund N^o 10, no se aumentó la metástasis cuando se dividió el neoplasma, se extirpó asépticamente una porción de él, y se dejó que continuase el neoplasma en el animal de diez a doce días después de la escisión.

“De donde es lícito inferir que en los neoplasmas humanos no es probable que la incisión haga que se disemine la enfermedad, como se había creído, y que, por consiguiente, cuando dichos estados morbosos

están situados en alguna región del cuerpo donde la extirpación requeriría alguna operación quirúrgica mutiladora, o sumamente peligrosa, ha de hacerse el examen microscópico si no es posible confirmar el diagnóstico de ninguna otra manera."

No cabe la menor duda de que cualquiera incisión envuelve algún peligro, a pesar de todas las precauciones de la cirugía moderna, y de esto no quedan exentos la escisión de tejidos para la biopsia ni el legrado uterino. En toda región cancerosa hay células neoplásicas y por lo común microorganismos infecciosos, en cuya virtud ha de ponerse particular cuidado en ocluir inmediatamente los vasos linfáticos y sanguíneos que se abran, por medio de la cauterización térmica o química. Teniendo esta precaución, el riesgo que se corre al extirpar porciones de tejido para la biopsia, o al efectuar el legrado uterino en casos de duda, será mucho menor que el riesgo que se correría si no se hiciese la biopsia o el legrado diagnóstico. Nuestras conclusiones sobre el particular son las siguientes:

1ª Cuando sea necesario, para hacer el diagnóstico diferencial en los períodos incipientes de la enfermedad, extirpar porciones de tejido del cuello uterino, o efectuar el legrado, ha de hacerse inmediatamente evitando las manipulaciones innecesarias del neoplasma, después de lo cual se ocluirán los espacios linfáticos abiertos por medio de la cauterización térmica o química.

2ª Son injustificados y hasta perjudiciales los esfuerzos encaminados a limitar la escisión y el raspado uterino con fines diagnósticos, a solas las pacientes debidamente preparadas para la operación radical y colocadas ya en la mesa de operaciones, puesto que impide que se haga el diagnóstico en los períodos incipientes de la enfermedad en multitud de enfermas cuyas perturbaciones son muy leves, y por lo mismo, se rehusa la paciente a someterse a la costosa y complicada preparación para la operación radical, cuando sólo hay meras sospechas de que la enfermedad sea maligna. Y sin embargo de ello, es en tales casos donde el diagnóstico diferencial hecho en los comienzos de la neoplasia presta mayor ayuda y puede salvar la vida de la enferma.

Las nocibles enseñanzas arriba referidas cooperan a acrecentar la mortandad del carcinoma, no tan sólo porque impiden que se haga el diagnóstico cuando apenas comienza el mal, mas también porque fomentan las repetidas exploraciones manuales de áreas sospechosas, al intentar el médico hacer el diagnóstico sin ayuda de la biopsia. Las antedichas razones así como la comprobación experimental indican que las manipulaciones forzadas de tejidos carcinomatosos son causa mucho más frecuente de la metástasis, que la simple escisión de tejidos, o el legrado uterino, cuando se ponen por obra las debidas precauciones.

Clasificación

El carcinoma del cuello uterino se presenta en dos formas: el de células escamosas, que suele originarse en la superficie vaginal del cuello,

y el adenocarcinoma, que procede del epitelio glandular situado en el conducto cervical. La primera variedad es mucho más frecuente, y en nuestras observaciones en el hospital Barnes lo hallamos en el noventa y seis por ciento de las veces. Ambas variedades presentan interesantes diferencias tocante a la patogenia y al diagnóstico, pero su tratamiento radical es muy semejante. En el propio lugar trataremos de las variaciones en el tratamiento del adenocarcinoma.

Clasificación clínica.—Es muy importante la clasificación uniforme de los neoplasmas, en períodos que representen la magnitud de su invasión, y se ha hecho necesaria una clasificación internacional que sirva para comparar los efectos de los diversos métodos de tratamiento. Nos parece conveniente la clasificación hecha por la Comisión del Cáncer de la Liga de las Naciones, que es ya bastante conocida y probablemente sea la única que llegue a generalizarse en todo el mundo. Según ella, los carcinomas cervicales se clasifican en cuatro grandes grupos que representan los diversos períodos de la enfermedad:

Primer período. El neoplasma está totalmente circunscrito en el cuello uterino, el útero es muy movable y no hay ningún signo de impregnación (“infiltración”) paracervical.

Segundo período. Hay invasión del parametrio; pueden palparse los tejidos impregnados (“infiltrados”) debajo de la pared vaginal, o al lado del cuello; la región impregnada palpable puede llegar casi a la pared pélvica, pero el útero es aún movable. Este período incluye el antiguo grupo de neoplasmas que se hallan en los linderos de la operabilidad (“casos límite”).

Tercer período. El parametrio está invadido hasta la pared pélvica, en uno o en ambos lados, y el útero es parcial o totalmente inmóvil.

Cuarto período. La neoplasia invade las vísceras contiguas, o bien gran parte de la vagina, o se efectuó ya la metástasis a órganos distantes.

Cada particular paciente ha de ser estudiada minuciosamente, a fin de poder colocarla en el grupo a que pertenezca, lo cual se facilitará si se llega a una decisión definitiva respecto de la clase, o grupo, al hacer la exploración, cuyos hallazgos se registrarán por escrito. Con esto se evita la dificultad con que se tropieza después, al intentar la clasificación de algún neoplasma dudoso en lo tocante al grupo a que pertenece (“casos límite”), y la mejor manera de hacer con exactitud la clasificación es al hacer la exploración, aprovechando la analgesia que se aplica para implantar el radium. Es muy útil la palpación rectal profunda del ligamento ancho de cada lado, para averiguar la magnitud de la neoplasia en el parametrio.

No es por demás el repetir que se hace imperiosa una clasificación internacional que sirva para comparar exactamente el efecto de los diversos métodos de tratamiento, pues las clasificaciones personales, o las que se emplean en sólo alguna localidad o país, impiden que se haga esta comparación, que es tan necesaria en la lucha contra la enfer-

medad. Así, pues, estas predilecciones individuales de los cirujanos deben cederle el lugar a la clasificación internacional clara y comprensiva. En la hora presente es ya bastante conocida la clasificación de la Liga de las Naciones, la cual debiera ser aceptada por los cirujanos de todos los países. No hay ningún inconveniente en que cualquier investigador subdivida una o más de las diversas clases, o períodos, al publicar sus informes, con tal que las subdivisiones estén claramente delimitadas y no se propasen de sus particulares límites. Por ejemplo, si se desea emplear la división de Schmitz de los neoplasmas incipientes, conviene a saber: 1º, lesiones de un centímetro, o menos, de diámetro, y 2º, lesiones de mayor tamaño, pero que aun están circunscritas en el cuello uterino, bien pueden designarse dichas subdivisiones con los nombres de Período I-a y Período I-b.

Clasificación patológica.—Se ha puesto mucha atención en la clasificación patológica de los neoplasmas malignos, según que estén formados por células adultas, o por células embrionarias, con la esperanza de que dicha clasificación sirviera para escoger el tratamiento y hacer el pronóstico. En general, las diversas variedades de células representan grados de malignidad y, por consiguiente, dan indicios de la rapidez con que se propaga la neoplasia; esta rapidez de propagación varía desde los neoplasmas de células adultas, que crecen lentamente, hasta los de células embrionarias, cuyo crecimiento es muy rápido.

Tocante a los carcinomas cervicales de células escamosas, se ha aceptado la clasificación en tres grados de malignidad, según la clase de células de que estén constituidos, a saber: el Grado I, que es el neoplasma de células adultas, de crecimiento menos rápido, con propensión a formar "perlas" epiteliales, y que se conoce también con el nombre de "espinocelular". El Grado II, que es el neoplasma de células transicionales, y representa un grado intermedio de malignidad. El Grado III, o neoplasma de células embrionarias, el más maligno de todos y de más rápido crecimiento; se conoce también con el nombre de neoplasma de "células fusiformes gordas".

La clasificación patológica (según la variedad de células de que consta el neoplasma) es importante a la luz de los estudios generales del carcinoma, y en la clínica ayuda a pronosticar la malignidad y la rapidez de su diseminación. Los neoplasmas de células adultas (Grado I) son un tanto cuanto más resistentes al radium que los neoplasmas de células embrionarias (Grado III), pero hay tantas otras circunstancias en el intrincado problema del tratamiento, que aun no se han realizado las esperanzas de que la clasificación patológica sirva de guía al tratamiento.

PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO

Para que sea eficaz el tratamiento del carcinoma del cuello uterino ha de fundarse en ciertos principios generales, los que por su parte se apoyan en la gran muchedumbre de estudios e investigaciones clínicas y

experimentales que se han llevado a efecto desde mucho tiempo atrás hasta la hora presente. No por ello ha de creerse que el asunto ha sido resuelto definitivamente, pues hay aún problemas no resueltos acerca de los cuales se están efectuando estudios incesantes en todas partes del mundo y publicándose de continuo los hechos descubiertos y nuevas teorías. Así, pues, es preciso variar periódicamente las conclusiones al paso que se hacen del conocimiento público los nuevos informes fidedignos, y es muy de esperar que en lo futuro todas estas investigaciones pongan en claro nuestras dificultades e incertidumbres actuales. Ello no obstante, hemos de continuar tratando a nuestras pacientes de la mejor manera posible, y para ello estamos obligados a pesar debidamente los informes que nos lleguen comparándolos con nuestros propios estudios y nuestra propia experiencia.

Siendo como es el asunto tan vasto y complicado, no ha de extrañarnos el que haya tan diferentes interpretaciones y tan diversos pareceres entre los investigadores más capacitados y diligentes. Mas a pesar de tales discrepancias, es preciso, y aun necesario, que cada investigador exprese claramente y con brevedad sus conclusiones, y de ahí que muchas veces éstas parezcan un tanto arbitrarias, siquiera no lo sean en el fondo. Por falta de espacio nos es imposible entrar en pormenores acerca de los fundamentos en que se apoyan los diversos aspectos del tratamiento, pues para ello sería menester un voluminoso tratado. Al hacer ciertas conclusiones que sirvan de base al tratamiento, hemos procurado poner la debida consideración en todos los informes útiles, y evitar juicios apresurados y precipitadas opiniones que están en desacuerdo con la sana razón que ha de regir el dictamen de que depende no pocas veces la vida o la muerte de la enferma.

En las presentes circunstancias nos ha parecido acertado dividir en cuatro grupos nuestras consideraciones sobre el asunto, a saber: 1º, conclusiones generales (¿operación o radioterapia?); 2º, consideraciones acerca de los neoplasmas que se hallan en el primer período; 3º, efecto que la radiación produce en los tejidos, y 4º, distribución de las emanaciones radioactivas en la pelvis.

Conclusiones generales (¿operación o radioterapia?)

El autor *senior* de este libro redujo a breve suma (editorial: *American Journal of Surgery*, Vol. 27, pág. 389) lo concerniente al tratamiento del carcinoma de la pelvis, tal y como se ejecuta en el día de hoy, de la siguiente manera:

El progreso más importante alcanzado en el tratamiento del carcinoma del cuello uterino es la substitución del método quirúrgico por la irradiación, la cual se efectuó gradualmente en el transcurso de varios años, al grado que en el día de hoy los principales ginecólogos aceptan en su totalidad dicha substitución, y hasta los contados cirujanos que aun ejecutan la operación radical no se fían por entero del procedimiento quirúrgico, sino que también se valen de la irradiación en algunas ocasiones, para alcanzar las células carcinomatosas dispersas.

No obstante la multitud de clasificaciones y las consecuentes dificultades con que se tropieza al hacer la comparación crítica de los efectos del tratamiento quirúrgico y de la irradiación, es ya evidente, de acuerdo con las estadísticas, que el número de curas inclina el platillo de la balanza en pro de la irradiación. Lo cual es tan sólo un aspecto del asunto. El tratamiento quirúrgico ha alcanzado ya casi su máximo perfeccionamiento y en cambio la irradiación aun está en pañales y desenvolviéndose a gran prisa. Por otra parte, la irradiación puede salvar a muchas pacientes que están muy más allá del alcance de la operación, demás de que el tratamiento quirúrgico, aun cuando se efectúe en los periodos muy incipientes del carcinoma cervical, expone a la enferma a graves peligros, siendo que la irradiación le ofrece mayores probabilidades de lograr la cura, con mucho menos riesgo en cualquier período de la enfermedad.

No fué de manera apresurada que llegué a estas conclusiones en tan importante asunto, sino fundado en el estudio crítico y larga experiencia en la participación personal en operaciones radicales, y en el tratamiento radical de esta enfermedad por medio de la irradiación. Trato aquí la cuestión al viso del cirujano práctico, deseoso de dar a sus pacientes toda posible oportunidad de conservar la vida. No debe el cirujano oponerse al empleo del radium, que es tan sólo un nuevo y valioso instrumento que ha venido a acrecentar su arsenal quirúrgico.

La irradiación eficaz para el tratamiento del carcinoma del cuello uterino, no es sino un medio quirúrgico de consecuencia y peligro. La substitución del bisturí por el radium, cuyo alcance de penetración es más profundo, no disminuye una mínima la responsabilidad del cirujano. Si la dosis que se aplique es demasiado grande para el particular estado de los tejidos pélvicos, fácil es causar graves daños a importantes órganos. Si la dosis es demasiado pequeña, no se le da a la enferma todas las oportunidades de curación a que tiene derecho, para salvarle la vida. La dosis máxima que es posible administrar a determinada paciente depende de multitud de circunstancias, entre otras, la situación y el tamaño del neoplasma canceroso, la magnitud de la invasión en los órganos inmediatos, la magnitud y la dirección del proceso ulcerativo, y el grado de fijación de la vejiga y el recto por la impregnación carcinomatosa. La determinación de dichas circunstancias y la utilización de tales informes en el tratamiento eficaz por medio del radium, requiere vasta experiencia y pericia en ginecología. Aun cuando en algunas regiones del cuerpo, cualquier radiólogo sin particulares conocimientos de la región pueda efectuar la radiumterapia eficaz, en el carcinoma del cuello uterino se hallan circunstancias de tal índole, que sólo el médico que posea los conocimientos y la experiencia necesarios en ginecología y en radiumterapia, es apto para efectuar de la manera más eficaz dicho tratamiento. En el supremo esfuerzo que haga el médico por llevar la radiación hasta las células carcinomatosas marginales, ha de valerse de sus conocimientos especiales de anatomía y patología pélvica, así como de su particular adiestramiento en la palpación exacta de la pelvis y en el diagnóstico.

