

ducido era muy semejante a la bilirrubina, pero no idéntico. Más tarde, Van den Berg demuestra que dichos pigmentos circulan en forma de prepigmentos incoloros y Rosenthal observa que en los animales hepatectomizados no se produce la ictericia o se produce muy tarde.

Yo he realizado estudios histológicos en hígados intoxicados por la toluidiamina. Al principio de la intoxicación, el hígado ofrece su estructura absolutamente normal, pero en el momento de la ictericia se observa una abundante cantidad de pigmento en los capilares biliares en forma de pequeños trozos cilíndricos dispuestos en cadeneta.

Por consiguiente, en el metabolismo de los pigmentos biliares es forzoso distinguir dos períodos:

1.º Producción de pigmentos biliares en la sangre.

2.º Excreción de los mismos por los capilares y conductos biliares.

Ahora bien, cuando la cantidad de pigmentos es exagerada, el espesamiento de la bilis es tal, que el segundo tiempo no puede verificarse por la obstrucción que la misma bilis produce, y entonces el sobrante de pigmento que no puede ser eliminado, produce la ictericia.

Hay que notar que en ningún caso se encuentra pigmento en las células hepáticas, siendo la producción del pigmento anhepatoceleular. Pero la producción de la ictericia es más compleja, pudiéndose distinguir tres tipos de la misma:

1.º Ictericia de origen sanguíneo por hiperproducción de pigmento: esta forma es rara y en clínica está representada por la ictericia del recién nacido y por la ictericia hereditaria.

2.º Forma ictero-retentiva, debida a una lesión de las células hepáticas, producida por ejemplo por las sepsis o por las intoxicaciones fosfórica o arsenical. En este caso el pigmento formado y generalmente en exceso, no puede atravesar la célula hepática y por consiguiente no se puede eliminar.

3.º Forma ictero-receptiva. Esta es la ictericia por obstrucción de las vías biliares. Al quedar éstas llenas del pigmento, se produce una reabsorción del mismo, apareciendo, como consecuencia, la ictericia.

Como se ve, en la intoxicación por la toluidiamina hay una combinación de las formas primera y tercera, y si se destruyen las células hepáticas surge entonces una combinación de las tres formas.

Diré para terminar que esta división es, como todas, un tanto artificiosa, pero útil para fijar conceptos. En realidad en las ictericias lo que suele existir es una combinación de las tres formas con predominio de alguna de ellas sobre las restantes.

Sesión del día 23 de mayo de 1928

PRESIDENCIA DEL DR. PI SUÑER

El momento actual en el tratamiento del cáncer del útero.

POR EL DR. VICTOR CONILL

Hace algo más de un par de años mis ayudantes y yo, habiendo decidido confiar al radium los casos inoperables y vuelto a la cirugía del cáncer de útero operable, abandonándonos con ello al desnivel de nuestros entusiasmos fisioterápicos y no menos a la corriente general en el campo de la Ginecología, nos preocupó justamente la elevada mortalidad de la operación de Wertheim.

Meditando sobre las particularidades que concurren en ésta: mujer muchas veces obesa, con sistema hépato-cardío-renal de dudosa integridad, anestesia general de larga duración, ope-

ración muy traumatizante y muy "shocante", parametrio las más veces infectado por propagación linfática desde el foco neoplásico... resulta que todo ello es mucho, es demasiado para un sujeto quirúrgico y nuestras estadísticas no eran mejores que las de los demás autores. De cada cinco Wertheims en cifras globales muere uno, o como dice Stoeckel; el promedio de la mortalidad en la literatura mundial sobrepasa el 15 %.

Decidimos entonces abandonar la vía alta y operar por vía vaginal venciendo los temores, la idea de las dificultades técnicas y el descrédito que la circundaban y que desde las primeras intervenciones nos parecieron totalmente infundados.

Actualmente llevamos practicadas 26 histerectomías vaginales con excepción de fibromiomas submucosos y 3 adenomas, las restantes por cáncer. Mortalidad nula.

