ADENITIS TUBERCULOSA.

Sobre esta lesión, que casi sale del dominio dermatológico, nada tengo que decir, por ser de antaño tan conocida y estudiada. En los dos casos en que se vió, fué en el cuello de dos jóvenes, uno del sexo masculino y otro del femenino.

En resumen: hay dos puntos de vista principales en los conceptos expuestos. El primero señala, con apoyo de cifras ya numerosas, las particularidades que presentan entre nosotros afecciones tan importantes como lo son las tuberculosis de la piel; el segundo marca un asunto, quizá de mayor interés por su trascendencia práctica, y se refiere á los datos que pueden aprovecharse para prevenir el desarrollo de una de las plagas más grandes que aflijen á la humanidad: la tuberculosis. Este último merece todos nuestros cuidados, porque en las campañas abiertas en casi todos los países en contra de aquel mal, no se toma en cuenta para la profilaxis el factor cutáneo, y si queremos realizar una labor completa en pro de la grandiosa idea, habrá que hacerlo en lo sucesivo, del mismo modo que para la tuberculosis pulmonar. Así lo he propuesto al Comité organizador del Sexto Congreso Internacional de Dermatología, que se reunirá en Nueva York en Septiembre del corriente año.

México, Junio 12 de 1907.

JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA.

GINECOLOGIA.

**Breves conceptos acerca del tratamiento quirúrgico
del Cáncer Uterino.**

Conforme á la prescripción reglamentaria, debería presentar en esta ocasión un trabajo referente á asuntos del dominio de

la Sección á que pertenezco, en mi calidad de socio titular de esta H. Academia; pero á pesar de los esfuerzos que he hecho para lograr el cumplimiento de aquella obligación, véome precisado á reservar para otra oportunidad, lo que por el momento no ha sido dable realizar, pues aunque tuve el intento de apérgame, como era de mi deber hacerlo, á lo prescrito, no ha querido la suerte favorecerme, proporcionando el contingente clínico indispensable con que es de rigor contar para la redacción de un trabajo original acerca del punto elegido. Tenía el propósito de dar á conocer algunas ideas que son especiales con respecto á la manera de efectuar la nefrectomía; espero tener mayor número de casos clínicos que pueden servir de apoyo á mis opiniones, y para entonces aplazo la consecución de mi intento, contando de antemano con la benevolencia de mis ilustrados consocios.

Mientras tanto, séame permitido llenar ahora mi turno reglamentario de lectura con la presente nota, cuyo objeto se reduce á exponer algunas ideas generales acerca del tratamiento quirúrgico del cáncer uterino

A pesar de los múltiples tratamientos aconsejados, y no obstante los notables progresos que en nuestros días ha alcanzado la Cirugía abdominal y ginecológica, el cáncer uterino, bajo sus diversas modalidades anatomo-patológicas, por desgracia continúa todavía inconmovible y permanece arraigado en los organismos que ataca hasta destruirlos, pues parece que han resultado vanos los esfuerzos que se han hecho con la generosa tendencia de encontrar, al fin, el tratamiento más eficaz para detenerlo en su marcha destructora, y ni siquiera se han podido llegar á contrarrestar sus formidables consecuencias.

Someramente voy á pasar en revista los principales recursos quirúrgicos que hasta el presente han sido usados para destruir este padecimiento letal, y al hacerlo, me preocuparé principalmente de buscar la razón que se haya tenido para crear y proclamar como el mejor, cada uno de los métodos ideados y aconsejados.

Casi á un mismo tiempo aparecieron varios métodos operatorios. Desde el año de 1829 data ya la histerectomía vaginal aconsejada por Récamier y Czerny. Desde aquella fecha hasta el año de 1878, la cirugía activa no ha recurrido á otro proce-

dimiento y hasta este último año (1878), Schroeder propuso la amputación supra-vaginal del cuello. El 30 de Enero de ese mismo año, Freund realizó la primera extirpación del útero canceroso por la vía alta, por la vía abdominal. He aquí ya tres métodos operatorios principales, á los que se podrían agregar otros dos que, si bien fueron indicados bajo un plan original, no alcanzaron nunca el mismo éxito que aquellos. Me refiero á los métodos de histerectomía por la vía sacra y por la vía perineal.

