

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**Vaciamiento Organo Pélvico Total en Cáncer
Avanzado del Aparato Genital Femenino**

Manuel Vega Gutiérrez

MEXICO, D. F.

1953

TL
RC28
.U8
V4
c.1





1080098202

Al Dr. Alberto Salas
aferrosamente

M. Vega

304679

2-16-54

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

F A C U L T A D D E M E D I C I N A

**Vaciamiento Organo Pélvico Total en Cáncer
Avanzado del Aparato Genital Femenino**

T E S I S
Que para su Examen Profesional de
MEDICO CIRUJANO
P r e s e n t a

Manuel Vega Gutiérrez

TIPOGRAFICA ORTEGA
Emperadores 114
México, D. F. — 1953

TL
RC280

.U8

V4



A mi padre,
CEFERINO VEGA BLANCO,
quien con su ejemplo, su cariño
y su ayuda ha hecho posible mi carrera
de médico. Para él mi agradecimiento
de toda la vida.

A la memoria de mi inolvidable madre
CLARA GUTIERREZ OCHOA

A MI FAMILIA,
con todo afecto.

A SOFI.

A mi maestro

Dr. JOSE GARCIA NORIEGA.

Director del Sanatorio N° 2 del I.M.S.S.,

Jefe del Servicio de Ginecología del I.M.S.S.

que me guió con su saber y la

bondad que lo caracteriza.

AL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL,

mi agradecimiento por todas las facilidades que me otorgó.

Al Dr. JOSE R. VARGAS DE LA CRUZ,
Jefe del Servicio de Histopatología
del Sanatorio No. 2 del I.M.S.S.
Con mi agradecimiento.

Dr. EDMUNDO PALOMINO,
ilustrador médico.

HONORABLE JURADO

El primer trabajo científico serio y ordenado que escribe el estudiante de Medicina, para convertirse en médico, difícilmente ostenta la originalidad que fuera de desearse y la explicación es obvia.

El trabajo científico original es fruto de larga experiencia, de varios años dedicados al ejercicio de la profesión, son en suma esfuerzos de madurez intelectual que vienen a crear persistentes meditaciones y entusiasmos.

Por ello este trabajo que me honro en someter a la consideración de ustedes carece de esa nota brillante de la originalidad.

En cambio, encierra en sus páginas la historia de un esfuerzo realizado honradamente para cumplir con los requisitos universitarios.

El tema estudia un nuevo procedimiento quirúrgico que, a pesar de su audacia, ha hecho ya sus pruebas y merece ser conocido.

Creo además, que su campo de aplicación se ha ensanchado cada vez más, en tanto no podamos conquistar definitivamente el azote del cáncer, que tantos estragos causa.

Es por ello, señores jurados, que, espero de su comprensión y benevolencia, pero sobre todo de su comprensión un fallo favorable para este trabajo en donde he puesto lo mejor de mi voluntad y de mis esfuerzos.

PREFACIO

Siempre he sentido una gran vocación hacia la cirugía. Desde que comencé a admirar por primera vez la destreza del cirujano frente al cuerpo enfermo; desde que miré cómo el bisturí hábilmente manejado arranca a la carne dolorida el morbo de su padecimiento, tuve la idea de ser cirujano. Mucho en verdad me falta para lograrlo, pero la aspiración que hacia a ello me conduce se materializa en esta tesis, la cual se encuentra plena de hondo sentido quirúrgico.

Una tesis es intento de síntesis, merced a la cual se arranca al complejo panorama de la ciencia un sector limitado para escudriñarlo a fondo y destacarlo a plena luz, tal es lo que pretendo ahora en estas páginas.

Me sirven de punto de partido, de base y referencia, los trabajos quirúrgicos que en torno al cáncer genital ha emprendido con acierto el Dr. José García Noriega. Dichos trabajos proyectan una nueva luz sobre campo tan debatido, poseen la nota valiosa de la originalidad y habrán de destacar en el futuro la utilidad de su aplicación.

Por ello esta tesis se consagra a ahondar en dichos trabajos ciñéndose a ellos y procurando extraerles la utilidad y enseñanza que encierran.

Para ello me guía; primero el dar cumplimiento a un requisito tradicional de mi CASA DE ESTUDIOS, en segundo rendir un homenaje de admiración al cirujano inovador, y en tercero colocar la primera piedra, hacer el primer intento, lograr la primera fase de una vida que breve o larga habrá de ser dedicada a estudiar con ahinco, en el campo difícil pero por todas suertes fecundo de la cirugía.

M. V. G.

S U M A R I O :

- I.—Generalidades.
- II.—Cáncer Cérvico Uterino.
- III.—Indicaciones Operatorias.
- IV.—Pre-Operatorio.
- V.—Acto Quirúrgico.
- VI.—Post-Operatorio.
- VII.—Casos Clínicos.
- VIII.—Tratamiento Fisioterápico.
- IX.—Asociación Radio-Quirúrgica.
- X.—Conclusiones.
- XI.—Bibliografía.

INTRODUCCION

En la lucha secular contra el cáncer, el médico ha intentado diversos procedimientos terapéuticos a fin de conquistar tan terrible enfermedad.

Al borde del fracaso rotundo y desalentador, figuran los éxitos parciales, que han permitido mirar con menos pesimismo el panorama del cáncer.

Dejando a un lado los cientos de drogas preconizadas para lograr su ilusoria curación, la experiencia médica ha logrado encontrar dos procedimientos terapéuticos que, habiendo ya realizado sus pruebas, son los que corrientemente se emplean en todas partes. Me refiero a los procedimientos quirúrgicos y fisioterápicos.

Al principio, fué la cirugía la que adquirió mayor importancia extirpando órganos enfermos y cercenando tejidos invadidos.

Posteriormente, cuando el descubrimiento de Madame Curie hizo posible la adquisición del radium, una ola de entusiasmo barrió clínicas y hospitales. Parecía que el carácter mutilante de la cirugía sería substituído por el método incruento de la radiumterapia.

Pronto se conocieron, sin embargo, las limitaciones de esa nueva arma terapéutica y la cirugía reivindicó plenamente sus derechos. A tal grado que en la actualidad se le considera como el recurso más útil contra el cáncer. Nos queda sin embargo el papel del radium como valiosísimo auxiliar de la cirugía y en esta forma, sin desdeñar la utilidad del procedimiento fisioterápico, nos inclinamos a seguir considerando a la cirugía como el medio más útil, más eficaz y certero en la lucha contra el cáncer en estos estadios.

CAPITULO I
GENERALIDADES

I.—GENERALIDADES

Con la palabra tumor se designa aquellas alteraciones morbosas que evolucionan generalmente con un aumento de volumen en un territorio circunscrito del cuerpo. Sin embargo, sólo se considera como tumor o neoplasia a las proliferaciones celulares de carácter autónomo. Es difícil precisar en qué consiste la etiología de autonomía atribuída generalmente a los tumores verdaderos.

Es importante señalar que los tejidos de nuestro cuerpo crecen dentro de ciertos límites, presentan determinada arquitectura microscópica y realizan siempre funciones idénticas en los diferentes individuos de la misma especie. Esta constancia en el desarrollo, en la estructura y en las actividades orgánicas obedece a una serie de factores sobre cuya naturaleza estamos todavía insuficientemente informados. De tales factores, los más importantes son, sin duda, la influencia trófica del sistema nervioso, las correlaciones humorales, los fenómenos de inducción recíproca y los caracteres hereditarios.

El carácter fundamental de los tumores consiste en no obedecer el plan de constitución del organismo. Algunas neoplasias se transmiten con carácter hereditario y otras surgen con mucha frecuencia como resultado de ciertas irritaciones crónicas; pero la mayoría de ellas aparecen en cualquier parte del cuerpo sin que podamos predecir, antes de comenzar su desarrollo, el punto de su implantación, la época de su nacimiento, ni la composición microscópica de sus tejidos.

Según su naturaleza anatómica, las células atípicas tienen estructura, tamaño y modo de agrupación de ellas entre sí peculiares y no pueden estudiarse en conjunto, por ser diferentes en cada especie tumoral; pero podemos hacer, con arreglo a ellas, dos grupos de tumores: unos están compuestos por varias clases de tejidos agrupados con regularidad y en otros domina una sola variedad de elementos, semejantes a los de algún tejido normal.

Desde el punto de vista funcional los tumores pueden trastornar la fisiología normal del organismo en dos formas distintas:

Primero poniendo en libertad sustancias tóxicas liberadas durante el metabolismo anormal de las células cancerosas, y en segundo lugar modificando la producción hormonal de las glándulas endocrinas influídas por la neoplasia.

En aquellos que no presentan funciones comparables a los del organismo sano, el epitelio de revestimiento se ulcera precozmente y de manera espontánea, porque pierde sus propiedades de protección, las fibras conjuntivas no alcanzan completa madurez y en su lugar se puede encontrar mucina o cuerpos semejantes.

La más importante de sus propiedades es la forma de crecimiento, que consiste en un ritmo continuo de divisiones celulares y en una especial capacidad para invadir los tejidos normales.

La tendencia al crecimiento indefinido de los tumores se manifiesta tanto en los que tienen desarrollo, lento, como en los de gran poder de proliferación, aunque con mayor intensidad en estos últimos. Tal crecimiento puede registrar períodos en los que se detienen o se hace imperceptible lo que no altera su carácter de persistencia, puesto que la neoplasia puede seguir en cualquier momento su evolución ininterrumpida. La mayor parte de las veces no podemos encontrar la base anatómica que explique esta propiedad de los tejidos neoplásicos, y los elementos de la división presentan el aspecto de la amitosis o la mitosis ordinarias; sin embargo, hay siempre una notable tendencia a la división indirecta, como también sucede durante los procesos de regenera-

ción patológica, en la hiperplasia, y sobre todo en la metaplasia. Las mitosis anormales consisten en la división nuclear múltiple y desigual, fenómeno que determina una particular heterogeneidad.

Como regla general, los tumores tienden a crecer excéntricamente, desarrollándose con irregularidad en todas direcciones a partir de su punto de origen. Cuando no tienen cápsula que los limite el desarrollo es muy rápido; las células tumorales infiltran los tejidos próximos y la propagación se hace irregular, rápida en los sitios donde existen espacios anatómicos que favorecen el desplazamiento de las células neoformadas.

La propagación por contigüidad se realiza pues, de modo muy variable. Las metástasis por implantación, son muy frecuentes en las grandes serosas, pues se desprenden las células con el roce y tales células descamadas se implantan en otros lugares. Tienen el aspecto de gotas de cera y representan con discontinuidad, es decir, ampliamente separadas del tumor principal.

Sin embargo, el desplazamiento pasivo más intenso de las células tumorales, se produce cuando crecen en una corriente líquida. Los elementos neoplásicos invaden los espacios linfáticos y de ahí pasan a los ganglios regionales, cuando las células sobrepasan estos últimos, van a otros más alejados.

Los ganglios permanecen poco tiempo de tamaño normal, aumentando de volumen en seguida de manera que, si son muy superficiales, se hacen fácilmente palpables, y, si son profundos pueden dar sombra radiográfica. Microscópicamente la invasión de los vasos linfáticos sólo se percibe algunas veces en las membranas serosas.

Cuando penetran en los capilares sanguíneos y en las venas, provocan a menudo trombosis y se multiplican con facilidad. Casi todos los tumores metastásicos tienen cualidades que permiten desentrañar su origen. En primer lugar suelen ser múltiples, de forma redondeada y con límites tan correctamente marcados que se desprenden de su lecho al intentar seccionarlos. Muchas veces tienen el centro necrosado, lo que depende de las escasas relaciones vasculares.

Uno de los caracteres biológicos que más preocupa, es su capacidad para reproducirse después del tratamiento.

CAPITULO II

CANCER CERVICO UTERINO

II.—CANCER CERVICO-UTERINO

Las estadísticas recogidas en México, muestran una mayor tendencia cancerogénica a nivel del cuello uterino, superando esta localización a cualquier otra. Suele ser más frecuente durante la menopausia y en los años que la preceden, prolongándose esta peculiar susceptibilidad hasta los sesenta años.

Aun cuando es frecuente que el ginecólogo tropiece con algún cáncer del cuello uterino en enfermas jóvenes, esto difícilmente ocurre antes de los treinta años, siendo poco frecuente.

Los traumatismos del parto, especialmente los desgarros con eversión del cuello y las erosiones de éste, constituyen factores importantes en la etiología del cáncer cervical. Las erosiones son con frecuencia el punto de partida de la neoplasia. La mayoría de los cánceres de la porción vaginal del cuello comienzan a nivel del borde de una erosión, o menos a menudo donde el epitelio cilíndrico encuentra el epitelio escamoso, al nivel del orificio externo del cuello. El estudio del carcinoma de células escamosas precoces condujo a la conclusión de que nacen siempre del epitelio escamoso, y no siempre de las células basales; el carcinoma comienza en la porción basal del epitelio, y se propaga hacia arriba a expensas del epitelio normal.

Se ha fijado mucho la atención en el cáncer que se desarrolla en el muñón cervical. Contrariamente a lo que aparecía en las antiguas comunicaciones bibliográficas, no muy extensas; la gran cantidad de datos estadísticos reunidos ahora nos permite demostrar que el cáncer del muñón sea más frecuente que de or-

dinario se cree. También debe notarse que existe mayor probabilidad en el estado anormal de la saculación del conducto cervical, el mal drenaje, las modificaciones quísticas y la inflamación crónica en el muñón del cuello que queda después de la histerec-tomía sub-total, contribuyen a la elección del cáncer.

Como se ha afirmado, la mayoría de los cánceres cervicales surgen al nivel de los bordes de las erosiones o en la zona de transición epitelial a cuyo nivel el epitelio estratificado de la porción vaginal del cuello encuentra el epitelio cilíndrico del endocér-vix.

El cáncer, en su etapa precoz, puede reconocerse a menudo microscópicamente, antes de la invasión de otros tejidos, sola-mente por las alteraciones características de la estructura celular.

Las alteraciones morfológicas que representan las lesiones malignas más precoces no son bien conocidas, pero sí sabemos que las alteraciones en las células basales de los epitelios escamo-sos y el aspecto estructural alterado de la membrana basal o de la perforación de ésta, son significativos.

