

Estado actual del tratamiento del cáncer del útero ⁽¹⁾

Por el doctor J. Soler Juliá

Cirujano de número del Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo, de Barcelona

El problema del tratamiento del cáncer del útero dista mucho de estar resuelto, por lo cual nada tiene de extraño que los pareceres no estén de completo acuerdo referente a los diversos métodos puestos en práctica para su curación, pero a decir verdad, la desorientación no es tan grande como hace unos años.

La afección es grave, su etiología desconocida, pero sabemos que evoluciona casi siempre con rapidez y que se propaga fácilmente a sitios lejanos del foco primitivo; por tanto, debe tratarse con medios radicales que actúen no solamente sobre el sitio de implantación de la neoplasia, sino también sobre los territorios próximos y vías linfáticas que puedan estar invadidas, es decir, que no debemos, en general, contentarnos con la extirpación del órgano sólo, o la destrucción del foco neoplásico.

Recordemos que el cáncer tiende siempre a progresar por continuidad, por progresión por la vía linfática, por extensión a lo largo de la mucosa y por metástasis.

Las metástasis pueden tener lugar en órganos próximos (ovarios y trompas), o en órganos lejanos (pulmones, hígado, etc...), y esto puede ocurrir no sólo por penetración de la célula cancerosa por el torrente sanguíneo, sino también por vía linfática.

La propagación por continuidad explica el que la superficie limitante de la masa neoplásica sea cada vez más amplia. Esta

invasión puede tener lugar también por vía linfática, y aun a saltos, es decir, por metástasis en los ganglios del parametrio yuxta-ureterales, quedando libre en los demás aspectos el parametrio.

Recordemos también que el examen clínico de la invasión del parametrio está sujeto a fácil error porque las infiltraciones inflamatorias pueden engañarnos y porque las pequeñas siembras pueden escapar a la palpación. De estas circunstancias se deduce que nunca estamos autorizados a hacer operaciones limitadas al útero en casos de epiteloma de este órgano.

Siendo los linfáticos una de las vías más propicias para la propagación de las neoplasias malignas, conviene recordar que en el útero son muy abundantes y que provienen de las tres tunicas—mucosa, muscular y serosa—. De la red mucosa sólo se conoce su existencia por el examen de piezas patológicas. Los de la capa muscular son conductos flexuosos provistos de válvulas y altamente dilatados y estrechos, lo cual crea grandes dificultades a ser atravesados por las células cancerosas y esto puede explicar la rareza de las metástasis en el carcinoma del cuerpo.

(1) Conferencia dada en el curso de Cirugía abdominal organizado por el doctor Corachán y discutida en la Sociedad Médico Farmacéutica de S. Cosme y S. Damián, Diciembre 1931.

De estas redes salen troncos y ramos a la superficie exterior del útero; y aunque todas comunican entre sí, es costumbre hablar independientemente de la red del cuerpo y de la red del cuello.

Los linfáticos del cuerpo convergen hacia los lados y allí se dividen en tres grupos: superior, anterior y lateral.

Los superiores constituyen el grupo principal, y después de pasar por el ligamento ancho, por debajo de la trompa, llegan a la pared de la pelvis dirigiéndose luego hacia arriba para desembocar en los ganglios yuxta y preaórticos.

Los anteriores siguen el ligamento redondo para desembocar en los ganglios inguinales superficiales; y los laterales llegan a la pared de la pelvis para desembocar en uno de los ganglios de la cadena ilíaca externa.

Los linfáticos eferentes del cuello se ordenan también en tres grupos distintos por su trayecto y terminación.

Los del primer grupo, o ilíaco externo, se dirigen hacia afuera, pasan por delante del uréter, suben por la pared lateral de la pelvis y terminan en los ganglios medios y superiores de la cadena ilíaca externa.

Los del segundo grupo, o hipogástricos, siguen también los vasos uterinos por la base del ligamento ancho y van a parar a dos o tres ganglios de la cadena hipogástrica, situados en el ángulo de bifurcación de la ilíaca primitiva.

Los del tercer grupo, o presacro, salen de la cara posterior del cuello, se dirigen atrás y arriba por los lados del recto para terminar unos en los ganglios presacros y otros en los ganglios del promontorio, situados en la bifurcación de la aorta.

Son, pues, múltiples las vías de propagación del cáncer del útero; y el procedimiento que se adopte para curarlo debe ir diri-

gido, como hemos dicho, a la destrucción o a la extirpación de las células cancerosas que puedan anidar en estos diversos sitios.

Con el fin de ordenar el estudio de los medios de que hoy disponemos para lograr este objeto, es preciso hablar por separado del cáncer del cuello y del cáncer del cuerpo del útero.

En la actualidad tres son los medios a que podemos recurrir para tratar ambas localizaciones: la *cirugía*, mediante operaciones lo más extensas posible; la *curieterapia* o *radiumterapia*, y la *röntgenterapia*. Los demás medios han fracasado en absoluto.

Hace algunos siglos constituían el raspado y la cauterización por el hierro rojo los únicos recursos para oponerse sobre todo a la leucorrea y la hemorragia en el cáncer del cuello. Luego se trató mediante la amputación del cuello, y al venir la era antiséptica comienzan las verdaderas actividades quirúrgicas, para llegar al máximum en nuestros días, dado el conocimiento que tenemos de la asepsia, el instrumental de que disponemos, los procedimientos modernos de anestesia y lo mucho que se sabe de anatomía, histología y bacteriología. Pero, todo ello no ha bastado para luchar siempre con positiva eficacia y seguridad contra tan terrible mal; por esto los prácticos e investigadores no han dejado nunca de buscar nuevos elementos para oponerlos a esta grave afección y es por ello que los rayos X y el radium han entrado a formar parte de su terapéutica eficaz, constituyendo junto con la cirugía, como hemos dicho, los únicos medios positivos de que hoy disponemos para el tratamiento de esta afección.

