

4
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL

REPUBLICA DE GUATEMALA
AMERICA CENTRAL

Tesis

presentada a la Junta Directiva de la Facultad
de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional
por

VICTOR M. GIORDANI

Ex-interno por oposición del Hospital General y del
Hospital San José. Ex-interno del Hospital Militar
en el acto

de su investidura de
MEDICO Y CIRUJANO

JUNIO DE 1938

CENTRO EDITORIAL, S. A.
8a. Avenida Sur, Número 12- - Guatemala, C. A.

INTRODUCCION

Aún no hace mucho tiempo todo cáncer del cuello uterino era considerado como incurable y su tratamiento estéril e impotente.

Las pacientes curadas de un cáncer del cérvix eran excepcionales. Las causas de esta desconsoladora opinión eran el diagnóstico y el tratamiento tardíos y la insuficiencia de una técnica imperfecta.

Pero en los últimos 30 años, gracias a la perseverancia de algunos cirujanos famosos, al perfeccionamiento de las técnicas y sobre todo al tratamiento precoz basado en un diagnóstico precoz, la curación de los casos de cáncer del cuello uterino se han mostrado tan frecuentes, que actualmente es uno de los neoplasmas en que tenemos, lo más a menudo, el derecho de esperar curar.

El cáncer ya no es un mal misterioso, incurable y mortal, como decía Godart. Vale más repetir con Roussy: "Reconocer el cáncer a tiempo es con frecuencia poderlo curar".

Tomando en cuenta la frecuencia del cáncer del cuello uterino en Guatemala y de la importancia que reviste el conocimiento del tema que es objeto de mi tesis, trato por medio de este pequeño trabajo, de divulgar algunos conocimientos de mucha utilidad.

CAPITULO I

Frecuencia del cáncer del cuello uterino

El cáncer del útero es el más frecuente de los cánceres femeninos; el útero es la localización cancerosa más corrientemente hallada. Así este órgano, que está dedicado a la concepción y reproducción de la especie humana, viene a ser también la más terrible amenaza para la mujer, por la predilección del cáncer sobre este importante órgano. Según la estadística de Simpson se encuentra más frecuentemente que el de la mama y Schroeder demuestra que constituye por sí solo el tercio del número total de cánceres hallados en la mujer, opinión confirmado por el Boletín del Hospital General de Bucarest donde señala la proporción de un 32 por ciento. En nuestro vecino país, Cuba, el Dr. Odio de Granda en el año 1905 demostró que el mayor número de cánceres asentaba en el útero de la raza negra, llegando el porcentaje de muertes por este carcinoma hasta el 58 por ciento, siendo más frecuente en la raza de color que en la blanca, siendo en ésta también bastante crecido. Es también muy frecuente en la raza judía.

Dürhssen estima en más de 25.000 el número de mujeres que anualmente mueren por su causa en Alemania; Dubling cree que en los Estados Unidos pasa de 150.000, y 42.000 en Inglaterra, según los datos publicados por Stevens.

Muchos autores hacen notar que desde hace 50 años el número de cánceres genitales femeninos aumenta progresivamente. Así Menetrier afirmó en el año 1925 que la mortalidad por cáncer uterino en París ha aumentado en más de un 10 por ciento, considerada con la de 30 años atrás. Iguales resultados arrojan los datos suministrados por los Ministerios de Higiene y Previsión Social de todos los países.

En realidad, el número de cánceres del útero en general y del cuello en particular no ha aumentado; parece que este aumento aparente se debe a que una gran parte de las muertes atribuidas antes a la senilidad, ha sido reconocida como producida por el cáncer; al perfeccionamiento de la estadística, al mayor número de diagnósticos y al mejoramiento del nivel cultural del público femenino que abandona sus prejuicios de antaño y se presta con mejor voluntad a los exámenes ginecológicos.

El cáncer del útero se desarrolla en el cuello y en el cuerpo; el primero, asunto de mi tesis, es cinco a seis veces más frecuente que el segundo.

La opinión clásica que afirmaba que este cáncer era una afección propia de la vejez, es digna de relegarla al olvido. Aunque sea entre los 40 y los 50 años, en la época de la menopausia, cuando se presenta más a menudo, no es raro encontrarlo en mujeres muy jóvenes. Ganghofer observó uno en una niña de ocho años; E. Kehrler hizo la extirpación total de una matriz en una niña de quince meses y Bumm encontró un carcinoma del cérvix en una de siete meses. En la pequeña estadística obtenida por mí en el Servicio de Ginecología del Hospital General de los casos de cáncer del cuello uterino durante quince años, la enferma más joven tenía 22 años y la más anciana, 80.

Estudiando 316 casos, Regaud encontró:

				1 enferma menor de 25 años;
				26 enfermas de 25 a 35 años;;
107	"	"	35 a 45	"
100	"	"	45 a 55	"
58	"	"	55 a 65	"
24	"	"	65 a 75	"

Para Takahashi, citado por Schroeder, la frecuencia es la siguiente:

21-25 años:	0.3	por	ciento
26-30 "	3	"	"
31-35 "	9.5	"	"
36-40 "	17	"	"
41-50 "	31	"	"
51-60 "	21.5	"	"
61-70 "	5	"	"
71-80 "	0.5	"	"

En 9361 enfermas que ingresaron al Servicio de Ginecología del Hospital General de Guatemala desde el mes de Marzo de 1923 hasta principios de Junio de 1938 se observó que 781, es decir, el 8.34 por ciento padecía de cáncer del cuello uterino, repartidas así:

20-24 años:	3 o sea el	0.38	por	ciento.
25-29 "	42 " " "	5.37	"	"
30-34 "	76 " " "	9.73	"	"
35-39 "	152 " " "	19.33	"	"
40-44 "	173 " " "	22.15	"	"

45-49	"	144	"	"	18.17	"	"
50-54	"	82	"	"	10.50	"	"
55-59	"	49	"	"	6.27	"	"
60-64	"	37	"	"	4.74	"	"
65-69	"	14	"	"	1.80	"	"
70-80	"	9	"	"	1.15	"	"

Total: 781

Entre las 781 enfermas habian 45 nuliparas, 6%). Esta proporción, aproximada a la de las estadísticas mundiales (7½%) indica que la multiparidad constituye una predisposición al cáncer, debido a los traumatismos que se producen durante el parto, y que son causa de desgarros y ulceraciones.

Los casos comprendidos en la pequeña estadística anterior eran cánceres en diferentes etapas de su evolución, desde el incipiente diagnosticado por el laboratorio hasta el avanzado que llevaba a su dueña a morir al Servicio ya por una complicación o por caquexia cancerosa.

En el hospital San José —ya que este hospital ha acogido siempre las enfermas desechadas por el Hospital General, que a su vez guarda las que tienen probabilidades de curarse— la mortalidad es elevada en cuanto se refiere al cáncer uterino; su personal médico conociendo la inutilidad de su acervo terapéutico se limita a aplicarles un tratamiento paliativo, entregándose noblemente a la tarea de aliviarles el dolor y a mantener la esperanza en el espíritu de la enferma.

Entre las 9,823 enfermas que ingresaron a dicho hospital desde el 1º de Enero de 1929 hasta el último de Diciembre de 1937, se encontraron 218 padeciendo de un cáncer avanzado de la matriz. Gran número de ellas feneció en el citado establecimiento; el resto pidió su baja, retirándose a sus hogares.

1929	7 casos en	801 enfermas	Porcentaje:	0.87%
1930	19 "	793 "	"	2.39%
1931	21 "	1135 "	"	1.85%
1932	24 "	1112 "	"	2.16%
1933	26 "	1046 "	"	2.47%
1934	35 "	1133 "	"	3.08%
1935	17 "	1396 "	"	1.22%
1936	29 "	960 "	"	3.02%
1937	40 "	1447 "	"	2.90%

De donde se desprende que de mil mujeres que ingresan al hospital San José, veintidós mueren de cáncer uterino, por término medio, y que se hubieran podido salvar si dichas enfermas se hubieran presentado en el Hospital, cuando aún era tiempo de curarlas.