Al método de la laparo-histerectomía corresponden varios procedimientos operatorios. Entre los principales enumeraré desde luego los siguientes:

- 1º Operación de Freund. Extirpación del útero únicamente.
- 2º Operación de Schroeder. Extirpación del útero y los anexos.
- 3º Extirpación del útero, los anexos y el parametrio. Operación de Mackenrod.
- 4º Extirpación del útero, los anexos, el parametrio y los ganglios sospechosos. Operaciones de Rump, Clark, Kelly.
- 5º Extirpación del útero y los anexos con vaciamientos de la pelvis, ganglios y tejido celular. Operación de Ries.
- 6º Castración abdominal total, con vaciamiento completo lombo-ilio-pélvico.

Estos distintos procedimientos corresponden á las varias faces, conforme á las cuales se fué considerando por los distintos operadores, el método de histerectomía abdominal.

El segundo método no ha tenido tantas variantes; á esto se debe que, comparado con el anterior, aparezca más pobre en su terminología. Efectivamente, no hay más que una histerectomía vaginal total, sea que se la practique, y en esto consisten únicamente las variantes, por medio de ligaduras, por medio de pinzas ó con el termocauterio.

Demasiado fatigoso y sin objeto, al menos para el propósito conforme al cual he pensado redactar este trabajo, resultaría el querer analizar uno á uno, todos los procedimientos descritos para la extirpación del útero canceroso. Así pues, estimo conveniente analizar los dos métodos principales, considerándolos en sus aplicaciones efectivas, para lo cual estudiaré brevemente, sin descender á pormenores de técnica operatoria, los

resultados inmediatos y también los lejanos que se hayan alcanzado al ponerlos en ejecución. Procuraré deslindar, hasta donde sea posible, este concepto claro: cuál ha sido la supervivencia post-operatoria alcanzada por las enfermas sometidas á cada uno de estos métodos, con el fin de hacer perceptible, mejor dicho, palpable, que no obstante el ardiente deseo de los laparotomistas sistemáticos, el tratamiento quirúrgico del cáncer uterino, tal como hasta hoy se entiende, dista mucho todavía de merecer el concepto de ser mirado como realmente eficaz y curativo. Hasta hoy ciertamente debe mirársele más bien como paliativo; no hay un método operatorio electivo, y la regla de conducta única aconsejada por la prudencia y la experiencia, se ajustará siempre á las circunstancias especiales de cada caso; según convenga, se elegirá la vía alta ó la vía vaginal, al intervenir.

El único recurso que parece deber emplearse siempre para atacar el cáncer uterino con alguna esperanza de éxito, consiste en practicar lo que ha dado en llamarse la intervención quirúrgica precoz, con la cual se da á entender que el buen éxito de la operación dependerá siempre de la oportunidad con que se intervenga. Ante todo, conviene, pues, esmerarse en descubrir ó diagnosticar el mal cuando comienza, es decir, desde sus primeras manifestaciones, por ser entonces la única época en que haya posibilidad de procurar, en favor de las operadas, la mayor supervivencia, la más larga; lo cual sin duda alguna es posible; pero para conseguir llegar á este fin, hay que procurar antes, realizar un progreso efectivo en materia de educación práctica: es menester ampliar la enseñanza ginecológica, hacerla mas completa, á fin de adquirir, mediante ella, los elementos indispensables de diagnosis. Así se podrá sorprender la afección desde su principio y determinar oportunamente la manera de extirpar tan terrible padecimiento.

Los diversos procedimientos operatorios ya enumerados se reducen efectivamente á dos grandes métodos, según se ha indicado, á saber: el vaginal y el abdominal, mejor dicho, vagino-abdominal, comprendiendo en este último el vaciamiento pélvico. El primero fué el método que alcanzó en otros tiempos mayor prestigio y que actualmente ha perdido mucho en beneficio del vagino-abdominal, sin que, en mi concepto, sea

tiempo todavía de rendirle los homenajes de señalada predilección. Efectivamente, los partidarios de la intervención llamada laparo-histerectomía, pretenden haber obtenido mayor número de curaciones mediante ella, ó cuando menos, haber conseguido con su auxilio, prolongar más la vida de las operadas. Teóricamente es aceptable la intervención por la vía alta, supuesto que la concepción del método se ajusta á las reglas generales que conviene tener presente para realizar la extirpación amplia y completa de los cánceres de otras regiones, quiere decir, extirpación local, regional y ganglionar.

