

de suma importancia solicitaba se le permitiera dictaminar hasta dentro de ocho días.

El Sr. Dr. Villarreal manifestó su satisfacción por las frases tan encomiásticas del Sr. Dr. Hurtado; y refiriéndose á la idea de presentar las observaciones por escrito, indicó que no lo había hecho así porque perderían su oportunidad, teniendo que publicarse hasta que les tocara la vez.

Se concedió al Sr. Dr. Hurtado presentar su informe dentro del plazo que solicita. Y en cuanto á la modificación que pretende se haga en el Reglamento, le dijo el Sr. Presidente que la propusiera siguiendo los trámites prescriptos.

JESÚS CONZÁLEZ URUEÑA.

GINECOLOGIA.

BREVES CONSIDERACIONES ACERCA DEL CANCER DE LA MATRIZ, DESDE EL PUNTO DE VISTA DE SU TRATAMIENTO.

Quiero llenar mi turno reglamentario sometiendo á vuestro ilustrado criterio algunas consideraciones acerca del tratamiento del cáncer de la matriz, afección ginecológica que, sin disputa alguna, puede considerarse como una de las más beneficiadas por la Terapéutica quirúrgica moderna. Me bastaría para demostrar esta aseveración, recordar que hace apenas 28 años el Profesor Courti sostenía *que la curabilidad absoluta de tan terrible mal, no existe* (1). Y Emmet, al hablar del pronóstico de las afecciones malignas del útero, dice: *no podemos, desgraciadamente, sino detener por algún tiempo los progresos de la enfermedad, que conduce inevitablemente á la muerte* (2). Pone en duda la exactitud de las observaciones hechas en curaciones obtenidas por operaciones adecuadas sostiene que en ellas ha habido *error de diagnóstico*, pues siempre que en el momento de intervenir no ha quedado

(1) Courti.—Pag. 1017 de su tratado práctico de las enfermedades del útero, de los ovarios y de las trompas.—Segunda edición de 1872.

(2) Emmet.—La práctica de las enfermedades de las mujeres. Trad. de la tercera edición por Adolfo Olivier.—Pág. 513.

duda acerca de la naturaleza de la enfermedad, esta ha tenido inevitable reincidencia.

* * *

Actualmente podemos asegurar que el cáncer del útero es curable radicalmente, si se establece un diagnóstico precoz, se interviene con oportunidad y se emplea una técnica que segura y fácilmente nos permita hacer la substracción amplia del órgano afectado, de su red linfática y de los ganglios en donde estos canales terminen. Que sin permitir la inoculación por las celdillas generadoras de la neoplasia en los tejidos respetados, y muy especialmente en la serosa peritoneal, sólo detenga la acción del bisturí la convicción de haber llegado á tejidos enteramente sanos.

En ésta, como en la generalidad de las afecciones del dominio quirúrgico, la exactitud de diagnóstico y la oportunidad de una intervención adecuada, son las únicas garantías de un éxito feliz. Bien sabéis, Sres. Académicos, que la degeneración cancerosa del útero es en su principio afección enteramente local, y de aquí que conocido ésto oportunamente, podamos apelar á una intervención adecuada que procure su curación radical.

El tratamiento tiene que ser esencialmente quirúrgico, supuesto que, no posemos ningún medicamento interno capaz de detener la evolución destructora de la celdilla maligna, y siendo en su principio un mal puramente local, ninguna medicación general puede producir un efecto favorable.

Hasta hoy, las estadísticas de los más caracterizados autores nos presentan tan sólo un 15 por 100 de curaciones sostenidas por 8 ó 9 años; pero es evidente que la proporción aumentará cuando las mujeres prescindan de su actual aversión á las exploraciones ginecológicas, se fijen en las hemorragias ó escurrimientos anormales que suelen denunciar el principio del cáncer, y elijan médicos especialistas, capaces de hacer un diagnóstico precoz, y de emplear un tratamiento adecuado á su extensión, forma anatómica, etc.

Es, en efecto, censurable hacer perder á la paciente que se confía á nuestra honorabilidad profesional un tiempo precioso, prescribiéndole oxitócicos, inyecciones vaginales más ó menos astringentes y desinfectantes, ó practicando cauterizaciones con medicamentos químicos

ó aplicaciones de agentes físicos como el termo-cauterio; pues se pierde á no dudarlo la oportunidad operatoria dejando progresar el mal, acelerando quizá su marcha invasora y permitiéndole que traspase la frontera uterina y se ponga fuera del alcance de todo tratamiento salvador.

Y sin embargo, no sería menos digno de censura el cirujano que por un golpe de audacia operase lo que no es operable, y por imperdonable lijereza abrevie la vida de su paciente.

Para cumplir con nuestra noble y elevada tarca de curar ó aliviar los padecimientos que atormentan á la humanidad, sin jamás provocar su muerte, no debemos vacilar frente á esta afección maligna, en operar sin perder un sólo momento en expectativas siempre inútiles y peligrosas, lo que es operable; pero debemos respetar lo que ya no es posible limitar con el bisturí.

Hasta hoy el tratamiento radical de las afecciones malignas de la matriz es esencialmente quirúrgico: tal vez mañana la seroterapia lo substraiga á la acción del cirujano, contándole entre sus más bellas conquistas al lado de los tratamientos actuales del *tétanos*, de la *rabia*, del *carbunco*, de la *estreptocoquemia*, y de la *difteria*, que son los mayores y más benéficos progresos que se han realizado en el siglo que está al terminar.

Pero mientras este progreso se realiza, tenemos que convenir en que el solo tratamiento del cáncer uterino es quirúrgico, y á mi entender tiene gran importancia desde el punto de vista de sus resultados lejanos, la elección del procedimiento operatorio, y esta proposición es el asunto principal de este trabajo.

*
**

Bajo la denominación de cáncer del útero se debe comprender todo tumor maligno que se implante en este órgano: es decir, todo neoplasma que desorganice y destruya los tejidos que invada, se substituya á ellos, se extienda por continuidad y por diseminación; que es susceptible de reincidir después de su ablación y que jamás cura espontáneamente; que hasta hoy no cede á ningún tratamiento general; que abandonado á sus esfuerzos propios se generaliza comunmente por núcleos que siguen la dirección de los linfáticos, á los órganos vecinos y aun algunas veces á los distantes, *metástasis*; y que por su marcha

progresiva produce un estado *caquéctico* especial, y termina necesariamente por la muerte. Acepto con el Profesor Pozzi que la palabra cáncer, tratándose de la matriz, debe tener una significación esencialmente clínica y ser sinónimo de neoplasma maligno.

Consultando la proporción que en los cuadros estadísticos de la mortalidad en general da el cáncer, vemos que ocupa un buen lugar, pues según Marc d'Espine representa por término medio (Cantón de Génova) 8 % de la mortalidad general; Breslau asegura que en el cantón de Zurich las defunciones por este mal representan 4% de la mortalidad; Wagner en los Hospitales de Praga, de Leipzig y de Viena ha encontrado 441 cancerosos en 5122 autopsias, lo que equivale á un poco más del 8 %. Broca valoriza la proporción de defunciones por el cáncer de 3 á 4 por ciento y estas cifras se aproximan á las señaladas por Breslau, Moore, pero son inferiores á las de Marc d'Espine y de Wagner y representan un medio que es el más aceptado.