CAPITULO II

Diagnóstico precoz del cáncer del cuerpo uterino

La noción, del diagnóstico precoz domina toda la lucha contra el cáncer; su profilaxia descansa enteramente a la hora actual, en la precocidad de su diagnóstico.

G. Roussy.

Analizando concienzudamente las estadísticas relativas a la curación completa de los cánceres del cuello de la matriz, se saca en conclusión que el número de curaciones es tanto más elevado cuanto el tratamiento se establece más precozmente.

La precocidad del diagnóstico es la condición de la precocidad del tratamiento. Desafortunadamente, el clínico se encuentra con un gran escollo: lo poco notorio de los síntomas del cáncer incipiente que aparecen de poca importancia para la enferma pero cuyo significado lo debe apreciar rápidamente el médico. El dolor nunca existe y las pacientes al consultar, dicen: "no creí que esto era importante, pues no me ocasionaba dolor".

En los últimos siete años, como afirma Población, aparte de algunas mejoras hechas a la técnica, no se ha llevado a cabo ningún progreso notable en los tratamientos, que según parece, han llegado al máximo de su rendimiento.

Es natural por consiguiente, que la tendencia clínica actual sea lograr un diagnóstico muy precoz, con lo cual, aún con los procedimientos actuales, se conseguiría un número de curaciones mayor.

La precocidad en el diagnóstico no parece que haya de alcanzarse por otro sendero que por el perfeccionamiento de la exploración local, (Población) pues los métodos bioquímicos y serológicos propuestos y ensayados hasta la fecha no tienen por ahora valor apreciable en clínica, a pesar de los notables progresos efectuados por Roffo, Lunsden y otros.

Siendo el cuello uterino el lugar donde el cáncer genital es más frecuente, es indispensable para establecer un diagnóstico precoz y exacto, un examen completo y detenido de la región cervical en todas las pacientes ginecológicas. ¿Cómo se consigue? Por métodos clínicos, químicos e histológicos.

Anamnesis: Casi siempre el cáncer del cuello permanece ignorado durante mucho tiempo por la paciente, pues no hay síntomas precoces del neoplasma constituido por un pequeño nódulo intacto. El cán-

cer del cuello que presenta síntomas se encuentra en lo que pudiéramos llamar segunda fase evolutiva: la de ulceración. En este estado tampoco presenta síntomas que no son típicos pero que ya indican que hay una afección uterina: las hemorragias y el flujo.

a) **hemorragias:** A veces son tan poco marcadas que no llaman la atención. Sin embargo presentan ciertas particularidades que siempre hay que tomar en cuenta. La fragilidad del tejido canceroso explica la frecuencia de pequeños derrames sanguíneos que aparecen en ocasión de una fatiga, un esfuerzo, un viaje en automóvil o debido a un traumatismo ligeros como son la introducción de un espéculum, una exploración digital hecha por el médico, durante el coito (hemorragias balísticas), o durante los esfuerzos de la defecación si la mujer padece de estreñimiento.

A veces las reglas son más abundantes y la hemorragia reaparece uno o varios días después de haber desaparecido. Como este síntoma tiene muy poca importancia a los ojos de la mayor parte de las mujeres, el cáncer evoluciona calladamente y cuando se deciden a consultar a un médico, es tarde ya para lograr un éxito terapéutico.

En los pólipos que sobrepasan el orificio cervical externo y en las lesiones de cervicitis se observan también pequeñas hemorragias consecutivas al coito, pero hay que recordar que de los casos tratados precozmente en la Clínica de Leipzig a causa de las hemorragias post-coito, se curó definitivamente el 85% (Zweifel, citado por Stoeckel).

A veces las pacientes afirman que las pérdidas de sangre les aparecían irregularmente desde mucho tiempo atrás durante el período intermenstrual, o bien las reglas eran abundantes y prolongadas, confesando no darle importancia a estas irregularidades pues creían que se trataba de su menopausia, cuando en realidad se debían a la existencia de un carcinoma.

Por consiguiente, es en la época del climaterio cuando se debe redoblar la vigilancia ya que la menstruación es a veces en este período como en la menarquia, irregular y de intensidad variable, llegando a veces en la menopausia hasta convertirse en una hemorragia casi continua.

Las hemorragias post-menopáusicas casi prueban la existencia de un cáncer uterino. Es lamentable que las enfermas no se alarmen al observarlas; aún hay más; como relata Wegener, algunas las reciben con verdadero agrado, creyendo que la menstruación está ligada a la capacidad sexual, y ven en su desaparecimiento, el principio de la vejez. Así, cuando después de un intervalo de varios años les aparece bruscamente una hemorragia genital, piensan que se trata del retorno de su menstruación o la interpretan como una manifestación de que su potencia sexual no ha terminado.

La abundancia de las hemorragias varía considerablemente desde unas cuantas gotas de sangre que aparecen intermitentemente, hasta una verdadera hemorragia que ocasiona a la mujer un síncope y que a veces, llega a poner en peligro la vida de la enferma. Generalmente el derrame sanguíneo es moderado y llama la atención por su persistencia, su repetición y su inexplicable irregularidad. Todas las hemorragias post-menopáusicas serán consideradas como sintomáticas de un cáncer mientras no se demuestre, microscópicamente, lo contrario. Como Zweifel lo ha demostrado, estas hemorragias son en el 75% de los casos una manifestación de las neoplasias malignas uterinas.

b) **El flujo** es un síntoma precoz pero que casi siempre pasa inadvertido. Las mujeres le conceden menor importancia que a las hemorragias ya que no falta en ninguna afección uterina y a menudo acompaña a la menstruación.

Sus caracteres varían, dependiendo en gran parte de la evolución del carcinoma. Así en aquellos de aspecto vegetante, no ulcerados, el flujo es acuoso y mezclado con pequeñas cantidades de sangre (agua de lavar carne). En los carcinomas esclerosos de las ancianas, aparece en muy pequeña cantidad. En cambio, en los casos avanzados, cuanto más frecuentes y abundantes sean las hemorragias, cuanto más tejidos se esclacelen, cuanto más destructor sea el neoplasma, tanto mejores serán las condiciones para que se desarrollen los gérmenes procedentes de los órganos genitales externos y el flujo será más purulento y más abundante. Aparecido este flujo ya no desaparece por sí solo comenzando a verse la **sanies** cancerosa característica, la cual tiene un olor tan fétido que permite diagnosticar el carcinoma sin necesidad de descubrir a la enferma.

En las pacientes poco cuidadosas el examen de su ropa interior puede dar datos útiles. Se observan manchas cuyo centro grisáceo, sucio o gris amarillento está rodeado de un margen más oscuro. Otras veces se encuentran placas grandes, en "mapa geográfico", de contornos irregulares que revelan una hidrorrea abundante que se efectúa por verdaderas eyaculaciones; se observa sobre todo en las formas con retención por encima de un cuello cuyo orificio externo está tapado por las vegetaciones neoplásicas.

Si las manchas son pequeñas y diseminadas, corresponden a la "gota a gota" de las pérdidas leucorreicas continuamente emitidas. Hay que tomar en cuenta también la desigual concentración del tinte de las manchas cuya periferia va del amarillo al rojo oscuro según la abundancia de la sangre que se mezcla al flujo.

Probablemente a causa del flujo se nota la aparición de un prurito vulvar que debe recordar al médico el deber de hacer un examen ginecológico completo. A veces aparece en lugar del prurito, una hiperestesia vulvar muy molesta para la enferma.

El dolor. No debe ser tomado en consideración pues no constituye un factor en el diagnóstico precoz; el cáncer del cuello uterino, al principio no hace sufrir. "Nimium ne credi dolori, nimium ne credi colori" decía Courty. Es un síntoma muy tardío que aparece cuando el proceso ha avanzado considerablemente, provocando lesiones extensas.