Hay cierta inclinación entre los inexpertos a conceder poca importancia a la aplicación del radium. Esta propensión es fomentada por las compañías comerciales que ofrecen el radium en arrendamiento, y que se precian de que sus instrucciones son apropiadas y bastantes para aplicar segura y eficazmente este metal peligroso; lo cual es tan absurdo como pretender que las instrucciones recibidas por el comprador de un bisturí, lo capacitaran para emprender sin peligro y eficazmente la curación del carcinoma. El radium es tan potente como el bisturí, y en manos inexpertas el uno o el otro pueden producir los mismos efectos desastrosos, ora

al lesionar órganos contiguos, o bien al no librar de la muerte a una enferma que habría podido salvarse empleándolo debidamente.

Indubitable cosa es que el tratamiento por medio de la radiación no excluye el empleo del bisturí, que en ocasiones es provechoso, pues en circunstancias especiales alguna operación vaginal o abdominal permite la colocación más ventajosa del radium en sus diversas formas. La importancia de toda operación quirúrgica estriba en coadyuvar con la irradiación, y no en reemplazarla. Otro punto importante es el considerar en su período experimental cualquier trabajo de investigación, que no se apoye en registros de pacientes cuya cura haya persistido por cinco años, pues de lo contrario, bien pudieran los inexpertos aceptarlos como métodos establecidos de curación.

La más urgente proposición en el día de hoy es hacer que las pacientes disfruten en general de los beneficios que imparte el tratamiento radical por medio de la irradiación. Hasta la hora presente, ha sido muy lenta la difusión en el ejercicio general de la medicina, de este método tan eficaz; las razones de ello son, en primer lugar, que el carcinoma del cuello uterino es muy engañoso, tocante a la magnitud de la neoplasia y la profundidad de su penetración. En tal virtud, lo que por su aspecto parece un carcinoma incipiente del útero, es ya en efecto el carcinoma de los tejidos pélvicos distantes, para cuyo tratamiento, la histerectomía, tal como se ejecuta comúnmente, es una operación hartamente inútil.

En segundo lugar, la aceptación general de la radioterapia ha tropezado con el obstáculo de que a muchos médicos no se les alcanza la razón de por qué sea más eficaz cualquier otro tratamiento que no sea el quirúrgico. Ahora bien, con ser eficaz la extirpación quirúrgica, hasta donde es posible, en la mayor parte de los carcinomas del cuello uterino es insuficiente para destruir las células carcinomatosas distantes; y si la operación más radical ejecutada por los cirujanos de mayor experiencia, logra tan sólo salvar la vida de sola una paciente de cada cuatro que padecen la enfermedad, cabe preguntar ¿qué esperanzas de curación tendrá la desdichada enferma en quien se ha diseminado la neoplasia, cuando es operada por algún cirujano inexperto en esta clase de operaciones profundas y difíciles? La consecuencia de ello suele ser la extirpación del útero y de algunos cuantos tejidos más, dejando las porciones profundas del neoplasma, que continúa desarrollándose hasta causar la muerte. La confianza en tales operaciones incompletas, priva a la enferma de las oportunidades de curación que le habría ofrecido el tratamiento moderno.

El tratamiento del carcinoma del cuello uterino depende en gran manera del lugar donde viva la paciente y el cirujano, mas en cualquiera circunstancia, la decisión que se haga respecto de dicho tratamiento es asunto de mucha entidad, ya que de él depende muchas veces la vida o la muerte de la enferma. De ahí la importancia de demostrar claramente a la clase médica la superioridad de la irradiación, aplicada por persona experta, en el tratamiento radical de la enfermedad.

En mi sentir, la descripción de la operación radical, con su profusión de grabados o láminas en colores, atrae fuertemente la atención del médico inexperto, y desvirtúa y menoscaba la difusión de los antedichos preceptos. La acción es más elocuente que las palabras; la siguiente carta corrobora mi opinión acerca de la importancia de este asunto, ya que en ella me excusé de aceptar la invitación que se me hizo para describir en un artículo la operación radical:

San Luis, Mo.

Estimado doctor Livingston:

Agradezco el honor que me hace con su atenta invitación para presentar los pormenores de la técnica de la operación radical para el tratamiento quirúrgico del carcinoma del cuello uterino, en un artículo que se publicaría en *American Journal of Surgery*.

Cuando esta operación era el medio más eficaz de tratar la antedicha variedad de carcinoma, puse la consideración y efectué multitud de investigaciones respecto de la aplicación práctica de ella al tratamiento curativo, así como tocante a la descripción de los pormenores técnicos, que fuera de provecho para mis colegas. Sin embargo de ello, se han logrado ciertos progresos en el tratamiento del carcinoma del cuello uterino que sin género de duda dan mayores esperanzas de cura que la operación quirúrgica más radical, ejecutada por el más experto cirujano, y dan oportunidades que se acrecientan si se comparan con las que ofrece la operación, tal como la ejecuta la generalidad de los cirujanos. La superioridad del método de irradiación, cuanto a la cura radical de la enfermedad, es tan notable, que considero deber ineludible así de los cirujanos como de las revistas quirúrgicas de mayor autoridad, el difundir entre la clase médica tales informaciones.

Teniendo como tengo esta opinión, fácil será colegir que no deseo hacer aún más confuso el asunto, y ponderar la operación radical haciendo especial descripción de ella y presentando todas las láminas atractivas y los halagüenos pormenores a que se presta dicho procedimiento. Tengo la intención de conservar en mi *Ginecología Operatoria* la discusión de sus principios y su aplicación, a vista de la importancia histórica que ella tiene en el desenvolvimiento del tratamiento eficaz de la enfermedad. Mas la operación radical, comparada con el método de irradiación, ha dejado de ser el tratamiento privativo del carcinoma del cuello uterino, y es en el día de hoy un método anticuado. Sin embargo de ello, probablemente habrán de transcurrir por lo menos diez años antes de que se difunda entre la clase médica este conocimiento, y de que se haga partícipe a las pacientes en general, de los beneficios que ofrece el tratamiento más eficaz, particularmente si las revistas y los libros de cirugía insisten en encarecer la operación.

Con todo, no se me escapa que usted, como director de una revista quirúrgica, desea presentar el asunto a todas luces. Esta carta bastante larga, es tan sólo la respuesta a su fina invitación y va encaminada a exponer las razones de por qué no me es posible aceptarla.

Deseándole muy buen éxito en su difícil tarea, quedo de Ud., etc.

H. S. Crossen.

Pensé que esta carta dejaría terminado el asunto en lo que a mí concernía, y que alguna otra persona se encargaría de describir la operación radical. Sin embargo de ello, me causó sorpresa el que el Dr. Livingston leyera pacientemente toda la información que le envié con mi carta, y me hiciese saber había determinado no describir la operación de Wertheim, sino me rogaba escribir un artículo de fondo para orientar las opiniones.

Para dar la debida consideración a los diversos puntos es menester citar artículos publicados. Haciendo sumaria recapitulación de lo que va dicho, diremos que la eficacia actual y el perfeccionamiento que en lo futuro se alcance en la curación del carcinoma del cuello, se cifran en lo siguiente:

1º El feliz tratamiento de las pacientes de carcinoma cervical se apoya en la cooperación bien ordenada de personas expertas.

2º La circunstancia decisiva del tratamiento, no radica en el útero, sino en las células carcinomatosas dispersas en la pared pélvica, hasta

las cuales ha de llegarse para efectuar su destrucción, pues de lo contrario es inevitable la recidiva.

3º La irradiación es el medio más importante de lograr buen éxito en la acometida concertada que se haga a las células carcinomatosas distantes. Hay circunstancias excepcionales en que conviene además el bisturí, pero siempre que se ejecute la operación quirúrgica ha de ser ésta el coadyuvante de la irradiación y no el sustituto.

4º Hay aún en el día de hoy un sinnúmero de enfermas que son tratadas por medios insuficientes, conviene a saber: operaciones quirúrgicas en las que jamás se alcanzan las células carcinomatosas distantes, y aplicaciones de radium, o de rayos X, que nunca llegan a destruir dichas células en la zona de mayor peligro.

Consideraciones acerca de los neoplasmas que se hallan en el primer período

La principal diferencia que hay en el día de hoy entre los ginecólogos respecto del principio del tratamiento que ha de ponerse por obra en el carcinoma del cuello uterino, es en lo tocante a los neoplasmas que se hallan en el primer período. Tomemos por ejemplo una paciente cuya lesión neoplásica es muy pequeña, y en la cual, luego de estudiar detenidamente las circunstancias antecedentes y de efectuar la debida exploración, se llega a la conclusión de que la neoplasia ha invadido tan sólo el cuello uterino. Lo primero que se pregunta el médico es si el tratamiento ha de consistir en la radioterapia, en la operación quirúrgica o en la combinación de ambas.

En general, las opiniones concuerdan en que ha de aplicarse la radiación difusa, con el fin de destruir las células carcinomatosas dispersas, ya que aun en los períodos más incipientes hay siempre cierta probabilidad de que algunas de dichas células hayan sido transportadas a los vasos y ganglios linfáticos profundos. Por manera que el asunto queda reducido a lo siguiente:

1º Tratamiento radioterápico intenso, que incluye la aplicación externa de los rayos X, para producir efectos difusos, y la aplicación local de radium al neoplasma primitivo, para lograr la radiación concentrada.

2º Radioterapia (radium y rayos X), sucedida de la operación quirúrgica.

3º Operación quirúrgica coadyuvada por el efecto de los rayos X, los cuales se aplican antes o después del acto quirúrgico.

Operación coadyuvada por los rayos X.—No ha de apartarse de la memoria que el término "primer período", aplicado al neoplasma, sólo significa lo que *al parecer* es el primer período, ya que en todos estos neoplasmas incipientes hay prolongaciones, o propagación impalpable de células carcinomatosas, cuyos límites es imposible particularizar por el examen clínico, y a pesar del estudio más minucioso de las circunstancias antecedentes y a despecho de la exploración (incluso la palpación recto-abdominal del parametrio), no se puede averiguar con certeza si hay células cancerosas dispersas provenientes de los tejidos pericervicales. De

lo que es consiguiente inferir que el tratamiento del carcinoma que clínicamente se halla en el primer período, ha de tener cuenta con la posible invasión de tejidos más profundos.

Esta posibilidad de que haya invasión impalpable en los tejidos profundos, sirve de fundamento al tratamiento curativo. Tan presto como dichas células malignas se diseminan por entre la "membrana basal" (o dígase "área basal"), están aptas para acometer e invadir otros tejidos, ora por continuidad, a regiones cercanas, o bien por la vía linfática, a tejidos distantes. Por consiguiente, así en lo que al parecer es el primer período como en los períodos tardíos, la radiación no ha de llevar puesta la mira en el útero, sino en las células carcinomatosas dispersas. El neoplasma primario bien puede destruirse con la radiación o con el bisturí, mas lo importante y lo dificultoso es destruir las antedichas células malignas dispersas, de lo cual depende la vida de la paciente. Esto ha de servir de guía al decidir el tratamiento.

Cuando se ejecuta la operación quirúrgica coadyuvada por los rayos X no se llevan las mejores probabilidades de destruir las células cancerosas distantes, cuya destrucción es difícil y se logra mucho más eficazmente por medio de la radiación concentrada de radium aplicado dentro de la pelvis, coadyuvada por la radiación difusa por medio de los rayos X, aplicados fuera del cuerpo, lo cual surte mejor efecto que la sola radiación externa. La utilización del cuello uterino para aplicar las emanaciones concentradas de radium a los tejidos pélvicos profundos, es de suma importancia para lograr la total destrucción de las células carcinomatosas en dichas áreas; de ahí que la operación quirúrgica, ayudada por los rayos X, no sea el mejor tratamiento en estos primeros períodos de la neoplasia. Claro, bien puede suceder que haya alguna complicación que requiera la operación quirúrgica, y en raras ocasiones es acertado ejecutar la operación sin aplicar la radiumterapia, mas en la hora presente ha de evitarse siempre que sea posible el poner la confianza en sólo los rayos X para efectuar la destrucción de las células neoplásicas profundas. Y si por alguna causa se creyere es conveniente la extirpación del útero, la histerectomía ha de ir precedida, cuando lo permitan las circunstancias, de la radiación profunda en el cuello uterino por medio del radium.

Operación quirúrgica después de la radioterapia ordinaria.—La determinación de extirpar el útero, en lugar de valerse únicamente de la radioterapia, se funda en que algunas células carcinomatosas son más o menos resistentes a las emanaciones radioactivas. Este principio suele expresarse de la manera siguiente: "cuando se extirpa el útero, se lleva la seguridad de excluir las células malignas que contiene". Lo cual es al parecer un argumento muy convincente, pero que no siempre se verifica, pues hay otras circunstancias en que ha de ponerse la consideración antes de elegir el tratamiento que más convenga.

Es muy grande la mortandad del tratamiento quirúrgico del carcinoma del cuello uterino, aun cuando la operación no sea de mucho mayor

magnitud que la histerectomía total ejecutada en el tratamiento de enfermedades no malignas; tanto más crecida es esta mortandad cuanto mayor sea la porción de tejido parametrial que se extirpe. Tal es la dura realidad. En cambio, es muy dudosa la resistencia de las células carcinomatosas a las emanaciones radioactivas en el primer período del carcinoma del cuello uterino, y para reparar en ello basta echar un vistazo a los informes contradictorios y a las encontradas opiniones. No cabe duda sino que el asunto de la radiumresistencia merece ser meditado; mas hasta la hora presente, los estudios y la experiencia nos llevan a la convicción de que en las pacientes que padecen carcinoma del cuello en el primer período y a quienes se aplica adecuadamente la radiumterapia, el tanto por ciento de los neoplasmas cuya radiumresistencia es de tal grado, que las emanaciones radioactivas no puedan destruir todas las células carcinomatosas del cuello, es mucho menor que el tanto por ciento de las pacientes que fallecen a causa de la operación. En consecuencia, opinamos que al añadir la histerectomía a la radiación, se acrecienta de manera la mortandad, que se nulifica por entero cualquiera ventaja que pudiera alegarse en su abono.