En esta Capital se registraron 432 defunciones por cáncer de la matriz en un período de cinco años, que se extiende de 1895 á 1899. La mortalidad general en este mismo intervalo, fue de 82,515.

Ahora bien; según la autorizada opinión de C. Schröder, más de una tercera parte de las mujeres cancerosas presentan esta degeneración en la matriz; la glándula mamaria viene en 2º lugar, y todos los autores están acordes en aceptar, que esta afección, es más frecuente en la mujer que en el hombre. Hirsch, por ejemplo, deduce de las estadísticas de West y de Simpson, que la mortalidad por cáncer es 25 % más en las mujeres; que este aumento se debe á la frecuencia del de la matriz y del de la glándula mamaria.

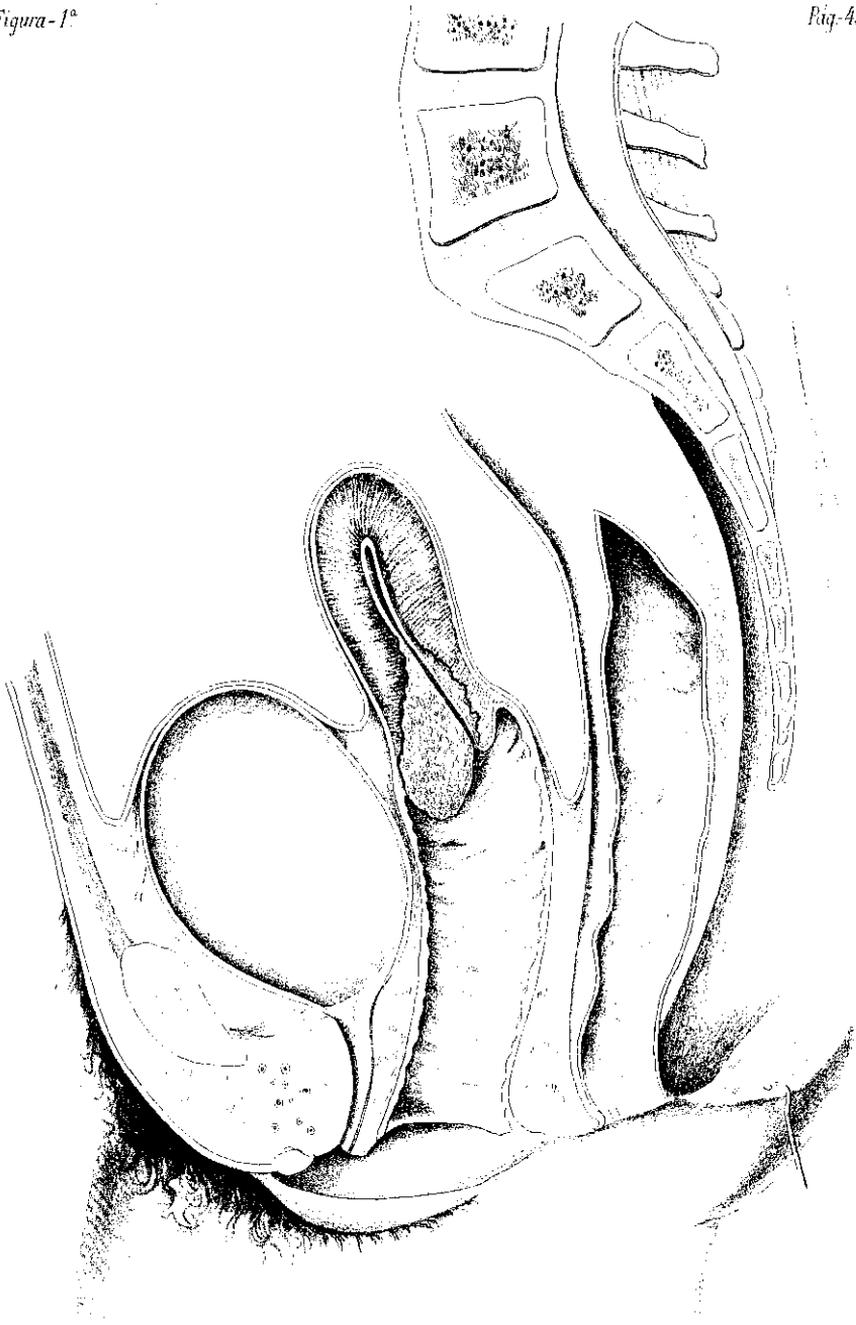
Claramente se desprende de estos hechos la importancia que merece todo cuanto á esta afección se refiera; pero muy particularmente lo relativo á su tratamiento.

*
* *

La notoria predisposición del cuello de la matriz para ser invadido por el cáncer, ha sorprendido siempre á todos los observadores, y sería asunto de positivo interés investigar si hay en la Anatomía general algún dato que pueda explicar esta preferencia; pero tal estudio me alejaría de la cuestión práctica en que quiero exclusivamente co-

Figura-1^o

Riq-429



Epitelioma bien limitado al cuello del útero operado por histerectomía vaginal total.—No presentó señales de reproducción á los 19 meses.—Estado general de la paciente bastante satisfactorio.

locarme, y por este motivo me limito á sólo señalarlo, dada la índole de este trabajo.

Como los datos proporcionados por los autores están muy lejos de concordar, sólo mencionaré que en 812 casos de cáncer del útero, observados por Schröder, 785 eran del cuello y sólo 27 ocupaban el cuerpo; que en 848 mencionados por Krukemberg, 791 ocupaban el cuello. En 32 enfermas en las cuales me ha sido posible establecer con exactitud el diagnóstico, 2 solamente tenían el cuerpo por sitio, las 30 restantes ocupaban el cuello.

Guserow asegura haber encontrado sólo 80 casos bien diagnosticados de cáncer del cuerpo uterino después de haber escudriñado la bibliografía médica, según lo aseguran Hart y Barbur en su tratado de Ginecología, traducción española de la 4ª edición, página 618.

Aunque acepto que el cuello es mucho más frecuentemente afectado por el cáncer que el cuerpo del útero, me parece exagerada la aseveración de Guserow, y creo que la degeneración maligna, ya solo del cuerpo, ya de éste y del cuello, tiene mayor proporción de la aceptada en la actualidad, lo cual nos comprobará el estudio histológico cuidadoso de los órganos extraídos.

*
* *

Ya que he hablado de su frecuencia pasaré á bosquejar, aunque sea muy ligeramente, las formas anatómicas con que se presenta, en los casos en que no es dable poderlo observar desde su principio.

Cuatro son las principales, á saber: 1ª, *papilar*, designada también con la denominación de forma vegetante; en *coliflor*, ó de *carcóide* superficial de la porción vaginal; 2ª, forma *nodular*, *parenquimatosa*, ó cáncer infiltrado; 3ª, forma *cavitaria* ó cáncer de la *mucosa cervical*; y 4ª, forma *vaginal* ó *supra cervical*.

En la forma *papilar* la *neoplasia* se inicia en el *epitelium* cilindrico de la mucosa que reviste la porción sub-vaginal y permanece algún tiempo localizada á la porción del cuello situada abajo de la inserción de la vagina. (Véase la lámina núm. 1).

En su principio la ulceración presenta el aspecto de una escoriación benigna; pero más tarde, se cubre de vellosidades ó se hace fungosa, y el labio invadido presenta la forma de un *hongo* ó *coliflor* que

oculta el orificio externo así como el otro labio. A partir de este momento, la simple inspección da á sospechar la naturaleza del mal que empieza á extenderse, dirigiéndose hacia el fondo del saco vaginal inmediato, al que invade superficial y profundamente, y de allí se propaga á los *tejidos periuterinos*; pero excepcionalmente se extiende al *canal cervical*.