El dolor en el cáncer del cérvix indica que el neoplasma ha pasado ya los límites del útero. Es verdadera lástima que no sea un síntoma inicial pues obligaría a las enfermas a consultar, constituyendo de esta manera la mejor garantía para el diagnóstico y el tratamiento precoz.

EXAMEN DE LA ENFERMA:

a) **Interrogatorio:** Hay que interrogar despacio y cuidadosamente, concediendo la mayor atención a los datos sospechosos. Se ha visto en diferentes ocasiones administrar ergotina o hydrastis a mujeres que se quejaban de hemorragias genitales. Cuando cierto tiempo después estas pacientes llegaban a los hospitales en demanda de curación, era ya tarde para aplicarles un tratamiento eficaz.

Siempre que una mujer, principalmente cuando ha pasado de los 40 años, acuse hemorragias genitales hay que pensar en el cáncer sin tomar en cuenta su buen estado general. De esta manera se evitará el médico sorpresas desagradables y la enferma, consecuencias funestas.

b) **Palpación e inspección:** Ocupándome del diagnóstico precoz, no me extenderé sobre los datos adquiridos con estos procedimientos de examen en los cánceres en plena evolución. Son fáciles de reconocer esos cuellos indurados, que sangran con el menor contacto, recubiertos por enormes vegetaciones exuberantes y friables; o bien los cuellos ulcerados, de labios roídos, leñosos y acartonados que se continúan a veces con las paredes vaginales conquistadas ya por el proceso neoplásico.

En ocasiones muy raras, casi siempre fortuitas, se puede asistir al comienzo del cáncer. Se trata de una pequeña induración poco saliente, situado en uno de los labios; sin límites netos, se presenta aislada y resalta en la consistencia normal del cuello. Apoyando el dedo o bien haciendo varios tactos repetidos, se provoca una pequeña hemorragia.

El signo de la uña, es decir la erosión que causa el filo de la uña en la zona sospechosa, tan en boga hace mucho tiempo ya no conserva valor alguno, pues tenemos el deber de practicar todos los exámenes ginecológicos con guantes impermeables de caucho.

Antes de la aparición del citado nódulo se puede observar algunos pequeños signos descritos por Siredey. Cuando se examina a una enferma con pérdidas sanguíneas irregulares, se nota a menudo que el cuello aunque conserva su apariencia normal, presenta cierta rigidez y se incurva difícilmente cuando se trata de flexionarlo. Si se aumenta

la presión del dedo se produce una pequeña exudación sanguínea que también aparece cuando se introduce un histerómetro.

La inspección con el empleo del espéculum nos da datos muy importantes. Nos muestra la forma, la localización, la coloración y las modificaciones de la mucosa. Nos permite observar el aspecto de los nódulos o de las pequeñas vegetaciones papilomatosas que constituyen el principio del cáncer. Este puede presentarse también ya sea bajo la forma de pequeñas formaciones condilomatosas rojas y sangrantes o bien como una pequeña superficie de color rojo vivo que corresponde a la induración percibida por la palpación.

Otras veces solo se percibe en la superficie del cérvix una pequeña elevación recubierta por una mucosa violácea que sangra con el menor contacto, resaltando su coloración sobre el resto del cuello uterino.

Aunque comprendo que me salgo del tema, quiero hacer notar la influencia ejercida por la gestación sobre la evolución de los cánceres incipientes, influencia diversamente juzgada por los autores. Werlheim pensaba que la neoplasia prosigue su evolución normal. Para Guérin-Valmale, el embarazo marca un compás de espera en la marcha del carcinoma. Al contrario para Bar, Audivert y Zweifel consideran que el epiteloma incipiente del cuello acelera su marcha con la gestación. Recientemente Lacombe y Pallud han presentado una observación interesante de un cáncer incipiente en una mujer de 32 años, revelado en el curso del embarazo y tratado inmediatamente por el radium. Aborto gemelar, algunas semanas después. Nueva gestación al año siguiente: el cuello parece normal y no presenta ninguna cicatriz. Parto normal. La curación se mantiene dos años y medio después del tratamiento. A pesar del segundo embarazo, el cáncer no ha dado ninguna señal de despertar.

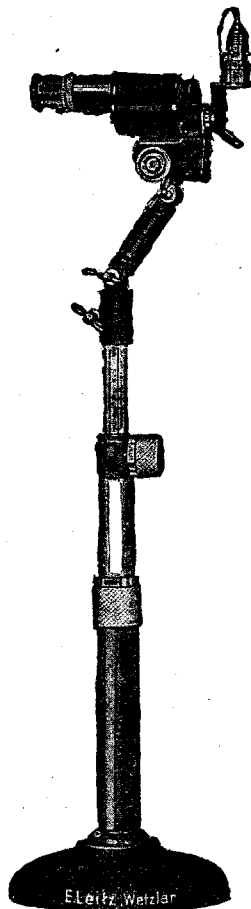
Colposcopia

Ideada, propagada y ardientemente defendida por el Profesor Hinselmann, de Hamburgo, consiste en el examen, con aumentos variables merced a una amplificación de la imagen, de las paredes vaginales y del cuello de la matriz.

El más empleado de los colposcopios es el fabricado por la casa Leitz que permite aumentar de 3 y medio a 30 diámetros. De visión binocular, consta de dos sistemas de lentes, uno para los aumentos pequeños y el otro para más grandes amplificaciones. Poseyendo tres oculares diferentes, se puede hacer el examen con seis aumentos distintos.

Aconseja Hinselmann hacer primero un examen rápido del cuello con poco aumento (7 diámetros) y a continuación otro con el sistema

de lentes fuertes y con el ocular N° 10, lográndose así un aumento de 20 diámetros.



Todo el aparato está colocado sobre un soporte corredizo, lo que permite distintas alturas y distintas inclinaciones. Posee además una cremallera de juego horizontal que sirve para variar la distancia focal, siendo esta generalmente de 14 centímetros. Dos lamparitas movibles y de pequeño voltaje, cuyo foco cae sobre la zona que se quiere examinar, permiten la iluminación del campo.

Examen: Después de colocar un espéculum bivalvo, se ilumina y se gradúa la distancia con la cremallera hasta que la imagen aparezca claramente visible. Es fácil habituarse a esta maniobra. No se aconseja el empleo de pinzas de garfios, porque la pequeña cantidad de sangre que se produce, opaca la imagen. Es conveniente limpiar la superficie del cuello y si el moco es abundante, se eliminará con éter sulfúrico.

La colposcopia sirve en primer lugar, para reconocer si el flujo tiene una procedencia vaginal o uterina y para diferenciar algunas formas de colpitis, entre ella la senil y la granulosa.

Permite además, la diferenciación del epitelio cilíndrico del pavimentoso, por el aspecto distinto que presentan al examen colposcópico. El segundo es liso y refleja uniformemente la luz de la lámpara; su color es blanque-

cino con un leve matiz rojo o violáceo. La red vascular se ve a través de él, de tal manera que según Hinselmann, cuando en un examen colposcópico la red citada no se distinga se puede asegurar que el epitelio es anormal. El epitelio cilíndrico es rojo, con pequeñas irregularidades, sin el brillo del pavimentoso y más opaco que él. Con aumentos mayores de 15 diámetros, se distinguen los orificios glandulares como pequeños puntos rojizos.

En las erosiones cervicales se ven en los bordes, zonas que tienden a la curación, bajo la forma de islotes de epitelio pavimentoso de color blanquecino. En ciertas ocasiones se nota en las erosiones antiguas, elevaciones bien marcadas y transparentes que no son más que huevos de Naboth.

Fué la conveniencia y la importancia del diagnóstico precoz del cáncer del cuello uterino, lo que llevó a Hinselmann a idear y aplicar este procedimiento de exploración.

El examen colposcópico nos revela en el cérvix, las más pequeñas zonas anormales amplificadas considerablemente, que sin el aparato citado nos pasarían completamente desapercibidas, pues a causa de sus dimensiones y su coloración no se distinguen a simple vista del resto de la mucosa normal.