Además de la mayor mortandad inmediata que acarrea el añadir la histerectomía a la radiación, hay aún otro peligro, conviene a saber: la radiación destruye las células carcinomatosas de dos distintas maneras que se unen y armonizan; la una es la acción directa que ocasiona la rápida destrucción y desintegración de dichas células; la otra es la acción sobre el tejido conectivo, que da origen a la fibrosis y a la contracción lenta, que por su parte obstruye la circulación e impide el que se nutran las células carcinomatosas sobrantes, cuya consecuencia es la gradual desintegración de los nidos celulares malignos. Según se cree, este proceso de contracción gradual envuelve todo el parametrio, y es de particular importancia por cuanto excluye las células cancerosas que no pudieron ser destruídas por la acción directa. Esto es, la curación depende en gran manera de la lenta contracción destructora de los nidos celulares malignos en la zona peligrosa invadida por las células dispersas, el cual proceso dura varios meses. Ahora bien, cuando en la antedicha área se hace una incisión quirúrgica, se impide el proceso constrictivo, se suministra nuevo aflujo de sangre a las células carcinomatosas carentes de nutrición, con lo cual se propicia el florecimiento del neoplasma.

A este asunto se ha concedido considerable importancia en diversas épocas. Poco después de que se reparó en la eficacia de la radiación, que hace más favorable el cuello carcinomatoso para la operación quirúrgica, se aceptó con calor y se puso en práctica la doctrina de coadyuvar el tratamiento quirúrgico con la radioterapia. Mas al ponerse de manifiesto los efectos de tal procedimiento, se desechó en gran manera, puesto que, en lugar de cooperar a la curación, al parecer fomentaban el crecimiento del carcinoma. Es posible que tal cosa no sea del todo exacta y que en la hora presente pudiera desmentirse en parte dicha adversa

conclusión, pero hasta los presentes momentos no hay ninguna razón para esperarlo.

Tratamiento radioterápico intenso.—Este método, el primero que arriba citamos, es en nuestra opinión el más eficaz tratamiento del carcinoma del cuello uterino hoy en día. Por unos diez años después de haber acogido la radiación en el tratamiento de dicha enfermedad, continuamos valiéndonos de la operación quirúrgica, además de la radioterapia, cuando las pacientes que padecían el primer período de la neoplasia se hallaban en suficiente buen estado, y fué este el método cuyos méritos recomendamos en las ediciones antecedentes de este libro. Mas al progresar la radioterapia y adquirirse mayores informes sobre el particular, nos convencimos de que la radiación da de sí mejores oportunidades de cura, aun en los períodos incipientes del mal, y por los últimos cinco años hemos empleado este método, por las razones antes referidas.

No ponemos en duda la posibilidad de que en lo futuro tengamos que mudar de procedimiento, pero en las presentes circunstancias creemos que se da mejor coyuntura a las pacientes para librarse de la enfermedad cuando se emplea el tratamiento radioterápico intenso, sin estorbar sus efectos con la operación quirúrgica.

Hay ocasiones excepcionales en que puede ser acertada la histerectomía subsecuente a la radiación, como sucede cuando hay algún estado morbooso concomitante en el útero, o en los tejidos contiguos, o bien cuando la paciente o sus parientes insisten persistentemente en la operación. En tales casos, no se apartará de la memoria la necesidad de tratar tanto a la enferma como a la enfermedad. Otras veces conviene la histerectomía a causa de alguna perturbación mental, u obsesión que se apodera de la paciente.

Efectos que la radiación produce en los tejidos

El tratamiento radioterápico del carcinoma del cuello uterino consiste en la aplicación conjunta del radium y de los rayos X, cuyos efectos en los tejidos son muy semejantes, sino que cada uno de ellos desempeña su papel especial. Puede decirse que el efecto del radium es el prototipo de los efectos de la radiación en general.

Cuando se aplica el radium al interior de un tumor canceroso, como por ejemplo en el centro de un carcinoma del cuello uterino, y se deja ahí por mucho tiempo, hay dos zonas donde se manifiestan los efectos, a saber:

1ª *Zona de total destrucción de todo el tejido.*—Todo el tejido situado dentro de cierta zona comprendida por el radium, se mortifica y a la postre se desprende; la anchura del área de esfacelación depende de la dosis de radium y del espesor de la capa metálica que lo contiene. Los rayos, o emanaciones radioactivas, tienen diverso efecto: algunos son muy destructores de los tejidos cercanos al radium, pero al parecer no tienen mucho alcance; a éstos se les designa, por falta de mejor término,

con el nombre de "rayos quemantes", o "rayos suaves". Otros penetran profundamente y producen el efecto diferencial de que hablaremos en el siguiente párrafo.

2ª *Zona de destrucción diferencial.*—En esta zona son destruídas las células carcinomatosas, pero no las células de los tejidos normales, y es esta acción diferenciada la que permite que el radium produzca sus efectos más allá de donde puede llegar el bisturí. En circunstancias propicias, es posible destruir células carcinomatosas en la pared rectal y vesical, en la zona de los uréteres, de los grandes vasos y nervios, hasta llegar a la pared pélvica, esto es, en los tejidos que no podrían ser extirpados. Es, pues, evidente el valor inapreciable de las emanaciones radioactivas en el tratamiento del carcinoma, ya que las más de las veces cuando se presenta al médico la paciente de carcinoma del cuello, han sido invadidos ya los tejidos distantes inextirpables.

Cabe ahora preguntar de qué manera produce el radium este efecto diferenciado, y cómo es que destruye las células carcinomatosas sin destruir las de los tejidos sanos. La razón de por qué el radium puede hacer tal diferenciación en sus efectos, es que las células jóvenes o inmaduras son más susceptibles a la acción destructora que las células adultas. Esta es una ley general que se verifica en todos los tejidos y casi con cualesquier efectos destructivos, y puesto que las células carcinomatosas son células jóvenes, perecen al experimentar los efectos del radium, y en cambio las células de los tejidos normales, que son células adultas, conservan suficiente vitalidad para sobrevivir.

Esta acción diferenciada no es peculiar del radium, si bien en dicho metal se manifiesta en sumo grado. El calor tiene también hasta cierto punto efecto semejante, y de ahí que la escisión de un neoplasma canceroso con el termocauterio, destruya las células malignas que se hallan a cierta distancia de la zona donde se hace la incisión, esto es, un poco más allá de la zona donde se destruyen las células de los tejidos adultos. Esta es la razón de por qué es más probable que cicatrice la incisión que se hace con el termocauterio, que el corte del bisturí en tejido canceroso, conviene a saber: las células adultas normales que sobreviven en la estrecha zona donde son destruídas las células carcinomatosas, crecen y se multiplican rápidamente y forman tejido sano de granulación, el cual ocasiona la cicatrización de la herida. Esto ha sido cosa averiguada desde hace mucho y en ello se funda el que se emplee el termocauterio en lugar del bisturí, para hacer incisiones en tejido carcinomatoso. Sin embargo de ello, el efecto destructivo diferenciado del termocauterio sólo alcanza una zona muy estrecha, la cual se puede ampliar usando muy poco calor y haciendo lentamente el corte, a fin de que se "cuezan", por decirlo así, los tejidos. Por otra parte, se puede ampliar en gran manera la zona de destrucción diferencial por medio del radium, lo cual no se lograría por ningún otro medio.

Cómo acrecentar la zona de efecto diferencial.—Preguntaráse ahora el lector si hay algún medio de regular, y particularmente de ampliar esa

zona donde la radiación produce su efecto diferenciado, de manera que se pueda utilizar eficazmente en el tratamiento del carcinoma extenso en el centro de la pelvis. El radium, en su lenta descomposición, desprende una complicada variedad de rayos que, con fines prácticos, basta dividirlos en tres principales clases: rayos *alfa*, *beta* y *gama*. Los primeros tienen muy poco poder de penetración, y de ahí que se les denomine rayos suaves, los cuales por lo común son interceptados por el vidrio de la pequeña cápsula sellada que contiene la sal de radium, de suerte que tienen poca importancia práctica. Los rayos *beta* son un tanto más penetrantes, y es preciso tener cuenta con su efecto en los tejidos contiguos al radium. Sin embargo de ello, su poder de penetración es tan leve, que en su mayor parte se concentran y agotan en los tejidos, a poca distancia de donde se halla el metal radioactivo, o por mejor decir, son también rayos suaves que, a causa de su falta de penetración, no se pueden utilizar para destruir células carcinomatosas en regiones extensas, y su efecto es destruir totalmente el tejido, esto es, causar la mortificación y el esfacelo hasta cierta distancia del radium. Si se aplica una gran dosis de éste, la esfacelación puede llegar hasta el recto, la vejiga o los uréteres contiguos. Los rayos *gama* son los que penetran profundamente y los que ocasionan la destrucción de las células carcinomatosas situadas en las profundidades de los tejidos.

Ahora bien, la dificultad que ofrece el tratamiento radioterápico de un extenso carcinoma del cuello uterino, consiste en administrar una dosis suficientemente grande de rayos *gama*, que destruya las células carcinomatosas distantes en todos los tejidos pélvicos, sin que los rayos *beta* puedan causar la esfacelación en el recto, la vejiga ni los uréteres.

SOLUCIÓN DE LA DIFICULTAD

Para lograr dicho efecto, ha de ponerse la debida consideración en cuatro cosas, a saber: la cápsula de metal que contenga el radium, el sitio donde se coloque éste, el taponamiento que se haga para proteger los órganos contiguos, y la dosis de radium que convenga en cada caso. Las cubiertas de metal y de goma que cubren el radium suelen ser siempre las mismas, lo cual se hace con el fin de reducir las circunstancias variables en cada caso. Las otras tres circunstancias son sumamente variables, y cada paciente debe ser estudiada individualmente, y se adaptarán con puntualidad los medios al estado del neoplasma, a fin de que el tratamiento tenga máxima eficacia.

a. *Cubierta metálica*.—Algunos metales, como la plata y el bronce, disminuyen la intensidad de los rayos *beta*, o "rayos esfacelantes", como los llaman algunos, a causa de la mortificación que ocasionan en los tejidos; dichos metales, en cambio, alteran muy poco los rayos penetrantes *gama*. Por lo común se coloca la pequeña cápsula sellada de vidrio que contiene la sal de radium en una cápsula de plata, la cual se pone dentro de una cápsula de bronce; todo esto constituye el tubo, o cápsula usual de radium, que antes de ser colocada en los tejidos se pone dentro de un

tubo de goma. En la figura 271 se ponen de manifiesto los efectos de esta cubierta metálica. De ordinario dicha cubierta tiene un espesor de 0.5 de mm. de plata y 1.5 mm. de bronce, todo lo cual equivale poco más o menos a un espesor de 0.5 mm. de platino. Sea cual fuere el metal que se emplee en la cápsula, el efecto absorbente de ésta se suele expresar

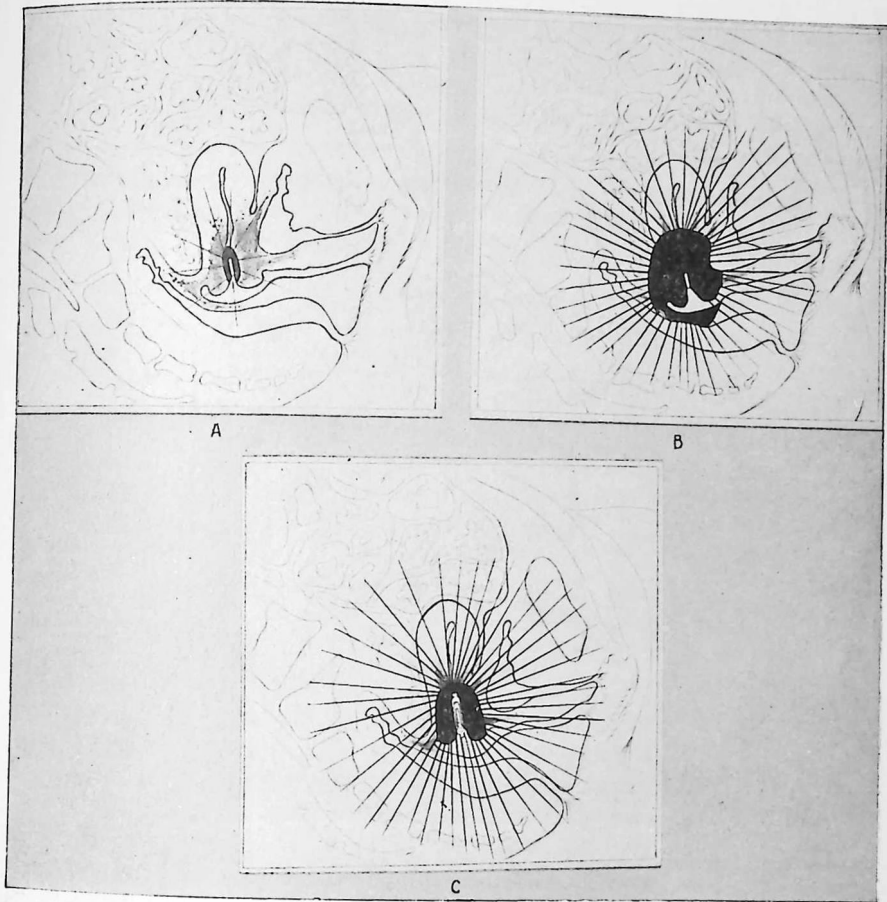


Fig. 271.—Pantallas de metal y de goma. *A.* Diagrama que representa el efecto de pequeñas dosis de radium sin ninguna pantalla, incluido tan sólo en su cápsula de vidrio. El área oscura representa la esfacelación, y las pocas líneas radiadas la pequeña dosis de rayos que tienen penetración profunda. *B.* Este dibujo representa el efecto del radium cuando se acrecienta la dosis sin pantalla lo bastante para producir una dosis eficaz de rayos penetrantes; la esfacelación llega hasta la vejiga y el recto. *C.* Dibujo que representa el efecto del radium con pantalla de metal o de goma: limitase la zona de mortificación, de suerte que se pueden aplicar grandes dosis de rayos penetrantes sin causar mortificación de la vejiga y del recto.

en milímetros de platino, con el fin de guardar uniformidad en los informes que se publiquen. En el día de hoy se está empleando mucho el platino, ya que su densidad permite el que sean más delgadas las paredes de la cápsula y, por tanto, que sea más pequeño el paquete, o cápsula

total que contiene el radio, lo cual es muy conveniente cuando se aplica éste en algunos sitios. Hay además propensión a valerse de cápsulas protectoras de mayor espesor, verbigracia, de 1.0 a 2.5 mms. de platino.