En la forma *nodular*, la afección principia por nudosidades pequeñas situadas abajo de la mucosa del cuello, ya de la superficie externa, ya de la interna; nudosidades que crecen, se reblandecen y se ulceran quedando así constituida la úlcera cancerosa. *Nudosidades* idénticas aparecen en el resto del cuello, en el espesor del cuerpo uterino, en el tejido celular pelviano (en el que suele tomar gran incremento,) y excepcionalmente en algunas partes más lejanas de su sitio primitivo.

En la forma *cavitaria*, la *neoformación* maligna según Ruge y Vest, principia en el *epitelium* cilíndrico del canal cervical y se extiende principalmente al tejido submucoso. El trabajo ulcerativo domina el proceso *neoplásico* y el canal cervical se transforma poco á poco en una cavidad *anfractuosa* de paredes ulceradas. Se propaga á la mucosa de la cavidad uterina, en seguida el *parenquima* de ésta, mientras que la porción muscular del cuello sólo se destruye muy posteriormente.

En la forma vaginal, el mal empieza en la mucosa del fondo del saco posterior por una *neoplasia epiteliomatosa, lobulillada*, y su marcha invasora es hacia al cuello, al tejido celular que rodea á éste, ó á la vagina, donde provoca ulceraciones muy extensas.

Se vé por lo expuesto, que la forma *papilar* permanece más tiempo localizada al cuello uterino, y que su propagación al cuerpo es por lo general tardía. Quizá por esta razón y en vista de la rapidez con que se hace la propagación en las *cavitaria* y *nodular*, Schöeder la consideraba como afección *cervical* localizada.

K. Abel pretende que la degeneración maligna se encuentra propagada á la cavidad del cuerpo con mayor frecuencia de la que hasta hoy le supone la mayor parte de los ginecólogos, pero bajo formas histológicas diferentes en ambas regiones. Asegura que en 7 casos bien estudiados y pertenecientes á la clínica del Profesor Landau, ha encontrado en 3 una degeneración *sarcomatosa* de la mucosa del cuerpo, y en 2 alteración de *endometritis intersticial* dudosa, con tendencia á

Figura-2

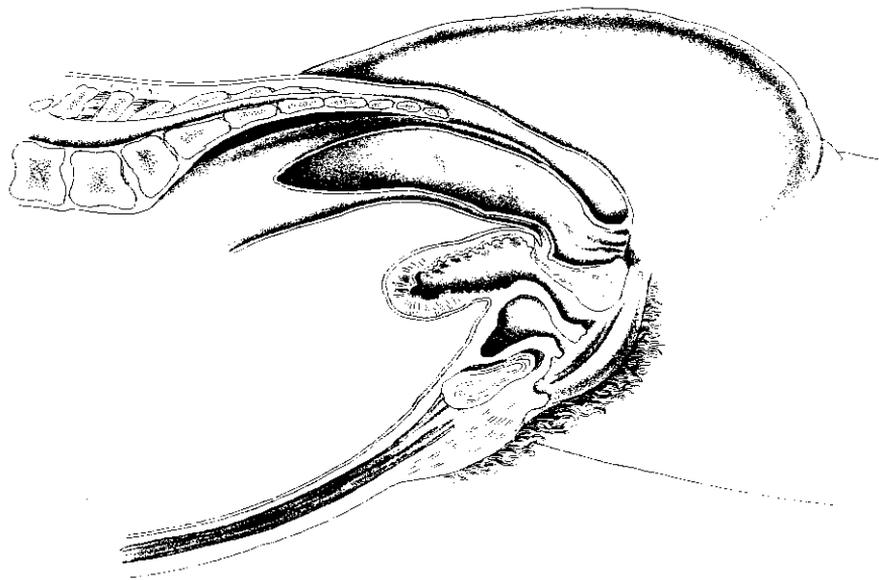
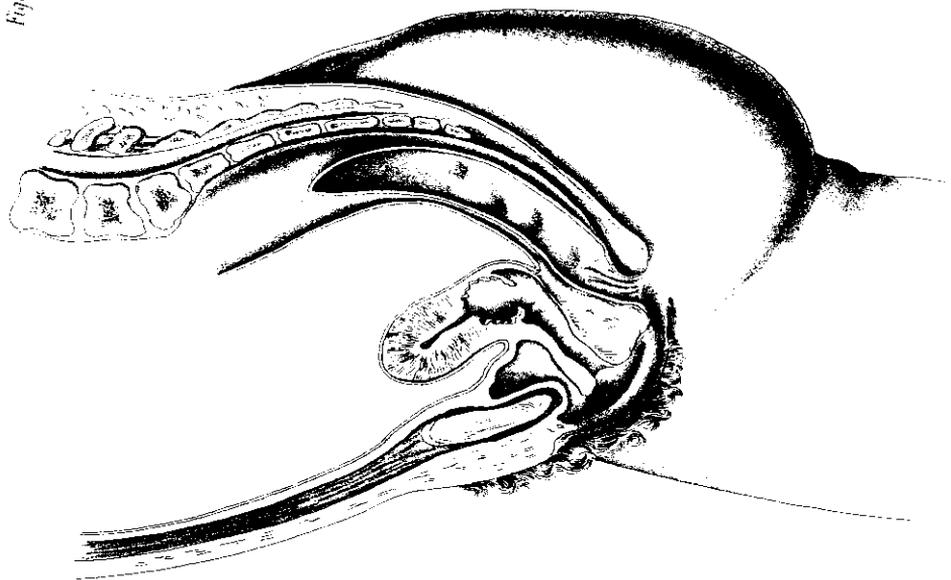


Figura-3



efectúan una evolución hacia el *sarcoma*, coincidiendo con una cancroide superficial de la porción vaginal del cuello.

Por su generalización indeterminada, esta opinión no ha sido bien acogida; pero basta que los hechos hayan sido bien observados para autorizarnos á admitir su posibilidad al establecer la línea de conducta que con mayor número de probabilidades nos puede conducir á alcanzar la curación radical.

Se observa constantemente que la invasión al *tejido celular pelviano* y *perivaginal* se inicia, ya por *infiltración neoplásica* regularmente progresiva, ya por *nudosidades cancerosas* dispuestas en forma de cadena ó de rosario, en la dirección de los ligamentos *recto-uterinos* y siguiendo los canales linfáticos que parten del cuello y se dirigen al través del *parametrio* y de la base de los ligamentos anchos, á los *ganglios iliacos* y *prevertebrales*. Estos ganglios se hallan con más frecuencia de lo que se supone, invadidos por la degeneración maligna, aun en casos en que la afección parecía limitada al útero. Este hecho, bien demostrado, es prueba inequívoca de que en el cáncer de la *matriz*, como en el de *mamila*, la invasión maligna al sistema linfático se anticipa mucho y que la extirpación de todos los ganglios adonde terminen los linfáticos del órgano enfermo se impone para evitar la reproducción que, á no dudarlo, aparecería dejando tejidos sembrados por las celdillas productoras de la *neoplasia* maligna.