La extensión superficial del tumor no guarda relación con la cantidad de la neoplasia que penetra en los tejidos profundos. Por regla general no se produce elevación tumoral del cuello, aunque es frecuente hallar una extensa masa nodular en forma de coliflor. Más tarde hay propagación hacia la pared vaginal, así como hacia adelante en dirección a la vejiga y más profun-damente hacia los ligamentos anchos.

El cáncer del endocér-vix a menudo queda limitado durante bastante tiempo al conducto cervical, donde produce la infiltra-ción de los tejidos profundos del cuello y también una extensa exulceración del endocér-vix. No es raro que el cuello quede re-ducido a una cavidad llena de restos de tejidos sin que exista manifestación externa del proceso; incluso puede darse el caso de que los parametrios y los linfáticos de la región sean invadi-dos antes de que se presenten síntomas.

La parte vaginal del cuello uterino, está recubierta por el epitelio escamoso estratificado; los cánceres en él originados se llaman Epidermoides. El conducto cervical está tapizado por

epitelio cilíndrico que forman también las glándulas profundas, los cánceres que se desarrollan en las glándulas son los Adenocarcinomas. La frecuencia de los primeros en relación con los segundos es mucho mayor, en una proporción de un noventa y cinco por ciento.

El carcinoma epidermoide, histológicamente se divide en:

I.—El Espinocelular, formado por células que recuerdan las de la capa espinosa o externa del epitelio normal cérvico uterino. Algunos de estos cánceres epidermoides presentan diferenciación córnea en el centro de las colonias, formando los llamados globos córneos y llamándose en ese caso queratoblásticos.

II.—El transicional, formado por células que se asemejan a las de la capa media o transicional del epitelio cervical.

Hoy en día algunos autores ya no toman en cuenta este tipo en los cánceres uterinos; sino exclusivamente en los relacionados con la vejiga.

III.—El de células fusiformes o basales, cuyos elementos son similares a los de la capa basal o estrato germinal del epitelio normal del cuello.

En el espinocelular, las células son de forma poliédrica, con bordes precisos, separados por epitelio fibrillas en las que puede observarse desmosomas voluminosos con figuras mitóticas frecuentes. Los núcleos son grandes y están muchas veces provistos de nucleolos voluminosos.

Los transicionales, están sobre todo formados por células que recuerdan la capa media o de transición del epitelio cervical normal. La membrana celular es fina y apenas diferenciable. Los núcleos se colorean con hematoxilina más intensamente que en la variedad anterior; las células están más juntas unas de las otras.

Los fusiformes o basales, tienen predominio por las células que se asemejan a la capa basal o estrato germinal del epitelio estratificado. Los núcleos son largos y ovalados; el citoplasma

es aún menos abundante que los anteriores y la membrana celular no puede casi apreciarse con hematoxilina y eosina.

Las células de este tipo de tumor son más anaplásticas que en los dos precedentes y presentan numerosas mitosis. Es el más maligno de los cánceres cervicales, es el llamado carcinoma indiferenciado, el cual no presenta diferenciación espinosa ni córnea.

La malignidad de estos tipos de cáncer epidermoide, se valora clínicamente por la rapidez de su crecimiento, su tendencia invasora y su curabilidad quirúrgica. También varía por su sensibilidad a las radiaciones.

La frecuencia relativa de los diferentes tipos de cáncer epidermoide, la podemos catalogar en relación entre ellos de la siguiente manera:

El de células de transición, es el más corriente, se encuentra en un 70 por ciento de los casos.

El espino celular, viene después en orden de frecuencia con un 20 por ciento.

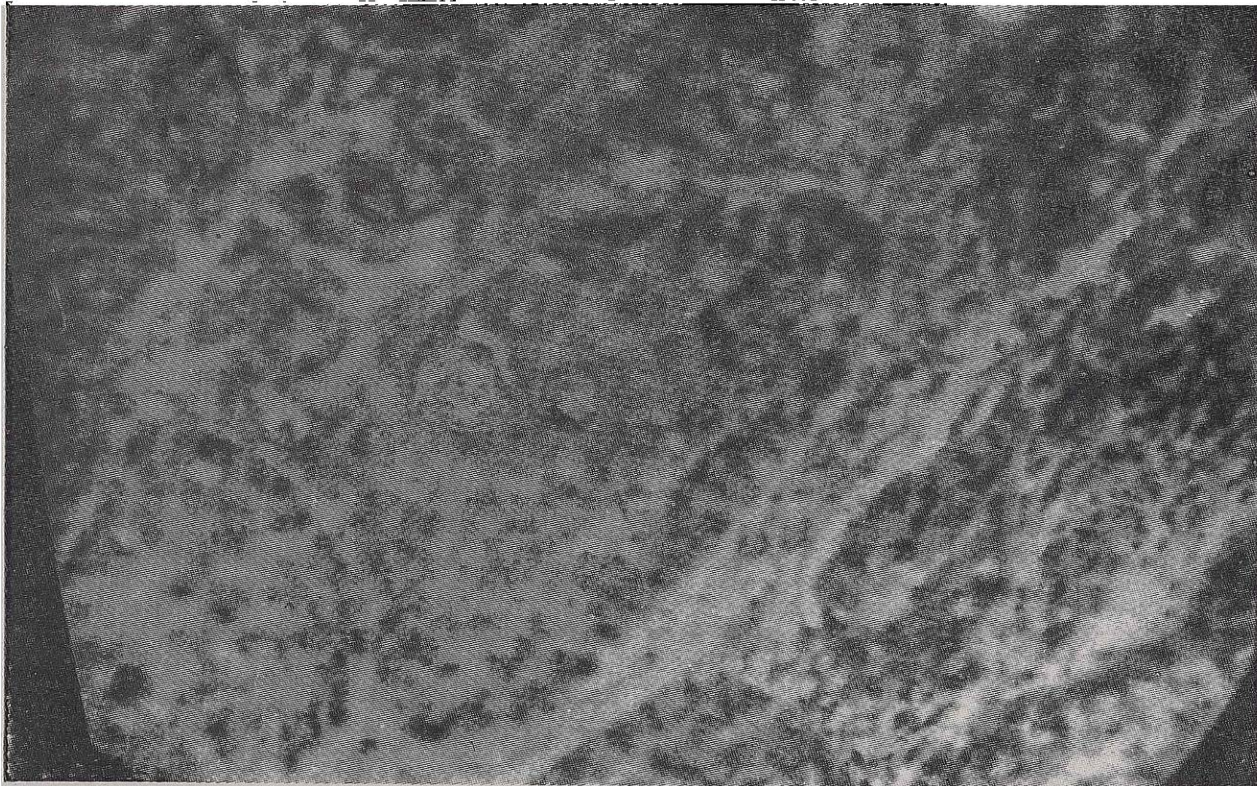
Y por último el de células basales o indiferenciado, que es el menos frecuente, en un 10 por ciento.

La mayoría de ellos son mixtos, están compuestos de células de diversos grados de malignidad.

En cuanto al Adenocarcinoma, como se sabe proviene del epitelio cilíndrico glandular del conducto cervical, su evolución se parece mucho a la de las cánceres epidermoides.

Está constituido por colonias macizas de células neoplásicas de origen epitelial glandular mucoso, separadas por tejido conjuntivo fibrilar; las colonias pueden presentar un aspecto glandular o estar constituidas por células indiferenciadas sin aspecto glandular.

Existe sin embargo una diferencia importante: los Adenocarcinomas se desarrollan en el conducto cervical o cerca del orificio uterino y están por lo tanto protegidos contra los trauma-



Carcinoma epidermoide (espino celular querato-
blástico)

tismos habituales representados por las irritaciones vaginales o por el coito.

Por esta razón la hemorragia es un síntoma tardío. Además, los cánceres del cuerpo uterino no pueden verse a menos que se exterioricen a través del orificio cervical o bien cuando se les sospecha, habrá que buscarlos mediante una previa dilatación y exploración del cuello bajo anestesia.

Se utiliza la clasificación de Broders para determinar el grado de diferenciación glandular de las células de los tumores. Esta clasificación de Broders comprende cuatro grupos:

GRUPO I.—Lo forman colonias de células muy diferenciadas, parecidas a las normales y que forman estructuras francamente glanduloides.

GRUPO II.—Las células que forman las colonias en este grupo, son menos diferenciadas, rara vez se encuentran estructuras glanduloides.

GRUPO III.—Las colonias están formadas por células bastante anaplásicas, completamente diferentes de las normales, presentando numerosas mitosis, tanto normales como atípicas, es el tipo más frecuente.

GRUPO IV.—Sus colonias de células neoplásicas son completamente irregulares sin límites precisos, a veces difíciles de distinguir, del tejido conjuntivo que las separa.

Es el más indiferenciado, más anaplásico, más maligno, más invasor, que presenta más precozmente metástasis, pero al mismo tiempo el más radiosensible.

En 1928, el Subcomité Radiológico de la Comisión del Cáncer de la Liga de las Naciones, adoptó una clasificación clínica, que más tarde en 1938 se modificó y que expongo a continuación:

Fase I.—El cáncer está limitado al cuello.

Fase II.—El cáncer infiltra el parametrio de un lado o bilateralmente, pero no hay invasión de la pared pélvica. O bien el cáncer infiltra la vagina respetando su tercio inferior.

Fase III.—La infiltración cancerosa del parametrio ha llegado a la pared pélvica en uno o ambos lados. Por la exploración rectal no puede encontrarse espacio libre de cáncer entre el tumor y la pared pélvica.

El cáncer se extiende al tercio inferior de la vagina. Incluso hay metástasis en la pared de la pelvis, independientemente de la masa tumoral primitiva del cuello uterino.

Fase IV: El cáncer invade la vejiga o el recto, o se sitúa sobre los límites de la pelvis.

En la actualidad el Comité del Congreso de Ginecología y Obstetricia en Mayo de 1953 cambió la anterior clasificación en la siguiente:

ESTADIO 0.—Carcinoma “in situ” también conocido por “carcinoma pre-invasivo” o “carcinoma intra-epitelial”.

ESTADIO I.—Cuando el carcinoma se encuentra estrictamente confinado al cuello uterino.

ESTADIO II.—Cuando el carcinoma se extiende más allá del cuello uterino, pero no alcanza la pared pélvica. El carcinoma invade la vagina, pero no en su tercio inferior.

ESTADIO III.—Cuando el carcinoma ha invadido la pared pélvica (al tacto rectal, no se encuentra espacio “libre de cáncer” entre el tumor y la pared pélvica). El carcinoma invade el tercio inferior de la vagina.

ESTADIO IV.—El carcinoma invade la vejiga y el recto, o ambos extendiéndose más allá de los límites previamente descritos.

Se acordó que esta clasificación se denominara, CLASIFICACION INTERNACIONAL DE LOS ESTADIOS DEL CARCINOMA DEL CUELLO UTERINO.

ASPECTOS ANATOMO-CLINICOS DE LOS DIVERSOS ESTADIOS

ESTADIO 0.—Es este tipo el más precoz que puede observarse. Como la alteración se encuentra limitada al epitelio, no sobrepone éste ni invade la membrana basal. Se comprende por lo tanto que carezca de manifestaciones clínicas y que su identificación tenga el carácter de un hallazgo quirúrgico, por lo cual es de buena regla practicar el estudio histológico sistemático de toda porción de tejido que se extirpe del cuello, a fin de sorprender la neoplasia en su estadio inicial, diferenciándola fácilmente de un proceso inflamatorio banal.

ESTADIO I. — Macroscópicamente la neoplasia es muy pequeña alcanzando apenas un milímetro de diámetro, o bien invade superficialmente la región del cuello antes de invadir los tejidos profundos, a veces en regiones circunscritas vecinas al orificio uterino.

En este estadio la sintomatología es mínima o nula; en cambio, la exploración ginecológica puede despertar la sospecha de una neoplasia, obligando al examen histológico que sorprende la existencia de la lesión maligna.

Su marcha es habitualmente tórpida, permaneciendo estacionaria durante dos, seis, o más años, antes de adquirir su carácter invasor.

Cuando no ha sido extirpado a tiempo, crece hacia fuera en forma exuberante.

ESTADIO II.—En esta fase la neoplasia ha perdido su carácter localizado y proliferando rápidamente, rebasa el cuello uterino abarcando el aparato genital aun cuando sin llegar a la

pared pélvica. Penetra profundamente en el cuello; llega a invadir el tercio superior de la vagina y es capaz de dar metástasis. Su crecimiento es rápido y uniforme, sin períodos estacionarios.

ESTADIO III.—El carcinoma ya ha invadido los parametrios y llega a alcanzar la pared pélvica, invadiendo la vagina y existiendo ya múltiples metástasis, mostrando así mismo fuerte tendencia invasora.

ESTADIO IV.—Constituye la forma más avanzada del cáncer cérvico uterino, observándose la invasión de casi todas las estructuras pélvicas.

En esta forma se ven afectados los uréteres a los cuales comprime u obstruye determinando hidronefrosis, pielitis, nefritis, uremia y muerte. Incidentalmente debe señalarse que la muerte por insuficiencia renal es una de las formas habituales de morir las enfermas con cáncer cérvico uterino avanzado.