Sin embargo, un gran número de ginecólogos y cancerólogos afeados no están de acuerdo con la opinión de Hinselmann de que con su colposcopio se puede hacer, en todos los casos, el diagnóstico del cáncer incipiente del cuello uterino. Lo que sí no se puede negar es que hay manchas leucoplásicas que la colposcopia revela cuando la vista es impotente para descubrirlas.

Según el autor, toda leucoplasia no sifilítica, es obligadamente el primer estado del cáncer; por consiguiente, diagnosticar una mancha leucoplásica es diagnosticar la iniciación de un foco canceroso. Como se ve, identifica la leucoplasia con el estado precanceroso. Von Franke acepta esa opinión aunque más limitada, pues cree que no todas las leucoplasias conduzcan al neoplasma maligno.

¿Cuál es el contenido de la palabra leucoplasia y su relación con los estados precancerosos?

Como estados precancerosos deberían llamarse a las lesiones histológicas que sin presentar los caracteres anatómo-patológicos del cáncer, llevan en un tiempo variable, al desarrollo de un carcinoma verdadero. A pesar de los esfuerzos hechos por algunos anatómo-patólogos para imponer este término, no se conoce todavía un cuadro histológico que merezca tal nombre. La realidad anatómica de este concepto no existe y las razones con que se le defiende, son verdaderas sutilezas científicas. Para otros, el estado precanceroso es la primera etapa de la evolución de un verdadero cáncer; es un neoplasma maligno que principia. Pero como falta la marcha invasora que es la condición sine qua non para caracterizar a los tumores malignos, el estado precanceroso sería un cáncer latente en su primer período, (non extensive potential carcinoma, de los autores norte-americanos) que ya en su segundo período se caracterizaría por su crecimiento invasor.

Hinselmann asigna a la leucoplasia condenada a convertirse en cáncer, los siguientes caracteres: Múltiples manchitas blancas, debido al aumento de grosor del epitelio que están colocadas en la zona de transición del epitelio normal al ectropión congénito o a la erosión inflamatoria, que sobrepasan el nivel de la mucosa que las rodea.

La línea de separación con el tejido normal es bastante bien limitada pero irregular. Tiene la particularidad de reproducirse al cabo de

pocos días cuando se le desprende y no tiene tendencia a la curación espontánea.

Cuando empieza a convertirse en cáncer, el examen da a conocer una superficie amarillenta, desigual, fuertemente adherida, interrumpida aquí y allá por focos necróticos pequeños y surcada por una gran cantidad de vasos sanguíneos de neo-formación dispuestos en dirección radiada.

Como para Hinselmann, toda leucoplasia es el estado precursor del epiteloma, amputa todo cuello uterino que presenta esta lesión, previniendo, según él, el desarrollo de un cáncer.

Como dice C. Población, el gran mérito de los trabajos de Hinselmann y von Franke consiste en haber indicado la necesidad de examinar a fondo la mucosa uterina para que no pase desapercibida la menor lesión epitelial, pero nada más. Para hacer un diagnóstico preciso es necesario un estudio histológico de la zona alterada y por tanto, la colposcopia solo sirve para revelar la zona sospechosa con el fin de efectuar una biopsia lo más pronto posible.

METODOS DE DIAGNOSTICO HISTOQUIMICOS:

La invención del colposcopio ha sido un esfuerzo laudable en pro del diagnóstico del neoplasma incipiente del útero pero el instrumento es costoso y requiere una manipulación experimentada; no es, por lo tanto, usual en la práctica de un médico general.

Para obtener un buen resultado se requieren dos cosas: primero, un conocimiento claro del aspecto histológico de un cáncer incipiente, y segundo, alguna prueba sencilla que permita con seguridad localizar el área de latencia, para obtener la biopsia. Para resolver estos dos problemas fundamentales se encuentran en primer lugar los trabajos de Walter Schiller, de Viena, publicados en 1928.

Schiller comenzó por estudiar minuciosamente los cuellos de útero de 135 casos que habían sido extirpados por histerectomía por otras causas fuera del cáncer y sin que este fuera sospechado. Encontró cuatro casos que presentaban los caracteres microscópicos del cáncer incipiente. Sus conclusiones son armónicas con las que anteriormente habían emitido Schottlaender y Kermaunner, que en resumen, son las siguientes:

Por el estímulo de una irritación crónica desconocida, el carcinoma empieza en una célula indiferente en la capa basal del epitelio de la porción vaginal del cérvix. Carrell, Loeb y los autores arriba citados, han demostrado que la zona marginal del foco neoplásico no está formada por tejido superficial en camino de destruirse, sino que el cáncer se extiende superficialmente, corriéndose el epitelio carcinomatoso, y solo el epitelio, hacia el tejido sano como una gota de tinta en un papel secante. Al principio no hay engrosamiento ni cambio de consistencia en la epidermis, de manera que la zona afectada no puede di-

ferenciarse por el tacto ni por la vista del epitelio sano que lo rodea. De este modo, la cancerización del epitelio superficial rodea al foco inicial de un "exudado" carcinomatoso, en cuya zona el neoplasma solo se encuentra en el epitelio pero no en la profundidad.

Este halo neoplásico, en el que solo el epitelio ha degenerado y que como dije anteriormente, no se puede distinguir macroscópicamente del epitelio sano, se puede extender a zonas alejadas del foco neoplásico, pudiendo ser origen de recidivas.

El proceso canceroso principiado jamás cura espontáneamente sino que sigue una marcha inexorable para llegar a una etapa ulterior de invasión. Entonces el cáncer se extiende con mayor fuerza por la multiplicación de sus mismas células, de una manera irresistible, invadiendo los tejidos circundantes y dando lugar así al cáncer tardío.

Con el fin de diagnosticar los "exudados" o "halos" carcinosomatosos (karzinombeläge), el profesor Schiller ha ideado una prueba ingeniosa, que posee un gran valor clínico.

La prueba está basada en el descubrimiento de Lahm, de que las capas superiores del epitelio normal del cuello y vagina contienen grandes depósitos de glucógeno, que desaparecen cuando el epitelio se ha cornificado o transformado en cáncer. Al principio, el autor ensayó distintos métodos de coloración vital con sustancias pertenecientes al grupo del trifenil-metano. Estos trabajos, continuados durante mucho tiempo, fracasaron en el sentido de poder diferenciar el tejido carcinomatoso del sano, comprobándose sin embargo, que las sustancias colorantes empleadas se fijaban en el tejido necrótico pero no en el vivo. Como conclusión de sus trabajos Schiller afirmó que si se puede emplear en clínica la falta de glicógeno en las células cancerosas y su abundancia en el epitelio normal, como un signo de probabilidad del carcinoma.

Como en el vivo no se puede emplear la coloración con carmín alcalino de Best para la revelación del glucógeno, el autor emplea como revelador el yodo en forma de solución yodo-yodurada.

Se hace la prueba pincelando con la solución de Lugol toda la superficie cervical. El epitelio normal, rico en glucógeno, toma un color moreno oscuro, casi negro, mientras que el patológico no toma el color y se destaca con un aspecto amarillento o rosado o bien bajo la forma de manchas blanquecinas.

El autor cree que esta prueba tiene mucha importancia para demostrar por el aparecimiento de las manchas características, los límites de la propagación en superficie hacia la vagina, dando así, una indicación para el tratamiento adecuado.

En 553 pruebas efectuadas por Schiller, encontró 140 casos positivos, de los cuales 19 resultaron ser cáncer incipiente.

Desafortunadamente, epitelio patológico no quiere decir epitelio canceroso; la prueba no deja de tener sus limitaciones; esto es, que no

sólo es yodonegativo el epitelio neoplásico sino también aquel que está alterado por otras causas, como veremos en las conclusiones emitidas por Graves.

Esto, aunque le quita mucho valor diagnóstico a dicha prueba no constituye una razón suficiente para hacerla a un lado, porque además de su extrema sencillez, señala histoquímicamente la zona precisa donde debe hacerse la biopsia, zona que se estudiará con un examen anatómo-patológico concienzudo.