El útero es órgano tan rico en vasos linfáticos, que Leopold, quien ha hecho investigaciones acerca de estos vasos fuera del estado de gestación, considera *La membrana mucosa uterina como una superficie linfática que no contiene vasos especiales, sino numerosos senos linfáticos revestidos de endotelio*. Poirier describe el sistema linfático de la matriz formando tres planos: los que nacen de la mucosa, los de la envoltura muscular y los del peritónico uterino. Este autor, que admite la existencia de linfáticos nacidos en el espesor de la capa peritoneal, dice que los numerosos linfáticos se anastomosan entre sí, en todas las partes del útero.

Según Tillaux, los linfáticos que nacen del útero y que son muy numerosos, forman dos grupos ligados entre sí por vastas anastomosis, el del cuerpo y el del cuello. Los que nacen del cuello son poco numerosos, 2 ó 4 de cada lado, pero son de un volumen notable, pues cada uno presenta la dimensión de la arteria uterina, y van á termi-

nar á los ganglios situados en el ángulo de bifurcación de la arteria iliaca primitiva. Los linfáticos del cuerpo y fondo del útero terminan en los ganglios lumbares. Algunos linfáticos del fondo terminan en los ganglios de la ingle recorriendo el ligamento redondo.

He recordado estos datos anatómicos, por creer necesario que tengamos presente la disposición del aparato linfático de la matriz, al emprender el tratamiento quirúrgico de las *neoplasias* malignas de este órgano y poder practicar su ablación completa, yendo sin vacilaciones al lugar que ocupa en esta región.

Las consideraciones en que he entrado me bastan para abordar el tratamiento del cáncer de la matriz, tratamiento que, como llevo dicho, es esencialmente quirúrgico. Mas no siendo posible en todas las pacientes hacer una extirpación completa de los tejidos degenerados, nos resulta una división enteramente clínica de los casos operables, unos susceptibles de practicarse en ellos la resección completa de todos los tejidos patológicos, para realizar la curación radical, y otros no operables.

Es, sin duda, cuestión de grande importancia valorizar con exactitud el caso en relación con su *operabilidad*, y á esta solución nos conduce la exploración bimanual escrupulosa y metódicamente practicada. Si ella nos revela que el útero está enteramente móvil, que el cuello no es muy voluminoso, que no existen infiltraciones ó endurecimientos sospechosos en los demás órganos contenidos en la excavación *pélvica*, se puede deducir que es operable (1). Pero si de este examen resulta que la matriz está fija, que se perciben en el tejido conjuntivo que la rodea núcleos circunscriptos y duros; si en los repliegues que limitan la cavidad de Douglas, se notan *indosidades* dispuestas en forma de rosario correspondiendo á los linfáticos de esta región, es evidente que la degeneración cancerosa se ha alejado de la frontera accesible á la acción quirúrgica y en tal virtud, que no es operable.

Pasemos á considerar los dos casos. En el primero, es decir, en el supuesto de tratarse de un caso operable, se debe adquirir el conocimiento exacto de la extensión del mal, porque puede estar limitado al cuello ú ocupar el cuerpo del útero.

(1) Mas antes de emprender alguna operación de importancia se debe adquirir la certeza de que los aparatos respiratorios, circulatorio y renal están normales, y que el buen estado general garantiza que la paciente está en condiciones de resistir el choque quirúrgico.

El *carcinoma* del cuerpo, que no es frecuente, debe ser combatido por la histerectomía abdominal completa, pues hay que convenir en que la sección del abdomen permite operar á plena luz, extender la intervención á los ligamentos anchos en donde se hallan gruesos canales linfáticos que nacen de la matriz y los recorren en la dirección de los vasos arteriales; da acceso fácil á la parte superior de la vagina por si se juzga conveniente su resección y permite llegar á los ganglios donde terminan los linfáticos del órgano degenerado, cuyo sitio nos ha dado á conocer la anatomía regional.

La extirpación completa del sistema linfático, es en la actualidad precepto quirúrgico que impone á la cirugía del cáncer uterino la noción bien demostrada de las *metástasis* linfáticas que se presentan desde muy al principio de la *neoplasia*, precisamente en momentos en que el examen clínico hace suponer la limitación, y en que el microscopio nos revela con su indiscutible evidencia, la invasión de estos vasos.

En una de mis operadas temía haber ido demasiado lejos al haber practicado el vaciado de la pelvis, porque por el aspecto que á la simple vista presentaban los ganglios extraídos, parecían normales; pero en el examen histológico que de ellos hizo mi ilustrado compañero el Sr. Profesor Gavíño, se demostró que todos estaban degenerados, aunque en diversos grados. Esta enferma fué operada hace 3 años, 4 meses, y hasta la fecha nada me hace temer la reproducción, pues su salud es excelente.

Para estos casos, no vacilo en aceptar la conclusión de Ricard, que que dice: *todo cáncer del cuerpo del útero en que esté justificada la operación, debe ser operado por la vía abdominal.*

Los partidarios más adictos de la histerectomía vaginal, renuncian hoy á extraer por esta vía tan limitada, una matriz degenerada, transformada en masa desmenuzable y séptica, en la cual la disección tiene que ser sumamente laboriosa, de larga duración, y frecuentemente acompañada de abundante hemorragia, muy difícil de extinguirse por tan inextensible conducto.

* *
*

Para fundar el tratamiento racional del cáncer del cuello, es necesario tener presentes las formas anatómicas bajo las cuales este mal se presenta en su principio. Si se trata de la forma *papilar*, y la afec-

ción está bien limitada á la porción sub-vaginal, y no ha alterado los fondos de saco-vaginales y el parametrio, creo que la histerectomía vaginal total es el mejor tratamiento. La creo preferible á la amputación supra-vaginal del cuello, supuesto que da más garantías de abstraer todos los tejidos patológicos y la gravedad de la operación no es superior al de la amputación alta dados los progresos actuales de su bien metodizada técnica operatoria y la manera de realizar la antisepsia.

En esta forma, también designada con el nombre de *cancroide superficial del cuello*, si el padecimiento está bien limitado al contorno del orificio externo, ó á uno ó ambos labios del *hocico de Tenca*, pero con la indispensable condición de hallarse exclusivamente circunscripto á la porción sub-vaginal, quizá sea suficiente la amputación alta del cuello, extendiendo la resección más allá de los límites del mal y dejando tejidos enteramente sanos con los cuales se pueden formar superficies que se afronten por suturas adecuadas.

Esta operación, en realidad bastante sencilla, tiene aún autorizados partidarios entre los que se cuenta el eminente Schröder y entre nuestros ginecólogos mexicanos, los distinguidos profesores del ramo, Dres. San Juan y Gallegos, que poseen una brillante estadística. He tenido oportunidad de examinar á algunas operadas del Profesor San Juan y he logrado convencerme que la curación se ha sostenido bien por algunos años. Una de ellas, que en la actualidad vive en la 11ª calle de la Violeta, la operó según ella me asegura, hace 10 años, y ha quedado enteramente sana. Ví también hace pocos meses, á la Sra. A. B. de V., á quien el mismo Profesor operó en Abril de 1895, sin encontrar en ella ningún vestigio de su antigua afección cancerosa. Conozco algunas otras en quienes la curación se ha sostenido por más de tres años, lo que evidentemente es debido al juicio clínico que ha desplegado al practicar esta operación en condiciones adecuadas.

Yo creo superior como método de elección, la *histerectomía vaginal total*, para sólo esta forma anatómica, en la cual, como ya he dicho, permanece el mal en su principio bien localizado y sin *metástasis linfáticas*; y lo creo así, porque quitar todo el órgano afectado, es la más segura garantía para evitar la reproducción.