Estos tres medios se utilizan solos, es decir, cada uno de por sí, o combinados unos con otros.

Comencemos por el tratamiento quirúr-

gico del cuello; tratamiento que sólo será curativo si con él se extirpan la totalidad de células neoplásicas, lo cual, si a veces resulta posible, otras veces la imposibilidad es absoluta. Por esto aceptamos la división propuesta por la mayoría de autores, basada en la amplitud de las lesiones:

- 1.º Cánceres incipientes, operables, con lesiones limitadas al cuello.
- 2.º Cánceres aun operables pero con invasión yuxtaligamentaria.
- 3.º Cánceres inoperables con amplia invasión de parametrios.
- 4.º Cánceres con extensión a los órganos vecinos.

Nosotros deseamos en absoluto la amputación del cuello que, según FAURE, en algún caso muy especial podemos vernos precisados a practicar. Ya hemos dicho y repetido, que bajo ningún pretexto aceptamos esta operación; hoy disponemos de medios tanto o más inocuos con los cuales poder obtener mejores resultados.

El tratamiento quirúrgico hoy unánimemente aceptado, es la histerectomía ampliada, ya abdominal, ya vaginal, ya abdómino-vaginal; y para llevar a cabo cualquiera de estas operaciones precisa, creemos nosotros, preparar no sólo a la enferma, sino también el foco neoplásico; no obstante, no todos los pareceres son unánimes ni referente a la necesidad ni a la manera de llevarlo a cabo.

Estamos seguros que a nadie que sepa lo que es un cáncer y haya visto alguno, se le oculta que aquello es un foco infectado cuyos gérmenes constituyen un peligro grande en el momento operatorio, peligro cuyas fatales consecuencias no siempre puede evitar la mano del cirujano. Es por esto que nuestra opinión abunda con los que opinan que precisa aseptizar lo más posible

este foco antes de emprender la operación. Para ello, según las épocas y según los cirujanos, se ha recurrido a diversos procedimientos.

La cauterización con el termocauterío tuvo numerosos y consecuentes partidarios durante mucho tiempo. Otros prescriben la pioctanina al 2 por 100 en irrigaciones. Los hay que preparan el terreno raspando la parte afecta, embadurnándola con alcohol y taponando luego con gasa para evitar la hemorragia. DÖDERLEIN no era partidario de ninguna preparación. Ultimamente se ha intentado actuar, *in situ*, mediante el antivírus de BESREDKA.

De un tiempo a esta parte se recomienda la radiación previa de los carcinomas, con lo que se ha reducido mucho la mortalidad por infección.

Digamos de una vez que nosotros somos entusiastas partidarios y fervientes propagandistas de este procedimiento. Durante muchos años practicamos la destrucción de la parte superficial de la neoplasia con el termocauterío, veinticuatro horas antes de la operación; pero desde que MAYER recomendó el empleo del radium para aseptizar la neoplasia no dudamos en ensayarlo para adoptarlo en seguida. Creemos que es el medio mejor y más rápido para obtener la cicatrización y con ella la mayor esterilización posible de las lesiones neoplásicas. Está probado que obrando así se disminuye en mucho el peligro de las siembras operatorias, y desapareciendo la leucorrea y las hemorragias mejora el estado general de la enferma, todo lo cual aumenta las probabilidades de éxito en el momento operatorio. La técnica es por demás sencilla.

Según DUVAL, desde el punto de vista teórico puede intervenir al día siguiente de terminada la irradiación, pues las células neoplásicas han de estar heridas de

muerte; pero prácticamente conviene esperar a que hayan desaparecido la leucorrea y la hemorragia, lo que tarda de cuatro a seis semanas, que es el tiempo que tardamos en intervenir.

Fritz KERMAUNER dice que no es partidario de este procedimiento ante el temor de que durante este lapso de tiempo varíen las enfermas de parecer y no se operen. Nosotros, con todos los respetos debidos al autor alemán, rechazamos enérgicamente tal manera de pensar, pues creemos que nuestro esfuerzo a de ir dirigido no sólo a operar, sino a curar; y si creemos que obrando así le aumentamos a la enferma en un tanto por ciento muy crecido, las probabilidades de salir con vida de la operación, leal y honradamente debemos proceder de esta manera, procurando convencerla de que no está curada y haciéndole ver que interpreta por falsa curación la desaparición de la leucorrea y de la hemorragia. Actuar de otra manera nos parece anticientífico, y tan improcedente como si un enfermo se empeñara en que le hiciéramos una laparatomía sin aseptizarnos las manos.

Hay quien ha expuesto la idea de que el tardar 4 ó 6 semanas en operar después de la curieterapia, podía complicar la histerectomía; a lo que podemos contestar, que si el caso es realmente operable, no la complica en nada; pero que en los cánceres ampliamente propagados sí puede complicarla, ya que una gran masa de células neoplásicas es sustituida por tejido conjuntivo y puede haber dificultades en diseccionar un uréter en medio de un tejido fibroso. No obstante, continuamos creyendo que es un mal proceder no aguardar este tiempo, ya que el cirujano no beneficia de la mejora local y general producida por el radium y se encuentra con una enferma agotada por los trastornos generales que de momen-

to produce el radium, con mucho flujo y con los tejidos en plena reacción.