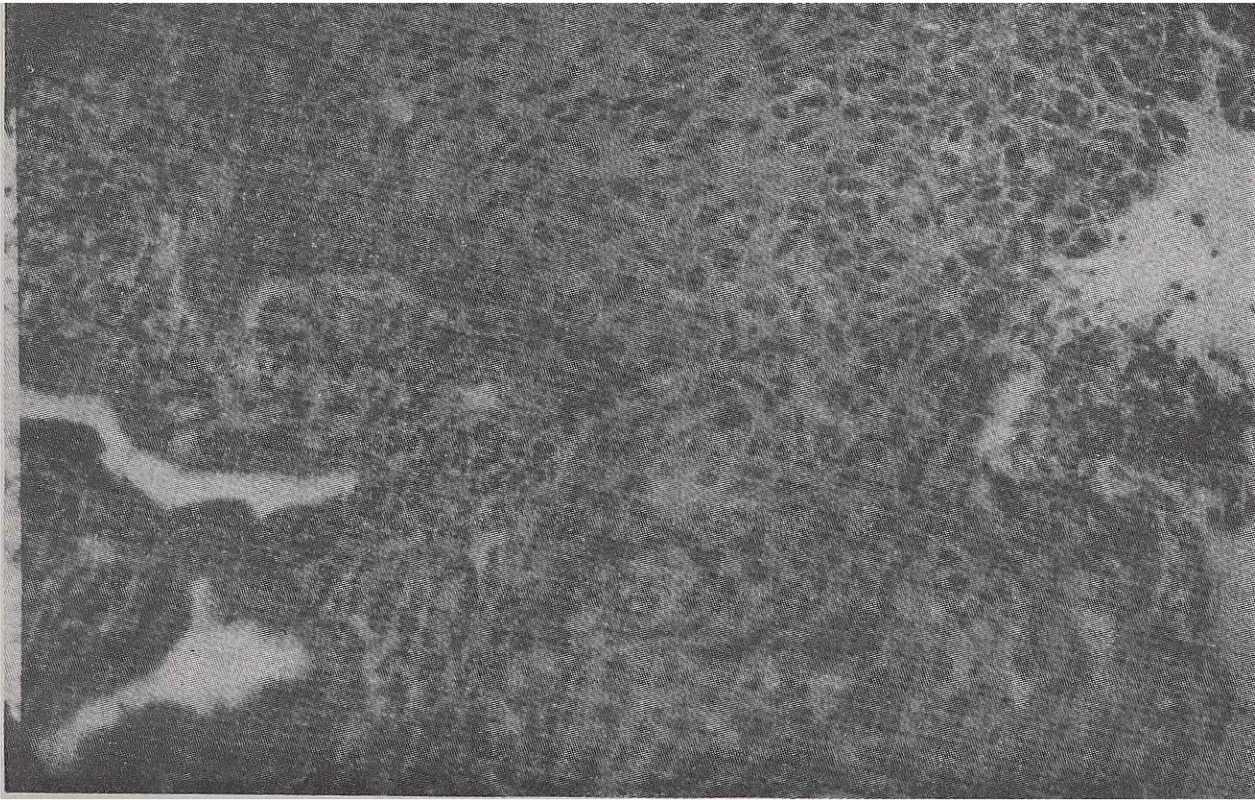
Cuando la neoplasia invade la vejiga se produce fijación y abombamiento nodular de su pared, lo cual termina en la perforación eventual del órgano con formación de fístula véscico-vaginal.

La propagación posterior a lo largo de los ligamentos útero-sacos y del suelo pelviano lleva el cáncer hasta el sacro, el recto y las raíces sacras.

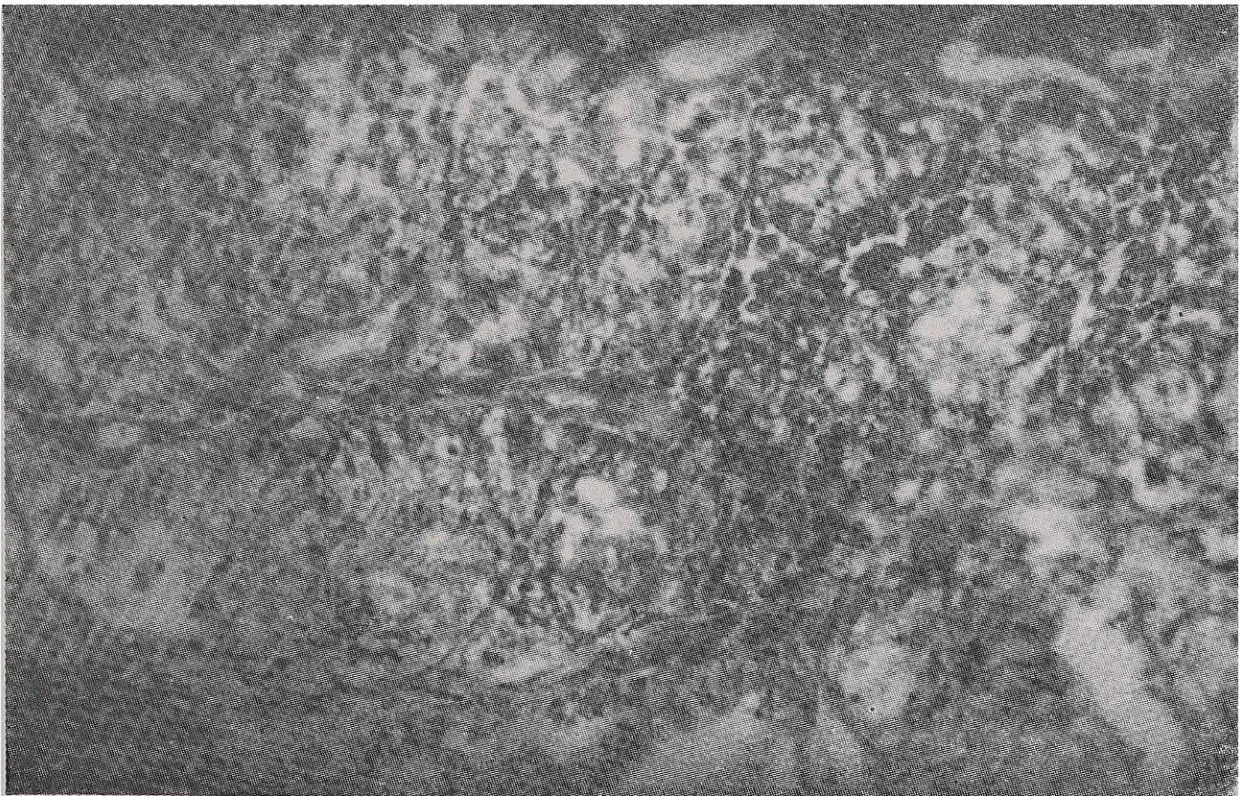
Este estadio representa la generalización, en donde prácticamente no exista tejido en órgano pelviano que no se vea afectado por la marcha fuertemente invasora de la enfermedad cancerosa.

DATOS CLINICOS DEL CANCER CERVICO UTERINO

El ideal del ginecólogo sería llegar a diagnosticar tan precozmente como fuera posible los cánceres cérvico uterino incipientes, aquellos que se encuentran en el estadio 0, ó en el I.



Carcinoma transicional



Adenocarcinoma mucoso.

Para ello, sería necesario la exploración sistemática de las mujeres que comienzan a dejar atrás su juventud.

Sin embargo, esto no es difícil, sino imposible, debido a la falta de una adecuada educación médica y a la resistencia opuesta por parte de las enfermas al examen ginecológico rutinario.

Por ello es doloroso comprobar, que la enferma acude al médico cuando el cáncer tiene ya largos meses de haber aparecido y su capacidad proliferativa e invasora ha hecho ya estragos en el organismo.

Analizando desde el punto de vista clínico las manifestaciones mediante las cuales la enfermedad traduce su existencia encontramos que, éstas son de dos órdenes: Aquellas que se expresan en la esfera genital y las que sugieren un ataque al estado general y se representan bajo la forma de adelgazamiento, anorexia, astenia, adinamia y anemia.

Entre las manifestaciones que traducen el padecimiento ginecológico se encuentran en primer lugar aquellas relacionadas con la perturbación de la menstruación.

Acostumbrada la mujer desde su pubertad, a vigilar siempre la aparición periódica de su regla, que nota inmediatamente cualquier anomalía que a ella se refiera, acudiendo alarmada a la consulta.

Unas veces se trata del alargamiento anormal de la menstruación; otras son las pequeñas hemorragias intermenstruales, o la pérdida sanguínea después del coito. O bien, el cuadro se abre en grande y una hemorragia masiva es el primer síntoma de un cáncer invasor.

En cuanto el valor sintomático de la hemorragia en relación con el cáncer es muy limitada. Tiene en sí, un valor extraordinario en cuanto que, obliga al médico a practicar una cuidadosa exploración ginecológica que va a revelarle la patología oculta del cuello, tiene por lo tanto el valor de una advertencia de una indicación de que existe un hecho patológico; pero no

puede decidir acerca de si es funcional u orgánico, concretándose a mostrar una anormalidad que debe investigarse.

Otras veces es la leucorrea persistente, o el flujo sanguinolento lo que alarma a la enferma y la obliga a consultar.

En las fases terminales la secreción es sero-sanguinolenta, abundante y de olor fétido.

El dolor es otro síntoma que debe ser investigado, su aparición dista mucho de ser constante y se traduce casi siempre en una participación extra-cervical de la neoplasia o bien está en relación con lesiones pelvianas concomitantes; muchas veces poco relacionadas con el padecimiento principal.

Al lado de las manifestaciones ginecológicas existen otras que traducen el sufrimiento del aparato urinario y que consisten en polaquiuria, nicturia, disuria e incontinencia.

Por copiosos que sean los datos recogidos mediante el interrogatorio, no es posible llegar a través de ellos al diagnóstico de cáncer cérvico uterino.

Poseen el valor de una indicación, de una sospecha, pero el diagnóstico solamente se alcanza a través de la exploración ginecológica.

Es ésta la que va a permitir al médico descubrir el cáncer, conocer su extensión, medir sus alcances, preveer su evolución. La mano que palpa encuentra desde luego toda una serie de datos de gran valor: la induración del cuello, las modificaciones en su textura, la invasión de los parametrios, la presencia de inflamaciones, etc.

Viene después la exploración ordenada que permite apreciar los diversos aspectos que asume la lesión cancerosa; desde la zona de color blanquecino con aspecto de leucoplasia, hasta la aparición de esas masas exuberantes comparadas a verdaderas coliflores.

Otras veces es una ulceración de forma redondeada, con límites netos, pequeña y poco profunda que asume el aspecto de

una erosión cervical, o bien se comprueba el enrojecimiento de la porción vaginal en conjunción con una masa cervical de aspecto papiloso con edema del cuello.

Todas estas lesiones forman el lote del "cuello sospechoso", que debe ser investigado histológicamente, única forma de llegar al diagnóstico exacto.

En cuanto a las formas avanzadas de cáncer, su identificación no es difícil por el ginecólogo. Ya desde la simple exploración manual, se tiene la certidumbre de haber tropezado con un cáncer, lo mismo acontece con esas masas exuberantes y hemorrágicas que en su aspecto están proclamando la malignidad de su naturaleza.

En cuanto a la certidumbre ya sabemos que ésta es, fundamentalmente de tipo histológico. El cáncer es enfermedad de diagnóstico microscópico.

Los procedimientos llevados a cabo para identificar las células cancerosas son múltiples:

Debe emplearse de rutina el Papanicolau cuando las lesiones no son muy claras o muy accesibles.

Este tipo de investigación podrá llevarse a cabo mediante pipeta de cristal, con torunda de algodón, con placa de contacto directo o mediante paleta de madera.

Además, haremos la prueba de yodo de Shiller, la colposcopia, etc.

En cuanto a la biopsia que constituye el procedimiento de elección, se estudiará en diferentes cortes, las imágenes atípicas que vienen a materializar la sospecha clínica, fundando el diagnóstico.

Una vez en presencia del dato histológico, habrá de recurrirse a los estudios radiológicos de tórax y pelvis a fin de sorprender posibles metastasis, así como cistoscopias y pielografías para interpretar la participación urinaria en el cáncer genital.

CAPITULO III

INDICACIONES OPERATORIAS

III.—INDICACIONES OPERATORIAS

Mientras no se descubran tratamientos generales eficaces para los cánceres cérvicos-uterino seguimos operando, extirpando ampliamente los cánceres que por su sitio, etapa evolutiva y estado del enfermo, permiten hacer dicha terapéutica.

En el caso especial del cáncer del cuello del útero nuestra conducta desde hace varios años es fundamentalmente quirúrgica, como hemos afirmado anteriormente; mientras en otros países, la extirpación amplia por este cáncer, parecía haberse olvidado o por lo menos, estar demasiado limitada, en México, se siguen operando a dichas enfermas.

Las técnicas quirúrgicas son por orden creciente de amplitud:

Histerectomía total muy amplia acompañada de linfadenectomía sistemática ilíaca y obturatriz.

Histerectomía muy amplia, extirpando todos los órganos genitales internos, casi toda la vagina, la vejiga y haciendo linfadenectomía, efectuando antes o al mismo tiempo uretero-colonostomosis bilateral.

Histerectomía y extirpación del recto, ano y vulva con vaginectomía linfadenectomía ilíaca y obturatriz. Efectuando al mismo tiempo ureterocolonostomosis. Además, haciendo colostomía. (Pancistohisterectomía total).

Doble criterio nos guía, primeramente los datos del estado general de la paciente y en seguida lo referente al estadio evolutivo del cáncer en la pelvis.

Consideramos operables a personas no obesas, no diabéticas y cuya anemia hubiera sido eficazmente combatida. La diabética en un equilibrio glicémico y aglicosúrico también la operamos en algunos casos.

El buen estado funcional cardiovascular, urinario, respiratorio, digestivo, etc. comprobado por los exámenes conducentes nos permiten escoger a las enfermas que deben ser operadas.

El examen radiológico del tórax y el de la pelvis, en muchos casos nos sirven también para eliminar la existencia de metástasis que contraindican la intervención.

En varios casos no se ha operado al observar invasiones pulmonares, sospechar fundadamente metástasis al hígado o al observar radiográficamente invasión de la pelvis ósea.

Consideramos que el mejor cáncer para ser operado es aquel que parece estar en su primer estadio, es decir limitado al cuello. A este respecto justo es señalar que ya son varios los cánceres del cérvix calificados como "in situ", o como en estadio I, que en la intervención quirúrgica han mostrado metástasis ganglionares, comprobadas por el examen histológico, hecho en la pieza operatoria.

En el estadio II, es decir cuando se considera que existe invasión vaginal de los fondos de saco y de los parametrios, también indicamos intervención quirúrgica, con ciertas reservas.

En el Estadio III, cuando se inicia la invasión vesical o rectal y se palpa o sospecha invasión ganglionar, también hacemos en muchos casos indicaciones quirúrgicas, pero las efectuamos haciendo muy amplia explicación del problema a los familiares de la cancerosa y tomando en cuenta detalladamente la categoría histológica de la neoplasia, la radioterapia que muchas veces ya han recibido y sobre todo el estado general, funcional y anatómico de la paciente.