Esta operación, tratándose de emplearla como tratamiento de la forma *papilar*, adquiere cada día mayor número de partidarios en vista

de los resultados que nos muestran las estadísticas de Leopold, Ott, Schanta, Fritsch, Offmeir, Pozzi, etc., y quizá llegue á imponerse.

En la forma *nodular*, hemos visto que la afección comienza por nódulos situados bajo la mucosa del cuello, pero que se extienden con rapidez al tejido submucoso del cuerpo y al *parametrio*, y que con frecuencia se observan islotes de idénticos núcleos en los demás órganos pelvianos, en casos en los que la *neoplasia* parecía bien limitada.

En la forma *cavitaria*, el cuerpo del útero es rápidamente invadido, y la degeneración se extiende especialmente á la mucosa, que como ya he dicho, es muy rica en vasos linfáticos; de aquí el que la propagación á estos vasos y á los ganglios en que terminan, sea tan prematura.

En ambas formas el cáncer del cuello, aunque el examen más cuidadoso nos lo presente á su principio en apariencia bien limitado, el estudio microscópico de los ganglios extraídos nos los muestra más ó menos invadidos por la celdilla maligna.

No deben, en tal virtud, aceptarse como tratamiento racional, operaciones que dejen sin explorar la zona *ganglionar*, que abandonen las *adenopatias* que con tanta frecuencia suelen presentarse, pues estas intervenciones sólo debemos considerarlas como paliativas.

Si la zona ganglionar se ve con frecuencia invadida, es deber del ginecólogo proceder á su total extirpación, para poner á su enferma lo más lejos posible del alcance de peligrosa reincidencia.

Mi inteligente amigo, el Sr. Profesor Gaviño, me decía hace algunos días, al hablar con él sobre este asunto, que había encontrado, con mayor frecuencia de la que se supone, las *metástasis* linfáticas coincidiendo con cánceres del cuello de la matriz desde muy al principio de su formación; y yo no vacilo en creer que lo mismo observarán los histologistas que estudien tan interesante asunto.

Jacobs (de Bruselas) sostiene que en sus operaciones abdominales practicadas en las mejores condiciones requeridas para la extirpación del cáncer por la vía vaginal, ha encontrado con frecuencia el sistema linfático pelviano muy invadido. Se puede deducir de esta aseveración qué tristes resultados habría dado la intervención vaginal.

En la actualidad no creo que algún cirujano, celoso de su reputación y buen nombre, se limite á extraer, frente á un cáncer del seno,

sólo la glándula enferma, y deje abandonados los ganglios de la axila. Ahora bien, ¿su conducta debe ser diferente tratándose del útero?

La histerectomía vaginal no es capaz de llenar tan urgente indicación, supuesto que una disección tan completa no es practicable por tan estrecha vía.

El campo operatorio tan limitado que ofrece esta brecha, hace la disección muy laboriosa, sumamente delicada, peligrosa y expone á dejar infiltraciones de celdillas malignas en regiones más ó menos próximas á las heridas quirúrgicas, que serán otros tantos núcleos de reproducción post-operatoria. Jacobs rehusa á la histerectomía vaginal, como tratamiento del cáncer del cuello, el título de operación radical: la considera como intervención paliativa que no pone al abrigo de reincidencias, y asegura que en 70 operadas, dos solamente han vivido más de dos años; las demás han muerto de reincidencia que ha aparecido de uno á dieciocho meses después de la histerectomía. En la estadística publicada por Bouilli se ven resultados tan desastrosos en un total de 127 casos que la forman.

No desconozco que la histerectomía vaginal, es una operación fácil, (cuando no hay muchas adherencias), bien metodizada, que posee una técnica sencilla y que su pronóstico es relativamente benigno, si sólo tomamos en consideración los resultados inmediatos.

No ignoro que las dificultades operatorias en la vía abdominal son aún más grandes en los casos de cáncer que cuando se practica para *fibromas* ó supuraciones anexiales; pero estas dificultades, en gran parte debidas á las investigaciones minuciosas que se tienen que emprender para extirpar el sistema linfático que nace del órgano enfermo, se pueden vencer con el conocimiento topográfico de la región en que se opera, para ir sin vacilaciones al punto donde se encuentran normalmente los ganglios, abreviando así el tiempo de la intervención.

No debemos discutir la gravedad de la intervención abdominal, comparada con la de la histerectomía vaginal, en cuanto á sus resultados inmediatos; pero sí conocer las curaciones radicales realizadas por cada una. Planteado el problema en estos términos que son los que nos interesan, tenemos según Ricard, Jacobs, Bouilli, Prayor y varios cirujanos americanos, un saldo considerable en pró de la vía abdominal.

A mi juicio, en el cáncer del cuello que se presenta bajo las for-

mas anatómicas modular ó cavitaria, el tratamiento de elección es la *láparo-histerectomía* total, con resección completa de los tejidos linfáticos que nacen de la matriz, así como de los ganglios á que éstos terminan.

Mis ilustrados compañeros y amigos, los Sres. Profesores Zárraga y Mendizábal, á quienes he expuesto estas mis convicciones, las aceptan, y su autorizada opinión demuestra que las operaciones radicales en el tratamiento del cáncer del útero, cuentan con partidarios de valer.

*
* *

He procurado fundar, con el mayor número de datos anatómicos y clínicos que me ha sido posible reunir, el tratamiento racional del cáncer operable de la matriz; pero sucede, y por desgracia con demasiada frecuencia, que las enfermas sólo vienen á nuestro poder cuando la neoplasia siguiendo su marcha invasora, se ha extendido á los órganos vecinos, determinando metástasis linfáticas y ganglionares, produciendo la formación de exudados que originan la fijeza del útero al organizarse, y el deber del verdadero cirujano en estos casos es *saber abstenerse* de practicar operaciones peligrosas. En efecto, el que desconociendo la impotencia de la cirugía en casos semejantes, se empeña en intervenir en ellos y llevar á término una temeraria operación á costa de gravísimas mutilaciones, el choque quirúrgico que de ellas resulte pondrá fin á una existencia; pero si no fuere así del momento y durante el acto quirúrgico llega el cirujano á comprender su error y deja incompleta su operación, ocasionará la inmediata reproducción, de marcha quizá más rápida, como se observa en estas podas, y sólo conseguirá acelerar la terminación mortal.

Llegada á este periodo la enfermedad, no procede la operación, y las intervenciones radicales tienen que ceder su lugar al tratamiento paliativo.

Mitigar los dolores y prolongar la vida: he aquí la limitada pero no menos noble misión del ginecólogo. Los medios de que podemos disponer para su realización son, en su mayor parte, también quirúrgicos, pero de acción más circunscripta. Tales son: el *legrado* y la cauterización, especialmente con el hierro al rojo.

Las hemorragias, los dolores más ó menos violentos, los escurrimientos serosos y pútridos y los accidentes sépticos, son los principales factores que aceleran la terminación necesariamente mortal del padecimiento. Para disminuirlos, contamos con el legrado que substraen todos ó la mayor parte de los tejidos degenerados, como poderoso recurso. Este debe ser precedido por esmerada desinfección del canal útero-vaginal, de la dilatación amplia de las cavidades uterina y cervical, y seguido de inmediata y profunda cauterización con el hierro al rojo de toda la extensión de la parte degenerada.