Se ha hablado también de la röntgenerapia pre-operatoria, pero hoy casi no es empleada; pues si bien tiene la ventaja de una mayor amplitud de la zona teóricamente esterilizada, en cambio tiene el inconveniente de actuar de manera más lenta y producir mayor decaimiento sobre el estado general si realmente se administra a dosis suficiente.

Por todo lo dicho continuamos, por ahora, empleando el radium para aseptizar la neoplasia antes de la operación, aplicando, de un tiempo a esta parte, la dosis curativa. Al final diré por qué procedemos así.

Ahora bien; ¿qué técnica seguir para operar los cánceres del cuello del útero?

Ya hemos dicho que son tres los procedimientos a que podemos recurrir: histerectomía abdominal, histerectomía vaginal e histerectomía abdomino-vaginal.

Hemos hecho constar al comenzar, que cualquier procedimiento que pretenda ser curativo del cáncer lleva aparejada la destrucción de todas las células neoplásicas. Si tenemos en cuenta la clasificación expuesta referente a operabilidad según la extensión del proceso, fácilmente se comprende que el único procedimiento aplicable es la *histerectomía ampliada*, excepción hecha de los casos muy incipientes, ampliándola más o menos según lo requiera el caso, pero nunca contentándonos con sólo la extirpación del órgano.

Este procedimiento descrito por RIES, y ejecutado por primera vez por CLARK, es el que luego ha sido perfeccionado y divulgado por WERTHEIM. Cuando esta ampliación puede llevarse a cabo sobre los parametrios, y tejido celular y ganglios que acompañan a las vasos hipogástricos, pudiendo diseccionar bien los uréteres y despren-

der la vejiga, cabe esperar buenos resultados en cuanto a recidivas y en cuanto a curación del acto operatorio; pero, si la vejiga está invadida, o tan fuertemente adherida que obligue a una resección, o si los uréteres están incluídos en un magma de tejido neoplásico que haga imposible su disección es preferible renunciar a la operación. Por esto es de aconsejar siempre, que una vez abierto el vientre se practique una exploración minuciosa antes de comenzar la histerectomía; y si se comprueban las dificultades que hemos dicho, es mejor cerrar de nuevo el vientre. Con ello saldrán ganando la enferma y el cirujano, puesto que en estos casos la experiencia ha demostrado que la recidiva es segura a breve plazo, y que son muchas las enfermas que mueren de choque operatorio o de infección, debido a las dificultades técnicas.

Referente a muerte por infección, las estadísticas han mejorado mucho de unos años a esta parte con el empleo sistemático del taponamiento.

El que está sólo medianamente al corriente de la literatura quirúrgica, no ignora la enorme propaganda que ha hecho FAURE en favor del taponamiento Mickuliez empleado de manera sistemática. Efectivamente, las estadísticas dicen que la mortalidad es mucho menor.

El objeto de este taponamiento es estimular la trasudación del peritoneo y provocar con ella la formación rápida de aglutinaciones que aislen la baja pelvis del resto de la cavidad abdominal.

Conformes con este criterio, nosotros creemos que se obtiene el mismo resultado con el taponamiento pelvi-vaginal, del que somos partidarios y acérrimos defensores hace ya algunos años. En el Congreso de Médicos de Lengua Catalana celebrado en Tarragona el año 1919 presentamos una

comunicación sobre "*Tratamiento de las grandes lesiones inflamatorias anexiales y sus complicaciones*" en el que hacíamos resaltar las ventajas de este taponamiento. En el año 1927, con motivo de un artículo publicado por FAURE en *La Presse Médicale* en el que declaraba único el taponamiento Mickuliez, hicimos una comunicación a la Sociedad de Ginecología sobre "*El drenaje pelvi-vaginal en ginecología*", en el que afirmábamos que si el Mickuliez actuaba contra la hemorragia y contra la infección, el drenaje pelvi-vaginal actuaba de idéntica manera, con la ventaja de dejar cerrado el vientre; por tanto, sin probabilidades de eventración, y en caso de sobrevenir alguna complicación como fístula estercorácea o urinaria, ser menos molesta para la paciente.

Nuestra estadística, contando casos muy complicados de supuraciones pelvianas y cáncer del cuello, acusa una mortalidad de 6'60 por ciento en los últimos 15 casos, número muy aceptable y que resiste la comparación con todas las estadísticas.

Séame perdonada esta digresión y hablemos de la histerectomía vaginal como tratamiento del cáncer del cuello del útero. La histerectomía vaginal clásica debe descartarse en absoluto; pues si bien el inconveniente técnico de poder hacer buena presa sobre un cuello uterino friable y que sangra con facilidad, aunque se haya hecho la esterilización con radium y esperado la cicatrización, puede subsanarse diseccionando y suturando un manguito vaginal para colocar en él las pinzas y ejercer tracción, es imposible hacer una buena disección del uréter y extirpar los ganglios, condición indispensable para que la operación tenga el máximum de garantías de ser curativa.

Más aceptable es la histerectomía vaginoperineal, ideada con el fin de agrandar el

acceso al sitio de la lesión y poder practicar la extirpación lo más amplia posible. Se lleva a cabo según la técnica de SCHANTA, previa incisión del periné según SCHUCHARDT. La disección y sutura de un manguito vaginal permite, como hemos dicho, hacer buena presa y tracción del útero, y la incisión perineal, que se practica en uno, o ambos lados del ano, lejos del esfínter, da ancho campo para llegar a la porción yuxta-uterina del uréter. No obstante, la disección de éste resulta muy difícil, la zona de parametrio extirpada ha de ser muy pequeña y los ganglios no pueden extirparse. Por todo ello se comprende que la vía vaginal no sólo no ofrece ninguna ventaja sobre la vía abdominal sino que resulta muy inferior, ya que por ningún procedimiento es posible llevar a cabo una completa extirpación de parametrios y ganglios. Ya hemos dicho que nosotros sólo la aceptamos en los casos tan incipientes que a todas luces sea suficiente la extirpación del órgano y parametrios.