Los defensores de la intervención por la vía vaginal, entre los cuales hay que citar á Richelot, Winter, Schauta y otros, dicen y sostienen, que no obstante la limitada extirpación de los tejidos que mediante su uso se consigue, es bastante alcanzar para el objeto, por la imposibilidad de lograr una extirpación más completa por la vía abdominal. Piensan, además, que en los cánceres incipientes el mal está absolutamente limitado al útero y que cualquiera intervención que tenga por objeto extirpar otros tejidos, resultaría inútil, porque nadie podría asegurar que aún obrando así, se habría conseguido destruir todas las difusiones del padecimiento. Y todavía añaden á estos conceptos, el relativo á la mayor benignidad de la histerectomía vaginal, si se la compara, á este respecto, con la abdominal y siendo muy numerosos los casos de supervivencia que con aquella se obtienen; racional es, para ellos, darle la preferencia en el tratamiento quirúrgico del cáncer uterino, por la imposibilidad de conseguir algo mejor, según se dijo antes.

Los defensores de la histero-laparotomía, efectuada con todos los perfeccionamientos introducidos por la técnica moderna, apoyan su manera de obrar en consideraciones varias, de las cuales señalaremos algunas. Como en los cánceres del cuerpo y, sobre todo, en los del cuello de la matriz, se advierte la propagación precoz, según ellos, á los ganglios linfáticos, y como dicha propagación temprana no es posible deseubrirla clínicamente, en su concepto, conviene extirpar sistemáticamente todos los ganglios ilíacos con el tejido celular que los rodea.

Por esta razón está indicado hacer el que se ha dado en llamar vaciamiento pélvico. ¿Pero acaso es posible realizar ésto? Teóricamente sí; más en la práctica no. Es irrealizable en el

sentido lato que connota el término *vaciamiento pélvico*. Tal es mi manera de pensar y en esto voy de acuerdo con los hechos, porque algunos casos de mi práctica me han enseñado que no siempre es constante encontrar en las laparotomías, efectuadas por cánceres, aumentados de volumen los ganglios pélvicos, y los cirujanos más acostumbrados á este género de intervenciones, dicen: que muchas veces han tenido que abandonar el vaciamiento que se habían propuesto ejecutar, porque los ganglios no parecían estar afectados, y confiesan que, en otros casos, se han extirpado algunos que se habían hecho palpables, dejando, á no dudar, otros no aparentes en el campo operatorio. Esto en lo tocante á los ganglios pélvicos, que por lo que mira á los ganglios lumbares, latero-aorticos, y á todos los demás relacionados con los órganos de la región, ni los mencionan siquiera. Así pues, ateniéndose á los hechos, se llega á estas conclusiones: la extirpación ganglionar es indispensable, si se quiere tener la seguridad de haber aplicado al tratamiento quirúrgico del cáncer uterino una intervención racional; ó bien, esta extirpación ganglionar es inútil, ó por lo menos, no es enteramente indispensable. En el primer caso, considerado tal como la concepción teórica lo indica, resultaría, que sí es indispensable quitar todos los tejidos cancerosos y los ganglios regionales, tal como se hace en el cáncer del seno, v. gr., operación en la cual se practica, siempre que se quiere hacer la extirpación cancerosa completa, lo que nos ha enseñado Halsted. En este caso, se extirpan, no tan sólo los tejidos aparentemente afectados, sino hasta los ganglios no aparentes. En el segundo caso, si no es indispensable quitar los ganglios, valdría más abstenerse de practicar una operación inútil, que tan sólo se efectuaría por llegar á tener la satisfacción de extraer uno que otro ganglio aumentado de volumen, dejando en cambio otros, que aunque no sean aparentes, están quizá ya afectados.

Jacobs y Ries comprenden y sienten la necesidad de practicar el tal vaciamiento completo de la pelvis; pero parece, según lo que ellos mismos dicen, que en la práctica los hechos no corresponden á lo que enseña la teoría.