En los casos avanzados recurrentes a la radioterapia, o con extensiones vesicales o rectales tan extensas que cuando son vistas por primera vez la radioterapia no les puede ofrecer ni siquiera una paliación.

Algunas enfermas no responden favorablemente a la radioterapia, sino por el contrario presentan en ocasiones exageración de ciertos síntomas.

Aquí en México por razones de plétora en los servicios de Cancerología del Hospital General en que las enfermas no recibían por largos meses ningún tratamiento efectivo, hizo que se iniciara este tipo de cirugía que la podremos considerar, ya sea como un medio curativo o simplemente como un medio más de paliación.

Adaptamos la técnica a cada caso particular, con todos los datos clínicos, radiológicos y de laboratorio; preparamos a la paciente con transfusiones, vitaminas, antibióticos y luego repetimos algunos exámenes e inclusive el ginecológico antes de hacer el plan terapéutico definitivo que pensamos desarrollar.

Además de nuestra opinión, tenemos al radioterapeuta, al anatomopatólogo, y además avisamos a los familiares sobre las posibilidades de la operación, sus peligros, ventajas e inconvenientes.

Cuando ya tenemos decidida la operación, el plan de la intervención se adapta el caso y siempre, preferimos la vía abdominal que nos permite muy bien la extirpación, ver y palpar la neoplasia y sus propagaciones.

Consideramos que la radiumterapia, la roentgenoterapia y la cirugía extirpadora en el cáncer del cuello uterino, no son opo- sitores sino socios, y que sin negar que en su aplicación mucho existe, el juicio clínico debe ser en última instancia el que decida.

Hacemos indicación propia pero tomamos en cuenta el criterio familiar del paciente y pensamos que la cirugía tiene la ventaja de estar encima de toda consideración de "radiorresistencia", tumoral o ganglionar, de permitir cuidadosamente la exploración operatoria y corroboración histológica y de volver muchas veces rápidamente a la normalidad, a una cancerosa, eliminando flujo hemorrágico y aún dolor.

Es indudable que entre los caracteres que intervienen más

ostensiblemente para que mayor número de cánceres del cuello sean operados actualmente, dos son los principales; su naturaleza epitelial y por consiguiente con probables propagaciones linfáticas regionales y el hecho de que en comparación con otros cánceres sus metástasis alejadas son algo más tardías y menos frecuentes. El cáncer del cuello antes de invadir los ganglios extrapélvicos; preaórticos, mediastínicos, etc., antes de presentar metástasis peritoneales, óseas, al hígado, pulmón y otras topografías, presenta con frecuencia marcadas propagaciones tanto ganglionares como viscerales en la cavidad pélvica y es por eso que la cirugía en esta región, puede tratar de extirparse en la forma más amplia posible la neoplasia y sus propagaciones.

En síntesis, la categoría epitelial, sus propagaciones linfáticas y lo relativamente tardío de sus metástasis alejadas, fundamenta por lo menos en parte, la cirugía en este cáncer.

Es fundamental hacer cuidadoso diagnóstico basado en los medios con que actualmente se cuenta, determinando la etapa evolutiva, clínica y anatómica, utilizamos para ello la clasificación internacional que ya he mencionado con anterioridad y que transcribo por creerlo de importancia, señalando que lo afirmativo antes de la intervención quirúrgica en relación con dicho estadio, es con frecuencia modificado en el acto operatorio, cuando se hace el examen histológico de toda la pieza operatoria incluyendo los ganglios linfáticos.

A pesar de los múltiples esfuerzos que en varios países se efectúan, para descubrir nuevas y eficaces terapéuticas contra las neoplasias malignas, el problema basalmente permanece casi igual que hace lustros es decir, cirugía y radiaciones constituyen todavía las mejores y más lógicas terapéuticas existentes.

Refiriéndome al concepto de la cirugía, señalaré las tres modalidades aceptadas: la anticancerosa, curativa, la paliativa y la que tiene por objeto suprimir o disminuir el dolor y que lo efectúa sin quitar la neoplasia.

La primera, la más importante sin duda alguna, es la cirugía anticancerosa extirpadora, de finalidad curativa, que clásica-

mente se considera posible cuando la neoplasia está en fase local o cuando más regional, es decir invadiendo el grupo o los grupos ganglionares correspondientes y casi siempre cercanos al sitio de la neoplasia.

La regla es quitar el tumor y su probable o segura metástasis en un solo bloque y siempre que sea posible yendo de los ganglios al cáncer.

Cuando se puede cumplir lo anterior, los resultados son generalmente mejores, la metástasis cancerosa ganglionar no siempre es posible extirparla unida al tumor original y sin embargo el resultado puede ser bueno porque la propagación no se hace siempre por la linfa, es decir, por avance de célula a célula dentro del canalito linfático, sino por traslado a favor de la corriente linfática y entonces la sección o permanencia canicular pierde importancia.

Otro hecho de gran trascendencia es que actualmente se ha logrado tratar por extirpación quirúrgica una o más metástasis, alejadas del tumor original prolongando por años la vida de los pacientes.

También debemos recordar la muy importante modalidad, en varios cánceres aceptada, de tratar la neoplasia original por radiaciones y las metástasis, sobre todo ganglionares, por extirpación quirúrgica.

A propósito de las reproducciones que pueden presentarse meses o años después de la intervención, ya hemos publicado que estos cánceres metastásicos son independientes de la acción quirúrgica y radioterapia y demuestran lo temprano en ocasiones de la emigración de la célula cancerosa y la imposibilidad por su microscópico tamaño y ausentes manifestaciones de que el clínico averigüe su existencia con colonizaciones cancerosas preclínicas que están fuera del alcance operatorio y son parte muy importante de la malignidad del proceso.

Para las reproducciones metastásicas y cánceres sucesivos se emplea la cirugía, obteniéndose con ello prolongaciones de la vi-

da y supresión de sufrimientos, del cual hablaré en el siguiente capítulo.

Considero que el tratamiento del carcinoma cérvico uterino debe ser radioterápico en los estadíos que ya he indicado y que deberá tener indicación quirúrgica en los casos precisos ya señalados.

Desde 1940 resurgió la etapa de revalorización de las posibilidades quirúrgicas en los estadíos iniciales.

Las amplias intervenciones realizadas, después de la radiación en los estadíos I y II, en México por García Noriega, y en E. U. por Brunschwig, iniciaron la amplia intervención de vaciamiento pélvico.

En los estadíos tempranos los resultados de la panhisterectomía con linfadenectomía es similar a una buena radiación, sin embargo en la experiencia de los radioterapeutas hay casos de resistencia a las radiaciones y de recurrencia en estadíos tempranos, en los que este tipo de cirugía es la única esperanza de curación.

Teniendo presente que la enferma no debe ser obesa, que haya un buen equipo, en general un team bien acoplado y suficientemente entrenado para esta clase de intervenciones.

En el departamento de Radioterapia, son testigos de los frecuentes fracasos de la cirugía, debido a que falta alguna de las condiciones señaladas con anterioridad.

Habrá que hacer cirugía en los estadíos en los que no se obtenga respuesta a la radioterapia o en los que no se pueda establecer una invasión ganglionar desde el principio.

En la actualidad es posible el vaciamiento de los órganos pélvicos de la mujer total o parcialmente sin un riesgo operatorio indebido.

La experiencia en esta cirugía, la detallo en el capítulo dedicado a la estadística, pues tenemos casos en el sanatorio que ya llevan varios años de operados, sin sintomatología subjetiva. Por lo cual creo que esta técnica quirúrgica debe continuarse y estoy

seguro que los resultados mejorarán y tendrá un lugar más definido y preciso en el tratamiento del cáncer cérvico uterino.

Es importante la cuestión de si conviene decir o no a la enferma que tiene cáncer. Contrariamente a la opinión general, creo que se le debe decir, ya sea a ella o a un familiar.

Antes de indicar las medidas preoperatorias, quisiera indicar que ya hace muchos años, llegaron a la conclusión que la morfina no es un procedimiento bueno para quitar el dolor en el cáncer cérvico uterino. La explicación es sencilla; los sufrimientos que tiene la enferma son continuos, y los efectos de la morfina duran a lo sumo algunas horas. Cuando la enferma ya se encuentra acostumbrada al tóxico, es necesario aumentar la dosis continuamente; incluso con el dolor de mediana intensidad, a las dos o tres horas, reaparece con las mismas características, suscitando la duda de si se debe repetir la medicación o dejar que se reanude el sufrimiento.

Resulta claro que la enferma tiene que sufrir mucho tiempo, con razón, la morfina se reserva todo lo que se pueda; a los estragos de la enfermedad y al sufrimiento de gran parte del tiempo, por efecto de esta analgesia intermitente, se unen los efectos de la habituación a la morfina, que constituye por sí misma una terrible afección.

Por todo esto, usamos mejor substitutos que no dejan hábitos.

Hay cirujanos experimentados en pelvis, que se inclinan a cerrar el abdomen y dejan que la lesión maligna evolucione sin interferencia, limitándose a una irradiación fútil, en los casos que la exploración revela invasión de la vejiga o fijación del uréter, quizá con hidrouréter o hidronefrosis. El deseo de rehuir la responsabilidad de la muerte atribuible a la operación es inherente a todos nosotros. Sin embargo, si estuviera el cirujano ginecólogo en lugar del paciente, no preferiría correr el riesgo del transplante ureteral con la esperanza de un franco alivio.

CAPITULO IV
PRE-OPERATORIO

IV.—PREOPERATORIO

En cualquier tipo de intervención quirúrgica, el pre-operatorio asume una gran importancia.

El fracaso o el éxito de una operación dependen muchas veces del acierto, del cuidado y de la atingencia con la cual se haya dispuesto y preparado todo.

El pre-operatorio de estas enfermas comprende en primer lugar una nutrición adecuada, la cual es fundamental ya que, la desnutrición o la existencia de anemia contraindican la operación.

Para ello deben administrarse dietas blandas, con pocos residuos y ordenadamente balanceadas para dar las suficientes calorías.

Conviene también suprimir ciertos hábitos que, como el de fumar suelen ser nocivos.

El cirujano o su ayudante habrá recogido previamente los siguientes datos:

- 1.—Tensión Arterial.
- 2.—Auscultación de corazón y pulmones.
- 3.—Electrocardiograma.

y los siguientes datos de Laboratorio:

- 1.—Biometría y Citología Hemática.
- 2.—Tiempo de sangrado y coagulación.
- 3.—Tipo Sanguíneo.
- 4.—Reacciones Luéticas.

5.—Velocidad de sedimentación.

6.—Química sanguínea:

Investigando:

a) Urea.

b) Creatinina.

c) Acido Urico.

d) Colesterol.

f) Glucosa.

7.—Examen General de Orin^o

En vista de la gran importancia que en estos casos asume el buen funcionamiento del aparato urinario, se practicarán pruebas de funcionamiento renal así como pieloureterograma.

Estos exámenes se completarán mediante estudio radiológico de Pelvis y Tórax.

En seguida se estudiarán las medidas que habrán de tomarse, a fin de evitar el fracaso de la uretero-colo-anastomosis, siempre amenazada por una posible infección de punto de partida intestinal o urinaria. Para ello se emplean Antibióticos y sulfadrogas de amplio espectro antibacteriano y de larga permanencia intestinal. Esto se hará en conjunción con dosis abundantes de vitamina C para aumentar la resistencia biológica de las enfermas; es conveniente asimismo agregar vitamina K, para mejorar el tiempo de coagulación.

La víspera de la intervención deberá procurarse una completa evacuación del intestino, ya sea mediante lavado intestinal o purgante ligero. Debe recomendarse asimismo el afeitado y desinfección de la región que va a ser intervenida.

El día de la intervención se toman los cuidados habituales de psicoterapia y sedación de la enferma, esto último se consigue mediante Demerol y Genatropina administradas una hora antes, lo cual se completa con sedol intramuscular media hora después de lo anterior.

Como dato muy importante que no debe ser pasado por alto, debe señalarse la necesidad de sangre, que se le inyectará a la enferma antes, durante y después de la intervención en conjunción con suero glucosado.

CAPITULO V

ACTO QUIRURGICO

V.—ACTO QUIRURGICO

La única forma de operar a estas enfermas, sería eludir los ureteros y de esta manera se podría hacer llegar la extirpación hasta la pared de la pelvis; con este pensamiento, el maestro, Dr. José García Noriega ideó esta técnica, que creo es la más apropiada.

Teniendo la Sala de Operaciones bien equipada. Esta clase de intervención como ya dije, hay que hacerla en centros hospitalarios bien equipados, que tengan un buen arsenal de instrumental, buena iluminación y competentes ayudantes quirúrgicos.

Se procede a la anestesia de la enferma; teniendo que tener un silencio abdominal perfecto; siempre se procurará que la anestesia se haga con intubación endotraqueal, procurando que sea ciclo-éter-oxígeno, dándole antes una pequeña dosis de pentotal para tener una buena inducción.

Ya teniendo a la enferma anestesiada se procede a la posición quirúrgica, que va a tener la enferma durante la operación.

Colocamos a la enferma en una posición especial, ideada por el Dr. José García Noriega, que consiste en poner la enferma como para cualquier intervención vaginal, sólo que con los muslos muy ligeramente flexionados sobre el abdomen; con la característica que se conserva esta posición durante el tiempo que dura la intervención.

Inmediatamente se hace el sondeo vesical.

Se procede a hacer la asepsia del campo operatorio desde el coxis hasta el ombligo. Haciéndola primero con alcohol y luego

con merthiolate en las regiones cubiertas por epidermis y solamente con merthiolato en las regiones que están cubiertas por mucosas, procedemos a hacer la asepsia de la vulva y del cuello; colocamos la compresa única primero y luego las compresas segundas encima, limitando un solo campo también del coxis hasta el ombligo.

Se suturan los labios mayores y el ano con un surgete.

Se traza una incisión en forma de huso que circunscribe el borde posterior del ano y asciende en sus ramas laterales fuera de los labios mayores hasta el ombligo, quedando comprendida la vulva.

Esta incisión será atacada al mismo tiempo por los dos grupos quirúrgicos.