ZWEIFEL recomienda el sistema abdominal-vaginal, esto es, llevando a cabo la operación por el abdomen y extirpándolo todo por la vagina después de cerrado el peritoneo pelviano, cuando esto es posible. Creemos que esta operación debe reservarse para los casos graves y difíciles.

Antes de dar por terminado este breve bosquejo quirúrgico es preciso decir algunas palabras referentes a la extirpación de los ganglios de que hemos hablado con insistencia; y motiva esto, la pregunta que se hace FAURE referente a si debe o no hacerse una extirpación amplia del tejido céfalo-ganglionar de la pelvis, decidiéndose él por la negativa, pues dice: si los ganglios están invadidos en gran proporción es inútil la extirpación, ya que ésta nunca será completa; y si hay pocos, basta coger al-

gunos, los mayores, con unas pinzas y sacarlos dejando los otros.

Nosotros discrepamos en absoluto de la manera de pensar de FAURE y creemos que damos a la enferma más garantías de curación extirpando todo el tejido celular, y con él los linfáticos, desde el punto de bifurcación de la ilíaca primitiva, según técnica de FRANZ, hasta el útero. Claro está que no nos hacemos la ilusión de poder extirpar completamente todo el tejido celular de la pelvis, pero no hay duda de que cuanto mayor sea la cantidad extirpada, mayores serán las probabilidades de curación.

Ocurre con el cáncer del cuello del útero algo parecido a lo que ocurre con el cáncer de la mama. Es una técnica inaceptable hoy, extirpar la mama sin hacer un vaciado de la axila. Cuando se encuentra en ésta algún ganglio, precisa extirpar los pectorales, según técnica de AALSTED, para llevar más a fondo y de manera más completa el vaciado; y si se encuentran ganglios supraclaviculares es preferible no emprender, o suspender, la operación, ya que resulta inútil.

De la misma manera en el cáncer del cuello del útero nunca debe practicarse la histerectomía sin extirpar los parametrios; cuando se encuentre algún ganglio no debemos contentarnos con extirparlo, sino que precisa vaciar la pelvis lo más ampliamente posible desde la bifurcación de la ilíaca primitiva al útero; y cuando se encuentren ganglios por encima de este punto, o lumbares, es preferible abandonar la operación por inútil.

Dicho esto, no hay que insistir más en que la operación por cáncer cérvico-uterino debe ser siempre lo más extensa posible recordando que es una operación difícil, a veces llena de complicaciones, y por tanto,

es de recomendar a quien por falta de hábito o temperamento quirúrgico no esté en disposición de solventar cuantas dificultades sobrevengan se abstenga de intervenir, pues no tendrá más que fracasos.

¿Qué resultados se obtienen con la intervención quirúrgica? Esto sí que es difícil de contestar por tener que fiarlo todo a las estadísticas, lo cual nadie ignora que aun hechas de muy buena fe son difíciles de interpretar, y en la afección de que hablamos pueden variar mucho según el concepto que cada cirujano tenga de la operabilidad, según la técnica seguida, según el estado general de la enferma, y según se pueda o no vigilar a ésta el tiempo necesario.

Al hablar de resultados debemos hablar de cuanto hace referencia a mortalidad operatoria y a curaciones definitivas, entendiéndose por tales las que se mantienen a los cinco años.

En un principio la mortalidad operatoria fué de 30 a 35 por ciento, descendió al 15 ó 20 por ciento en 1920 y hoy es del 6 al 10 por ciento. Los perfeccionamientos de técnica y los cuidados que se dispensan a las operadas, es lo que más ha contribuido al mejoramiento de los resultados primarios.

El número de curaciones definitivas varía también según los autores. BUMM da el 27 por ciento; FRANZ el 28 por ciento, y FAURE el 35 por ciento. Inútil decir que tratándose de cirujanos de reconocida competencia esta diferencia en los resultados forzosamente va ligada al concepto de operabilidad.

Otro de los medios hoy en práctica para tratar el cáncer del cuello del útero son los medios físicos: rádium y rayos X. Con ellos se persigue curar la neoplasia mediante

destrucción de la célula cancerosa, así como la cirugía lo hace mediante la extirpación; y no puede negarse que casi siempre que la irradiación llega hasta la última célula cancerosa, el procedimiento resulta curativo; y decimos casi siempre, porque luego veremos que no todos los cánceres cérvico-uterinos son igualmente radiosensibles.

La irradiación en el tratamiento de los cánceres cérvico-uterinos puede obtenerse de dos maneras: por foco interior y por foco exterior.

Para el primer caso debe recurrirse a la curieterapia por vía útero-vaginal, utilizando exclusivamente los rayos convenientemente filtrados, cosa que hoy se obtiene bastante bien gracias a dispositivos especiales.

Para la irradiación por foco exterior puede recurrirse a la curieterapia o a la röntgenterapia. Dice REGAUD que la röntgenterapia, método de amplia y poco numerosas superficies de entrada, radiación muy filtrada y una gran distancia focal, parece superior a un procedimiento de superficies de entradas pequeñas y numerosas, radiación débil o medianamente filtrada y una corta distancia focal. La primera requiere mucho tiempo, y para la segunda precisa gran cantidad de radium y aparatos complicados.

Pasemos por alto cuanto hace referencia a detalles de preparación de la enferma, técnica de aplicación, dosis, cuidados posteriores, etc., porque no es éste nuestro objeto, y veamos cuáles son los resultados que con la curieterapia útero-vaginal se obtienen hoy.