Por otra parte, nos revela un dato sumamente importante. Cuando es negativa, es decir que todos los tejidos toman coloración normal, podemos tener la seguridad que no hay proceso canceroso en la porción vaginal del cuello.

He aquí las conclusiones a que llega Graves (de Boston):

- 2) La coloración no la toma el epitelio glandular del endo-cervix. Un ectropion tomará un color rosado. Lo mismo puede decirse del epitelio del adeno-carcinoma y por lo tanto, la investigación de este tipo de cáncer del cuello debe hacerse de la manera usual. Este cáncer es raro, afortunadamente.
- b) Las ulceraciones y las erosiones no toman el color, puesto que no están recubiertas por epitelio.
- c) En las áreas de cervicitis crónica el epitelio parece ser deficiente en glucógeno, tomando un tinte moreno claro que se difunde con el tinte más oscuro que le rodea, en lugar de presentar una línea clara y definida de demarcación como en los casos de verdadero cáncer.
- d) La coloración normal se impide o se oscurece por el traumatismo ligero como la fricción de una gasa. Esto es porque el frote destruye las capas superiores del epitelio en que se deposita el glucógeno.
- e) El cuello hipoplásico y atrófico toma un color más claro que el normal. La coloración es más intensa durante el embarazo.
- f) El pus toma color negro porque los leucocitos son ricos en glicógeno. El tejido necrótico toma el mismo color, aunque las granulaciones activas no toman el tinte. Una capa de mucus impide la coloración. La sangre y el lavado con agua, oscurecen la reacción.
- g) La hiperqueratosis impide la coloración, como en la leucoplasia, sífilis y zonas expuestas de un prolapso.
- h) La prueba tiene un valor limitado en los neoplasmas avanzados, puesto que el exudado carcinomatoso se pierde con la mezcla de células reproductoras. Algunas veces se pueden encontrar áreas afectadas en zonas alejadas del foco canceroso especialmente en los fondos de saco de la vagina. Además, las células cancerosas de un período avanzado pueden retener glicógeno y dar una coloración oscura con la solución de Lugol; el epitelio normal, por encima de un cáncer invasor toma una coloración normal.

- i) La prueba de Schiller, de una gran importancia en el cáncer cervical, no se aplica a otros cánceres superficiales, como los de la vulva y la piel de otras partes del cuerpo; esto es debido a que el epitelio normal del cuello no está cornificado.

Ni la colposcopia, ni la prueba de Schiller son medios suficientes por si solos para establecer precoz y seguramente el diagnóstico de un carcinoma del cuello uterino. Este se establece por:

1º—El examen microscópico.

Como dije anteriormente, los trabajos de Schottländer, Schiller, Kermaunner y otros revelan que un carcinoma en su iniciación puede extenderse superficialmente, corriéndose el epitelio canceroso sin penetrar en la profundidad. De aquí que algunos anatomo-patólogos hayan tratado de determinar si este epitelio tiene caracteres suficientes para diagnosticar con certeza la malignidad, sin recurrir a la biopsia. Kermaunner entre ellos, raspa ligeramente la zona sospechosa con una pequeña cucharilla muy cortante y obtiene pequeñísimos colgajos de epitelio. Afirma este autor que se puede determinar la malignidad fundándose en los siguientes caracteres: el límite con el epitelio sano es una línea cortante y oblicua; de un lado están las células epidermoides normales, ordenadas por capas y del otro lado las células oscurecidas del cáncer, (debido a que están más apretadas) implantadas oblicuamente a una membrana basal quebrantada. Al entrecruzarse entre sí pierden su forma cúbica o cilíndrica baja para hacerse polimorfas, ofreciendo a veces un aspecto puntiagudo. Los núcleos son muy abundantes, de forma vacuolada e irregular, a menudo hiper cromáticos y en ciertas ocasiones en plena cariólisis. Existen muchas mitosis asimétricas y multipolares y los núcleos están situados a distintas alturas. Según Teutshlander y Schuster, se pueden encontrar todas las irregularidades posibles de la carioquinesis. Henrlin y Pick interpretan estos cambios como dudosos y piensan que pueden ser hipertrofias atípicas en los procesos de degeneración.

Estos caracteres microscópicos son muchas veces muy difíciles de apreciar si sólo se examinan los colgajitos obtenidos con el raspado de Kermaunner. Para que el diagnóstico de malignidad se establezca con toda exactitud, debe investigarse también la propagación hacia la profundidad, la penetración de las células cancerosas en las vías linfáticas, la irrupción en las glándulas o el entrecruzamiento plexiforme de los conos cancerosos sólidos. Este examen debe hacerse por escisión de prueba, es decir, una biopsia.

2º—La biopsia:

Tiene por objeto separar un trozo de un tejido para someterlo al examen anatomo-patológico. Debe hacerse siempre que los demás me-

dios de exploración sean insuficientes para resolver la dificultad diagnóstica.

Los cirujanos antiguos se oponían a la biopsia por temor a la diseminación del tumor en el resto del cuerpo, anulando así el beneficio del diagnóstico; pero al cirujano actual se le exige un diagnóstico más precoz que al de hace treinta años, ya que en aquellos días el tumor inicial era la excepción, mientras que hoy un gran número de personas se presentan al médico pidiendo un diagnóstico cuando clínicamente es imposible emitirlo. El público de hoy pide mayor eficiencia en el diagnóstico que el de hace treinta años y esto sólo se puede obtener con los métodos actuales de cortes rápidos y la habilidad necesaria para diagnosticar el cáncer en sus primeros períodos, tal como lo practican los patólogos modernos.

Desde el empleo de la radiación en el tratamiento, la importancia de la biopsia ha aumentado, ya que puede arrojar algún informe sobre la radiosensibilidad de los carcinomas, después de un cuidadoso estudio histológico; estudios que se iniciaron primeramente en la Clínica Mayo de Rochester.

A pesar de estas razones, se ha discutido en estos últimos años las ventajas y desventajas de las biopsias. Vaumcker cita las estadísticas de Hellwig, según las cuales de 350 tumores de distintas partes del cuerpo, sólo 232 fueron diagnosticados clínicamente, 72 dudosos, 46 equivocados. Otras estadísticas, basadas en un gran número de casos, demostraron que los clínicos diagnosticaron correctamente sólo en el 63% de los casos, mientras que los anatómo-patólogos lo hicieron en el 86%; los clínicos cometieron un 10% de errores de diagnóstico, mientras que los patólogos sólo un 3%.

Los opositores a la biopsia afirman que el corte de un carcinoma puede diseminar el tumor y presentan casos de metástasis cierto tiempo después de haberse quitado un pequeño trozo para examinarlo. Estos ejemplos son siempre casos individuales en los que existe la probabilidad de que la diseminación haya ocurrido antes de hacerse la biopsia, o bien el estímulo al tumor fué debido a otras causas. Es evidente que el corte de los tejidos incide los vasos sanguíneos y linfáticos; pero se puede replicar que el flujo de la herida se hace de dentro afuera y no de fuera a adentro.

Se conoce el hecho de que la invasión vascular en muchos tumores malignos se descubre en los cortes histológicos, aún cuando el enfermo aparece permanentemente curado. Schmidt demostró hace algunos años que el organismo puede destruir cierto número de células embólicas cancerosas dentro de los vasos. Demostró igualmente que las células cancerosas que se diseminan en forma de embolias, pueden recubrirse de fibrina y desaparecer. Haciendo un fuerte masaje a un cáncer del ratón y sacrificando inmediatamente al animal, se hallará un gran número de

embolias carcinomatosas en el pulmón. Si se hace idéntica maniobra en un animal de control pero que se sacrifica mucho tiempo después, se encontrará el pulmón libre de metástasis, y si las hay, son en menor cantidad que las del animal que se sacrificó en el acto.