Oigamos cómo se expresa, á este respecto, el Dr. Barozzi en un artículo original muy importante que ha escrito sobre el tratamiento del cáncer uterino. "Para apreciar las razones, di-

ce, que hayan obligado á los cirujanos á practicar el vaciamiento pélvico, es indispensable establecer la frecuencia de la adenopatía, el dato probable de su aparición y el papel que desempeña esta adenopatía en el mecanismo de la recidiva. Por extrañío que parezca, continúa el mismo autor, está demostrado que la repercusión ganglionar no es una complicación precoz del epitelioma uterino. Este hecho está apoyado en la observación. Efectivamente, uno de los defensores quizá más autorizados de la histerectomía abdominal, Wertheimm, se ha visto obligado á confesar, que la infiltración cancerosa de los ganglios no es constante y que faltaba en la mayor parte de sus operadas. En 80 cancerosas examinadas con cuidado, la adenopatía sólo pudo comprobarse en 27 enfermas; 31 no tenían ni siquiera ganglios hipertrofiados y las 22 restantes tenían ganglios hipertrofiados; pero de naturaleza inflamatoria, no cancerosos. Hechos semejantes han sido señalados por varios cirujanos, entre los cuales hay que mencionar á Otto, Broese, Quelly, Martin y otros."

Winter piensa que es excepcional encontrar los ganglios atacados de cáncer, en tanto que el padecimiento esté limitado al útero, y que cuando el parametrio se encuentre invadido, la adenopatía existirá en la tercera parte de los casos únicamente. Así lo dijo en un principio; después modificó esta opinión, diciendo: que cuando el parametrio se encuentra invadido de cáncer, la invasión ganglionar se observa en 50 por ciento de las enfermas.

Flaislen sostiene que el parametrio es invadido casi siempre antes que las glándulas linfáticas y cita el ejemplo siguiente: una de sus operadas de histerectomía vaginal, viva aún, sin recidiva desde 10 años ha, presentó en el curso de la operación, un grupo de ganglios aumentados de volumen que no se extirparon y piensa que se trataba, en este caso, de adenopatía simplemente inflamatoria.

Podrían citarse muchas observaciones semejantes; pero sería demasiado fatigoso para el objeto que me he propuesto. Sin embargo, en materia de observación personal, puedo afirmar que en 11 casos de cáncer bien comprobado, que fueron operados por mí, solamente en una enferma encontré aumento de volumen ganglionar.

Gran número de cirujanos que han fijado su atención en este particular, afirman, que la adenopatía es muy inconstante y que aún ha llegado á faltar en casos muy avanzados. Tocante al cáncer del cuerpo de la matriz, como quiera que este es mucho menos frecuente que el del cuello, pocos estudios se han podido hacer á este respecto; pero parece que la adenopatía pélvica es más tardía en este caso que en el epiteloma cervical.

Ahora bien, por lo que mira al sitio ó sean los tejidos en que más se observa la recidiva, resulta, de todos los estudios emprendidos en tal sentido, que no son los ganglios los que más á menudo hacen reaparecer el padecimiento canceroso, sino los tejidos vaginales, sea en la cicatriz misma que dejó la operación, sea en otro punto distinto, pero muy cerca de ella. Barozzi ha podido comprobar en 17 casos de recidiva cancerosa que la repululación se había verificado en la misma cicatriz ó cerca de ella. Así también lo han comprobado Richelot y Pozzi, quienes piensan que el papel que desempeña la infiltración ganglionar en el mecanismo de la recidiva y de la mortalidad, es muy secundario. Winter también hace notar que en 58 casos de recidiva, la repululación apareció en 54, en los tejidos vaginales. Werthein parece no estar de acuerdo con estas observaciones y dice: que él, casi siempre ha visto que la recidiva aparecía en los ganglios tributarios de la zona infiltrada por el cáncer.

Veamos ahora los resultados inmediatos y lejanos de la extirpación cancerosa por ambas vías.

Histerectomía vaginal. Una de las estadísticas más significativas, que podrá proporcionar elementos de juicio, y que hasta ahora, aparece como la más completa, es la que nos ha dado á conocer Dimitri, de Ott, tomando mil casos de los cirujanos rusos y algunos de su propia práctica. Estos mil casos arrojan una mortalidad de 10 por ciento. Del número total, 250 enfermas operadas por la vía vaginal, pudieron ser examinadas *á posteriori*, resultando: que después de 5 años, en 13 enfermas no hubo recidiva; en 6 se comprobó la recidiva después de 6 años; 3 recayeron después de 7 años y 4 hasta los diez. En cuanto á la estadística particular de Ott, resulta, que en 189 casos, hubo dos de muerte post-operatoria; del número total, 62 fueron observadas posteriormente, sin que se indique la fecha, señalan-

do, únicamente, que tan sólo una de ellas no tuvo recidiva, sino hasta los 15 años.

En 213 casos operados por Kraus, hubo 12 muertes post-operatorias, 6 accidentales y tardías y 176 supervivencias, entre 2 y 5 años.