El primer grupo quirúrgico está compuesto de Primer Cirujano, su primer ayudante, su segundo ayudante y enfermera instrumentista. El primer cirujano con su grupo se va a colocar sentados enfrente al periné.

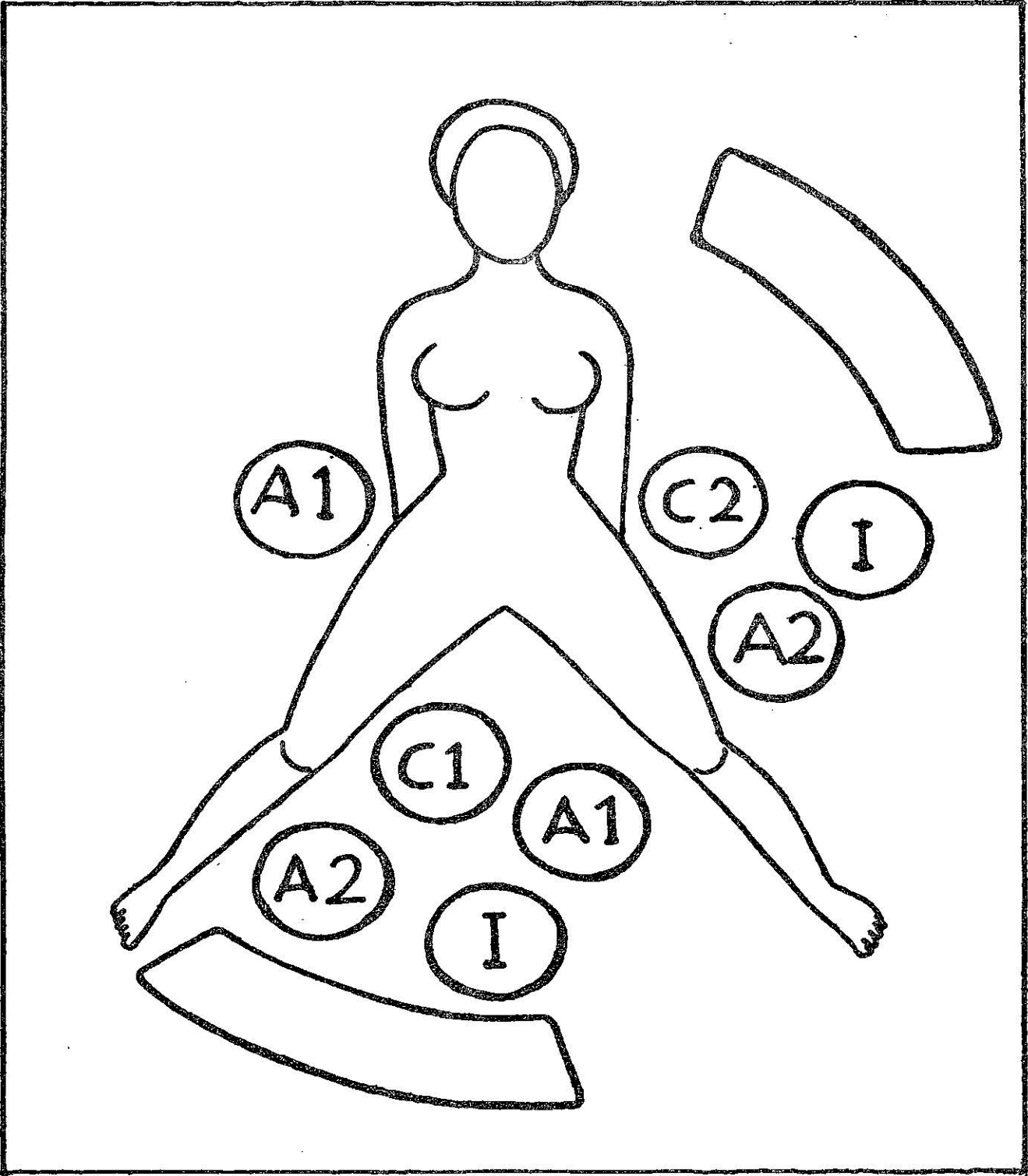
El segundo grupo está compuesto de un segundo cirujano, con su primer ayudante, su segundo ayudante y enfermera instrumentista, colocados como en cualquier operación ginecológica por vía abdominal.

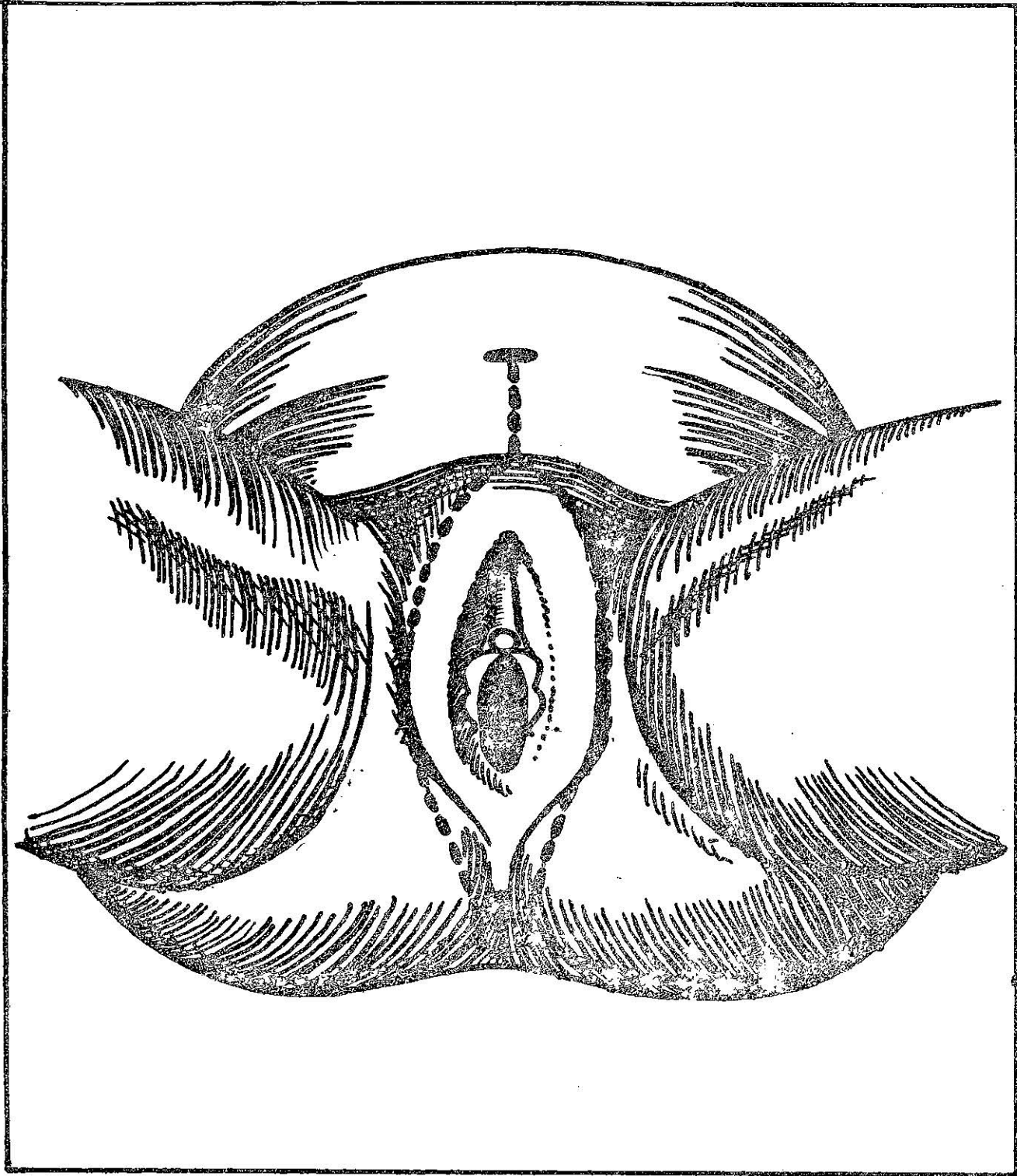
Mientras que el segundo cirujano completa la laparotomía infraumbilical, el primer cirujano, procede a descubrir el esfínter externo del ano, lo disecciona y lo corta en la parte media y anterior para conservar referidas con dos pinzas suaves las dos porciones.

Continúa haciendo la disección hasta descubrir la fosa isquiorrectal y lleva la disección hacia arriba trabajando pegado a la pelvis, para ir la desprendiendo de todas sus conexiones con el recto y la vulva.

Se taponan provisionalmente con una compresa humedecida en suero y se cierra la herida con pinzas de Allis, sobre la compresa humedecida.

Acto seguido, el primer cirujano se coloca del lado del vien-





tre a la izquierda de la enferma y sus ayudantes permanecen en el mismo lugar, ahora parados enfrente del pubis entre los muslos de la enferma; estando ahora el segundo cirujano de Primer ayudante, junto con su grupo ayudando al primer cirujano. El segundo cirujano estará frente al primer cirujano con su segundo ayudante a su derecha, y a la derecha del primer cirujano el primer ayudante del segundo grupo, pudiendo constatar que el equipo humano quirúrgico, es lo más completo y suficientemente entrenado, que puede trabajar libremente sin estorbarse entre sí; y se procede a continuar la incisión abdominal. Primero seccionando la aponeurosis, y separando los músculos rectos, seccionando el peritoneo anterior, rechazando las asas intestinales por medio de una compresa y se procederá a hacer el corte del peritoneo posterior, siguiendo la dirección de los ureteros en cada lado y juntando las incisiones en la línea media en forma de herradura.

En esta intervención tienen que vencerse dos problemas, uno que consiste en el medio séptico en la luz del colon y otro en asegurar un escurrimiento fácil de la orina en la cavidad intestinal.

Con respecto a lo primero la septicidad del colon tiene dos peligros, uno con relación a la contaminación del peritoneo y su resultante que puede ser una peritonitis inmediata, peligro éste que evitan completamente las técnicas extraperitoneales y el otro peligro que puede ser inmediato, o latente y que consiste en el ascenso de los gérmenes a la pelvícula y al riñón; para evitar el ascenso inmediato contamos con antibióticos, como ya indiqué en el capítulo anterior con respecto a las indicaciones preoperatorias, que pueden esterilizar si no de un modo absoluto, sin reducir considerablemente el medio séptico intestinal.

Para reducir el peligro latente de infección secundaria se necesitará primordialmente una buena técnica de implantación del uréter en el colon sin ningún acodamiento ureteral.

Para asegurar el escurrimiento fácil de la orina al intestino se necesita:

Primero: Hacer el lecho ureteral en la pared sero-muscular,

maniobra clásica indispensable en cualquier procedimiento de anastomosis.

Segundo: Asegurar que la luz ureteral no se estrechará al quedar comunicada con el intestino.

Tercero: Evitar acodamientos en el nuevo trayecto del uréter.

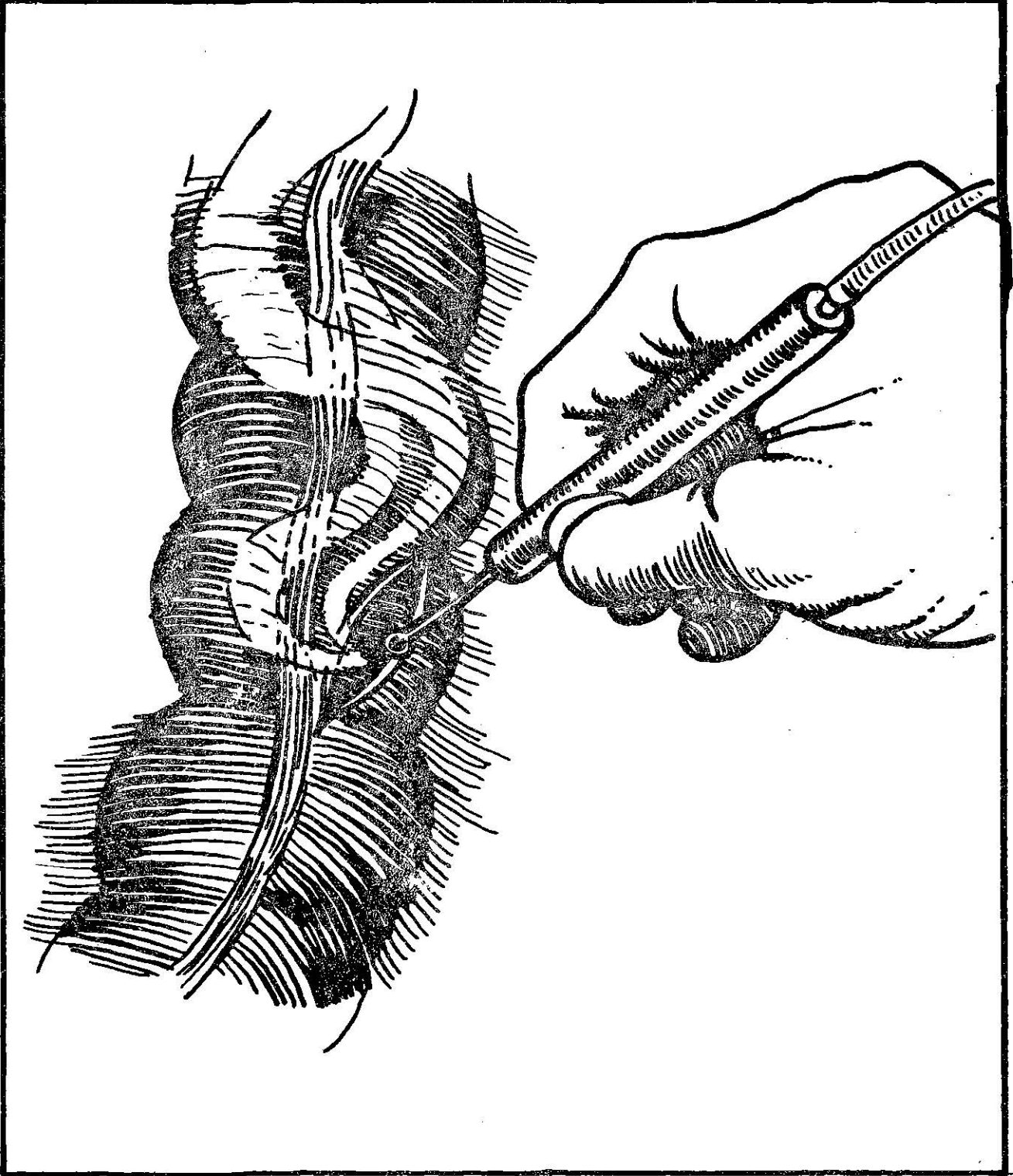
Habiendo rechazado el sigmoides, vemos el uréter, que es fácilmente identificado por sus movimientos característicos; teniendo ya seccionado el peritoneo posterior, se disecciona con mucha suavidad el uréter, procurando llegar aproximadamente hasta ocho centímetros de la vejiga. Procedemos entonces a identificar la arteria ilíaca interna y se liga. Se secciona el uréter en la porción más baja de la disección entre dos pinzas curvas suaves, de las llamadas de mosquito.