Knox ha comprobado experimentalmente que el masaje de los carcinomas aumenta el número de las metástasis. El médico debe recordar que la manipulación vigorosa de un neoplasma y especialmente los tactos repetidos por varios médicos es más peligrosa que un corte limpio, sobre todo si la herida se cauteriza ya sea por el calor o por una sustancia química. La obtención de la biopsia por diatermia quirúrgica también se ha propuesto; pero la chispa daña al tejido y hace difícil su examen. Es preferible emplear el bisturí eléctrico, porque además de seccionar limpiamente el tejido, hace la hemostasis simultáneamente.

De todas maneras, se aconseja que la biopsia sea seguida lo mas pronto posible por una intervención quirúrgica o por la aplicación de Rayos X o Radium.

Se debe observar una asepsia perfecta, porque muchas veces han ocurrido infecciones consecutivas, pudiendo dar origen a parametritis, peritonitis o septicemias.

A pesar de esto, la biopsia es en la mayor parte de los casos imprescindible, siempre que el examen sea hecho por un anatómo-patólogo experimentado, antes de operar o de irradiar, para averiguar el grado de radiosensibilidad, para confirmar un diagnóstico de malignidad, o bien para tener un comprobante de la naturaleza maligna de la lesión, comprobante que es muchas veces necesario en enfermas irradiadas u operadas.

Para practicar la escisión, se ha empleado durante muchos años una pinza sacabocados especial. En la actualidad muchos autores aconsejan emplear el bisturí, porque parece preferible extirpar un fragmento de tejido algo mayor para que el examen sea más demostrativo. La técnica es la siguiente: Irrigación vaginal con un antiséptico débil; colocación del espéculum y fijación del cuello con pinza de garfios en un sitio alejado de la lesión; embrocación del cérvix con Lugol. Con el bisturí muy cortante se toma un trozo de tejido de un centímetro de largo, medio de ancho y 0.3 o 0.4 cm. de profundidad, en la zona que se ha hecho sospechosa con la prueba de Schiller, teniendo cuidado de comprender en la biopsia un segmento de tejido sano.

Debe evitarse en lo absoluto hacer la biopsia en el fondo de la ulceración, ya que las zonas de actividad celular en el cáncer se observan en la periferia y no en el centro de la ulceración que casi siempre está constituido por tejidos necrosados, en los que el examen histológico da pocos datos.

Si sangra bastante se colocan uno o dos puntos de catgut. Si la hemorragia es pequeña basta un toque con el termocauterio, o la aplica-

ción de torundas embebidas en adrenalina al 1 0/00. El trozo obtenido se lava con una solución salina, se sumerge en el líquido fijador (generalmente formol al 10%) y se envía con la mayor rapidéz posible a un eficiente laboratorio de Anatomía Patológica.

Hay que tomar en cuenta lo siguiente: el resultado depende de la habilidad clínica del operador al separar un trozo de tejido para el examen. En muchas ocasiones, sobre todo cuando no se emplea la prueba de Schiller, es muy corriente escindir un trozo de tejido sano, o bien un fragmento esfacelado, donde ya no se reconoce ningún carácter histológico; hechos que determinan por consiguiente un diagnóstico microscópico erróneo, sin culpa alguna del anatómo-patólogo, pero que causa un daño inmenso a la paciente.

CAPITULO III

Profilaxia social del cáncer del cuello uterino

No debe ser solamente la tasa elevada de mortalidad la que médica y socialmente debemos tomar en cuenta. Es también la forma lenta y dolorosa de la muerte por cáncer uterino; lo lamentable de un fin que durante meses se prolonga sin más esperanza y sin otro consuelo que la morfina. El aspecto moral del asunto impresiona; es doloroso ver que por un injusto destino, las pacientes, muy a menudo madres de familia, son condenadas a un largo martirio y a una muerte no lejana, cuando más falta hacían para sus hijos y para su hogar.

El cáncer uterino es un mal que debe suscitar entre los médicos y todas las clases sociales, un esfuerzo intenso de protección y de lucha, ya que diagnosticado precozmente y operado o irradiado a tiempo, es perfectamente curable. Cuando en 1904, Freund, iniciador de la histerectomía abdominal por cáncer, presentó, curada desde hacía más de veintiseis años, a la enferma que él había operado en Junio de 1878, suministró la prueba decisiva que establecía la curabilidad operatoria del cáncer uterino.

El descubrimiento del Radium y de los Rayos X, abrió un nuevo oasis en el futuro de los cancerosos y antes que estas adquisiciones, la cirugía perfeccionada salvó muchos enfermos. Contribuye también a la curación del cáncer, otra causa poderosa: la lucha Anticancerosa organizada por los pueblos civilizados en defensa de este enemigo común. La curabilidad del cáncer que principia es una verdad que debemos inculcar a todo el mundo por medio de una propaganda activa, diversa y tenaz.

Hay que repetir que hay en todo cáncer uterino una fase en la cual es todavía curable pero que pasa pronto, con síntomas casi siempre atenuados y que el porvenir de la paciente reside en un diagnóstico precoz. Porque ¿de qué sirve que llegue a un consultorio o a un Servicio de Hospital una enferma que ya haya traspasado las fronteras de la curabilidad? Por piedad o por principios deontológicos no se le confiesa a la mujer su fin más o menos próximo; pero si se siente conmiseración al pensar en el largo calvario que tendrá que recorrer antes de morir.

Según Forgue hay que llenar dos condiciones en la lucha anticancerosa: 1ª) Seguir un plan de defensa y de acción educadora; 2ª) Perseverancia en la propaganda. Un hecho demuestra la importancia de la segunda condición: se ha comprobado que durante los meses siguientes al apareamiento de folletos de divulgación, las pacientes afluyen en gran cantidad a los consultorios y hospitales; pero el número desminuye si la distribución no se renueva. Es la ley común a todas las publicaciones: no valen más que por su repetición.

Investigaciones rigurosas han llegado a establecer que un pequeño número de cánceres avanzados del cuello del útero eran debidos al médico que no hacia un diagnóstico precoz, olvidando examinar bien a su enferma; otros habían sido debido a la incompetencia e ignorante temporización de las comadronas; pero en su inmensa mayoría a las enfermas mismas, por su ignorancia, su indiferencia y sus prejuicios.

Responsabilidad de los médicos: El médico actual debe hacer algo más que asistir a sus enfermos; es el delegado sanitario de su propia clientela que espera de sus conocimientos, la protección deseada. Corresponde a los miembros de la profesión médica considerar las obligaciones que pesan sobre ellos, que son además, deberes de conciencia. 1º: Examen completo e inmediato de toda mujer que presente los menores síntomas que puedan hacer pensar en un cáncer uterino; 2º) Diagnóstico lo más rápido y preciso posible; 3º) Envío rápido de la enferma a un hospital o a un servicio de Radiumterapia. Es tan dañino para la enferma el hecho de omitir un examen ginecológico, como hacer un diagnóstico erróneo o aplicarle un mal tratamiento.

Espero que con la preocupación de los médicos ante el problema vital del cáncer, el aumento del nivel cultural de nuestro pueblo y la campaña divulgadora que se inicia actualmente, el número de los cánceres incurables disminuirá considerablemente.

Dentro de la campaña de lucha anticancerosa, hay que recordar a los médicos, especialmente a los que ejercen lejos de los centros especializados, su elevada responsabilidad. No se deben olvidar del principio insidioso del cáncer uterino, la apariencia simple y benigna de la lesión inicial y la mediocridad latente de los primeros síntomas; de la sospecha que deben inspirar los derrames hidro-hemáticos y toda he-

hemorragia genital que se aparte de la fisiología, especialmente en las proximidades de la menopausia y sobre todo, después de ella. Si se espera para hacer un examen ginecológico que salgan los flujos fétidos e icorosos de los clásicos, se encontrarán lesiones demasiado avanzadas, de tratamiento completamente ineficaz.

Además, no debe mirar con indiferencia las cervicitis y las rasgaduras del cuello. Recordará que esas lesiones tan comunes consideradas como benignas, pueden dar origen a un neoplasma si no se tratan lo más pronto posible.