El poder de absorción de un metal está en razón directa con su densidad. Por ejemplo la densidad del plomo es de 11.3 y la del platino de 21.2; de ahí que el segundo tenga poco más o menos doble poder de absorción de las emanaciones radioactivas que el plomo. Por consiguiente, es preciso valerse de una cápsula de plomo de 2 mms. de espesor para que su poder de absorción equivalga a 1 mm. de platino. La densidad de los diversos metales que se emplean para cubrir el radium, es poco más o menos la siguiente:

Acero	8	Plomo	11
Bronce	8½	Oro	19
Plata	10½	Platino	21

b. *Neutralización de los rayos por medio de la distancia*¹.—Además de los metales que se emplean como pantalla amortiguadora de los rayos,

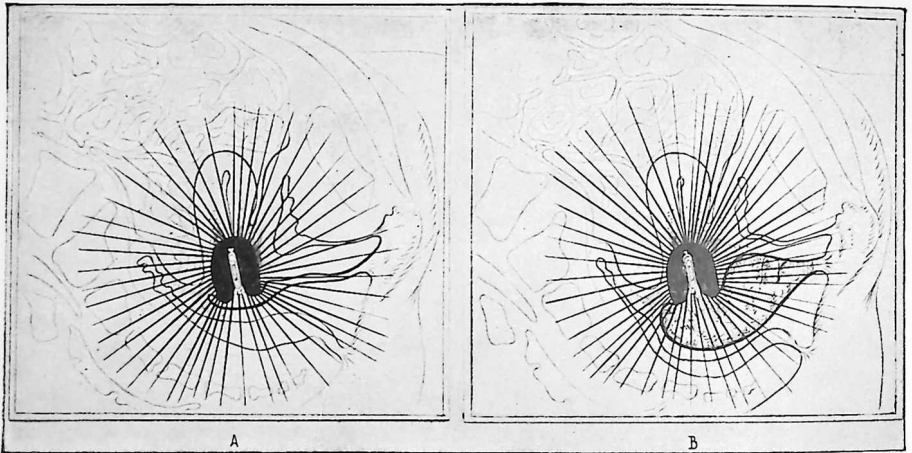


Fig. 272.—Amortiguamiento de la intensidad de los rayos radioactivos por medio de la distancia. A. Dibujo que pone de manifiesto la peligrosa proximidad del radium con la vejiga y el recto. B. Diagrama que representa la manera cómo el firme taponamiento vaginal cuidadosamente, aparta la vejiga y el recto, de manera que se pueda aplicar la dosis máxima de radium.

hay otros medios importantes de lograr este efecto neutralizante, uno de los cuales es la distancia, atento que el efecto de los rayos se dismi-

¹ A falta de mejor término, he traducido el término inglés *distance screening*, de la siguiente manera: "neutralización de los rayos por medio de la distancia". El vocablo inglés *screen* denota en castellano pantalla, tabique, reparo o defensa, y de él forman los ingleses el verbo *to screen*, y el participio *screening*, que emplean en forma substantivada para significar el acto de encerrar el radium dentro de alguna cápsula metálica con el fin de absorber o neutralizar hasta cierto punto los rayos que se desprenden del radium. Así, pues, el término *distance screening*, se usa en sentido metafórico, y denota la neutralización, o el amortiguamiento de los antedichos rayos, por medio de la distancia. (N. del T.)

nuye rápidamente en razón directa a la distancia que se coloca el radium. De lo que es consiguiente inferir que para evitar la esfacelación de las paredes rectal y vesical, es preciso alejar todo lo más posible dichos tejidos del radium, lo cual se logra efectuando el taponamiento con gasa. Para ello se distienden la bóveda, o fórnix vaginal posterior y anterior, con un tapón apretado (Fig. 272), con lo cual se alejan el recto y la vejiga. Esto se designa en inglés con el nombre de *distance screening* (véase la nota del traductor). El importante efecto amortiguador no es producido por la gasa, sino por la distancia, y ha de tenerse buen cuidado de hacer el taponamiento con exactitud y firmeza, según lo requieran las circunstancias. Puesto que no puede orinar la paciente a causa del tapón apretado, ha de introducirse una sonda vesical de retención.

c. *Amortiguamiento, o neutralización de los rayos, por medio de los tejidos* (véase la nota del traductor).—Hay otra manera de amortiguar el efecto destructor de los rayos *beta*, a saber, el conglomerado de tejidos inmediatos al radium. Cuando es posible colocar el radium en el centro de un gran conglomerado de tejidos, sirven éstos para disminuir la intensidad de los “rayos esfacelantes”, cuando se aplican grandes dosis de radium. En tales casos se emplean los rayos *beta* de poca penetración para mortificar el antedicho conjunto de tejidos, y de esta manera poder aplicar una gran dosis de radium y de los rayos *gama*, para destruir células carcinomatosas dispersas. Si antes de aplicar el radium en la cavidad se efectuase el legrado y se extirparan dichos tejidos, no sería posible administrar una dosis tan grande. En efecto, se dificulta sobremanera la aplicación de radium cuando se ha formado alguna concavidad, a consecuencia del esfacelo, del termocauterio, o de la escisión, y sólo queda una cavidad de paredes delgadas. En tales casos se ha de ser muy cauteloso al aplicar el radium, pues de lo contrario se quemarán los tejidos y se formará un agujero en la delgada pared que hay de por medio entre el radium y el recto y la vejiga. Así, pues, por lo común no extirpamos el tejido carcinomatoso, sino lo utilizamos a manera de reparo o tabique amortiguador, a fin de poder administrar mayores dosis de rayos *gama* que lleguen hasta las áreas cancerosas distantes.

Sucede a veces que alguna porción del neoplasma impide el que se coloque convenientemente el radium, y en este caso es preciso recortar el tejido que estorba, pero sólo se cortará lo estrictamente necesario para poder introducir el radium.

Otra razón de por qué ha de limitarse cuanto sea posible la escisión de tejidos, es la posibilidad de que haya bacterias, las cuales a menudo son virulentas en la superficie ulcerada, así como en los tejidos subyacentes, pues en tales circunstancias importa no diseminar la infección fuera de la barrera defensiva formada por los leucocitos.

d. La *dosis de radium* que con seguridad se pueda administrar, se determinará haciendo el estudio minucioso del estado de los tejidos superficiales y profundos, y graduando según convenga la dosis de acuerdo

con la cantidad de rayos X que haya de administrarse. Más adelante volveremos a tratar de este asunto.

Distribución de los rayos en la pelvis

Lo más importante en la curación del carcinoma del cuello uterino, es aplicar dosis de radium o de rayos X que causen la destrucción total de las células carcinomatosas en las porciones laterales del parametrio, sin causar grave daño a los tejidos intermedios. Los rayos producen su mayor efecto en los tejidos más inmediatos y su intensidad se disminuye rápidamente al paso que se aumenta la penetración. Los sitios por donde suelen penetrar dichos rayos son el cuello uterino y la bóveda o fórnix vaginal (Figs. 273 y 274). La esfacelación causada por el radium y que sólo está circunscrita en el cuello, es de importancia secundaria en el tratamiento del carcinoma, y se procura siempre ocasionarla con bastante intensidad, aunque dentro de ciertos límites, con el fin de acrecentar la eficacia de la radiación en las porciones laterales del parametrio. En virtud del sitio que ocupa en el neoplasma y de su proximidad al parametrio, el radium debidamente dispuesto en el útero y en la bóveda vaginal, es agente importantísimo en la supresión del carcinoma.

Los rayos X tienen que recorrer tal distancia y atravesar tan diversos tejidos, que sólo una pequeña parte de los que se aplican a la superficie (dosis superficial, o de superficie) llegan hasta la zona importante del parametrio. Tienen además el inconveniente de que la piel es muy sensible y se daña fácilmente, a causa de los rayos X, hasta el grado de que sólo es posible aplicar pequeñas dosis a la superficie. La dosis máxima que ha de aplicarse en una sola vez, es aquella que provoque dentro de las cuatro semanas subsiguientes, enrojecimiento y color bronceado en la piel, en el sitio por donde penetraron los rayos, y de ahí que se denomine "dosis limítrofe de eritema"¹, que si bien varía según las diversas pacientes, es un término medio bastante veraz, y se emplea dicha designación muy a menudo al hablar de la dosificación de los rayos X.

¹ Traduzco en "dosis limítrofe de eritema", el término inglés *threshold erythema dose*, que más literalmente sería "dosis umbral de eritema". No he hallado mejor manera de expresar este modismo inglés, o, si se quiere, esta metáfora inglesa. Otras veces dicen los ingleses *borderline dose* (*border-line* vale en español, lindero, línea divisoria, límite), y hablan también de *borderline cases*, que muchos traductores traducen en "dosis umbral", "dosis límite", "casos límite", "casos lindero", etc.

La incorrección de tales maneras de dición en castellano no necesita encarecimiento. Gramaticalmente son incorrectas, pues se emplea un sustantivo (límite, umbral, lindero) en calidad de adjetivo. Cuanto a la significación, son por entero insignificantes, pues nada dicen ni nada explican.

Para expresar el *borderline cases*, yo me valgo del circunloquio explicativo (largo si se quiere, pero claro) y digo hablando, por ejemplo, de ciertos neoplasmas, a los que con frecuencia los ingleses apellidan *borderline cases* (y algunos autores españoles "casos lindero" o "límite"): "los neoplasmas que se hallan en los linderos de la malignidad", o bien, "los neoplasmas de índole dudosa, que bien pueden ser malignos o benignos", o de alguna otra manera clara que no deje en duda al lector respecto de lo que quiso significarse con "caso lindero".

Tocante al término *threshold erythema dose*, me he visto forzado a traducirlo como queda dicho, *dosis limítrofe de eritema*.

Ahora bien, la dosis máxima aplicable a la piel ("dosis límite de eritema") no basta a destruir las células cancerosas en el parametrio y, por consiguiente, para que la roentgenoterapia sea eficaz, los rayos X han de penetrar en la pelvis desde diversas direcciones, de manera que concurran en alguna área profunda. De esta suerte, aun cuando en cada área cutánea sólo se aplica una sola "dosis límite de eritema", al concentrarse en un sitio los rayos provenientes de diversas direcciones, se acrecienta de tal manera el efecto de la radiación, que destruye las células carcinomatosas (Fig. 275).

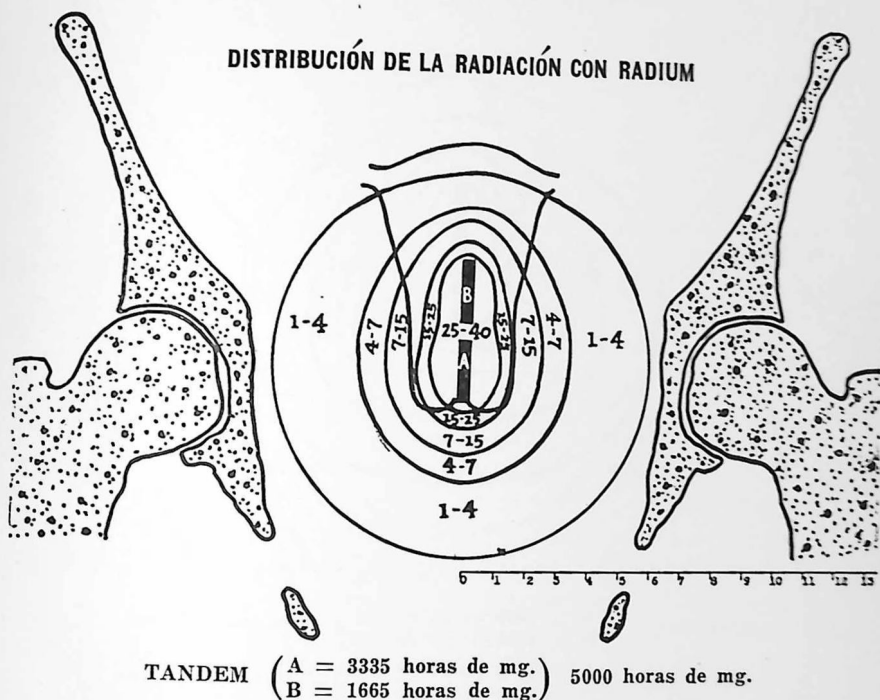


Fig. 273.—Distribución de la radiación por medio del radium en la pelvis femenina normal para lograr el *tandem* intrauterino que conste de dos cápsulas que suministren una dosis de 5,000 horas de miligramo. (Arneson: *Radiology*.)

Razón de la distribución especial.—Merced a los perfeccionamientos de la radioterapia, es posible en el día de hoy irradiar de manera la pelvis con el radium y los rayos X, que se destruyan todas las células, así carcinomatosas como de otro género. La dificultad que ofrece el tratamiento eficaz del carcinoma no radica en la insuficiencia de los rayos

Muy de desear sería que las personas capacitadas así en radiología como en todas las demás ramas de la medicina y la cirugía, fueran poniendo la consideración en la terminología española, tan llena de barbarismos, a fin de hallar términos adecuados y propios de nuestro idioma, en lugar de la multitud de voces insignificantes que empleamos hoy en día, para ir así depurando la terminología médica y tener mejor entendimiento en los asuntos de que tratamos, o que discutimos en español, y que no pocas veces son ininteligibles en otros países de habla española. (N. del T.)

que pueden introducirse en la pelvis, sino en los tropiezos que se hallan al distribuir dichos rayos de tal manera que se destruyan las células cancerosas en las porciones laterales del parametrio, sin causar gran menoscabo a la vejiga y al recto.