Hagamos constar ante todo que las radiaciones que se observaban hace unos años locales (quemaduras de útero, vagina, recto, vejiga y piel) y generales (modificaciones intensas o persistentes de la composición de la sangre y síntomas cardio-

vasculares graves) hoy se evitan con el perfeccionamiento en la técnica de aplicación y mejor conocimiento de las dosis.

En cambio, las complicaciones infecciosas no son aun evitables de manera segura, sobre todo en los casos avanzados, y constituyen al parecer la única causa de mortalidad primaria que oscila, según REGAUD, entre uno y el seis por ciento en los casos algo avanzados.

En cuanto a resultados, la estadística de REGAUD (uno de los que más seriamente y con mayor solvencia se dedican al tratamiento del cáncer cérvico-uterino por medios físicos) publicada en 1926, da las siguientes cifras:

Cánceres de 1er. grado: 54'2 % de curaciones.

Cánceres de 2.º grado: 37'1 % de curaciones.

Cánceres de 3er. grado: 16'8 % de curaciones.

Promedio: 26'8 % de curaciones.

BUMM el 28'5 por ciento y FRANZ el 23'3 por ciento.

La röntgenterapia y la curieterapia por foco exterior no se emplean hoy para tratar el cáncer cérvico-uterino sin ir acompañadas de la aplicación de radium útero-vaginal, es decir, se emplean en tratamiento combinado, pues la práctica ha demostrado que empleadas como tratamiento único los resultados son muy deficientes.

El tratamiento combinado radio-röntgen es el que hoy priva y al que creemos debe recurrirse siempre que quiera tratarse el cáncer cérvico-vaginal por medios físicos. Teniendo en cuenta que el radium obra de manera positiva en el útero y vagina pero que su zona de acción es muy limitada, es natural que los radioterapéutas se hayan preocupado de completar el tratamiento con

otro medio que permita actuar sobre las zonas donde no obra aquél, que son las zonas ganglionares lejanas, pero dependientes del sitio de la lesión. Claro que esta asociación tiene el peligro de que sea sobrepasada la dosis y se llegue a la radionecrosis al nivel de los órganos centrales; no obstante, hoy con las técnicas modernas y el estudio de la paciente, un buen radiólogo evita con seguridad estas complicaciones. ¡Ojalá resultara en la práctica tan segura la curación del cáncer por este procedimiento como seguro es el evitar lesiones por radionecrosis!

Estos métodos complementarios ya hemos dicho que son los rayos X y la curieterapia penetrante. Al ver los especialistas que no siempre, ni mucho menos, la röntgenterapia daba los resultados que eran de desear y creyendo—porque así lo demuestra la práctica—que la acción del radium es mucho más eficaz, buscaron la manera de hacer actuar a éste en los puntos donde no llega la acción del colocado en útero y vagina.

Se pensó primero en aplicar el radium en el interior de la pelvis mediante laparatomía. Nosotros lo hemos hecho más de una vez, colocando los tubos de radium mediante fiador largo dentro de un tubo de goma que salía del abdomen por la herida de laparatomía, o por incisiones laterales. Una vez dada la dosis necesaria, bastaba tirar del fiador para que saliera el radium por la luz del tubo de goma. A decir verdad, nunca obtuvimos una mejoría digna de tenerse en cuenta; ya porque se trataba de casos muy avanzados, ya porque la dosis fuera insuficiente. Pero, seguramente, lo que nos ocurría a nosotros ocurría a los demás, que no tardaron en abandonar el procedimiento, hasta que REGAUD, MALLET y otros han ideado aparatos y técnicas para

aplicar grandes cantidades de radium por encima del abdomen, paredes laterales de la pelvis y dorso.

No obstante, hay que confesar que a pesar de la buena voluntad, constancia y suficiencia de estos maestros, el procedimiento no puede hoy aun entrar en la práctica corriente, pues los resultados no son lo suficientemente halagadores para compensar el sacrificio económico que ello representa.

Así, pues, en el momento actual el tratamiento del cáncer cérvico-uterino por medios físicos queda prácticamente reducido a curieterapia útero-vagina, y röntgenerapia contra las propagaciones en baja pelvis.

Tratamiento del cáncer del cuerpo del útero.—Merece esta localización capítulo aparte, porque los pareceres casi son unánimes referentes a procedimiento a seguir para curarlo. Una inmensa mayoría opina que esta localización es tributaria de la cirugía y a ella nos sumamos nosotros de manera decidida.

El cáncer del cuerpo puede considerarse como una neoplasia enquistada. Recuérdese que hay en el cuerpo una gran cantidad de haces musculares apretados que sirven de defensa y que los linfáticos anastomosados, con válvulas y estrecheces, dificultan en gran manera el paso de las células neoplásicas fuera del órgano. Todo ello invita a creer que no hay siembras si el estado clínico así lo indica y por tanto que puede garantizarse la curación con la extirpación.

Esta ventaja del enquistamiento, y con ella la relativa benignidad, desaparece y deja de ser tal cuando es vencida la barrera muscular y las células se propagan por continuidad al peritoneo, o por vía linfática a los ganglios lumbo-aórticos o inguinales, siendo entonces la invasión rapidísima y la incurabilidad, hoy por hoy, absoluta. Diagnosticando a tiempo y operando

oportunamente, casi puede garantizarse la curación.

Hay además otra razón de carácter histológico para aconsejar la extirpación, cuando esto es posible, y es la variedad de la neoplasia, según hace constar GUILERA (1). Las formas adenomatosas del cáncer del cuello son muy radio resistentes, por lo cual aun los radiólogos más decididos las destinan a la cirugía; y como el cáncer del cuerpo es casi siempre de forma adenomatosa, es decir, es un carcinoma y no un epiteloma epidermoide, debe ser operado y no irradiado.