El médico debe hacer entrar otra regla al caudal de sus conocimientos: la obligación de la biopsia. A pesar de los riesgos descritos por varios autores, hipotéticos o rarísimos según otros, cuando clínicamente no podemos hacer más que un diagnóstico de probabilidad, es el único medio de exploración capaz de darnos un diagnóstico exacto.

Tan luego como el diagnóstico esté establecido, debe imponer con su autoridad moral un tratamiento rápido y eficaz. El porvenir de la paciente está en sus manos. Tiene que disipar en su mente el temor y hacerle comprender la absoluta necesidad de un tratamiento adecuado.

Responsabilidad de las comadronas: Muchas mujeres, consultan a las comadronas, pidiéndoles consejos a propósito de sus síntomas ginecológicos.

Es necesario que esta profesional se ponga en guardia contra la frecuencia y la insidiosidad del mal; que conozca sus síntomas iniciales y su gravedad. Sería muy útil, como afirma Seigneux, enseñarle durante su paso por el hospital las nociones indispensables para conocer el cáncer uterino.

Se les debe prohibir practicar tratamientos ginecológicos inadecuados y peligrosos. Se ha dado el caso de mujeres con cáncer del cuello uterino que traspasaron el límite de su curabilidad, por haber perdido el tiempo en manos de una comadrona inexperta que no pudo hacer un diagnóstico salvador.

Esbozo de un plan de lucha anticancerosa: Desde hace 31 años todos los países civilizados rivalizan en llevar a cabo una campaña tenaz para combatir ese temible y misterioso flagelo que se llama cáncer.

En ambos hemisferios, los gobiernos ayudan económicamente a las ligas anticancerosas y establecen instituciones bien organizadas para el diagnóstico y tratamiento de tal enfermedad. Además, muchas son las personas adineradas que donan grandes cantidades con idéntico fin.

En esa lucha van a la cabeza los Estados Unidos y los países europeos donde los resultados obtenidos son verdaderamente halagadores.

En los Estados Unidos merece especial mención el estado de Massachusetts, que ha tomado un puesto de vanguardia en la lucha anti-

cancerosa. Con una población de 4 millones y medio de habitantes, sostiene un hospital perfectamente organizado solamente para cancerosos y 16 clínicas bien equipadas, en diferentes lugares de su territorio. Fuera de la intensa y constante obra de divulgación que lleva a cabo el Departamento de Higiene del Estado en colaboración con la Liga Americana del Control del Cáncer, ha organizado cursos para post-graduados en todas sus Universidades. Actualmente existen 250 Clínicas de cáncer en los Estados Unidos.

Respecto al tratamiento, como Forssell afirma, las radiaciones sólo pueden y deben ser aplicadas en las instituciones provistas de todos los aparatos modernos. Tres son los más famosos centros anticancerosos del mundo: el Radiumhemmet de Estocolmo que ha servido de modelo para otras instituciones; el Instituto de Radio de París, fundación notable, y el Memorial Hospital de Nueva York, uno de los más importantes centros de radioterapia en los Estados Unidos, donde la colaboración entre los radiólogos y los cirujanos ha conducido a brillantes resultados.

Para poder combatir el cáncer en general y el uterino en particular es necesario:

- 1º—Creación de la Asociación Nacional contra el cáncer.
- 2º—Fundación de Centros de diagnóstico y de tratamiento.
- 3º—Campaña de divulgación.

La Asociación Nacional contra el cáncer estará dirigida por personas que se destacan por su preparación científica y por su filantropía.

Serán objetos de la Asociación:

Contribuir al tratamiento del cáncer en las clases pobres; gestionar la obtención de dinero por suscripción y otros medios lícitos para llevar a cabo su propósito anterior; obtener y explotar toda clase de bienes; llevar a cabo constantemente en todo el territorio de la República, una obra de beneficiosa divulgación; gestionar la creación de varios Servicios de Radio y Radiumterapia en algunas cabeceras departamentales y la especialización en el extranjero de varios médicos jóvenes, en los distintos aspectos de la Cancerología; fomentar la formación de estadística y la preparación cancerológica de los estudiantes de Medicina de nuestra Facultad. Tratará por todos los medios posibles, de extirpar el curanderismo tan extendido y tan dañino en nuestro país.

Será obligación de la Asociación:

- 1º—Fundar una biblioteca del cáncer para aumentar y facilitar los conocimientos de esta afección y publicar una revista con artículos apropiados, para aumentar los conocimientos sobre esta materia de los médicos de la república.

La Asociación estará en perenne relación con las Ligas de otros países y bajo la dependencia científica de la facultad de ciencias Médicas y de la Dirección General de Sanidad.

2º—Fundación de centros de diagnóstico y tratamiento.

Mientras llega el día glorioso en que se descubra el misterio del cáncer y su tratamiento, tenemos que contentarnos con diagnosticarlo y tratarlo precozmente.

El ideal sería la creación de un Instituto del Cáncer bien organizado y provisto de todos los aparatos de Terapia profunda, de un arsenal quirúrgico completo y moderno, con departamentos de experimentación; o bien Clínicas de Cáncer en distintas partes de la República, constituidas por un Consultorio, un laboratorio de Anatomía Patológica, un departamento de Cirugía y otros de Terapia profunda. Estas Clínicas le concederían mucha importancia al cáncer uterino, por ser tan frecuente. Su personal mínimo se podría limitar a 5 especialistas: a) un anatómo-patólogo experimentado porque su dictamen regirá el tratamiento; b) un cirujano general; c) un ginecólogo; d) un internista y e) un radiólogo.

Mientras esto se realice, opino que se debe hacer lo siguiente:

- a) Fundación de dispensarios-consultorios. Estos tienen capital importancia en la profilaxia anticancerosa: son las avanzadas de la lucha, cuyo fin es la selección de enfermos entre la población aparentemente sana. Además de un personal médico competente debe contar con el concurso de enfermeras especiales llamadas visitadoras, mujeres conscientes de la labor difícil que se les encomienda, preparadas y bien remuneradas, cuyo trabajo consistirá no sólo en descubrir a las personas cancerosas sino también a las tuberculosas, sifilíticas, etc. Los citados dispensarios deberán prestar especial atención al diagnóstico precoz del cáncer uterino.
- b) En los departamentos, estos consultorios se establecerán en los hospitales de sus cabeceras, estando su dirección a cargo del Cirujano Militar correspondiente. El trabajo de estos consultorios debe encaminarse ulteriormente hacia el control periódico de los enfermos tratados, para facilitar la edificación de estadísticas, factor indispensable de todo progreso terapéutico. La ignorancia del verdadero resultado de su intervención priva a nuestros Jefes de Servicio del estímulo que su difícil y noble tarea requiere. El simple conocimiento del tiempo de supervivencia, es un factor de importancia que hace aún hoy falta entre nosotros, salvo contadísimas excepciones.
- c) Sería muy útil fundar en las cabeceras departamentales más importantes, Servicios de Radio y Radiumterapia a cargo de especialistas en la materia, con el fin de tratar allí mismo a los cancerosos. Esto tiene dos fines: 1º—Evitar a los enfermos las molestias y gastos que les produciría el viaje a la capital; 2º—Evitar la aglomeración de ellos en los hospitales metropolitanos, pues la afluencia hacia un solo Centro de un crecido número de enfermos, en su

mayoría incurables, ha sido y sigue siendo uno de los obstáculos que se oponen a una mejor atención de los que aún se pueden salvar.

Los tratamientos serán gratuitos o a un precio módico, al alcance de nuestra clase trabajadora;

3º: Acción educadora del público:

Es el elemento más difícil en la lucha anticancerosa. ¡Cuántos prejuicios y resistencias hostiles debidos a ignorancia, negligencia, temor o al pudor mal entendido! Puede decirse que el 80% de los pacientes que consultan han agotado toda una serie de medicinas y preparados recetados por familiares y amigos antes de decidirse a ver al médico y acuden al Hospital como último recurso cuando ya nada puede hacerse en su favor. La mayor parte de las mujeres de 40 a 50 años que sufren alteraciones en su ciclo menstrual o modificaciones de su regla, agrupan dichos trastornos bajo una etiqueta única: los trastornos de la retirada. Ninguna se detiene a pensar que estas anormalidades pueden encubrir la iniciación de un proceso canceroso. Reciben y piden consejos a todos, haciendo caso omiso del único capacitado para darlos: el médico.