Cuando se coloca el radium en el carcinoma cervical queda muy cerca de las antedichas vísceras, y puesto caso que los efectos de la radiación se disminuyen rápidamente al paso que se acrecienta la distancia, es

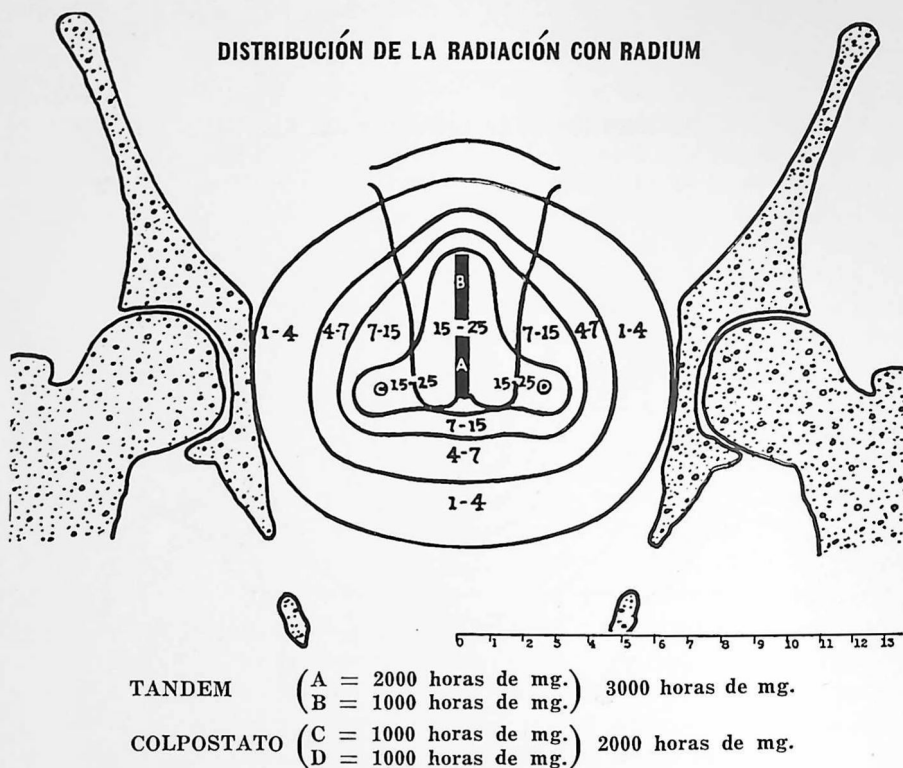


Fig. 274.—Distribución de la radiación de radium en la pelvis femenina normal para dar un *tandem* intrauterino en combinación con focos de radiación situados en los fórnixes vaginales laterales, por medio del colpostato. (Arneson: *Radiology*.)

menester aplicar grandes dosis a la porción central de la pelvis, para que llegue siquiera una dosis moderada de rayos a las porciones laterales del parametrio; para ello es forzoso aplicar dosis muy grandes cerca de la vejiga y del recto, cuya concentración alcanza tal grado en las porciones centrales contiguas de aquélla y de éste, que se corre grave riesgo de causar en ellos la mortificación. Cuando la roentgenoterapia profunda se convirtió en eficaz coadyuvante de la radiación pélvica, se concentraron también sus efectos en la porción central de la pelvis, que es precisamente el área donde se corre peligro de dañar la vejiga y el recto. El mero aumento en la radiación ocasiona la mortificación del área contigua de los sobredichos órganos, antes de que se logre acrecentar percep-

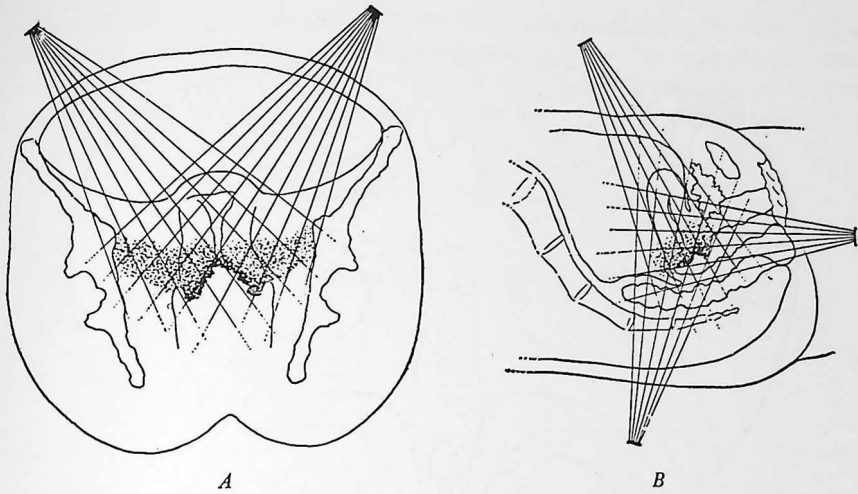
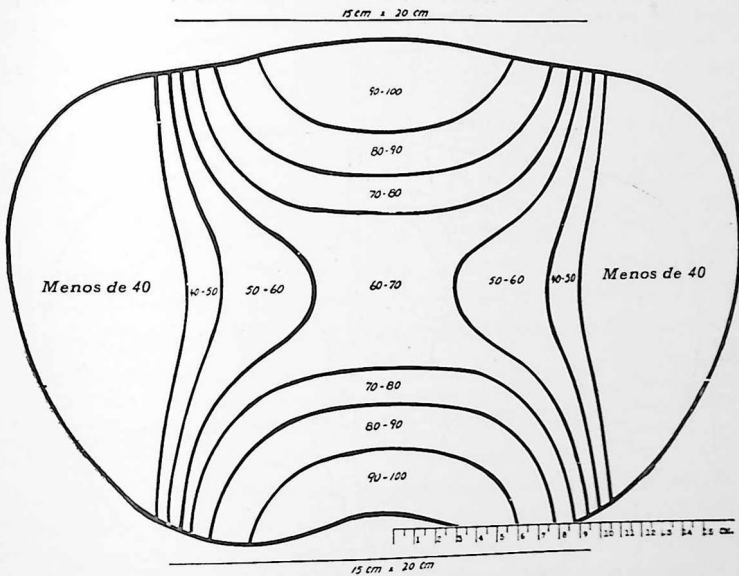
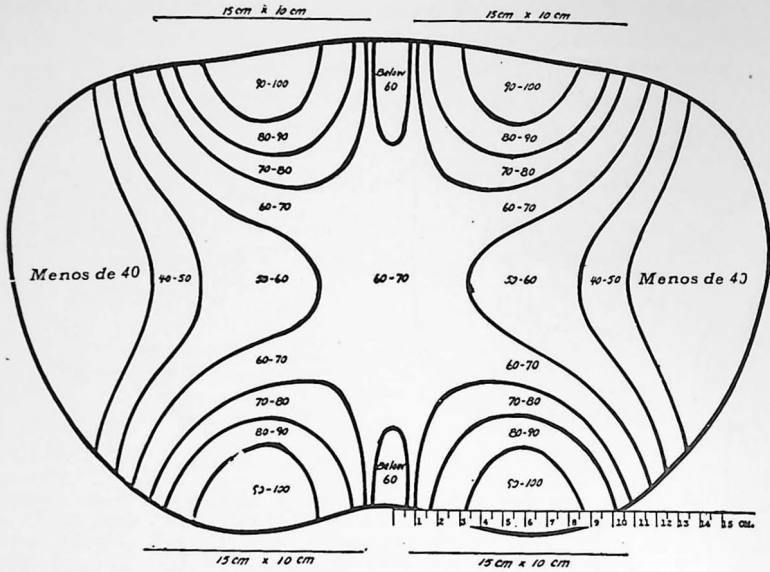


Fig. 275.—Diagramas con que se ilustra el principio de radiación desde diversas direcciones en la roentgenoterapia del carcinoma del cuello uterino. Para poder suministrar una dosis suficiente para el carcinoma uterino sin causarle daño al tejido cutáneo, se emplean diversos sitios de aplicación, uno después del otro, hasta suministrar una dosis acumulada en los sitios donde se cruzan los rayos.



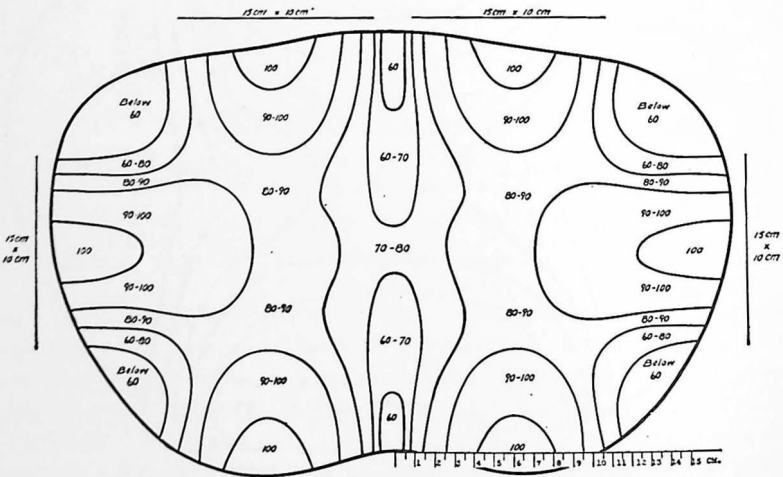
200 Kv. RAYOS X FILTRO 0.5 MM. CU. 2.0 MM. AL.
 DISTANCIA 70 CM.

Fig. 276.—Distribución de los rayos X dentro de una pelvis femenina normal, para grandes regiones únicas que midan 15 x 20 centímetros en las superficies anterior y posterior. (Arneson y Quimby: *Radiology*.)



200 Kv. RAYOS X FILTRO 0.5 MM. CU. 2.0 MM. AL.
 DISTANCIA 70 CM.

Fig. 277.—Distribución de la radiación con rayos X dentro de la pelvis femenina normal, para dos áreas que tengan 15 × 10 centímetros en ambas superficies pélvicas anterior y posterior. (Arneson y Quimby: *Radiology*.)



200 Kv. RAYOS X FILTRO 0.5 MM. CU. 2.0 MM. AL.
 DISTANCIA 70 CM.

Fig. 278.—Distribución de los rayos X dentro de la pelvis femenina normal para agregar rayos laterales a los sitios de entrada en ambas superficies pélvicas anterior y posterior. (Arneson y Quimby: *Radiology*.)

tiblemente los efectos de la radiación en el parametrio. Así, pues, para intensificar la eficacia de la radioterapia era preciso idear alguna manera de aumentar la *proporción* de los rayos que llegan hasta las porciones laterales del parametrio, conviene a saber, fué preciso la distribución especial.

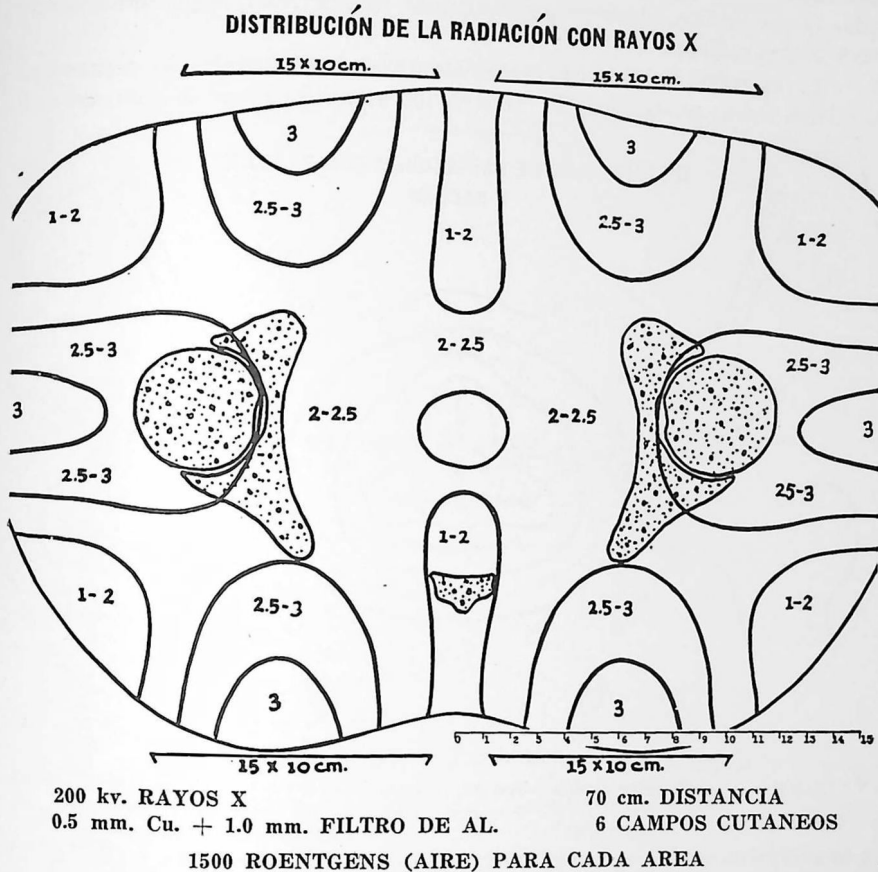
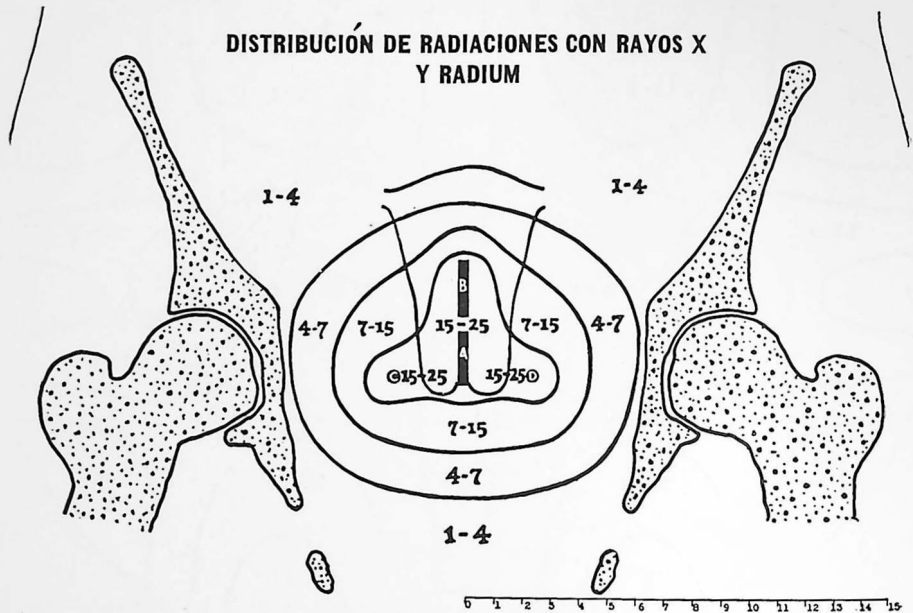


Fig. 279.—Distribución de las dosis "límitrofes" de eritema dentro de la pelvis femenina normal para los factores especificados (1,500 roentgens para cada área). Se emplea también un campo lateral de 15 x 10 centímetros en cada cadera, lo que da un total de seis campos. (Arneson: *Radiology*.)