La operación de elección es la histerectomía vaginal, con incisión perineal de SCHUCHARDT si es necesario, y por el proceder de SCHANTA si es posible, es decir, suturando peritoneo y vagina.

Siempre que las dificultades técnicas lo permiten seguimos este procedimiento y estamos muy satisfechos de los resultados operatorios y lejanos. Cuando esta operación puede practicarse bajo raquianestesia y según la técnica de SCHANTA las enfermas siguen un curso postoperatorio ideal y a los pocos días pueden abandonar el lecho. Los resultados lejanos son también muy buenos; nosotros seguimos algunas enfermas que llevan más de diez años de operadas.

Conocidos los diversos modos de que en el momento presente disponemos para tratar el cáncer del útero, es natural la pregunta: ¿qué conducta seguir frente a un caso de esta afección?

Ya hemos dicho, y dejado bien sentado, que hoy la inmensa mayoría de radiólogos

(1) *Monographies Médiques.* — Diagnostic et traitement del cáncer de l'úter.

y cirujanos están de acuerdo que contra el cáncer del cuerpo cuando es curable debe recurrirse a la cirugía, operando preferentemente por vía vaginal. Cuando el mal ha salido del útero, cuando ha invadido órganos próximos y ganglios linfáticos, es inútil operar, siendo recomendable acudir como paliativo a los medios físicos: radium y rayos X.

En estos casos los pareceres son muy unánimes y casi no hay dudas respecto a la manera de proceder. En cambio, las cosas varían muy mucho cuando se trata del cáncer cérvico-uterino; aquí sí que la manera de pensar varía según las escuelas y aun según la preferencia o hábitos del especialista. No obstante, creemos que en el momento actual es bastante conocido cuanto hace referencia a la lesión, a los procedimientos curativos y aun al individuo para, según están las cosas, trazar el plan terapéutico.

Mucho se ha trabajado, y se trabaja, con el fin de sentar una indicación terapéutica basada en los caracteres histológicos del cáncer, investigando su arquitectura, grado de diferenciación celular, número de mitosis, aspecto conjuntivo circundante, eosinofilia local, etc....; mas, todo esto que es digno de loa y merece se aliente en sus trabajos a los que a estas investigaciones se dedican, por el momento sólo ha servido para sentar un criterio referente a radiosensibilidad y adoptar una norma para la irradiación, pero no para establecer una indicación precisa, radiológica o quirúrgica, en cada caso determinado.

No obstante, ya hemos dicho que el criterio parece hoy unánime en hacer tributarios de la cirugía a los cánceres de forma adenomatosa.

La infección del foco canceroso también ha sido estudiada con el fin de sentar una

indicación terapéutica y parece que cuando con el método de PHILIPP se demuestra la presencia del estreptococo virulento el peligro operatorio es mucho, pues es grande la mortalidad por peritonitis, según afirman BUMM y PHILIPP.

PRIBRAM, aun aceptando que la prueba de PHILIPP es digna de tenerse en cuenta, no se muestra tan pesimista, pues cree no es posible establecer el pronóstico del curso de una infección sólo por las pruebas de laboratorio, ya que siempre debe contarse con las defensas del organismo, muy difíciles de conocer de antemano.

Por otra parte BUMM afirma que el tratamiento por el radium en estos casos puede producir una mortalidad primaria del 20 por ciento. Los radioterapeutas creen que esta cifra dada por BUMM es exagerada.

Sea de ello lo que quiera, lo dicho nos prueba que el estreptococo virulento es siempre un mal enemigo y conviene eliminarlo, o amortiguarlo, antes de emprender un tratamiento. Si después de las curas antisépticas llevadas a cabo durante un tiempo prudencial no logramos nuestro propósito, quizá es mejor recurrir a los medios físicos, empleados con gran cautela.

El grado de extensión de la lesión es también factor de gran importancia que debe tenerse en cuenta para elegir el procedimiento terapéutico. Nosotros creemos que mientras el útero se mantiene móvil, o está poco fijado, es decir, mientras no tenemos que la invasión sea extensa y muy grandes las dificultades técnicas, podrá elegirse entre la cirugía y el radium, según criterio del médico; pero cuando la lesión pase estos límites marcados de operabilidad, sin vacilar debe recurrirse a los medios físicos por ser menos expuestos de momento, y más paliativos.

Por último creemos influye también mucho en el procedimiento terapéutico a seguir dados los conocimientos que hoy tenemos de los medios expuestos, el temperamento y las aficiones del especialista. Es indudable que el que se siente buen cirujano y domina la técnica tiene preferencia por el tratamiento quirúrgico, y el que conoce bien la manera de proceder en terapéutica física tiene preferencia por este tratamiento.

De todo lo expuesto se saca una conclusión, y es: que el cáncer lo mismo puede tratarse quirúrgicamente que por medios físicos. Las estadísticas de los cirujanos alemanes y de los radium-terapéutas franceses dan aproximadamente el mismo 28 por ciento de curaciones. El problema creemos que no está hoy en si debe tratarse el cáncer del útero quirúrgicamente o por radium. Nosotros opinamos que el problema debe plantearse diciendo: ¿Debe tratarse quirúrgicamente el cáncer del útero después de irradiado a dosis curativas? Es decir, ¿debe hacerse un tratamiento combinado de radium-cirugía?