Al practicar esta operación, se debe conocer bien el espesor y grado de consistencia de las paredes de la matriz, así como las dimensiones y dirección de la cavidad uterina para evitar su perforación, bien con la cucharilla cortante, ó bien con la caída de profundas escaras, lo que sucedería si no se aprecian y no se toman en consideración estos factores.

Se logra por esta sencilla intervención, detener las hemorragias, los escurrimientos infectos, sanear el foco séptico y, por consecuencia, impedir aunque sea temporalmente, la auto-infección y prolongar la vida.

He presenciado mejorías notables tanto del estado local como del general, en enfermas en quienes he practicado esta intervención. En una que operé hace ocho meses en el número 6 de la calle de la Acequia asociado con mi inteligente compañero el Sr. Dr. Mendizábal, la Sra. M. J. de L., encontramos la degeneración cancerosa extendida del cuello á la cavidad uterina, al parametrio, y aun presentaba infiltraciones en los ligamentos anchos especialmente en el del lado derecho; por legrado seguido de enérgica cauterización con el termo-cauterio y taponamiento con gaza yodoformada, obtuvimos notable mejoría. Esta consistió en la suspensión de las metrorragias, del escurrimiento de serosidad fétida que existía en los intervalos que dejaban las hemorragias, y la desaparición del movimiento febril; accidentes, que unidos á la repugnancia para alimentarse, amenazaban terminar con su existencia. Todos estos fenómenos mejoraron, renació el apetito y se alentó el estado moral de nuestra paciente, en quien se sostuvo el alivio hasta hace dos meses que se inició la reproducción. Hasta un mes antes que ésta se notara, época en que la enferma regresó á Cuernavaca, entretuve la asepsia relativa de la cavidad de la matriz por inyecciones con solución

de azul de metilena que practicaba cada tres ó cuatro días, seguidas de taponamiento con gaza empapada en la misma solución.

En la misma época acompañé al expresado Dr. Mendizábal á practicar idéntica intervención en una enferma que vivía en el número 10 de Vergara, y á quien también conseguimos proporcionarle notable tregua en sus sufrimientos, y el alivio se sostuvo ocho meses.

Hace seis meses, operé en compañía del modesto é ilustrado Pr. Gallegos, á la Sra. C. V. de Z. que vivía en la calle de Tacuba. En dicha señora la neoplasia ocupaba todo el labio anterior del cuello y gran parte de la pared anterior del cuerpo; había extensos endurecimientos en la base del ligamento ancho izquierdo, y abundantes exudados ya organizados en el parametrio, que inmovilizaban la matriz. Se dilató ésta por el procedimiento de Vulliet, lo que nos permitió hacer un extenso legrado y de todos los tejidos degenerados; practicamos profunda cauterización con el termo-cauterio y terminamos por un taponamiento con gaza yodoformada. Cada tres ó cuatro días, hice inyecciones intrauterinas con solución de azul de metilena al 5 p ∞ seguidas de taponamiento con gasa esterelizada, empapada en la misma solución.

Vulliet asegura haber obtenido excelentes resultados, inyectando alcohol absoluto en el tejido uterino, alrededor de los puntos endurecidos, pero como no tengo experiencia personal en este método, me limito tan sólo á mencionarlo.

Guinard ha señalado recientemente la eficacia del carburo de calcio, agente que al contacto del agua se descompone en gas acetileno y en óxido de calcio; el primero detiene las hemorragias y el escurrimiento fétido, según lo asevera su autor.

En las cancerosas, es necesario sostener la cavidad uterina y vaginal lo más asépticas que sea posible, para evitar, ó cuando menos retardar la auto-infección y prolongar la vida. Esto se realiza, por inyecciones abundantes y curaciones antisépticas. Para las primeras, he empleado el ácido piroleñoso rectificado en solución acuosa al 10 p ∞ , y para las segundas una mezcla de dos partes de aristol y una de polvo de clorato de sosa.

Las curaciones con polvos desinfectantes presentan las ventajas siguientes: absorber y neutralizar las secreciones pútridas, aislar las partes enfermas, hacer que desaparezca la irritación vulvar que resulta

del contacto de estos escurrimientos con los grandes y pequeños labios, contacto que la limpieza de esta región no logra evitar. Finalmente, permite á las enfermas muy debilitadas, evitarse las inyecciones y curaciones muy frecuentes.

Para calmar el dolor y sostener las fuérzas vitales, el mejor recurso es la morfina, empleada en inyecciones subcutáneas, pues esta substancia posee una acción electiva sobre el útero en el que hace lenta su circulación, disminuye las hemorragias y retarda la evolución de la enfermedad.

Luteaud recomienda provocar el morfinismo en los cánceres no operables, y en verdad que en estos casos desesperados, se observa una inesperada prolongación de la vida.

La medicación tónica, una alimentación reparadora y una buena higiene, contribuyen poderosamente á mejorar la triste situación de estas desgraciadas mujeres

Sin duda alguna que combinados estos medios paliativos se logrará atenuar los sufrimientos y hacer más tolerable la existencia.

Depende del juicio clínico la apreciación en cada caso particular; pero un buen legrado seguido de cauterización en érgica con el hierro al rojo, y la antisepsia útero--vaginal, proporciona mejorías de importancia, detiene las hemorragias y los escurrimientos infectos, calma los dolores, sana el foco séptico, fuente constante de infección y hace desaparecer el movimiento febril.

Evidentemente no destruye los elementos malignos productores del cáncer, y en tal virtud no constituye un tratamiento radical, pero cuando el mal por su extensión ha traspasado la frontera quirúrgica y ha dejado de ser operable, no debemos permanecer inactivos ó indiferentes ante los sufrimientos que ocasiona. Ciertamente nos encontramos desarmados para intentar una curación radical, pero debemos luchar para mejorar tan penosa situación y hacer menos amarga la vida que se confía á nuestra honradez profesional.

*
* *

La histerectomía total en el tratamiento del cáncer del útero, presenta serios peligros que es necesario conocer para saber evitarlos. Entre ellos se menciona, la implantación de celdillas malignas en el peri-

tóneo ó la infección de esta serosa al dividir el útero ó la vagina, invadidos por el neoplasma maligno y generalmente transformados en focos sépticos, pues la reproducción en el primer caso, y la peritonitis generalizada, en el segundo, serían las consecuencias inmediatas.

El útero suele perder parte de su movilidad normal; entonces es difícil atraerlo hacia la cavidad abdominal por medio de tracciones en que pelagra su integridad, queda en el fondo de la escavación pélvica sostenido por la vagina retraída ó endurecida, por los ligamentos anchos poco extendibles, y por un parametrio que ha perdido su laxitud y elasticidad fisiológica, ya por exudados de naturaleza inflamatoria, ya por la invasión de la degeneración cancerosa.

Pueden encontrarse uno ó ambos *ureteres* rodeados por tejidos fungosos, que al reseccarlos producen una hemorragia difícil de extinguir.

El cuerpo de la matriz, cuando ha sido invadido por una degeneración maligna, pierde su consistencia, se transforma en una masa desmenuzable, séptica, que no presta punto de apoyo sólido á tirabuzones, ganchos ó pinzas de garras, instrumentos construidos especialmente para sostenerlo y extraerlo de la escavación pélvica, y con los cuales se desgarran, haciendo caer productos patológicos en la serosa abdominal.