El asunto de la distribución proporcional de los rayos en la pelvis fué tratado admirablemente en dos artículos, de los cuales tomamos los grabados adjuntos. En el artículo publicado por Arneson y Quimby (*Radiology*, Vol. 25, pág. 182, 1935) se estudió pormenorizadamente la distribución de los rayos X, en dos, cuatro y seis áreas (Figs. 276 a 278). En el de Arneson (*Radiology*, Vol. 27, pág. 1, 1936) se estudia la distribución de los rayos de radium por sí solos, de los rayos X, y de los rayos combinados del uno y los otros. Por ejemplo, en las figuras 273 y 274 se comparan las dosis obtenidas en el parametrio por medio del

tandem de radium por sí solo, con las dosis obtenidas cuando se distribuye parte del radium muy hacia fuera de cada fórnix, o bóveda lateral. En la figura 279 se muestra la distribución de solos los rayos X, y en las 280 a 282, la distribución de los rayos X y el radium coordinados. Las siguientes líneas, tomadas del segundo artículo, ponen de manifiesto el cuidado que se tuvo al hacer los diagramas, de manera que pudieran servir para comparaciones exactas:

“...es necesario que con todos los diversos diagramas se represente la misma lesión anatómica, de manera que se pueda hacer la comparación



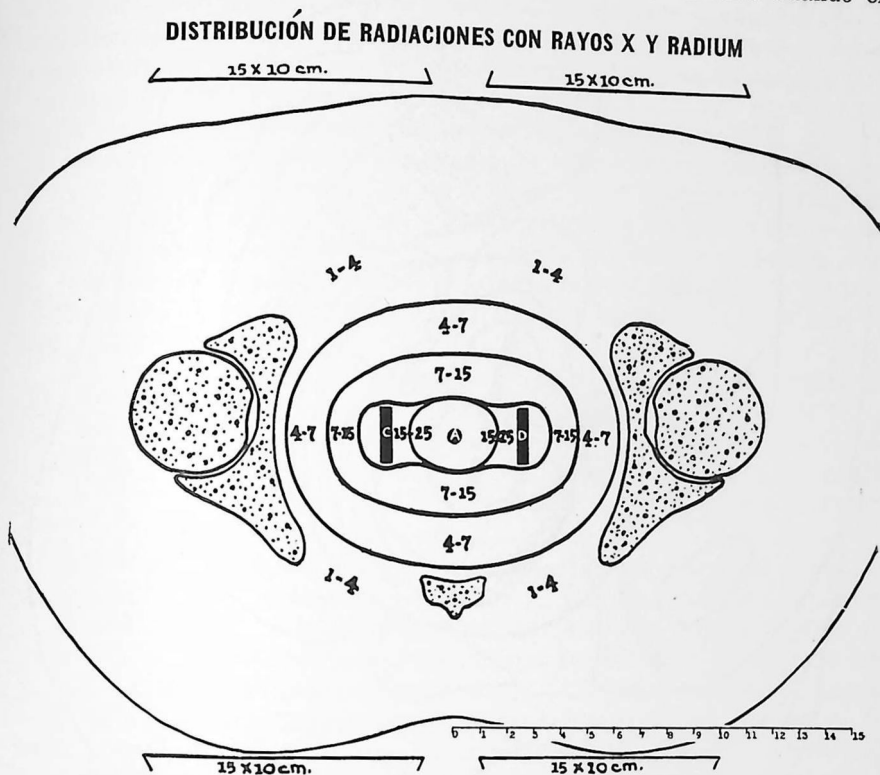
<p>RADIUM</p> <p>TANDEM 3000 horas de mg.</p> <p>COLPOSTATO 2000 horas de mg.</p>	<p>RAYOS X</p> <p>200 kv. 70 cm. DISTANCIA</p> <p>0.5 mm. Cu. + 1.00 mm. FILTRO DE AL.</p> <p>6 CAMPOS CUTANEOS</p> <p>1500 ROENTGENS (AIRE) PARA CADA AREA</p>
---	---

Fig. 280.—Distribución de los rayos X y del radium dentro de la pelvis femenina normal para los métodos y dosis especificados. (Arneson: *Radiology*.)

del valor respectivo de los diferentes métodos. Con todo, en la práctica hay muchas variaciones en el aspecto macroscópico de la lesión, en los diversos carcinomas del cuello uterino. Las lesiones anatómicas que se ponen de manifiesto en los diagramas, se representan en el útero de tamaño normal, en el cual no se ha desfigurado en gran manera la estructura a causa del neoplasma.”

Métodos de distribución especial.—La especial distribución de los rayos, de suerte que gran número de ellos vayan a las importantes regiones parametriales, se puede variar según la manera como se apliquen el radium y los rayos X.

Distribución del radium.—Al efectuar la radiación por medio del radium, el cuello uterino y la bóveda vaginal presentan un área tan pequeña, que hay pocas oportunidades de mudar la distribución. Con todo, puede mejorarse ésta colocando lateralmente el radium, de manera que cierta parte de él quede en cada lado de la bóveda vaginal. Las facilidades para lograr esto son muy variables en las diversas pacientes. Cuando el



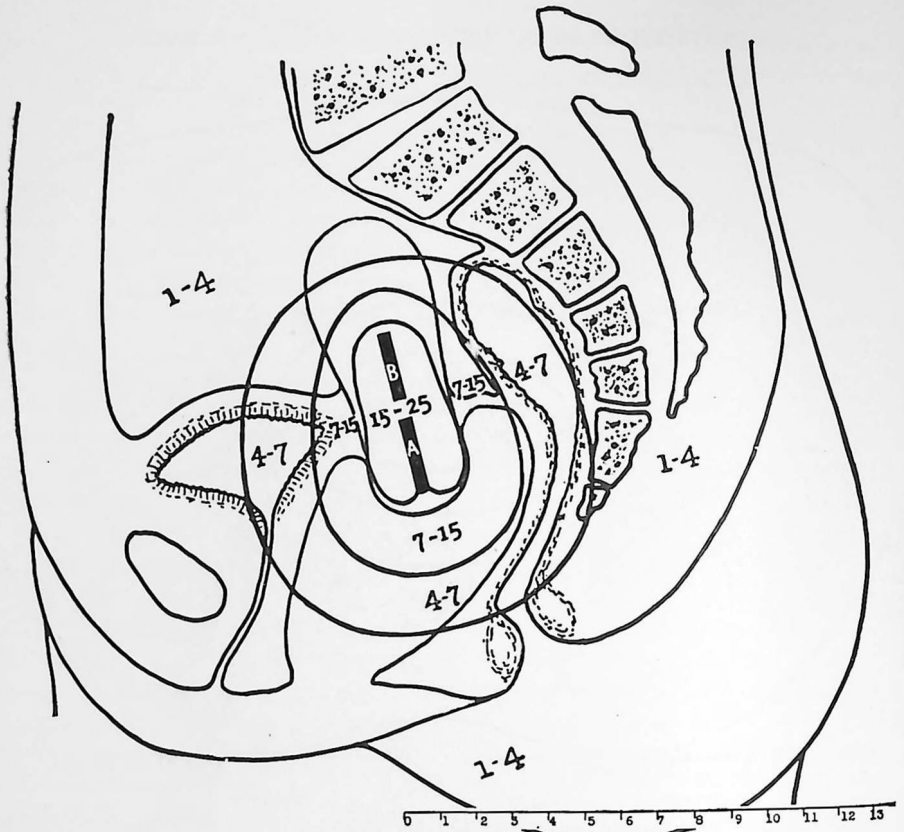
RADIUM	RAYOS X
TANDEM 3000 horas de mg.	200 kv. 70 cm. DISTANCIA
	0.5 mm. Cu. + 1.00 mm. FILTRO DE AL.
	6 CAMPOS CUTANEOS
COLPOSTATO 2000 horas de mg.	1500 ROENTGENS (AIRE) PARA CADA AREA

Fig. 281.—Distribución de los rayos X y del radium en corte transversal de la pelvis femenina normal. Se emplea también un campo lateral de 15 × 10 centímetros en cada cadera, lo que da un total de seis campos. (Arneson: *Radiology*.)

fórnix, o la bóveda vaginal es amplia y muy movable, se puede empujar la porción lateral del radium, hasta un trecho considerable hacia las porciones laterales del parametrio. En cambio, otras veces el fórnix vaginal es tan pequeño, o está tan desfigurado por tejido cicatrizal, o rodeado de tejidos impregnados, que queda muy poco espacio lateral; en tales circunstancias, se ha de obrar con cautela, pues de lo contrario bien pudiera suceder que la aplicación vaginal, destinada a las regiones la-

terales, obrara hacia el centro y de este modo acrecentase en lugar de disminuir la propensión a causar necrosis central en la vejiga. Las más de las veces es posible lograr la aplicación vaginal lateral de una porción del radium.

DISTRIBUCIÓN DE RADIACIONES CON RAYOS X Y RADIUM



RADIUM		RAYOS X	
TANDEM	3000 horas de mg.	200 kv.	70 cm. DISTANCIA
		0.5 mm. Cu. + 1.00 mm. FILTRO DE AL.	
COLPOSTATO	2000 horas de mg.	1500 ROENTGENS (AIRE) PARA CADA AREA	6 CAMPOS CUTANEOS

Fig. 282.—Distribución de los rayos X y del radium en corte longitudinal de una pelvis femenina normal. (Arneson: *Radiology*.)

Las figuras 273 y 274 representan hasta qué grado se puede lograr tal aplicación en circunstancias propicias. En la primera se indica la dosis de rayos que se obtienen a diversas distancias laterales, cuando se emplea el *tandem* de radium en el cuello uterino, y la segunda muestra la dosis que se logra en las regiones laterales distantes, cuando se coloca parte del radium en cada lado de la bóveda vaginal. Más abajo daremos

los pormenores de esta aplicación, así como describiremos el aparato (colpostato) que para ello se requiere (véase "pormenores de los métodos de tratamiento").

Distribución de los rayos X.—Cuando se efectúa la radiación con los rayos X se dispone de considerable latitud en la distribución especial, y uno de los métodos de lograr este fin, es la división de las áreas. Teniendo una gran área anterior y otra posterior, la máxima intensidad de la radiación es en la línea media (Fig. 276). Si se divide cada una de estas áreas centrales en dos áreas laterales un tanto cuanto separadas que tengan igual superficie total, se logrará que lleguen mayor número de rayos hasta las porciones laterales del parametrio, de cada lado (Fig. 277), o por mejor decir, se podrá administrar a las antedichas porciones laterales del parametrio la misma dosis con menos efectos destructores respecto de la vejiga y del recto, o bien se podrá aplicar lateralmente una mayor dosis, sin aumentar la dosis central. Cuando se añade una área lateral en cada lado de la pelvis, se hace aún más eficaz la radiación de las porciones laterales del parametrio, y se acrecienta muy poco la dosis central (Fig. 278).

Hay aún otro método, consistente en ladear o inclinar los rayos de manera que la porción principal del foco de radiación quede dirigida hacia un lado, fuera del área central. Con estos dos métodos de aplicar la roentgenoterapia profunda se puede acrecentar en gran manera la radiación parametrial, sin que se acreciente la mortificación en las áreas centrales peligrosas.

Distribución combinada.—Con la combinación de las áreas divididas para la radiación por medio de los rayos X, y la distribución del radium en el cuello uterino y en las porciones laterales de la bóveda vaginal, se mejora notablemente la distribución, según se indica en las láminas adjuntas. La figura 279 representa la distribución de los rayos X, cuando se aplican por tres diversas áreas, expresadas en "dosis limítrofes de eritema". En la figura 280 se ve la distribución vertical y lateral del radium y de los rayos X combinados. En la 281 se muestra la distribución ánteroposterior y lateral del radium y los rayos X, y en la 282 se representa la distribución en las paredes vesical y rectal, en la línea media, en la pelvis de tamaño normal. Al estudiar estos diagramas, adviértase que gran cantidad de rayos llegan hasta las porciones laterales del parametrio, lo cual se logra sin que se aumente la dosis en las porciones centrales peligrosas de la vejiga y el recto.

Distribución quirúrgica.—En la más eficaz distribución de los rayos tienen parte los diversos métodos quirúrgicos, en virtud de los cuales se aplica el radium al parametrio y a la pared pélvica. Estos métodos consisten en la implantación profunda de agujas de radium, en la implantación de pepitas, o cápsulas de radón, en las incisiones por entre la pared vaginal, con el fin de colocar el radium en el parametrio y en las operaciones abdominales para implantar pepitas de radón. Al hablar de las disposiciones quirúrgicas suplementarias, describiremos estos métodos especiales.