Y la conclusión es que la histerectomía vaginal hoy por hoy y convenientemente modificada y completada realiza el ideal del tratamiento del cáncer del útero. En oposición a la intranquilidad de nuestros tiempos de Wertheim, conceptuamos los riesgos de la histerectomía vaginal equiparables a los propios de la operación del prolapso de útero. En vez de la anestesia general, la raquíanestesia; en vez de la vía alta, la baja.

Entre las operadas hay varias entre 65 y 70 años, una de 75 años con lesiones muy avanzadas y que a los dos años, pues fué una de las primeras practicadas, está en perfecto estado; otra con 48 por mil de glucosa en la orina; otros cuatro casos con lesiones avanzadísimas; tres operaciones a domicilio y en pésimas condiciones de ambiente.

Las modificaciones de la técnica de la histerectomía vaginal a que aludía y que hemos adoptado se refieren principalmente al corte paravaginal de Schuhradt, a la resección sistemática de los parametrios y a la ligadura definitiva mediante transfixión de los cuatro pedículos sin dejar pinzas permanentes, procedimiento hoy abandonado.

A veces evitamos el corte paravaginal en grandes múltiparas, pues tiene el inconveniente de alargar a menudo la convalecencia de no cicatrizar por primera intención. De un tiempo a esta parte nos esforzamos en evitar este inconveniente prestando el mayor cuidado a la hemostasia y a la sutura. Algunos autores aconsejan torundar la superficie cruenta con suero fisiológico muy caliente en calidad de hemostático: no hemos obtenido con ello ningún resultado antes bien, en un caso en que empleamos el suero fisiológico a temperatura próxima a la ebullición la cicatrización fué muy lenta probablemente porque tuvo antes que regenerar un tejido que sufrió por acción cáustica actual. Stoeckel infiltra la región paravaginal con novocaina-adrenalina y evita el nappe, molesto del rombo paravaginal. Nos proponemos probarlo.

La sutura se nos ha mostrado de la mayor trascendencia en cuanto a la cicatrización del corte paravaginal. La mejor falla en la línea de sutura particularmente en la mucosa vaginal que deje un orificio por donde puedan destilar las secreciones en remanso hacia los planos profundos, impide su coaptación. Adviértase que el remanso de las secreciones es inevitable en el decúbito supino, porque permanecen íntegras la cuña perineal y la horquilla vulvar. Estamos bastante satisfechos de la sutura en dos planos; el profundo, con puntos entrecortados y abrazando grandes masas de tejido paravaginal; el superficial, haciendo una sutura con catgut mediano y continua desde el ángulo posterior hasta la piel, puntos muy cercanos y cuidadosos abarcando mucosa y submucosa. La sutura de la piel la hacemos con garrafinas también muy próximas.

La resección de los parametrios es más fácil por bajo que por alto. El corte paravaginal nos presta una puerta de entrada a la pelvis casi tan grande como la laparatomía. Rechazando el útero hacia un lado y disecando el pedículo del opuesto aparece la vaina hipogástrica con toda claridad y llevamos su extirpación hasta la misma pared pelviana. Con útero grande cuidamos de hacer primero la extirpación del mismo, procediendo consecutiva y cómodamente a la resección de los parametrios.

Al final de la operación quedan cuatro pedículos que resultan de la división en dos de cada uno de los ligamentos anchos y que son ligados por transfixión.

Con úteros muy grandes generalmente por fibromiomas concomitantes, nos hemos visto obligados a disecar desde la base hasta el vértice del ligamento ancho preocupándonos de proteger las formaciones urinarias. En este caso colocamos tantas pinzas y hacemos tantas ligaduras en cada lado como son necesarias.

No cerramos la cavidad abdominal; taponamos con larga tira de gasa y ello por dos motivos; porque la histerectomía vaginal no es nunca una intervención idealmente limpia y porque al extraer el taponamiento hacemos una aplicación de radium de 50 miligramos durante doce horas y en pleno parametrio.