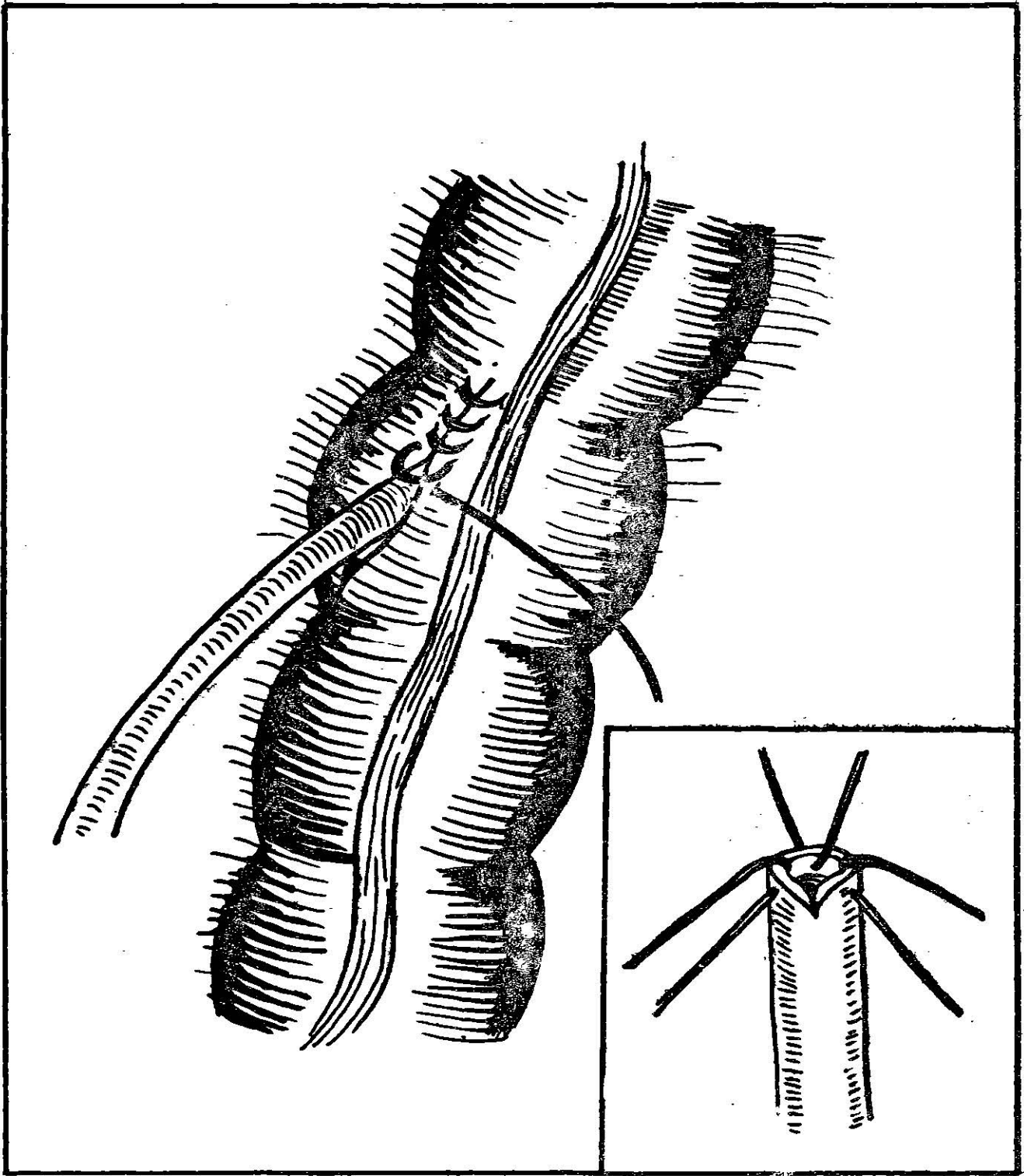
El uréter con todo y pinza se cubre con una gasa, y se liga al extremo inferior. Después colocando el sigmoides en su posición normal se lleva el uréter cerrado en su extremo con una pinza a buscar el sitio de la implantación que debe ser aquel en que el uréter quede colocado naturalmente sobre el colon en una extensión de cinco a ocho centímetros sin ninguna acodadura.

Encontrando este sitio se señala cada extremo con una pinza de Duval, se retira el uréter cubierto con una gasa y levantando el colon con las pinzas de Duval se secciona la sero-muscular con una incisión recta en la extensión marcada por esas mismas pinzas.

Se disecciona a cada lado como uno y medio centímetro en toda la extensión de la herida, poniendo a descubierto la mucosa intestinal. A un centímetro de la extremidad inferior de la mucosa con la bola de coagulación, se hace una zona de diatermocoagulación en una superficie del tamaño de una lenteja teniendo cuidado de coagular todo el espesor de la mucosa sin perforarla.

Tomando el uréter nuevamente un ayudante lo comprime lo más alto que pueda con dos dedos y se quita la pinza de su extremo, colocando dos pinzas para mantener abierta la luz, ha-





ciendo un pequeño corte en un lado para aumentar la luz de la extremidad. Se dan tres puntos, de los cuales dos toman las lengüetitas que quedaron después del corte y el otro al borde ureteral no cortado, se fija el extremo ureteral al colon con puntos sobre la mucosa (no perforantes) sobre la zona coagulada.

Se sutura la sero-muscular sobre el uréter, tomando en algunos puntos adventicia ureteral, sobre esta sutura se hace otra que al llegar al extremo superior después de cuidar que el uréter no se haya acodado, se sigue para cerrar la brecha, que se hizo para descubrir el uréter. De esta manera queda el uréter abierto sobre la zona coagulada cerrada del colon, que tarda en desprenderse de veinticuatro a cuarenta y ocho horas.

Con este procedimiento no hay ningún tiempo séptico del lado del intestino, y cuando la comunicación se establece, el uréter ya está fijo en el colon para hacer el papel de válvula que impida el paso del intestino al uréter.

El peligro de escurrimiento de orina no lo hay, con una buena peritonización, pues la orina no tiene presión para desprender la sutura y en caso de aumentar la presión, ésta obraría sobre la zona coagulada, provocando solamente una comunicación más rápida.

Se hará acto seguido la disección y ligadura de la arteria hipogástrica del otro lado; así como la disección, sección y ligadura del otro uréter.

Se procederá a seccionar el pedículo tubo ovárico lo más cerca posible de la arteria ilíaca externa.

Apertura del ligamento ancho izquierdo y despegamiento en masa hasta la pared pélvica, hasta encontrar el despegamiento hecho en la fosa isquio-rectal.

Se harán los mismos tiempos del lado derecho, los cuales no describo por ser iguales, a los del lado izquierdo.

Nos cercioraremos del llenado de la vejiga a través de una sonda de Foley que ya tiene colocada la enferma con anterioridad.

Seccionamos el peritoneo vesical en forma de (T) invertida de modo que quedan dos colgajos peritoneales con los cuales se hará la peritonización.

Despegamiento y disección de todo el globo vesical hasta encontrar los anteriores despegamientos.

Se retiran las pinzas de Allis que cerraban temporalmente la porción perineal de la incisión y con la mano izquierda el cirujano empuja hacia el vientre, la vulva y recto disecados, haciendo cortes de tijera para acabar de separar las conexiones con el pubis y tener así saliendo por arriba del pubis toda la pieza operatoria. Unida solamente por continuidad con el sigmoides.

Sección del sigmoides entre dos clamps lo más cerca que permita la lesión del recto completándose así la separación de toda la pieza operatoria.

Se baja el sigmoides atrás del pubis para que salga en la porción perineal de la incisión y un ayudante lo sostiene mientras se hace la implantación del uréter que nos faltaba, a una altura conveniente.

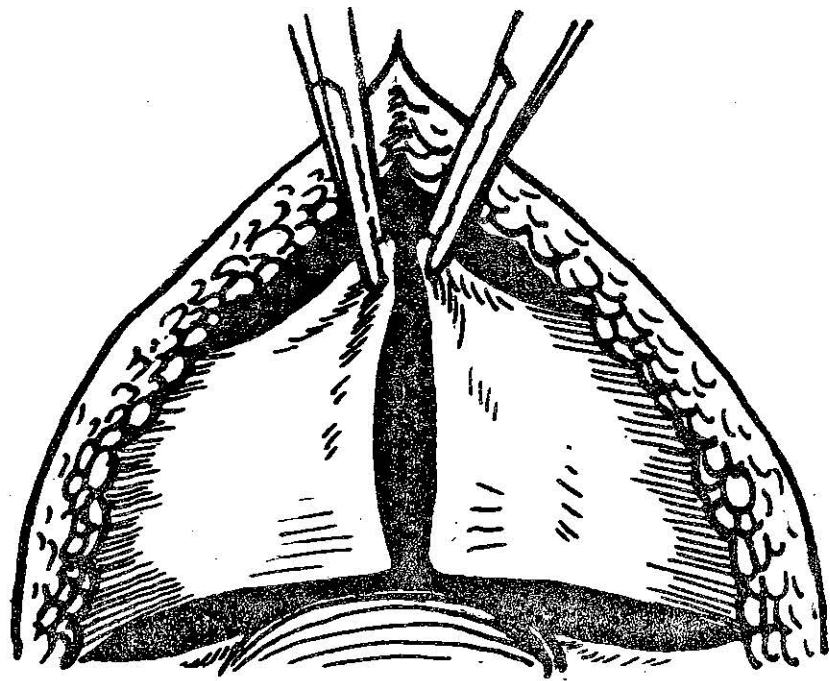
Peritonización utilizando los colgajos del peritoneo vesical, (esquema adjunto).

El segundo cirujano con sus ayudantes se queda cerrando la pared abdominal, revisando la hemostasia, viendo la implantación de los ureteros, cerrando el peritoneo anterior, luego se hace el afrontamiento de los músculos rectos, por puntos separados con catgut y luego procedemos a cerrar la aponeurosis.

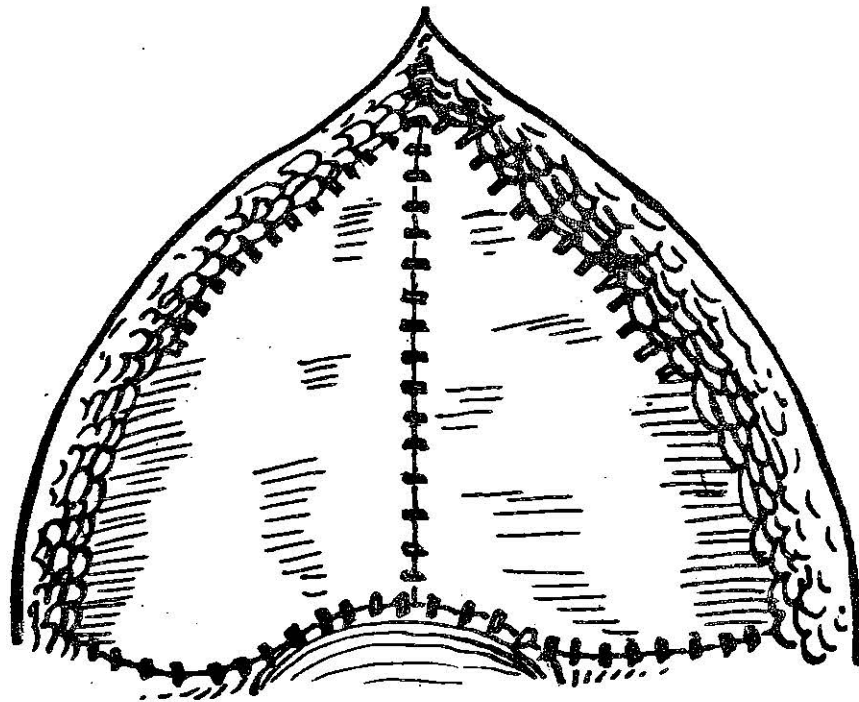
Aquí quiero hacer un pequeño paréntesis, pues aunque no tiene relación con la tesis es también un tiempo interesante en técnica quirúrgica.

Quiero indicar que aquí en el Sanatorio cerramos la aponeurosis con acero inoxidable, y he visto que ahora se llevan más de 1,500 casos intervenidos y cerrados con este material y hasta ahora no hemos tenido ninguna complicación.

Yo estoy en el Sanatorio desde el tercer año de mi carrera,



A



B

aquí hice mi internado y ahora estoy haciendo mi tesis, por lo cual llevo ya tres años en el Sanatorio; he podido revisar las hojas operatorias en los casos que no he ayudado la operación y comprobado la estupenda estadística en los post-operatorios; así como ninguna eventración, ni celulitis, etc.

Se hace la sutura por medio de un surgete continuo. Por lo que he comprobado lo maravilloso de este material en el servicio de ginecología, a su vez por medio de placas radiográficas se puede controlar como se encuentra el alambre, es decir, si no se ha roto. También hemos comprobado la gran facilidad que tiene para ser tolerado, así como que no tiene ninguna contraindicación para las radiaciones post-operatorias.

Al tejido celular le ponemos unos puntos separados para que no queden espacios muertos y grapas a la piel; mientras al mismo tiempo el primer cirujano del lado perineal, sutura el esfínter externo del ano alrededor del sigmoides y la mucosa de éste a la piel.