PORMENORES DE LOS MÉTODOS DE TRATAMIENTO

Para estudiar como es debido el tratamiento del carcinoma del cuello uterino, es preciso poner la consideración en el método ordinario de radioterapia, así como en ciertas disposiciones suplementarias, todo lo cual estudiaremos en el siguiente orden:

Radiumterapia

- Métodos generales de radiumterapia
- Implantación intrauterina de radium
- Aplicación de radium al fórnix vaginal
- Agujas, pepitas y "bombas"
- Estados morbosos especiales
 - Extensión del neoplasma hasta el orificio vaginal
 - Nódulo pequeño en el tabique
 - Cavidad en la bóveda vaginal
 - Abultamiento, o tumor especial en el parametrio
 - Carcinoma en el muñón cervical

Roentgenoterapia

Disposiciones quirúrgicas suplementarias

- Implantación de agujas en el parametrio
- Operación vaginal para implantar el radium
- Operación abdominal para implantar el radium
- Linfadenectomía ilíaca
- Histerectomía después de la radioterapia ordinaria

Operaciones quirúrgicas de interés histórico

- Operación abdominal radical
- Operación vaginal radical

Tratamiento de las complicaciones

- Prolapso complicado con carcinoma cervical
- Mioma concomitante con el carcinoma cervical
- Inflamación y carcinoma cervical
- Preñez y carcinoma del cuello uterino

RADIUMTERAPIA

La radiumterapia ordinaria comprende la aplicación del radium al sitio del carcinoma, con el fin de efectuar la radiación directa por dentro de la pelvis, así como la roentgenoterapia profunda con el propósito de efectuar la destrucción general de las células carcinomatosas dispersas en la pelvis y en la porción inferior del abdomen.

Métodos generales de radiumterapia

Como es fácil suponer, se están efectuando de continuo estudios y experiencias encaminadas a perfeccionar los métodos y hacer más eficaz

la radiumterapia. Ello no obstante, es menester que cada método nuevo sea analizado críticamente, antes de darle aceptación general, y antes de que substituya otros procedimientos conocidos que han surtido buen efecto. De este asunto tratamos en un artículo publicado por uno de nosotros (H. S. C.) (*Radium Methods and Statistics of Cancer of the Cervix, Am. Jour. Obst. and Gynec.*, Vol. 28, pág. 378, 1934), del cual extractamos lo siguiente:

“No cabe dudar que los ginecólogos, en su afán constante de perfeccionar los métodos de tratamiento del carcinoma del cuello uterino, están siempre dispuestos a aceptar con beneplácito cualquier nuevo mejoramiento que se proponga. Ello no embargante, hemos visto tantas veces fallidas nuestras esperanzas, que para aceptar cualquiera nueva proposición en este respecto es menester que hagamos el estudio minucioso de ella y nos convenzamos de la superioridad del procedimiento.

“Se ha dado en los últimos años considerable atención al método de radiumterapia ideado por el Dr. Regaud, del Instituto de Radium de París, cuyas estadísticas indican que se ha logrado la cura en un tanto por ciento muy crecido de pacientes, y del cual método se ha empleado de manera muy general una variación en este país. La teoría en que se funda tal procedimiento es la de aplicar una dosis de radium a cada generación de células carcinomatosas, en el período de división celular, cuando son más sensibles a la acción de dicho metal, lo cual, según se supone, puede lograrse si se difunde la dosis por un período de cinco a siete días. En época reciente un capacitado investigador de la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington, quien dedicó algunos meses al estudio minucioso de los métodos franceses de radioterapia (radium y rayos X) en general, volvió a este país lleno de esperanzas y de alborozo respecto de dichos métodos. Por otra parte, Healy, de Nueva York, en artículo reciente puso de manifiesto el crecido tanto por ciento de curaciones logradas, según las estadísticas de Regaud. Por manera que nos ha parecido acertado hacer el estudio comparativo de los efectos alcanzados con éste y con otros métodos de radiumterapia.

“Son tan variados y es tan crecido el número de los métodos de irradiación que se han empleado en el tratamiento del carcinoma del cuello uterino, que el asunto resulta por demás confuso. Los procedimientos usuales en el día de hoy son tan sólo variaciones de los que primero se pusieron por obra, los cuales es preciso entender del todo para justipreciar los que se usan hoy en día. Una breve ojeada a nuestro trabajo en la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington, puede servirnos de fundamento para hacer la clasificación de los antedichos métodos. Allá por el año 1920, llegamos los médicos del Hospital Barnes, de la antes mencionada Escuela de Medicina, a la conclusión de que el tratamiento del carcinoma por medio del radium había llegado al punto en que era preciso hacer cuenta con él al tratar pacientes operables. Estudiando metódicamente el asunto, obteniendo de la prensa médica todos los informes que pudimos y visitando los lugares donde se

hacían aplicaciones de radium, adquirimos la convicción de que la radium-terapia, tal como entonces se empleaba, era el mejor tratamiento de todos los carcinomas del cuello uterino, excepto aquellos que se hallaban en el período incipiente.

“Hubimos luego de determinar cuál era el método radiumterápico que habíamos de llevar a ejecución. En aquel entonces se empleaban dos procedimientos generales: el uno consistente en aplicar una dosis moderada, y esperar a ver si se requerían después nuevas dosis; el otro consistía en aplicar la dosis máxima desde el principio del tratamiento, ora en una sola vez, o bien en dos o más aplicaciones, tan próximas la una de la otra que constituyeran una sola dosis. El primer método era muy usual en algunos grandes hospitales en el Este del país, pero el segundo era al parecer muy superior, y por él nos decidimos tras de minuciosa consideración, esto es, determinamos administrar en sola una vez la dosis máxima de radium, y resolvimos asimismo valernos de la roentgenoterapia en calidad de coadyuvante, con la esperanza de destruir células carcinomatosas dispersas que no pudieran ser alcanzadas por la acción del radium.

“La superioridad del método aceptado (dosis máxima al principiar el tratamiento) se apoya en lo siguiente: 1º Cuando se empieza el tratamiento las circunstancias son más propicias para la implantación del radium, de manera que sea posible administrar la dosis máxima para destruir las células carcinomatosas profundas, ya que luego de formarse el tejido cicatrizal que fija y contrae los tejidos, no se puede administrar con seguridad tan grande dosis. 2º Si no se destruyen presto las sobredichas células carcinomatosas, adquieren cierta resistencia contra el efecto del radium. De lo que es consiguiente inferir que para lograr la destrucción de tales células, se ha de hacer el ataque con la irradiación intensa muy al principio, antes de que se vuelvan resistentes.

“Por diez años pusimos en ejecución el referido método, a pesar de las proposiciones que se hicieron de variarlo, y para ello nos fundamos en las tres siguientes razones: lo primero, que habíamos determinado aceptar este tratamiento después de estudiar detenidamente el asunto; lo segundo, porque en esta enfermedad se necesitan varios años de prueba para determinar el verdadero valor curativo de cualquier procedimiento, y en tercer lugar, los estudios que de cuando en cuando hicimos de otros métodos propuestos, nos convencieron de que no les sacaban ninguna ventaja, ni ofrecían mayores probabilidades de curación que el procedimiento acepto. En 1931 hicimos el estudio analítico de las pacientes tratadas en el decurso de cinco años, a saber, en el período de 1921 a 1926, lo cual nos dió estadísticas de cinco años que incluían 121 pacientes tratadas de manera uniforme. Las conclusiones que de tal estudio sacamos, así como las de nuestros trabajos efectuados en los cinco años subsecuentes, fueron presentadas en la junta de la *American Gynecological Society* de 1931 (*Am. Jour. Obst. and Gynec.*, Vol. 22, pág. 559, 1931, y *Surg., Gynec. and Obst.*, Vol. 53, pág. 450, 1934).

“Nuestra propia experiencia y los informes de otros investigadores publicados en el antedicho período de diez años, abonaron de todo en todo los méritos del referido método de tratamiento. Ello no obstante, hace unos dos años determinamos hacerle dos variaciones, la primera consistente en incluir los neoplasmas incipientes en el grupo que se trata por medio de la irradiación, de manera que en la hora presente empleamos la radioterapia en el tratamiento de todos los neoplasmas y sólo nos valemos de cualquiera operación quirúrgica que sea menester, como coadyuvante de la irradiación. La segunda variación consistió en aplicar parte de la dosis de rayos X antes que el radium, con el fin de producir cierto efecto destructor en las células carcinomatosas marginales, antes de hacer la implantación de radium en la porción central del neoplasma. Este método había sido empleado por Healy con magníficos efectos, particularmente cuando había algún gran tumor papilomatoso, o úlceras en la bóveda vaginal. En el intervalo se hacen irrigaciones o curaciones vaginales, según se requieran, que sirven para mejorar el estado de los tejidos antes de aplicar el radium.

“Del estudio detenido de los informes publicados, que más adelante se verán, se deduce claramente lo siguiente:

“1º El método consistente en aplicar una dosis moderada, esperar, y hacer nuevamente la radiación, caso que se presente la recidiva, se debe desear totalmente, ya que no surte los mejores efectos.

“2º La selección de los métodos generales de radiumterapia ha quedado reducida a lo siguiente: aplicar la dosis máxima casi al principio del tratamiento, ora en una sola dosis concentrada, o bien, difundir, o distribuir esa misma dosis en un período de una semana, poco más o menos.

“El método de distribución de la dosis representa los trabajos de Regaud y de otros autores que emplean métodos semejantes. Según queda dicho, el método de Regaud se funda en una teoría muy atractiva, mas luego de considerar las diversas circunstancias, es dudosa la superioridad práctica de este intento de adaptar cabalmente las aplicaciones de radium a los diversos períodos, o “fases”, de la división o cariocinesis de las células carcinomatosas. La experiencia de un eminente ginecólogo de Nueva York pone muy de manifiesto la necesidad de considerar cuidadosamente todas las circunstancias que concurren en este complicado asunto; dicho ginecólogo prohibió la esperanza de graduar las dosis de radium de manera que fuese posible destruir las células carcinomatosas sin causar la mortificación de los tejidos normales, y para ello, al calcular la dosis se fundaba en complicados estudios de las reacciones celulares. Este método al parecer surtió buen efecto, y así el antedicho cirujano como sus colaboradores manifestaron gran fogosidad acerca de la flexibilidad de la bóveda vaginal cicatrizada y la falta de destrucción del cuello uterino. Luego de poner en práctica el método por algunos años, presentó un trabajo a la *American Gynecological Society*, sobre observaciones hechas por cierto tiempo en sus pacientes, y la rerradiación en el carcinoma; para ponderar la importancia de esta última hizo patente el que casi el cincuenta por ciento

de sus pacientes hubieron menester la rerradiación. En la acalorada discusión a que dió lugar este trabajo, se puso en claro que este crecido tanto por ciento de rerradiaciones fué a causa de haber sido insuficiente la primera dosis, y que tal recidiva no se observaba en pacientes que recibían dosis adecuadas desde el comienzo del tratamiento.

“Para juzgar de la superioridad de cualquier método de radiación tenemos aún que guiarnos por los efectos obtenidos, ya que hay tantas circunstancias tan poco conocidas, que es aventurado fiarse por extremo en la teoría, por más plausible que parezca. Con el fin de averiguar si los efectos logrados con el método de Regaud de distribuir la dosis según el período de la división de las células carcinomatosas, eran superiores a los de otros métodos, comparé las estadísticas publicadas por las siguientes instituciones:

“Instituto de Radium de París (Regaud y Lacassagne). *British Medical Journal*, noviembre, 1932. Este artículo publicó los resultados de cinco años, de 1919 a 1926. Se dividieron las pacientes en dos grupos de cuatro años cada uno, el segundo de los cuales incluía las pacientes de los años 1923 a 1926. Se logró mejorar el tanto por ciento de curas, en comparación con los hasta entonces obtenidos, en 1923, cuando las pacientes que sobrevivieron cinco años alcanzaron el 31 por ciento. En 1924, subió al 35 por ciento; en 1925, fué de 32 por ciento, y en 1926, de 35 por ciento. Tomando como prototipo estos cuatro años de mejoramiento, hay 317 enfermas, de las cuales 107 sobrevivieron cinco años, esto es, el 33.7 por ciento.

“Hospital para Mujeres, de Nueva York (Ward y Farrar). *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, febrero, 1933. En este artículo se agrupan los resultados de 1919 a 1927, sin división por años. Hubo 343 pacientes tratadas, de las cuales 85 sobrevivieron cinco años, esto es, el 24.7 por ciento.

“*Memorial Hospital*, de Nueva York (Healy). *Journal of the American Medical Association*, diciembre, 1931. Este artículo contiene un estudio de las pacientes tratadas de 1918 a 1926, trabajo que fué comenzado por el Dr. Harold Bailey, en 1915. De 1,574 pacientes, 352 sobrevivieron, a saber, el 22.3 por ciento. No hubo división por años, de modo que no pudo tomarse ningún grupo de los últimos años, y lo que más se le acercó fué el informe previo de los trabajos ejecutados en 1924, que comprendía 150 pacientes, de las cuales treinta sobrevivieron (20 por ciento).

“Hospital Howard A. Kelly, de Baltimore (Burnam). *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, febrero, 1933. Publica los resultados de 1911 a 1927. De igual manera que hicimos con las estadísticas de Regaud, tomamos como prototipo los últimos cuatro años. En este grupo (1924 a 1927) hubo 349 pacientes, de las cuales vivieron setenta (el 20 por ciento).

“Hospital Barnes, de San Luis Missouri (Crossen y Newell). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, octubre, 1931. Comprende un total de 121 pacientes, 27 de las cuales estaban vivas en aquel entonces y no habían padecido recurrencia de la neoplasia; 15 enfermas se nos perdieron de vista. Desde entonces logramos dar con 8 de estas 15, 2 de las cuales estaban vivas y con buena salud, lo cual nos da un total de 29 pacientes que sobrevivieron de 5 a 10 años después del tratamiento, esto es, el 23.9 por ciento. La clasificación original de estas enfermas fué hecha según el método de Schmitz, pero recientemente las hemos reclasificado de acuerdo con la clasificación de la Liga de las Naciones, para facilitar la comparación con otras enfermas clasificadas de esta manera, de lo cual obtuvimos lo siguiente: 3 enfermas de la Clase I (todas sobrevivieron); 11 de la Clase (período) II (5 sobrevivieron); 97 de la Clase III (21 sobrevivieron), y 10 de la clase IV (ninguna vivió). Dos enfermas de la Clase I fueron operadas; a una de ellas se hicieron apli-

caciones subsecuentes de rayos X, y a la otra no. Una paciente que padecía carcinoma muy incipiente de la Clase II fué operada, además de habersele aplicado el radium y los rayos X. Según nuestros conocimientos actuales, tengo la certeza de que la operación no tuvo ningún efecto favorable respecto de la cura y que las pacientes habrían vivido si tan sólo se hubiese empleado la radioterapia, como sucedió con las otras pacientes de la Clase I, que sólo fueron tratadas por la radioterapia. Por las antedichas razones, me parece justo considerar todo el grupo como unidad al calcular los resultados de nuestros tratamientos radioterápicos ordinarios, pues no sería equitativo deducir los neoplasmas más favorables al justipreciar la eficacia del método.