Todos estos peligros pueden evitarse con detalles de técnica operatoria, que se deben tener presentes al practicar la operación, para no omitir alguno.

Las cavidades uterina y vaginal deben ser objeto de escrupulosa desinfección, practicada con abundantes inyecciones de sustancias antisépticas apropiadas (1) en los días que preceden á la operación y seguidas de taponamiento de la cavidad cervical y de la vagina, con gasa yodoformada.

Un purgante mécanico y antiséptico, la víspera (aceite de ricino 32 gramos, mezclado con 40 centigramos de calomel) y una lavativa antiséptica (de 750 gramos de agua destilada y 20 centigramos de permanganato de potasa) en las primeras horas de la mañana del día de la operación, y la administración de un gramo de benzoato de

(1). Yo empleo la solución de azul de metileno al 5 p ∞ en agua rigurosamente esterilizada.

bismuto en una cucharada de jarabe de morfina una hora antes de la anestesia, aseguran la desinfección, desocupación y retracción del tubo digestivo.

Si el cuello uterino se encuentra muy fungoso, es prudente legrarlo y cauterizarlo con el termo-cauterio ó con una solución concentrada de cloruro de zinc, para evitar con seguridad la infección peritoneal ó la siembra de celdillas patológicas durante el acto operatorio.

La posición de Trendelenburg y el empleo de la *valva* abdominal en la extremidad pubiana de la incisión de las paredes abdominales, para facilitar las maniobras al extirpar el útero más ó menos detenido en el fondo de la excavación, son de rigor. Se consigue también con la posición inclinada, que el paquete intestinal se retire hacia la concavidad del diafragma, á donde se le protege con facilidad colocando una compresa caliente y rigurosamente aséptica con el ángulo umbilical de la incisión abdominal.

Freund propuso el primero en 1878 la extirpación total del útero por la vía abdominal como tratamiento del cáncer de la matriz, pero su técnica era imperfecta, y en la actualidad se ha abandonado enteramente este procedimiento sin que tal abandono opaque la gloria de quien realizó un verdadero progreso, al proponer el tratamiento más racional del cáncer de la matriz.

Hoy, son tres los procedimientos más aceptados: el de Doyen, el de Reymer y el conocido por procedimiento Americano.

Doyen para separar el útero de la vejiga procede por *arrancamiento*, lo que expone á la desgarradura de la pared posterior del receptáculo urinario, complicación bastante seria, y por tan justo motivo lo creo inferior para la extirpación del útero canceroso al procedimiento Americano, al que doy la preferencia como procedimiento de elección, con ligeras modificaciones,

La técnica es bien sencilla. Se coloca á la enferma preparada para la operación como lo he recomendado, después de bañada y enjabonada con jabón de cianuro de mercurio, en la mesa de operaciones y en la posición de Trendelenburg.

Se desinfecta con esmero la pared abdominal con solución al milésimo de bicloruro de mercurio, y se coloca una gran compresa aséptica y dividida en la parte que corresponde á la línea blanca, procurando que cubra bien las paredes abdominales anterior y laterales.

Mientras se practica la anestesia (1) se hace nueva y escrupulosa desinfección de las cavidades útero--vaginales y el legrado de la superficie cruenta, del cuello, si se juzga necesario.

Colocado el operador á la derecha de la paciente, procede á la incisión abdominal en la linea blanca, procurando que ésta descienda lo más cerca posible del pubis. Se limita el campo operatorio por tres compresas asépticas y calientes, una en el ángulo umbilical y las otras dos en los bordes laterales. Se coloca la valva abdominal de Doyen en el ángulo pubiano y se toma el borde superior del ligamento ancho izquierdo; se liga la arteria útero--ovariana fuera de los anexos; se obtura con una pinza hemostática la misma arteria del lado del útero y se le corta entre la ligadura y el útero. Se hace lo mismo con la arteria del ligamento redondo y se divide el ligamento ancho fuera de los anexos en toda su altura, hasta tropezar con la arteria uterina que, bien conocida y aislada se le pone una ligadura. Se continúa el aislamiento del cuello de la matriz hasta encontrar el fondo de saco vaginal correspondiente, que se divide para penetrar amplimente en la cavidad vaginal y se van colocando ligaduras en las colaterales de la uterina que den sangre. Se toma sólidamente el cuello, que si ha sido bien preparado, no debe infectar el peritóneo ni sembrar esta serosa de celdillas generadoras del cáncer, y se invierte éste hacia arriba y á la izquierda. Se continúa libertando el cuello adelante y atrás, y por dos incisiones horizontales, practicadas al nivel de la inserción de los ligamentos redondos, que sólo interesen la envoltura peritoneal de las caras anterior y posterior del útero; se forman dos colgajos que servirán para reconstruir el piso pélvico después de la resección de la masa útero-anexial. No presenta dificultad la disección de estos colgajos, porque al nivel del segmento inferior de la matriz, el peritóneo es poco adherente á la capa muscular. Al desprender el peritóneo vésico-uterino, se ve descender la vejiga detrás de la pared posterior del pubis y se facilita el aislamiento del cuello que para terminar, basta seccionar los fondos de saco vaginales anterior y posterior, hasta encontrar la arteria uterina derecha que se liga. Se divide este ligamento ancho de abajo hacia arriba,

(1) Doy la preferencia á la anestesia mixta; es decir, empleo cloroformo solo para lograr la anestesia quirúrgica, y para sostenerla, las inhalaciones de éter, las que pueden continuarse por todo el tiempo necesario para terminar la operación, con menos peligro que á los que suele ocasionar la anestesia clorofórmica prolongada.

ligando las arterias del ligamento redondo y la útero-ovárica al presentarse.

La sección de este ligamento deja enteramente desprendido el paquete útero-anexial, que se extrae de la cavidad abdominal, quedando el campo operatorio libre para practicar la extirpación del aparato linfático, sin dejar algún canal ó ganglio degenerado. Se explora la vagina, y si se la encuentra invavida por la neoplasia maligna, se reseca toda la parte dañada.

Los bordes de la herida vaginal se afrontan por sutura surjete, con seda esterilizada; se reúnen las hojas de la porción conservada de los ligamentos anchos, por medio de sutura, también en surjete, pero hecha con cattgut y se aproximan estos bordes suturados lo más posible uno de otro, para reunirlos hacia la línea media por sutura apropiada; por sutura en forma de jareta, se reúnen los bordes de los colgajos peritoneales que se formaron con la serosa vésico-vaginal y recto uterina, y se realiza una obturación completa y reconstitución perfecta del piso pélvico.

El acto operatorio se termina cerrando la herida de la pared anterior del abdomen, que debe hacerse por tres planos de sutura: uno para reunir los bordes de la herida peritoneal (empleando el cattgut), otro para el plano músculo-aponevrótico (con cattgut) y el tercero para afrontar la piel, que debe practicarse con crin de Florencia. Con polvo de yodoformo se cubre la herida y se protege con un apósito formado de dos ó tres hojas de gaza yodoformada y de una capa gruesa de algodón salicilado; apósito que se sostiene por un buen vendaje de franela. La vagina debe ser taponada con gaza yodoformada y la vulva cubierta con algodón salicilado. Al practicar el cateterismo, se debe cuidar de no dejar que la orina toque la gaza del tapón, y cambiar el algodón de la vulva cada vez que esto se haga.