Después de dejar suficiente Gel-foam y una canalización con gasa se procede a cerrar la parte perineal de la incisión por medio de puntos separados con catgut, quedando una sola línea de sutura desde el ombligo hasta la mucosa del sigmoides suturada, en la parte más baja de la pared perineal de la incisión.

CAPITULO VI
POST-OPERATORIO

VI.—POST-OPERATORIO

El post-operatorio es también de gran importancia.

Comprende la observación y corrección de los fenómenos inherentes a toda intervención y aquellos derivados de la índole peculiar de la operación.

El primer grupo, comprende el mantenimiento de un adecuado equilibrio electrolítico, de un adecuado funcionamiento intestinal, así como el mantenimiento de cifras tensionales correctas y ritmo normal del corazón.

El segundo capítulo resume los cuidados que deben darse a la enferma para asegurar el funcionamiento de la anastomosis. Para ello habrá que insistir por la cantidad y calidad de la diuresis; practicando asimismo frecuentes químicas sanguíneas a fin de suspender tempranamente cualquier posibilidad de retención nitrogenada.

Otra posibilidad que debe tenerse en cuenta es la de una hemorragia, ya que en las estadísticas que he revisado, la incidencia de sangrado es alta, observándose gran número de fallecimientos imputables a la hemorragia. Es pertinente subrayar que en las estadísticas del Dr. José García Noriega, no ha habido fallecimiento alguno imputable a hemorragia.

La antisepsia intestinal mediante sulfadrogas y antibióticos, habrá que mantenerse en todo su apogeo durante una semana cuando menos, ya que la infección es el enemigo constante de la anastomosis practicada.

Una semana después de la intervención resulta conveniente levantar a la enferma, obligarla a dar sus primeros pasos y restaurarla poco a poco a su vida normal.

Transcurrida esta primera semana quedan todavía muchos cuidados que prodigar a la enferma.

Será en primer lugar la cuantificación periódica de hormonas a fin de sorprender cualquier posible recidiva.

Se practicarán urogramas descendentes periódicamente, a fin de conocer el estado de la anastomosis ureteral.

Se indicará a la enferma que deberá seguir acudiendo a la consulta, al principio cada mes; después se irán espaciando hasta ser cada tres meses y, finalmente terminarán por hacerse a plazos cada vez más y más largos.

CAPITULO VII
CASOS CLINICOS

VII.—CASOS CLINICOS

La estadística de las enfermas operadas por el Dr. José García Noriega comprende en la actualidad 78 casos.

Ahora bien, dada la índole del presente trabajo no puedo extenderme describiendo la evolución de los casos mencionados, mortalidad, etc.; limitándome a relatar uno de los más antiguos y que, merced a un azar afortunado he podido seguir de cerca y el cual relato en seguida:

M. de J. T.
Edad: 53 años.
Sexo: Femenino.
Estado Civil: Casada.
Originaria: Mé xico, D. F.
Ocupación: Comerciante.
Lugar de residencia: México. D. F.

ASPECTO GENERAL: Enferma del sexo femenino, de talla media, constitución media, bien conformada, con actitud libremente escogida, sin facies características, sin movimientos anormales, marcha normal, adaptada al medio, con indumentaria arreglada a su clase.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Sus padres finados, ignorando la causa. Tubo dos hermanos; el primero murió hace años, ignorando su causa, la segunda mujer, siendo sana y que vive en el estado de Veracruz. Su esposo vive, aparentemente

sano, haciendo abuso de las bebidas alcohólicas (pulque). Su hija hace tiempo que se casó, y salió de la Capital y no tiene noticias de ella.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS: Nació aquí en la Capital, en 1900. Siempre ha radicado en la Capital. Tiene un puesto de ropa que atiende personalmente. Su marido no trabaja (es alcohólico). Habitación en malas condiciones de higiene, alimentación escasa en cantidad y calidad. Alcohólico y tabaquismo negativos.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS: Tuvo las enfermedades propias de la infancia. Hace cinco años se presentó en el IMSS a la consulta de ginecología. Diciendo la enferma que presentaba metrorragias desde hacía meses, que más tarde se acompañaban de leucorra, fétida, dolor en el hipogastrio que se irradiaba hacia los muslos. Por la exploración se encontró un cuello ulcerado. Al palpar el útero se encontró que hacía cuerpo con la vejiga. diciéndonos la enferma que tenía trastornos urinarios (disuria, poliuria, etc.). Estaban ocupados ambos parametrios. Al hacer el tacto rectal se encontró que no había espacio libre entre el recto y el útero.

EXPLORACION FISICA

CABEZA Y CUELLO: Sin datos patológicos.

TORAX: Forma y volumen normales. Movimientos respiratorios normales, ruidos cardíacos normales. No presenta alteraciones en sus senos, a excepción de la atrofia propia de la edad.

ABDOMEN.—Forma y volumen normal. Presenta una cicatriz quirúrgica en la línea media, infraumbilical.

MIEMBROS: Normales.

PULSO: 80 por minuto. Tensión arterial máxima: 130; y mínima: 70.

APARATO CIRCULATORIO: Normal.

APARATO DIGESTIVO: No presenta alteraciones. Teniendo exclusivamente las molestias de la uretero-colo-anastomosis.

APARATO GENITAL: Menarca a los 14 años, teniendo un ritmo de 28 por 4. Sexual activa a los 20 años, siguiendo sus reglas igual que cuando señorita. Al año un embarazo con parto y puerperio normal.

SISTEMA NERVIOSO: Normal.

APARATO RESPIRATORIO: Normal.

PRUEBAS DE LABORATORIO:

Biometría:

Hematíes: 4.000,000 por mmc.

Leucocitos: 6,000 por mmc.

Hemoglobina: 90%

Hematocrito: 38%.

Valor Globular: 0.9

Plaquetas: 260,000 por mmc.

Tiempo de coagulación: 6 min.

Tiempo de sangrado: 1 min.

Tiempo de protrombina: 12 segundos

Neutrófilos: 66%

Eosinófilos: 1%.

Basófilos: 0%

Linfocitos: 30%

Monocitos: 3%

El electrocardiograma mostró un trazo normal.

Reacciones luéticas negativas.

Química Sanguínea:

Albúmina: 3.5 gm. en 100 c.c.

Globulina: 2.5 gm. en 100 c.c.

Creatinina: 1 mg. en 100 c.c.

Acido Urico: 2 mg. en 100 c.c.

Glucosa: 90 mg. en 100 c.c.
Colesterol: 160 mg. en 100 c.c.
Urea: 25 mg. en 100 c.c.

Examen general de orina:

Volumen: 125 c.c.
Color: II.
Aspecto: Límpido.
Reacción: Acida.
Densidad: 1,030

RADIOGRAFIAS DE TORAX Y PELVIS: Sin datos patológicos.

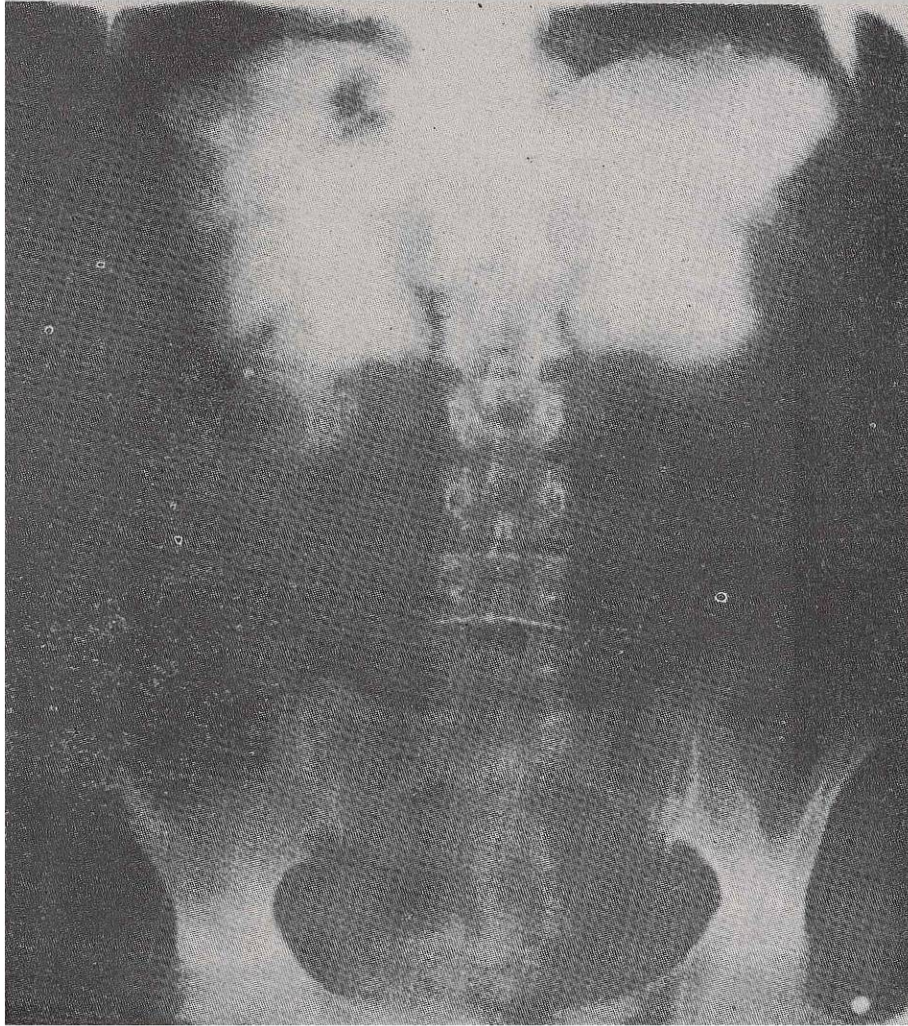
En la urografía descendente, mostró uretero izquierdo dilatado y ligera hidronefrosis izquierda.

La biopsia dió un carcinoma diferenciado Broders III.

Se procedió a efectuar la uretero-colo-anastomosis del lado izquierdo en julio de 1949 y al mes siguiente, es decir, en agosto de 1949, se hizo el segundo tiempo de la intervención, antes se hacía primero la uretero-coloanastomosis del lado izquierdo y al mes se procedía a la intervención.

Esta enferma como ya dije, se encuentra en perfectas condiciones y en la página siguiente muestro la radiografía que le hicimos en noviembre de 1953, observando el buen funcionamiento renal en el momento presente. Hay que hacer notar que la dilatación del uretero izquierdo no ha disminuído y la hidronefrosis del mismo lado ha aumentado. El uretero derecho también está un poco dilatado existiendo también hidronefrosis.

Le volvimos a hacer todas las pruebas de laboratorio que se le hicieron en 1949, las cuales no expongo por ser muy similares a las de ese año.



Urografía excretora (véase el buen funcionamiento ureteral).

CAPITULO VIII

TRATAMIENTO FISIOTERAPICO

VIII.—TRATAMIENTO FISIOTERAPICO

En la actualidad hay normas perfectamente establecidas para el tratamiento del cáncer cérvico uterino, basadas en la larga experiencia estadística, fundamentalmente radioterápica.

Desde hace más de 40 años, se ha aplicado la radioterapia en el tratamiento del carcinoma cérvico uterino. Desde entonces a la fecha la experiencia en el tratamiento radioterápico ha sido muy extensa.

Si como agente curativo, la Radioterapia tiene un papel muy importante, como medio de paliación lo tiene aún mayor, aunque estadísticamente esto es más difícil de establecer. El análisis de la paliación de uno o varios síntomas, como hemorragia, infección, dolor, prolongación de la vida y mejoría del estado general, sólo puede hacerse a través de una experiencia directa personal y el examen periódico y prolongado de las enfermas.

Es indiscutible también, sin embargo, que un grupo bastante considerable de estadíos avanzados recibe poco o ningún alivio radioterápico, y, que en estos casos es cuando la cirugía ultrarradical tendrá sus aplicaciones, ya que recurrirá a ella como medio único para aliviar el calvario de estas enfermas.

La radioterapia al igual que la cirugía está en una etapa de continua evolución y mejoramiento.

En la actualidad el ataque al problema considerando a la enferma como un todo, el uso del radio intracavitario en intensidades bajas y protraídas; la dosificación en Gamma Roentgen que permite alcanzar niveles letales en asociación con la radiación ex-

terna de rayos X y la mayor experiencia en el trato individual, así como el desarrollo de los equipos de varios millones de voltios, terapia rotatoria, etc. hacen preveer porcentajes de sobrevivencia progresivamente más altas.

La radio-terapia es por ahora el procedimiento casi exclusivamente usado en la escuela británica y en algunos centros de la europa continental. Entre nosotros la radioterapia, no ha sido totalmente aceptada, para el tratamiento del carcinoma cérvico uterino, únicamente en los centros de cancerología y algunas clínicas dan preferencia al tratamiento radioterápico.

La aplicación completa de radium, con rayos X es posible en un 70% de los casos, ya que invasiones vesicales extensas, contra-indican el radium, así como el mal estado general de las pacientes; la imposibilidad del tiempo intrauterino, hacen que no se lleve a cabo en su integridad el tratamiento y son factores importantes al analizar los fracasos de este agente terapéutico.

La mortalidad por la aplicación de la radioterapia es baja, por no decir prácticamente nula. La enfermedad de radiación, infecciones, parametriales, uterinas, radio epitelitis cutáneas y radio mucositis cérvico vaginales, son con técnica correcta tolerables y posibles de controlarse.

A pesar que las rectitis entre nosotros son bastante más frecuentes que en otros lugares dada la alta incidencia de patología rectal en nuestro país, las fístulas recto-vaginales son escasas. Las complicaciones o secuelas tardías con sus problemas de trombosis vasculares y obstrucciones uretrales son en realidad el resultado de una radioterapia agresiva, pero afortunadamente su incidencia no es muy grande.

La morbilidad depende mucho de la técnica intracavitaria, intersticial, dosis, etc., que se emplean.

Las causas del fracaso son por recurrencia local o por falta de control de metastasis ganglionares, intra-pélvicas o abdominales.

Pudiendo ser las primeras debidas a una dosis insuficiente, o

a una defectuosa distribución de la radiación o a una mala respuesta individual a las radiaciones.