TABLA I

COMPARACIÓN DE LAS SERIES EN TANTOS POR CIENTO DE PACIENTAS CURADAS QUE VIVIERON SANAS CINCO AÑOS

ESTADÍSTICAS	NÚM. DE PACIENTAS	CURADAS POR CINCO AÑOS	TANTO POR CIENTO
Regaud	317	107	33%
Healy	1,574	352	22%
Ward	343	85	24%
Burnam	349	70	20%
Hospital Barnes	121	29	23%

“La Tabla I muestra los resultados de los diversos métodos, en las varias estadísticas mencionadas; para mayor claridad omitimos las cifras decimales. El crecido tanto por ciento de curas logrado por Regaud parece indicar que su método es muy superior a los otros, con tal que tan gran diferencia pudiera ser atribuída al propio método. Ello no embargante, ha de tenerse en la memoria que hay otra circunstancia que hace variar el total tanto por ciento de curas en determinado grupo de pacientes, cual es la relativa proporción de neoplasmas incipientes y avanzados, ya que, a igual eficacia del tratamiento, un número desproporcionado de carcinomas incipientes en un grupo de enfermas acrecentaría el tanto por ciento general de curas, y en cambio un número desproporcionado de carcinomas tardíos, o avanzados, disminuiría dicho tanto por ciento.

“Clarísima cosa es que para comparar los efectos del tratamiento en diferentes estadísticas, se debe hacer la comparación clase por clase, a saber, se compararán los neoplasmas incipientes con los similares, y los avanzados con los de su misma clase, ya que este es el único medio de averiguar la verdadera eficacia de los diversos métodos.

TABLA II

COMPARACIÓN POR CLASES

	CLASES I Y II	CURADAS POR CINCO AÑOS	TANTO POR CIENTO	CLASES III Y IV	CURADAS POR CINCO AÑOS	TANTO POR CIENTO
Regaud	118 (37%)	60	51%	199 (63%)	47	23%
Healy	387	174	45%	1,187	178	15%
Ward	208 (60%)	71	34%	135 (40%)	14	10%
Burnam	65	37	57%	284	33	11%
Hosp. Barnes	14 (12%)	8	57%	107 (88%)	21	19%

“En la Tabla II se da la comparación de los resultados, clase por clase, en los mismos grupos de pacientes, y con ello se demuestra muy a las claras que son muy equívocos los guarismos que indican el tanto por ciento general, cuanto a la eficacia de los diversos métodos de tratamiento. En esta comparación clase por clase, el crecido tanto por ciento de Regaud se ve que es a causa de la crecida proporción de neoplasmas de las Clases I y II, y no a la eficacia del método empleado. De igual manera, el crecido tanto por ciento de Ward es en virtud de su mayor proporción de neoplasmas de Clases I y II, que no a su método de aplicar dosis moderadas de radium y esperar a ver si se requieren nuevas dosis.

“Presupuesto ya el medio seguro de hacer las comparaciones, pongamos ahora la consideración en los efectos logrados con el método de distribución de la dosis (Regaud), y con el procedimiento de la dosis cocentrada (Crossen). En la siguiente tabla se ponen de manifiesto los pormenores de los dos métodos.

TABLA III
RADIUMTERAPIA

	CANTIDAD	TIEMPO	DOSIS	PANTALLA
<i>Método de distribución</i>				
Regaud	60 mg.	5 a 7 días continuamente	7,000	1.5 mm. platino
Healy	100 mg.	5 a 7 días interrumpidamente	7,000	0.5 mm. platino
<i>Método de dosis concentrada</i>				
Burnam	1-3 gm.	2 a 3 horas	4,500	0.5 mm. platino
Hospital Barnes	100 mg.	1 a 2 días	5,000	0.5 mm. platino

“En la Tabla III se especifican las variaciones en el método de distribución y en el de la dosis concentrada, según se pusieron por obra en las estadísticas publicadas. Los guarismos de la columna marcada “dosis” representan las dosis máximas en horas de miligramo. Como es de suponer, muchas veces es preciso a causa del estado de la paciente reducir en gran manera la dosis y confiarse más en la roentgenoterapia profunda suplementaria, que se aplica en todo caso.

“Regaud hace la aplicación continua por un período de cinco a siete días, de 50 a 60 mgs. de radium, con pantalla equivalente a 1.5 mm. de platino. Healy hace aplicaciones interrumpidas por un período de cinco a siete días, de cantidades moderadas de radium, y a las veces de emanaciones de dicho metal (radón). La principal diferencia que hay entre estas dos variaciones en el método de distribución, es que Regaud emplea de continuo una pequeña cantidad de radium, por períodos de cinco a siete días, y en cambio Healy se vale de cantidades un tanto mayores, que se aplican interrumpidamente, por iguales períodos, hasta completar la misma dosis.

“Burnam emplea una gran cantidad de radium (de 1 a 3 gms.) para las aplicaciones cervicales, que deja de dos a tres horas, hasta acabalar la dosis máxima de unas 4,500 horas de miligramo. En el Hospital Barnes empleamos poco más o menos unos 100 miligramos de radium, que apli-

camos de continuo por unos dos días hasta completar la dosis máxima concentrada de 5,000 horas de miligramo.

TABLA IV
COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS

	CLASES I Y II	CURADAS POR CINCO AÑOS	TANTO POR CIENTO	CLASES III Y IV	CURADAS POR CINCO AÑOS	TANTO POR CIENTO
Regaud	118	60	51%	199	47	23%
Healy	387	174	45%	1,187	178	15%
Burnam	65	37	57%	284	33	11%
Hosp. Barnes	14	8	57%	107	21	19%

TABLA V
COMPARACIÓN DE LAS ESTADÍSTICAS DE REGAUD Y DEL HOSPITAL BARNES

	CLASES I Y II	CURADAS POR CINCO AÑOS	TANTO POR CIENTO	CLASES III Y IV	CURADAS POR CINCO AÑOS	TANTO POR CIENTO
Regaud	118	60	51%	199	47	23%
Hosp. Barnes	14	8	57%	107	21	19%

“En las Tablas IV y V se comparan los resultados en clases semejantes de neoplasmas de las diversas estadísticas, cuya comparación indica que casi no hay diferencia entre los efectos logrados con los dos métodos de tratamiento. Así, por ejemplo, en el tratamiento de los carcinomas incipientes, el tanto por ciento de curas en el Hospital Barnes es seis cifras más crecido, y en el de los neoplasmas avanzados, el método de Regaud es mayor por cuatro cifras. Por manera que la señalada diferencia del 33 al 23 por ciento de curas no es a causa del método empleado, sino de la mayor proporción de pacientes que padecen la neoplasia en el período incipiente cuando acuden al Instituto de Radium de París.

CONCLUSIONES

“1ª Haciendo la comparación de los dos métodos arriba referidos (dosis concentrada y dosis distribuída), se ve que no hay ninguna superioridad del segundo sobre el primero, y en hecho de verdad, tocante a los trabajos norteamericanos, es más eficaz la dosis concentrada.

“Lo antes dicho es la respuesta negativa, por lo menos en la hora presente, a la pregunta que motivó estas investigaciones, conviene a saber, si deberíamos renunciar al método de dosis concentrada y optar el de dosis distribuída. La curación de las pacientes no depende tanto de la selección de uno o de otro método, cuanto de la exactitud, del discernimiento y de la habilidad con que se ponga en ejecución el procedimiento que se escoja, según las particulares circunstancias de cada enferma.

“2ª Para cotejar los efectos de los diferentes métodos, han de compararse los neoplasmas clase por clase.

"3ª Debe aceptarse en todas partes del mundo la clasificación de la Liga de las Naciones, ya que es imperioso el que se tenga una clasificación internacional uniforme para comparar el efecto de los diversos tratamientos. La sobredicha clasificación es adecuada, tiene ya uso bastante general y es la única que tiene probabilidades de generalizarse.

"4ª Tocante a lo futuro, es de esperar que se logren dos adelantos en la radioterapia; el primero es la destrucción más cierta y que abarque mayores áreas, de las células carcinomatosas dispersas; el segundo es que se consiga causar menos reacción inflamatoria y menor destrucción de los tejidos en el sitio donde se aplique el radium. Tales son los dos grandes problemas que en la hora presente aun no han podido ser resueltos y no queda, al parecer, sino poner la esperanza en la mayor eficacia de la roentgenoterapia profunda, que al lograrse la concentración de los rayos X quizá sea posible que ésta venga a substituir parte de la dosis de radium."

En efecto, el discurso del tiempo ha venido a confirmar las esperanzas que pusimos en la roentgenoterapia profunda, cuya eficacia hase acrecentado en gran manera, permitiendo con ello la reducción de las grandes dosis de radium aplicadas al interior del cuello uterino, que inevitablemente acarrearaban el peligro de las fístulas rectales y vesicales.

Implantación intrauterina de radium

La radiumterapia del carcinoma del cuello se cifra principalmente en la aplicación de grandes dosis en el interior de dicha porción uterina, donde el metal queda rodeado por un conglomerado espeso de tejido que, aunado al "amortiguamiento por la distancia" (*distance screening*), coopera a proteger los órganos contiguos y de esta suerte permite el que se apliquen grandes dosis de los rayos *gamma* penetrantes. Cuando se aplica el radium como es debido, contiene la hemorragia y desintegra el carcinoma de manera por demás sorprendente. Sin embargo de ello, esta destrucción de las porciones visibles del carcinoma y la cicatrización del cuello y el fórnix vaginal, pueden ser muy equívocas y engañosas en lo que respecta a la curación. Tocante a esto, hemos de llevar en la memoria el principio cardinal del tratamiento curativo, es a saber, que no es el útero el punto más principal adonde ha de dirigirse el ataque, sino las células carcinomatosas dispersas en la pelvis, y que a no ser que se alcancen y destruyan dichas células, es segura la recidiva. Sin apartar de la memoria este requisito, pongamos ahora la consideración en los diversos pormenores de la implantación de radium, en el tratamiento del carcinoma del cuello uterino.

Artículos que se emplean.—En la figura 283 se muestran la cápsula de vidrio que contiene la sal de radium, así como las cápsulas de plata y bronce dentro de las cuales se colocan las primeras, y que sirven de pantalla. La cápsula de radium, tal como llega a las manos del cirujano, consta de la cubierta de bronce que contiene las cápsulas de plata y de

vidrio, la última de las cuales contiene el radium. Si la pantalla es de platino, en lugar de plata y bronce, la cápsula total es proporcionalmente menor, según se ve en la figura 284 D.

Nuestros primeros 100 miligramos de radium estuvieron divididos en una cápsula de 50 miligramos, una de 25 y tres agujas de 9 miligramos. Esta diversidad de formas es con el fin de que el radium pueda ser usado en los diversos departamentos del hospital. Para hacer las aplicaciones uterinas, se colocan las agujas en el tubo de goma junto con las cápsulas, hasta completar la cantidad de radium que se requiera. La figura 284 A representa las dos cápsulas de radium, las agujas y los demás artículos,

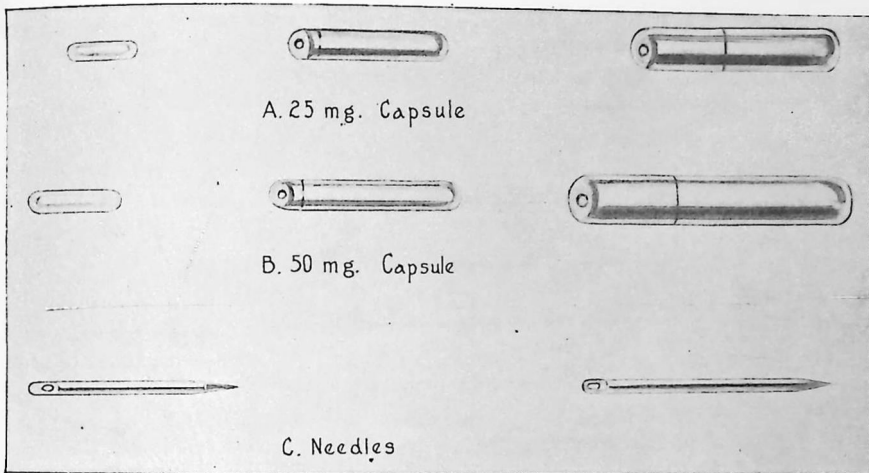


Fig. 283.—A. Cápsula de vidrio que contiene 25 miligramos de radium, pantalla de plata y pantalla de bronce. B. Los mismos artículos para 50 miligramos de radium. C. Agujas que contienen cantidades más pequeñas de radium.

a saber: el tubo de goma, dentro del cual se colocan las cápsulas y las agujas de radium, el hilo estéril para atar el tubo, las pinzas y las tijeras. Siempre que sea posible, se manejarán con pinzas los tubos o las agujas de radium, ya que si se manejan a menudo con los dedos pueden dañarse las uñas y la piel.

Quando se aplican al carcinoma del cuello uterino, se distribuyen las cápsulas y las agujas de radium dentro del tubo de goma, de tal manera que el metal quede colocado dentro del cuello y que sólo una pequeña parte de él llegue hasta la cavidad endometrial. Por ejemplo, cuando se aplican 100 miligramos de radium, 75 miligramos han de quedar en el cuello, y la cápsula de 25 miligramos se extenderá por entre el orificio interno. Luego de distribuir convenientemente el precioso metal dentro del tubo de goma, se ata fuertemente con el hilo estéril el extremo superior del tubo, después de lo cual se lleva hacia abajo y se ata el hilo en el extremo inferior (Fig. 284 B). El hilo ha de ser suficientemente