Fritsch en su estadística, que comprende 395 hysterectomías vaginales, asegura que la supervivencia se puede estimar en un 10 por ciento. Pfanestielf y Croemer aprecian el término medio de la supervivencia en un 12 por ciento. Winter cree que la supervivencia en las operadas por la vía vaginal, puede prolongarse, por lo menos, 5 años. Richelot obtuvo en 113 casos de hysterectomía vaginal, 7 muertes post-operatorias y señala supervivencias de 9, 10, 11, 12 y 13 años. En 225 hysterectomías practicadas por Zweifel con 15 muertes post-operatorias, 132 fueron estudiadas después, advirtiendo que hubo 35 curaciones, según se pudo observar, hasta después de 5 años, y 95 recidivas hacia la misma época. De estas 35 curaciones, 5 quedaron sin repululación hasta los 6 años, habiendo algunos casos en que la recidiva apareció después de 11 y 12 años.

Una estadística de Flaissen y Rugen, que comprende 48 operaciones de hysterectomía vaginal con 4 muertes post-operatorias, señala 44 supervivencias; habiendo reaparecido el mal en 24 casos sin que se indique en que tiempo se comprobó la reaparición; 3 de las operadas murieron por enfermedades intercurrentes, sin haber presentado huellas de repululación. Quedan de esta estadística 17 casos, que, según el autor, no habían tenido hasta la fecha en que la publica (1907), huellas de repululación. La recidiva no ha aparecido, dicen los citados cirujanos, en dieciocho y medio años, en 17, 16, 15, 14, 13 y 12 años; haciendo notar que el diagnóstico clínico de cáncer uterino había sido confirmado por el examen histológico.

Si he de atenerme á mi observación personal, diré, que de 6 hysterectomías vaginales que he practicado, no obtuve mortalidad inmediata; de las 6, 4 fueron relativas á enfermas del Hospital, y dos de la clientela particular. En estas últimas no es posible hacer apreciaciones tocante á la recidiva, porque las intervenciones datan apenas del mes de Diciembre último. En cuanto á las 4 anteriores que fueron operadas años atrás, sólo de una que fué examinada á los 3 años después de la operación,

puedo asegurar que hacia esa época no se le encontraron huellas de recidiva. Con respecto á las otras no las hemos podido encontrar ni averiguar nada de ellas.

Histerectomía abdominal. El método abdominal es más reciente que el vaginal, y por lo tanto, los datos estadísticos que á él se refieren, son menos completos. Sin embargo, conviene apuntar á este respecto los principales casos operados por varios cirujanos, á fin de poder apreciar en cifras el valor de dicho método.

En 75 casos que operó Jacobs, hubo 37 por ciento de curaciones prolongadas, sin que el autor indique nada respecto de estas curaciones. En 90 casos de histerectomía abdominal total operados por Werthein, hubo 20 por ciento de mortalidad; una operada no tuvo recidiva en 4 años, otra se presentó á los dos años y medio y en dos, después de año y medio.

Fritsch desde 1893 practicó 35 histerectomías abdominales totales por cáncer, con tres muertes post-operatorias y obtuvo 5 casos sin recidiva entre 5 y 18 años. Mackenrott refiere que en 39 histerectomías abdominales, 18 fueron observadas hasta después de tres años, sin encontrar recidiva.

Freund presentó dos observaciones en el Congreso Ginecológico que se reunió en Roma en 1902; son las de mayor supervivencia conocida en la historia del cáncer uterino, supuesto que duraron sin recidiva 24 y 19 años respectivamente. Esto es por lo que al cáncer del cuello se refiere. En cuanto al cáncer del cuerpo de la matriz, parece establecido, que la localización del epiteloma en este sitio, ha dado lugar á operaciones cuyos resultados han sido más felices y más durables.

De los datos consignados en la sinópsis precedente, me parece que puede hacerse mérito, entrando en algunas consideraciones acerca del valor que ellos encierran, con el fin de llegar á alguna conclusión enteramente práctica.

Es conveniente, más aún, es indispensable procurar, según se ha indicado ya, que la educación ginecológica se haga esencialmente práctica y extensiva á todos los que se dedican al ejercicio de la medicina, con el fin de que lleguen á adquirir los elementos suficientes para poder sorprender, por decirlo así, al cáncer uterino desde sus primeras manifestaciones, haciendo el diagnóstico precoz de tan terrible padecimiento; pues, como lo

hemos visto ya, parece bien averiguado hasta la fecha, que sólo el tratamiento quirúrgico precoz, es el único susceptible de poder asegurar á las pobres cancerosas una supervivencia más ó menos prolongada.