Terminada la operación injertamos en zona apropiada de la pared abdominal un fragmento de la neoplasia maligna extraída y todavía recibirá la enferma más incorporaciones de esta clase en lo sucesivo y por vía subcutánea siguiendo el método que por puro empirismo en el terreno de la inmunidad anunciábamos ya en 1921 y monografía "Nuevas orientaciones en el tratamiento del cáncer de la mama" y del que Thies de Leipzig—cabe pensar que con entera independencia de nuestras iniciativas—ha referido observaciones tan notables que en ellas culminó la atención y el beneplácito en el Congreso de Ginecología de Viena (1925)—donde dicho sea de paso no empañó mi mente la idea de promover una cuestión de prioridad—y método que actualmente es todavía objeto de debate y de estudio principalmente en el seno de la Sociedad de Ginecología de Leipzig.

Estando la enferma desde luego encamada a los pocos días de la intervención, y desde el momento en que para ella no representa gran incomodidad, la sometemos a una serie de sesiones de radioterapia profunda hasta lograr la dosis de 120 %, máxima de Seitz-Wintz. La primera sesión suele coincidir con la aplicación de radium en vistas a multiplicar el efecto terapéutico. Con la instalación Multivolt de que disponemos en la Clínica, al lograr en dos horas la dosis eritema ha recaído en la profundidad de 10 cm., un 40 %. La duración, por tanto, de las aplicaciones fluctúa entre siete y ocho horas según las condiciones de la enferma y teniendo en cuenta nuestra impresión de que en los campos laterales no hay que contar con los 10 cm. de profundidad. La primera serie la realizamos lo más precoz, como decíamos, y lo más concentrada posible en función del tiempo. En el transcurso de medio año, la operada de cáncer recibirá todavía dos series más de radioterapia iguales a la primera. Continúa en vigor a nuestro juicio el dogma de que hay que operar como si no tuviese que irradiarse y irradiar como si no se hubiese operado. Doblan así las garantías para la enferma, pues es tan axiomático que los rayos gamma, por sí solos pueden curar un cáncer como lo es el que puede curarlo la intervención quirúrgica. Además, si contra la lesión inicial y apesar de los optimismos de Seitz y Wintz vemos con demasiada frecuencia que la radioterapia se muestra impotente, en cambio, contra los regueros y nidos linfáticos y hasta de contigüidad, como pude demostrar en uno de los primero y más impresionantes casos, gérmenes de futuras recidivas, conceptuamos la acción selectiva esterilizante de los rayos gama sencillamente formidable. Entendemos que sería un desacierto y una injusticia a los sabios y heroicos esfuerzos dignos de ulterior meditación, el excluir del tratamiento del cáncer la actinoterapia profiláctica.

Hasta ahora nos hemos referido al cáncer del cuello, forma la más grave del cáncer del útero. Sirvan los mismos conceptos para el cáncer del cuerpo uterino por que aquí va no cabe polémica. Entre colocar un tubo de radium dentro del útero sin tener la menor idea de la extensión y profundidad de la neoplasia, sin poder saber si las expoliaciones sanguíneas que por meses continúa teniendo la enferma son de la injuria terapéutica o de que la neoplasia sigue su curso impasible, sin poder, en una palabra, fiscalizar el efecto terapéutico, como se puede fiscalizar en la piel, en la lengua, en el recto, en el mismo cuello uterino, o hacer una histerectomía vaginal sin riesgo intrínseco, a base de una neoplasia que da gran margen de limitación, que de por si es más benigna, creemos que la elección no es dudosa.

Brota pues de lo más íntimo de nuestra convicción que el tratamiento fundamental del cáncer del útero es la histerectomía vaginal, operación sugestiva, más difícil que por vía abdominal, opaca, y esclerosante para el operador. Con esta idea ya de tiempo arraigada tuve la grata sorpresa de oír en el Congreso Ginecológico Alemán de junio pasado en Bonn la apología de la vía vaginal en el cáncer del útero a base de la ponencia de Stoeckel; apología tan entusiasta que pudo ofrecerla Pehan a la memoria de Schauta, su antecesor en la Catedra de Viena y el verdadero impulsor de la vía vaginal que Czerny había comprendido ya como la vía lógica en la ginecoquirurgia, y que en la actualidad vuelve a tener defensores de la talla de Halban en Viena, Faure en cierto modo en Francia y de Recasens (L.) en España.