En los estadíos I, hasta un 25% caen dentro de estos grupos y son los candidatos más precisos para el tratamiento por panhisterectomía. Por lo cual hay que acudir a los frecuentes papanicolaous, las biopsias y a la observación clínica para las intervenciones.

En resumen el radium y los rayos X son el tratamiento de elección en el tratamiento cérvico uterino, exceptuando los estadíos y casos en particular que caen en el dominio de la cirugía radical.

Los radio-isótopos, las opoterapias y diversas sustancias están demostrando en algunos casos relativa utilidad para prolongar la vida y disminuir sufrimientos de los cancerosos; pero curaciones de más de cinco años en números grandes y ostensibles siguen siendo los conseguidos por la cirugía y las radiaciones.

Me parece muy acertado a propósito de isotopos de que todavía a pesar de las investigaciones hechas no existen isotopos radioactivos selectivamente absorbibles por las células cancerosas en cantidad suficiente para acción curativa; con la sola posible acción del Iodo-radio en cáncer tiroideo, pero esto también sin seguridad; esta terapéutica es relativamente reciente, está en evolución.

Ya me he referido a las opoterapias en cáncer, manifestando, que la mejoría en poder apreciar el equilibrio en las personas, el progreso farmacológico en hormonas que serán más puras y sin efectos molestos, el conocer mejor los factores endócrinos en cáncer han de llegar a permitir mejores resultados de la endocrinoterapia en las neoplasias.

A propósito de los tratamientos generales también he indicado que existen sustancias con posible o casi segura acción anticancerosa; antifólicos, diaminopurinas, mostaza nitrogenada, estilbamidina, trietilnomelamina, uretano, colchicina, podofilina, etc. y que tal vez por ese camino se llegará a conocer y obtener la solución del problema canceroso.

CAPITULO IX

ASOCIACION RADIO-QUIRURGICA

IX.—ASOCIACION RADIO-QUIRURGICA

La Asociación del cirujano y radio-terapeuta en el carcinoma cérvico uterino, es la mejor unión para el tratamiento de cada caso en particular, pudiendo hacerse diferentes tipos de combinaciones:

- 1.—Linfadenectomía en casos radiados.
- 2.—Radiación preoperatoria en los estadios I e incipientes II.
- 3.—Radiación post-operatoria.
- 4.—Cirugía en caso de recurrencia radio-terápica y radio-terapia en casos de recurrencias post-operatorias.

Aquí en el Sanatorio la clasificación segunda no la hemos usado pues se catalogan los casos en quirúrgicos o radioterapéuticos. Si son quirúrgicos y es conveniente los radiamos en el post-operatorio, si hay una indicación precisa.

La radiación post-operatoria la usamos en casos de recurrencia quirúrgica. No la recomendamos de rutina en los estadios tempranos operados radicalmente, a menos que haya alguna duda de parte del cirujano.

El tratamiento con radiaciones como ya dije, da buenos resultados en los casos tempranos y favorables.

La radiación no es efectiva en las metástasis ganglionares pélvicas.

CAPITULO X
CONCLUSIONES

X.—CONCLUSIONES

1.—El vaciamiento Organo Pélvico Total en cáncer del aparato genital femenino, representa un gran esfuerzo quirúrgico, y significa además un avance técnico definido en la cirugía de la cavidad pelviana.

2.—La indicación quirúrgica precisa, base de la intervención, deberá individualizarse a través del criterio del cirujano, habiendo al mismo tiempo perfecta armonía entre éste y el radio-terapeuta.

3.—La indicación de este tipo de operación la da el lote de enfermas con recurrencias locales, tempranas; y asimismo en aquellas que han respondido decididamente mal, a la radiumterapia y, finalmente en las enfermas con cáncer 0 y I, o muy avanzados.

4.—Uno de los grandes factores de éxito en esta operación es la práctica de una técnica impecable de uretero-colo-anastomosis.

5.—La práctica de una buena y completa peritonización que, desgraciadamente poco se acostumbra en el extranjero; es también factor indiscutible de éxito.

6.—Debe contarse con una buena anestesia, equipo inmejorable y personal apto y bien entrenado.

7.—La importancia de la cirugía en determinados tipos de cánceres ha sido ya bien reconocida por los radiumterapeutas, como lo demuestra el hecho de que Patterson de Manchester, Inglaterra ha hecho instalar una sala de operaciones.

8.—Finalmente, me encuentro persuadido que el tipo de intervención quirúrgico que he señalado, debe de llevarse a cabo cada vez en mayor número de enfermas ya que, es uno de los medios heroicos, certeros y eficaces más útiles para arrancar a las enfermas con cánceres avanzados de una muerte inevitable.

CAPITULO XI

BIBLIOGRAFIA

XI.—BIBLIOGRAFIA

- 1.—Ajamil Luis F.—Isotopos y Energía Anatómica. *Medicina y Cáncer*, Año XVIII, N° 9, Pág. 275, Septiembre de 1950. México, D. F.
- 2.—Albores Culebro Carlos.—Cáncer Avanzado de la Matriz (vaciamiento pélvico). *Torreón Médico*. Vol. IV. N° 4, Pág. 121, Julio y agosto, 1949, Torreón, Coahuila.
- 3.—Albores Culebro Carlos.—Vaciamiento Pélvico en Cáncer Avanzado del cuello uterino. *Torreón Médico*. Vol. VI, N° 1, Pág. 12, Enero y Febrero de 1951, Torreón, Coahuila.
- 4.—Arenal Camargo R.—Vaciamiento pélvico en cáncer avanzado del cérvico Uterino. *Torreón Médico*, Vol. VI, N° 1, Pág. 16, Enero y Febrero de 1951. Torreón, Coahuila.
- 5.—Bacon and Rowe.—Pre and Postoperative in surgery of the lowel bowel. *J. A.* IV. 10.
- 6.—Brunschwig A.—A complete exisión of pelvic viscera for advanced carcinoma One stage abdominoperineal operation with end colostomy and bilateral ureteral implantation in the color above colotsomy. *Cancer*. Vol. I. Pág. 177, 1948.
- 7.—Brunschwig A.—Surgical treatment of carcinoma the cervix utero. (Radical operation of cervix). *Bull N. York. Ac. Med.* 672-21, 1948.
- 8.—Brunschwig A. and Pierce V. K. — Partial and complete Pelvic exenteration *Cancer* 3:972, 1950.

- 9.—Brunschwig A. and Piere Virginia K.—Radical Pancistectomy pelvic lymph node excision, total vaginectomy and total cystectomy. *American Journal of obstetrics and gynecology*. Vol. 59, Año 2, Pág. 237, Feb. 1950. San Louis Missouri.
- 10.—Brunschwig A. — The possibilities of Radical Surgery in cancer of the Cervix Uteri recurrent after Radiation Therapy. *A. J. R. & R.* Vol. 65, N° 5, Pág. 720, Mayo, 1951.
- 11.—Castelazo Luis, Díaz Infante Alfonso, Garcia Noriega José, Espriella Miranda David, Noriega Limón José.—Cánceres y embarazos. Ponencia del I. M. S. S. al 1er. Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia, 1949.
- 12.—Contreras Mario y García Sancho María Cristina.—Cirugía del dolor. *Revista Médica del I. M. S. S.* Vol. I, N° 8, Pág. 7, Agosto, 1952.
- 13.—Cordonier J. Justin. — Uretero sigmoid anastomosis, and change in renal function following ureteral transplantation. N° 88, 441, Sig. Sept. 1949.
- 14.—Corscaden J.—Treatment of early ca. of cervix ut. *A.J.O. and Gine.* 9,272, 1950.
- 15.—Curtis Hale Arthur and Huffman John William.—*Tratado de Ginecología*, 1953.
- 16.—Del Pregato A.—The role of Roentgeheerapy in a the Treatment ca, of the cervix uteri. *A. J. Roent. and R.* Vol. 68, N° 1, Pág. 63, 1952.
- 17.—Firor Warkefield M. and Poth Edgard.—Intestinal Antisepsis with Special Reference to sulfanilyguanidine. *Ann. Surg.* 144; 663-671, Oct. 1941.
- 18.—Gallo Delfino.—Posibilidades Quirúrgicas en cáncer avanzado. Primer Congreso de Ginecología y Obstetricia. Mayo de 1949, Guadalajara, Jal.
- 19.—García Noriega José. — Técnica de Panhisterectomía en cánceres avanzados del cuello y cuerpo de la matriz. *Revista*

Médica del Hospital General, Vol. XI, N° 7, Pág. 449, Julio de 1948.

- 20.—García Noriega José.—Técnica del uretero colostomía. Trabajo leído en la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Guadalajara, Jal. Febrero, 1951.
- 21.—García Noriega José.—Perineo, ano, vulvectomy y vaciamiento organo pélvico total en cánceres avanzados del aparato genital femenino, Cirugía y Cirujanos, Tomo XVIII, N° 5, Pág. 239, Mayo, 1950.
- 22.—García Noriega José.—Uretero colosteoanastomosis, ginecología y Obstetricia de México, Vol. Vú, año VI, N° 1, Pág. 9, Febrero, 1951.
- 23.—García Noriega José, Noriega Limón José.—El tratamiento actual del cáncer cérvico uterino. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. VIII, N° 3, Año VIII, Junio de 1953.
- 24.—Gentil Fernando.—Panvirectomía perineo-pélvica para cáncer avanzado, cuello uterino. Revista Brasileira de Cirugía. Vol. XIX, N° 4, Pág. 127, Abril de 1950. Río de Janeiro, Brasil.
- 25.—Glusck Manand W. On choice of treatment of individual Ca. cervix based on analysis of serial biopsies J. Obst. Science Brit. Enf. 1948, 573.
- 26.—Gray H. Trombly M. D. & Savatore Di Phima. Groth and Spread of Ca. of the cervix uteri. Am. R. Roent. Vol. 65, N° 5, 691, Mayo de 1951.
- 27.—Harold F. Dcrdn.—The Calculation of Survival and cure Rates. British Journal of Radiology, Vol. XXIV, N° 282, Pág. 295, Julio de 1950.
- 28.—Helmholtz H. F.—The effects of Streptomycin on Bacteria commonly found in urinary infections. Proceed of the Staff Meeting of Mayo Clinic 20; 359-361, October, 1945.
- 29.—Hoge, R. H.—Ca. of the cervix collective revief. Sur. Gin. and Obst. 89: 521, 1949.

- 30.—Meigs, Joe V.—The results of Surgical Treatment of Cancer of the Cervix Uteri. Meeting American Radium Society, 1950. A. J. Roent & R. Vol. 65, N° 5, 698, May, 1951.
- 31.—Meigs J. V.—Radical Hysterectomy with billateral pelvic node dissection. A. J. Obs. 62-854, 1951.
- 32.—Norton D. G.—The Surgical treatment of cervical Cancer Wertheim operation and pelvis lymphadenectomi Ann. R. R. 57; 685, 1947.
- 33.—Nathason I. I.—Progress in Ginecology by Meigs and S. Extraperitoneal lynphadenectomy in treatment of Ca. the cervix, 1950.
- 34.—Noriega Limón José.—Carcinoma cérvico-uterino y embarazo. Ginecología y Obstetricia de México, Vol. VII, Año 7, N° 1, Febrero de 1952.
- 35.—Payne Franklin.—The Role of Radiation and of Surgery in the Management of uterine carcinoma. Sur. Gin. & Obst. Vol. 94, N° 6, 715, 1952.
- 36.—Porth E. F. Knottss F. L.—Clinical of Succinyoulfathiazole. Arch. Surg. 47, 208, 222, February, 1942.
- 37.—Porth; E. J. Knotts F. L. Lee J. T. and Inui.—F. Bacteriostatic Properties of Sulfanilamide and some of it derivatives. Active in the Gastrointestinal tract. Arch. Surg. 44; 186, 207, February, 1942.
- 38.—Rodríguez Rosas Antonio. — Cáncer del cuello uterino, Tratamiento Quirúrgico. Revista Mexicana Veracruzana. Tomo XXIX, N° 9, Pág. 1,229. Septiembre de 1949. Veracruz, Ver.
- 39.—Sauer Hans Michael S. Blick Kenethe W. Buchnal S. G. September, 1949.
- 40.—Schwartz Albert, et Al. Streptomycin a substance exhibiting antibiotic activity against Gram negative bacteria. Proc. Soc. Exp. Biol. and Med. 55:66-69, January, 1944.

- 41.—Stevens A. R. — Longebit Following uretero-Intestinal Anastomosis J. Urol. 46; 57-66, July, 1944.
- 42.—Tod and Meredith W.—Treatment of Cancer of the cervix uteri a Revised Manchester, Method, Brit. J. Radiolog. Vol. XXVI, 305, 1953.
- 43.—Trucy Alberto Luis.—Indicaciones quirúrgicas en el cáncer del cuello uterino. Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer. Año XVII, N° 7, Pág. 259, Julio de 1949.
- 44.—Trombly B. H.—The Technique of Radical Hysterectomy for Ca. of the cervix ureti 3:975, Cáncer, 1950.
- 45.—Zukerman Conrado.—Cáncer Cérvico Uterino y metástasis linfáticas. Revista Mexicana de Ginecología, Cirugía y Cáncer. Año XV. N° 6, Pág. 219, Junio, 1947.
- 46.—Zuckerman Conrado.—La cirugía del Cáncer del cuello uterino. Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer. Año XVI, N° 1, Pág. 8, Enero, 1948.
- 47.—Zuckerman Conrado.—Concepto y alcance de la cirugía anticancerosa. Revista Mexicana de Cirugía y Ginecología y Cáncer, Año XXI, N° 6, Pág. 167, Junio, 1950.
- 48.—Zuckerman Conrado.—Algunas modalidades en el tratamiento quirúrgico del cáncer del cuello uterino. Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer. Año XVIII, N° 7, Pág. 195, Julio, 1950.
- 49.—Zukerman Conrado.—Indicaciones quirúrgicas en el cáncer del cuello uterino. Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer. Año XVIII, N° 12, Pág. 371, Diciembre de 1950.
- 50.—Zukerman Conrado. — Tratamiento del dolor canceroso. Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer, Año XXI, N° 3, Pág. 67, Marzo, 1953.