De los dos métodos operatorios referidos anteriormente, el vaginal y el vagino-abdominal, ninguno podrá ser elegido sistemáticamente y declarado, por ende, superior y preferible al otro; ninguno de los dos puede ser aceptado exclusivamente como el mejor y más conveniente. Cada uno tiene sus indicaciones propias, y según los casos y sus circunstancias particulares, así se podrá elegir, resolviéndose en favor de uno ó de otro, según se juzgue aplicable. Pocos serán, sin duda, los cirujanos que en presencia de un cáncer limitado, en matriz móvil y pequeña, sin que haya invasión del parametrio y contando con un canal vaginal amplio, se decidan á practicar la laparo-histerectomía, en vez de la histerectomía vaginal. Los que sistemáticamente practican la operación por la vía alta en todos los casos, lo hacen, quizá, por la mayor facilidad que encuentran en la ejecución de este acto quirúrgico, creyendo obrar mejor, fundándose únicamente en el deseo que los anima de poder realizar así una extirpación completa. Pero resulta quimérica la decisión, pues de lo expuesto anteriormente aparece que el tal vaciamiento pélvico, término cuya extensión es amplísima, no se puede verificar prácticamente, digan lo que quieran los defensores del procedimiento y á pesar de tantos perfeccionamientos técnicos como se han descrito. Además, en el cáncer uterino incipiente, el padecimiento está perfectamente localizado y no habría razón poderosa, en mi concepto, que obligara á abrir el vientre, tan sólo por el deseo único de querer extraer los ganglios y tejidos invadidos; pues ya está claramente demostrado: 1º Que la invasión ganglionar es tardía en el mayor número de los casos. 2º Que no todos los ganglios aumentados de volumen, son cancerosos; que hay algunos que son simplemente de tipo inflamatorio. 3º Que la recidiva del padecimiento no se verifica, sino raras veces en los ganglios pelvico-abdominales, y que la reaparición se hace en los tejidos vecinos de la cicatriz, que dejó la herida operatoria, ó en esta misma. 4º Por último, dígase lo que se dijere, y á pesar de todos los cuidados de asepsia y de la más rigurosa técnica que se emplee, la lapa-

rotomía simple ha sido un acto quirúrgico más serio, aunque más fácil generalmente, que la operación que se practique por la vía vaginal.

Resérvese, pues, la laparo-histerectomía, tal es mi opinión, para aquellos casos en que el padecimiento ya no sea reciente, y cuando la exploración nos demuestre que los tejidos del parametrio comienzan á ser invadidos ó lo están ya, haciendo perder á la matriz su movilidad parcial ó total; y todo esto siempre que las pacientes conserven todavía sus energías, se encuentren en cierto estado de salud aparente, sin ese tinte característico de la caquexia; y no sin haber hecho previamente el análisis de la sangre, de las orinas y el histológico que en el mayor número de casos, si no en todos, nos servirá de indicio seguro para haber de decidirse ó no, á practicar la susodicha intervención quirúrgica.

Hay otra consideración que no debo omitir aquí y que aparece como un corolario de todo lo estudiado anteriormente. Tal es la que mira á este punto: que el tratamiento quirúrgico del cáncer no hay que considerarlo todavía como un tratamiento curativo, sino simplemente paliativo. Pues de todos los casos operados que se han podido seguir, observando en el tiempo necesario para llegar á adquirir el conocimiento del éxito, parece que puede sacarse esta conclusión: está bien averiguado ya, que quien ha tenido la desdicha de padecer un cáncer, no curará, á pesar de la intervención quirúrgica más exquisita para lograr la extirpación total del padecimiento; la cancerosa operada, más tarde ó más temprano, morirá, al fin, por la reaparición del propio mal.

Resignémonos, pues, á esperar la aparición de tiempos mejores. Quizá ellos nos traigan algún remedio heroico; tal vez los descubrimientos que se realicen cualquier día en el terreno de la seroterapia, nos proporcionen un específico, á favor del cual sea permitido alcanzar la curación del cáncer uterino, ya que los procedimientos quirúrgicos actualmente conocidos y practicados, únicamente nos permiten paliar el mal, proporcionando á las enfermas que se someten á la aplicación de estos recursos, tan sólo una limitada prolongación de la vida.