¿Qué puede objetarse a esta operación? ¿Que no extirpa los ganglios a lo largo del

psos y de los grandes vasos? Lastrado el Wertheim con una mortalidad operatoria preocupante, la era moderna de esta operación se caracterizó ya por mayor conservadurismo. Halban, Franz, que pasaba por el más radical de los cirujanos, ha evolucionado del Wertheim a la histerectomía total de Freund, dándose o no cuenta, confesándolo o no (datos de Stoeckel); se comprende la imposibilidad de extirpar todos los ganglios cancerosos, y se sabe que el examen microscópico de los ganglios extirpados con máxima frecuencia denotaban lesiones sólo inflamatorias, como asimismo que es un hecho tenido por frecuente la regresión espontánea de las metástasis ganglionares y no menos cierto el poder esterilizante de la radioterapia profunda. En cambio, el parametrio, toda aquella zona que Ed. Martín comprende entre el retinaculum, las resistentes condensaciones o ligamentos de Koch y de Mackenrodt, donde tan solapadamente va extendiéndose la neoplasia y asimismo el paraprotium y cistium son incomparablemente más fácil y radicalmente extirpables que por vía alta. Por lo demás, el curso postoperatorio no tiene ni remoto parecido con el propio de los mejores Wertheims o ya histerectomías abdominales sencillas.

Permitidme, ilustres Académicos, que defienda todavía otra tesis. Tampoco acaba con la histerectomía la actinoterapia profiláctica y el autoinjerto el tratamiento del cáncer del útero. El criterio de curación durable importa cinco años que no han de ser como se dice de vigilancia, sino de actividad. Localmente hemos de entendérnoslas con un terreno esclerótico, y en el que Theilhaber intenta rehabilitar su nobleza histológica por todos los procedimientos, hiperemia pasiva, diatermia. Es tan importante este extremo que en la sobredosificación de radium como en la sequedad y en los mismos estados alérgicos el fracaso terapéutico lo explica la pérdida de las propiedades defensivas y plásticas del tejido conjuntivo, y por ello se mantienen brechas de conocida torpidez, terreno favorable para los neoplásicos y bacterianos. El mismo Theilhaber, con criterio muy biológico pero muy discutible, condena las grandes extirpaciones del magma mesénquimoconjuntivo por la resta de defensas locales.

En el estado general, la cancerosa es una discriminada en la que se estudia actualmente para mejorar su posición endocrina. El plasma hemático se ha modificado (mi ayudante Dr. Oslé está persiguiendo las modificaciones de la fórmula hemática en el sentido de eosinofilia), empobrecido por las hemorragias, por las reabsorciones tóxico-sépticas, de modo que la diatermia, la helio o ultravioletoterapia, una opoterapia sensata y individualizada y un régimen que más o menos sacuda la inercia alimenticia que haya contribuido a conducir a la mujer a la grave enfermedad del cáncer, son otra tantas orientaciones que se tendrán en cuenta en la interinidad de la curación clínica. Se evoluciona en el tratamiento del cáncer del útero, a la cura de sanatorio o establecimiento como en la tuberculosis.

Ilustres Académicos: es la primera vez que actúo en sesión ordinaria, y he de aprovechar esta ocasión, cuanto por vuestro dignísimo ejemplo en el correr de los días siento más que nunca los altos prestigios y los altos destinos de esta Real Academia, para renovar mis mejores intenciones corporativas.

Sesión del día 23 de mayo de 1928

PRESIDENCIA DEL DR. PI SUÑER

El parto enojoso.

POR EL DR. PROUBASTA

En nuestro país, en donde hasta ahora no abundan las viciaciones pelvianas, una de las distocias no infrecuentes y que ponen a prueba la paciencia y habilidad del tocólogo y la resistencia de la parturienta, es la producida por la prolongación indebida del período de dilatación, que puede durar días en lugar de las veinticuatro horas, que, como maximum tardan en terminar los partos normales, aún comprendiendo el período de expulsión en ellas.