En principio parece lógica esta manera de proceder y hoy se trabaja mucho en este sentido, pero por el momento no hay aún acuerdo, pues mientras SANTSY y VILLARD dicen obtener muy buenos resultados, LECLEERC (1) atribuye a la dosis curativa de radium una fístula vésico-vagino-rectal y otra vésico-vaginal sobrevenidas un mes después de la operación fistulas, dice, "no producidas en el momento de la operación, sino debidas a los despegamientos operatorios de la vejiga y recto, cuyas paredes habían sido irradiadas, sin lo cual no habría tenido lugar la necrosis". Nosotros estamos convencidos de que estos pereances no son debidos al radium en sí sino a defecto de técnica de aplicación y por tanto de poco

o ningún valor en lo referente al tratamiento de que hablamos.

Nosotros abogamos también por la radium-cirugía, pues es indudable que si los medios físicos destruyeran con seguridad hasta la última célula cancerosa constituiría la terapéutica ideal, pero desgraciadamente no es así; los mismos radioterapeutas y entre ellos GUILERA (loc. cit.) lo afirman al recomendar la cirugía para el tratamiento del cáncer del cuerpo del útero. "Creemos—dice el ilustrado radioterapeuta—que toda neoplasia que pueda considerarse bien limitada y separada de las partes próximas por una cáscara, debe ser extirpada, y así la curación, si no hay metástasis constituidas, es segura. Querer curarla con otros procedimientos que la destruyan sin extirparla, aun siendo posible, nos parece muy expuesto. ¿Y si quedan algunas células vivas? ¿Y si al rebrotar lo hacen con tal violencia que la recidiva resulta fatal? ¿Y si, sin ruido, las pocas células que quedaron vivas penetran en el torrente linfático y dan lugar a siembras lejanas?"

Si para el cáncer del cuerpo hay esta inseguridad, lo probable es que la misma inseguridad exista para el cáncer del cuello. Por esto nosotros, cuando es posible, tenemos más confianza en la extirpación que en la destrucción.

Claro está que la cirugía añade al tratamiento una mortalidad operatoria, hoy muy disminuída pero sin duda alguna más elevada que la mortalidad primaria por radium solo. Pero, ¿es que la mortalidad operatoria no queda compensada y aun mejorada por el menor número de recidivas? Es muy probable que así sea dado lo más radical de la cirugía.

(1) *Lyon Chirurgical*, n.º 6, 1931.

Por todo lo dicho, y para terminar, nuestro criterio, en el momento actual, referente a tratamiento del cáncer uterino, es el siguiente:

Cáncer del cuello. Si es posible: radium para esterilizar el foco, pero a dosis curativas pues a veces convierte en operable un cáncer que parecía inextirpable; extirpación, por vía abdominal con vaciado de la pelvis desde la bifurcación de las ilíacas primitivas. La vía vaginal de la que somos, en general, muy entusiastas, la reservamos para casos incipientes.

Si no es operable, ya por lo avanzado de la lesión, ya por el estado de la enferma (obesidad, afección cardíaca o renal, etc.) ya por negarse a la operación, lo confiamos todo a radium-röntgen.

Cáncer del cuerpo. Cuando la lesión está limitada al útero: siempre histerectomía vaginal, preescindiendo del radium preoperatorio.

Si hay metástasis: tratamiento paliativo por medios físicos.

Así está en el momento actual la cuestión del tratamiento del cáncer del útero; no obstante, mucho se trabaja en el sentido de investigar si el cáncer es una enfermedad general de la cual la lesión local es sólo el factor más aparente.

Para terminar, y como prueba de esto, digamos unas palabras sobre tratamiento del cáncer basado en una nueva teoría de secreción interna. Toshio ISHIHARA dice en *The Japan medical World* (febrero 1930) estudiando la gelatina de Wharton en el cordón umbilical y la placenta, ha puesto en evidencia la secreción interna de este órgano. La hormona que él denomina P. O. U. existe también en el cuerpo amarillo, y su función fisiológica está en la descomposición de la decidua del embarazo y también de la decidua menstrual, lo cual se

comprueba por la reacción de Lüttge y Mertz. La reacción es intensamente positiva con la decidua y el cáncer uterino y débilmente positiva con el fibroma. El producto de descomposición de la decidua por P. O. U. se opone a la coagulación de la sangre, lo cual permite explicar un cierto número de problemas ginecológicos y obstétricos, por ejemplo la no coagulación de la sangre menstrual. Hay experimentos que han demostrado que el lóbulo anterior de la hipófisis no es únicamente uno de los factores que concurren en la formación del cuerpo amarillo, sino que es también el agente que provoca las alteraciones deciduales de la mucosa uterina, y la formación del cuerpo amarillo no es más que un proceso secundario.

Durante el embarazo la decidua se hipertrofia merced a la excitación de la hormona ante-hipofisaria, y sus productos de descomposición producen los síntomas clínicos del embarazo: pigmentación, reblandecimiento del cuello uterino, abultamiento de los pechos, náuseas, vómitos y edemas; al mismo tiempo estos productos excitan el ovario acarreado la formación del cuerpo amarillo que segrega hormona P. O. U. El lóbulo anterior de la hipófisis mantiene la hipertrofia de la mucosa uterina y a pesar de la acción de la hormona P. O. U. la decidua persiste durante el embarazo, y como los productos de descomposición continúan presentes en la sangre, el cuerpo amarillo persiste.

Los productos de descomposición de la decidua por la hormona P. O. U. son tóxicos, y el feto para librarse de los peligros de intoxicación posee un tejido que segrega gran cantidad de hormona P. O. U., la gelatina de Wharton. Los vasos del cordón recorren este tejido de manera muy sinuosa aumentando así la superficie de absor-

ción de P. O. U., lo cual explica el porqué el feto sufre rara vez de intoxicación durante el embarazo, al contrario de lo que ocurre en el organismo materno.