No insisto acerca de los cuidados de antisepsia que deben tomarse durante la operación y del aseo escrupuloso de la cavidad pélvica, así como en la asepsia rigurosa del material de suturas, compresas, vendas, etc., por ser bien conocidas de todo cirujano familiarizado con la cirugía abdominal.

Como se vé, este procedimiento operatorio difiere algo del americano, pero la técnica es bien sencilla; el operador no necesita un arsenal quirúrgico complicado; se puede operar con seguridad y rapidez y

Figura-4.



Aislamiento del campo operatorio por medio de 3 compresas, una superior y dos laterales, que van desde los bordes de la herida hasta el fondo de la cavidad pélvica.—Ampliación del ángulo inferior de la herida por la valva de Doyen. Tracción hacia arriba y adelante del útero con ayuda de las pinzas de garras de Museux.—Posición de Trendelenbourg.

sólo requiere alguna habilidad que se adquiere con la práctica ginecológica.

*
* *

El cáncer de la matriz, ¿debe operarse durante el embarazo?

Esta cuestión ha venido preocupando á los ginecólogos desde que Bartholin y Mauriceau demostraron con hechos indiscutibles la posibilidad de la concepción en las cancerosas, quedando desde entonces desvanecida la opinión de Hipócrates, que fué aceptada hasta el siglo XVII, *que el cáncer de la matriz se opone á la fecundación.*

Mauriceau va más adelante al establecer, apoyado en la observación clínica, que no es á la fecundación, sino al parto, al que el cáncer de la matriz crea dificultades. Desde esa fecha, la literatura obstétrico-ginecológica, nos hace conocer casos de neoplasmas malignos del órgano de la gestación, complicados de embarazo, así como de cánceres que han empezado durante el estado de gestación. Observaciones auténticas y minuciosamente detalladas, nos ponen en pleno conocimiento de la influencia de la gestación sobre el cáncer, de la que esta neoplasia ejerce sobre la evolución del embarazo y marcha del parto, y de los resultados que se han conseguido por el tratamiento empleado.

Está bien demostrado que el desarrollo y la marcha del cáncer del útero se acelera con el embarazo, hecho que explica el reblandecimiento de los tejidos, debido á la gestación y reblandecimiento que facilita la infiltración por las celdillas cancerosas, favorecida también por la afluencia más considerable de sangre durante el estado de gestación. Muy excepcional es que las alteraciones cancerosas queden estacionarias, y nadie admite hoy que retrocedan, y mucho menos que desaparezcan, como suponían los antiguos, probablemente por error de diagnóstico. Connstein sostiene que cuando el mal empieza durante este estado fisiológico, en el cual la matriz recibe mayor cantidad de sangre para atender al desarrollo del nuevo ser que tiene que contener durante el tiempo necesario para que obtenga las aptitudes indispensables para vivir por sí sólo, el cáncer se desarrolla con mayor rapidez.

La influencia nociva del embarazo sobre el cáncer se traduce por el aumento de las lesiones y por la exacerbación de los síntomas. Es frecuente observar la rápida invasión de los órganos vecinos, y el aumento de los dolores; la abundancia de las hemorragias y de los escu-

rimientos saniosos, etc. El estado general se afecta: la caquexia puede hacer tales progresos, que la enferma, abandonada á sus propios esfuerzos, sucumba antes de iniciarse el parto.

Sin embargo, no es excepcional que se vea llegar el embarazo á término y que el alumbramiento se verifique sin dificultades.

La influencia del cáncer sobre el embarazo es variable. Connstein asegura que en las dos terceras partes de los casos, el parto se verifica á término. Y cuando el aborto ó el parto prematuro se efectúan, la interrupción del embarazo es ocasionada por el mal estado general de la paciente, minado por la evolución del neoplasma, por las hemorragias continuas ó es determinado por su extensión á las paredes del cuerpo del útero ó bien por las alteraciones de la caduca. Es evidente que el lugar que ocupa la afección tiene grande influencia sobre la duración del embarazo y que, cuando está bien limitada á un solo labio, ó cuando más á la porción sub-vaginal del cuello, el embarazo llegará á su término con mayor frecuencia que cuando el canal cervical se halle invadido.

Creo también útil recordar los numerosos peligros á que está expuesta la mujer en el momento del parto, por sólo el hecho de su afección cancerosa, siendo los principales: la prolongación del trabajo, debido á la dificultad que presenta el cuello degenerado á la dilatación; la frecuencia con que se observan desgarraduras, á veces muy extensas; las hemorragias abundantes, en mujeres más ó menos debilitadas y difíciles de dominar por la alteración de las fibras musculares; la frecuencia con que se presentan las infecciones puerperales por auto-intoxicación, pues sin esfuerzo de imaginación se comprende que las pacientes se encuentran en las condiciones más adecuadas para que penetren á un organismo generalmente debilitado los microorganismos de las septicemias que abundan en las lesiones cancerosas, tan difíciles de tenerse asépticas; finalmente, el traumatismo que el paso del feto produce á dichas lesiones, acelera su marcha destructora y el puerperio contribuye con su valioso contingente á la terminación funesta.

La idea dominante en los parteros antiguos era consagrar todos sus esfuerzos á conservar y salvar la vida del feto, pues consideraban la de toda mujer cancerosa destinada á un fin próximo. Hoy, felizmente, estas ideas se han modificado, debiéndose este benéfico cambio de conversión, á los progresos realizados en la técnica operatoria de las

histerectomías totales abdominal y vaginal, y á la seguridad que nos proporcionan los perfeccionamientos de los métodos antisépticos para realizar la asepsia operatoria. Y en tesis general, podemos decir que la actual tendencia está decididamente inclinada en favor de las intervenciones.

Las indicaciones variarán necesariamente, según el momento en que el médico se hace cargo de la enferma y según la extensión y desarrollo del neoplasma.

A mi juicio, si el cáncer está muy extendido y no es ya susceptible de completa limitación con el bisturí, no se debe interrumpir el embarazo y por un tratamiento tónico y reconstituyente, reposo adecuado, desinfección local esmerada, administración de calmantes en la matriz é inyecciones subcutáneas de morfina, sostener las fuerzas de la mujer, calmar los dolores y proteger la continuación del embarazo hasta su término ó lo más cerca posible de él, y obrar entonces según las circunstancias lo exijan.

Cuando el cáncer se halla en su primer período de evolución y esté *estrictamente* limitado á una porción más ó menos extensa del cuello, que es lo que generalmente se observa, pues en este período los espermatozoides pueden llegar con su vitalidad al encuentro del óvulo, es decir, hasta el tercio externo de la trompa ó á la superficie del ovario; condiciones casi imposibles de realizarse en un período avanzado de la neoplasia, en que los escurrimientos icorosos y sépticos destruyen la vitalidad de dichos espermatozoides, paralizan su ascensión é impiden la fecundación; se debe intervenir y he aquí la mejor conducta.

Si el embarazo no ha pasado del tercer mes y la neoplasia está claramente limitada al orificio externo del hócico de Tenca, creo claramente indicada la histerectomía vaginal total:

Del 4° al 6° mes creo que se debe dar la preferencia á la histerectomía abdominal total:

Después del 7° mes, la operación cesárea seguida de la histerectomía abdominal total y de la resección completa de la red linfática y ganglionar, responde á las indicaciones humanitaria y racional de salvar la vida de la madre y del hijo, ambición que constituye el más bello ideal á que debe aspirar el ginecólogo honrado.

DR. A. LÓPEZ HERMOSA.