La propaganda contra el cáncer uterino debe hacerse de la manera siguiente:

- a) Circulares escritas en un lenguaje claro y sencillo conteniendo los síntomas precoces del cáncer y lo que es preciso hacer cuando se presentan, haciendo resaltar la conveniencia de que las examine un médico por lo menos una vez al año antes de la menopausia y cada seis meses después de ella. Como ejemplo transcribo una circular editada por la Sociedad Obstétrica de Nueva York que tiene por título: "Lo que una mujer debe saber para preservarse de la muerte por cáncer uterino".

Toda mujer debe saber: 1º—Que el cáncer uterino es una afección frecuente que se puede presentar en toda edad, sobre todo entre los 40 y los 45 años; 2º—Que es un mal inexorable y mortal en menos de 2 años; 3º — Que es curable si se trata a tiempo; 4º—Que la mujer es dueña de su destino, pero que cuando más tarde consulta al médico menos probabilidades tiene de curación; 5º—Que debe llamarle la atención los derrames sanguíneos entre sus reglas, las pequeñas hemorragias y el flujo sanguinolento; 6º—Que no debe fiarse de la ausencia de dolor ni de su buen estado general; 7º—Que no debe seguir los consejos dados por sus amistades, anuncios, etc.; 8º—Que debe hacerse examinar por un médico por lo menos una vez al año.

- b) Cartelones llamativos que se fijarán en aquellos lugares públicos en los que se considere puedan ser de algún beneficio en la campaña.

- c) Conferencias cortas, repetidas y de fácil comprensión por medio de las radiodifusoras.
- d) Divulgación medida y discreta de los síntomas precoces del cáncer uterino a las alumnas de las escuelas nocturnas y a todas aquellas que por su edad y su instrucción, ya estén en condiciones de comprenderla.
- f) Los diarios y revistas de toda la república tomarán parte en la divulgación en forma adecuada y constante.
- g) Importación y exhibición de películas cinematográficas sobre educación popular, en todos los teatros de la nación.

Esta propaganda no debe causar una alarma excesiva; para poner al público en guardia, no es necesario crear una "cancerofobia" temible en ciertos psicópatas de imaginación inquieta. En cambio, una campaña bien dirigida provocará el temor al cáncer, primer paso en la curación porque lleva a las mujeres a una consulta precoz, como se deduce de las estadísticas europeas y norteamericanas.

Fin

CONCLUSIONES

- 1ª—El cáncer del cuello uterino es muy frecuente en Guatemala y se presenta principalmente entre los 35 y los 50 años.
- 2ª—Puede y debe ser diagnosticado precozmente.
- 3ª—Es necesario emplear la sencilla prueba de Schiller en la exploración de todo cuello uterino sospechoso, porque señala histoquímicamente la zona donde debe hacerse la biopsia.
- 4ª—El diagnóstico seguro del cáncer incipiente del cuello uterino solamente nos lo da el examen anatómo-patológico.
- 5ª—Debe emprenderse la lucha contra el cáncer en Guatemala.
- 6ª—La divulgación atinada de las manifestaciones iniciales del cáncer uterino en el seno de las familias pobres, será la principal arma para combatirla.
- 7ª—La creación de centros de diagnóstico y tratamiento del cáncer serán el complemento necesario en nuestra lucha anticancerosa.

BIBLIOGRAFIA

- F. Stoeckel: Tratado de Ginecología.
 Pozzi: Tratado de Ginecología.
 Pichevin: Práctica ginecológica.
 Hofmeier y Schröder: Tratado de Ginecología.
 Howard y Kelly: Ginecología y Cirugía abdominal.
 Faure y Siredey: Tratado de Ginecología médico-quirúrgica.
 Población: Manual de diagnóstico ginecológico.
 F'orgue y Msssabauau: Tratado de Ginecología.
 Bumm. Deutsche med. wochenschrif 1919.
 Tonina. Elementos de higiene.
 Schiller: Zur klinisch Früdiag. des Portiokarz 1928.
 Lacomme y Pallud: Práctique médicale française, 1936.
 Devraigne: Monde médical, mayo 1937.
 Domínguez: Conferencia sobre el cáncer. Boletín Liga contra el Cáncer. Habana 1931.
 Graves W. P.: Prueba de Schiller. Surgery, gynecology and Obs. Feb. 1933.
 Odio de Granda: Cáncer uterino y su tratamiento. Bol. Liga contra el cáncer. Habana Feb. 34.
 Wolff y Alvarez: Proceeding of the Mayo Clinic. Oct. 1933.
 Puente Duany: Datos generales sobre la evolución del tratamiento del cáncer y su orientación moderna.
 Birkett: La biopsia preliminar en el tratamiento por el radium. The Lancet, Julio 1930.
 Quero: Los factores de adaptación y educación en la lucha contra el cáncer.
 Desgrais: Estados precancerosos del cuello uterino. La Presse Médicale, Abril 34.
 Farifias: Notas sobre el 4º Congreso Internacional de Radiología, Mayo 1935.
 Zweifel: Klinik der bösartigen Geshwulste.
 Domínguez Roldán: Cáncer del útero. Diagnóstico y tratamiento del Cáncer. Bol. Liga contra el Cáncer. Habana. 1932.

- Hinselmann: Diagnóstico de los cánceres latentes del cuello uterino. Aertzliche Rundschau, Nov. 1936.
- Hinselmann: Profilaxia de los Cánceres del Cuello uterino. Der Oeffentliche Gesundheitsdienst. Abril, 1938.
- Boletines de la Liga contra el cáncer. Habana 1930 a 1938.
- American Journal of Cáncer. Mayo 1932 y Abril 1937.
- American Society of the control of cáncer, 1931.
- Sumario de los informes generales del II Congreso Internacional de Lucha Anticancerosa. Bruselas Septiembre 1936.
- Anuario Sanitario Internacional 1928, 1930 y 1932.
- Archivo de Ginecología del Hospital General.
- Memoria de las labores realizadas en el ramo de Beneficencia Pública y Previsión social. 1923-1937.

PROPOSICIONES

ANATOMIA DESCRIPTIVA.....	Arteria radial.
ANATOMIA TOPOGRAFICA	Cara posterior de la pierna.
ANATOMIA PATOLOGICA	Epiteliomas.
BACTERIOLOGIA	Bacilo del tétanos.
BOTANICA MEDICA	Eucalipto.
CLINICA QUIRURGICA	Respiración artificial.
CLINICA MEDICA	Hematemesis.
FISICA MEDICA	Cauterios térmicos.
FISIOLOGIA	De la saliva.
GINECOLOGIA	Quistes del ovario.
HIGIENE	De la leche.
HISTOLOGIA	Del útero.
MEDICINA LEGAL Y TOXICOLOGIA	Intoxicación por la estricnina.
MEDICINA OPERATORIA	Ligaduras de la arteria radial.
OBSTETRICIA	Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada.
PATOLOGIA GENERAL	Procesos pseudo-membranosos.
PATOLOGIA EXTERNA	Heridas penetrantes del abdomen.
PATOLOGIA INTERNA	Enfermedad de Corrigan.
PATOLOGIA TROPICAL	Absceso del hígado.
PEDIATRIA	Lactancia mercenaria.
PSIQUIATRIA	Psicosis maniaco-depresiva.
PARASITOLOGIA	El tricocéfalo.
QUIMICA ORGANICA	Benzoato de Sodio.
QUIMICA INORGANICA	Yodo.
QUIMICA BIOLOGICA	Proteínas de la leche.
TERAPEUTICA	Estricnina.