Las teorías recientes sobre etiología de los tumores han demostrado que la naturaleza esencial de las células cancerosas es su indiferenciación, su analogía con las células embrionarias, por tanto la hormona P. O. U. capaz de descomponer las células deciduales debe ejercer la misma acción sobre las células cancerosas. Por otra parte, la orina de las enfermas afectas de cáncer tiene según ASCHHEIM ZONDEK la misma reacción que durante el embarazo.

Basándose en estas observaciones el autor ha tratado varias enfermas de cáncer uterino por una decocción de gelatina de Wharton o con inyecciones de hormona P. O. U. La unidad de hormona tipo es la siguiente: 1 c. c. de solución acuosa de P. O. U. se mezcla a un miligramo de tejido canceroso y colocado a la estufa a 37 grados durante veinticuatro horas se obtiene una reacción de Lüttge Mertz positiva. Para el tratamiento del cáncer precisa administrar de 10 a 20 unidades *per os*.

Este producto en el hombre sano o en la embarazada normal no dan lugar a ningún síntoma especial; si se trata de una mujer afecta de cáncer se observan los síntomas de intoxicación del comienzo del embarazo, más o menos acentuados según la resistencia de la enferma y la gravedad del cáncer. El examen de la sangre demuestra primero una aceleración de la sedimentación que vuelve poco a poco a la normal a medida que el cáncer desaparece. Localmente la superficie del tumor se anémia, se pone liso, desaparece la fetidez, deja de sangrar, disminuye rápidamente de volumen, se endurece y tiene lugar un aumento de tejido conjuntivo que oprime a las cé-

lulas cancerosas hasta la necrosis completa.

Dice ISHIHARA haber obtenido rápidos resultados en 40 casos de cáncer uterino.

Como se ve, los investigadores no dejan de buscar nuevos horizontes para el tratamiento del cáncer, creyendo nosotros que es ésta una buena orientación para llegar al éxito, pues con el radium no es probable se vaya mucho más lejos, y la cirugía pocos adelantos hará ya que en el tratamiento del cáncer del útero ha llegado casi a la cima del atrevimiento y de la perfección.

RESUM

L'Autor, després de recordar breument la distribució dels limfàtics i ganglis relacionats amb l'úter, fa una distinció, per al tractament, entre el càncer del coll i el càncer del cos. Quant al càncer del coll, diu que les estadístiques són quasi iguals en resultats, tant si es tracta quirúrgicament o amb mitjans físics (ràdium, raigs X) i després de descriure ambdós procediments, es mostra partidari de la intervenció quirúrgica, tot seguit d'haver tractat el càncer amb el ràdium, especialment en els casos quelcom avançats amb l'objecte de poder practicar el buidatge de la pelvis.

El càncer del cos creu que deu ésser operat sempre per via vaginal, sense necessitat d'aplicar abans el ràdium.

Acaba dient que el càncer continua essent el punt negre de la ginecologia, malgrat tot el que hom ha treballat i treballa per a la seva curació. Aquesta tal volta s'obtindrà d'una manera segura el dia que sigui demostrat que és una malaltia general, de la qual la neoplàsia és solament una manifestació. Com a prova dels estudis que es fan sota aquest aspecte, cita els treballs d'ISHIHARA, que basa la curació del càncer damunt d'una nova teoria sobre possibles trastorns de les secrecions internes.

RÉSUMÉ

Après avoir rappelé succinctement la distribution des lymphatiques et ganglions en relation avec l'utérus, l'Auteur fait la distinction pour le traitement entre le cancer du cou et le cancer

du corps. Il dit que pour le cancer du cou, les statistiques sont presque égales en ce qui concerne les résultats, si on le traite chirurgiquement ou par des moyens physiques (radium, rayons X), et ayant décrit les deux procédés, il se montre partisan de l'opération après avoir traité le cancer par radium, surtout dans les cas quelque peu avancés, à fin de pouvoir effectuer la vidage du bassin.

Il croit que l'on doit opérer toujours le cancer du corps par la voie vaginale, sans que l'application préalable du radium soit nécessaire.

Il finit en disant que le cancer continue d'être le point noir de la gynécologie malgré tout ce que l'on a travaillé et continue à travailler pour en obtenir la guérison, que l'on obtiendra peut-être d'une manière certaine le jour où l'on démontrera que c'est une maladie générale dont la néoplasie n'est qu'une manifestation. Comme preuve de l'étude que l'on fait à ce sujet il cite les travaux d'ISHIHAYA ou ISHIKAWA, qui base la guérison du cancer sur une nouvelle théorie de sécrétion interne.

SUMMARY

The Author, having remembered the distribution of the lymphatics and ganglions retalliona-

ted with the uterus, makes the distinction, for the treatment, between the cancer of the neck and the cancer of the body of the womb. Referring to the results obtained in the cancer of the neck he says that the statistics are nearly equal when treated surgically or by physical means (radium, X rays), and once the two proceedings described he shows himself partizan of the operation, specially when the cancer has been formerly teated with radium and in cases somewhat advanced, in order to be able to practise the emptying of the pelvic cavity.

The Cancer of the womb's body must always be operated through the vaginal way, without the necessity of applying the radium before the intervention.

He temines, stating that the cancer continues to be the black spot of the gynecology notwithstanding all the work done and that which actually continues to be done for its healing. The cure shall, perhaps, be obtained in a secure way when it has been demonstrated that the cancer is a general decease of which the neoplasia is only a manifestation. As a proof of the works made about this matter he mentions those of ISHIHAYA or ISHIKAWA, who bases the cure of the cancer upon a new theory of internal secretion.