Los sensibles progresos realizados en estos últimos años en el campo de la Cirugía abdominal, han servido para inducir á

los cirujanos á buscar entre todos los medios aconsejados, el mejor procedimiento aplicable á la curación del cáncer uterino. Resultado de todas las disquisiciones emprendidas, ha sido la división de los operadores en dos grupos; tendiendo los unos á realizar la extirpación completa de los órganos genitales enfermos con todo los ganglios relacionados con ellos; y los otros, obedeciendo, quizá, más á las dificultades y probablemente á la imposibilidad de practicar el famoso vaciamiento pélvico, se han visto obligados á preferir la histerectomía vaginal siempre que el útero enfermo hubiese conservado su movilidad, sin darle grande importancia, al principio establecido por Pozzi, que dice: "en el cáncer del útero, la operación que se practique deberá ser tanto más amplia cuanto más pequeña sea la lesión y viceversa."

A mi modo de ver, no hay razones suficientes del orden científico quirúrgico capaces de hacer inclinar nuestras tendencias en el sentido de un método operatorio con exclusión del otro. Por tal razón, en el curso de mi corta práctica me he ceñido á las indicaciones de los casos que se me han presentado, y sin declararme partidario de éste ó de aquel método, en las 11 histerectomías totales que he tenido oportunidad de practicar por cáncer uterino, 6 fueron ejecutadas mediante la laparo-histerectomía y 5 por la vía vaginal. De las operadas por la vía alta, una, que lo fué recientemente, falleció á consecuencia de una metástasis, que obstruyó los vasos de la pierna izquierda.

Estos casos de mi práctica directa influyeron para decidirme, al tener la obligación de presentar un trabajo reglamentario á esta Honorable Academia, á aprovechar la ocasión, recordando y condensando en dicho trabajo algo de lo que se hubiese escrito con respecto al tratamiento quirúrgico del cáncer uterino, escogiendo entre lo más importante y recientemente publicado.

He empleado el término genérico "cáncer de la matriz ó cáncer uterino" en vez de las distintas denominaciones que se han dado á los tumores malignos de esa entraña; porque el único objeto que me propuse, fué exponer á grandes rasgos lo que hubiese encontrado, según mi propio sentir, como de valor más positivo en el asunto.

Hubiera querido disponer, al elegir este tema, de estadísticas nacionales bien documentadas, en las cuales habrían figurado

dignamente las operaciones ejecutadas por nuestros más hábiles y distinguidos cirujanos; pero en la imposibilidad de adquirirlas desde luego, y no queriendo retardar la presentación de este trabajo, víme obligado á recurrir á las estadísticas de los más autorizados operadores europeos, para poder llegar así á las consideraciones que he tenido la honra de someter al ilustrado criterio de esta docta Corporación, abrigando de antemano la seguridad, de que, al dignarse acogerlas con benévola atención, serían juzgadas como el sincero testimonio de la buena voluntad en que abundo para llenar cumplidamente los deberes que con ella tengo contraídos.

México, Junio 5 de 1907.

I. VELÁSQUEZ URIARTE.

ACADEMIA N. DE MEDICINA.

Pate científica del acta de la Sesión del día 19 de Junio de 1907.

CONTINUACIÓN DE LA DISCUSIÓN ACERCA DE LA COMUNICACIÓN DEL DR. HURTADO, SOBRE UNA LAPAROTOMÍA EXPLORADORA.—DISCUSIÓN RELATIVA AL TRABAJO DE TURNO DEL DR. SALOMA.

Dr. Hurtado.—Había quedado con el uso de la palabra para continuar la discusión sobre el caso que presentó de adenoma hepático; pero desea antes oír la opinión del Dr. Terrés, que vió á la enferma y ha tenido un caso semejante en su clientela.

Dr. Terrés.—En efecto, tiene un caso parecido, al que después va á hacer referencia. En cuanto al del Dr. Hurtado, desde que se le oyó referir en la Sociedad de Medicina Interna, le causó la impresión de un lóbulo aberrante, ó de un adenoma hepático. La ausencia de dolores y de ictericia, la continuación del tumor con el hígado, y el ser pediculado, y el no haber crecimiento del bazo, conducían á ese dilema, el que desde luego, quedó resuelto en favor del adenoma, al explorar á la enferma; pues la tumefacción es muy dura, con consistencia mucho ma-