

es impracticable casi en los tumores grandes del útero. DELAGENIÉRE, hace muy dificultosa la hemostasis de las uterinas y de las vaginales. El procedimiento americano es esencialmente sencillo y fácil; pero hace muy probable la lesión del uréter, y no deja peritoneo para cubrir la vagina.

El procedimiento que yo uso hace todos estos peligros muy remotos, y á la vez que da toda garantía respecto de la hemostasis, asegura el aislamiento de la vagina fuera del peritoneo, y no perturba el plano resistente del piso pélvico, en su dinámica.

II

CÁNCER DEL ÚTERO.

Clínicamente se agrupan bajo el epíteto de cáncer todos los neoplasmas epiteliales del útero.

Desde tiempo inmemorial se acostumbra clasificar los cánceres uterinos en *cervicales* y *corporales*. Este modo de hacer repugna á la Anatomía Patológica, y apenas podría aceptarse en Clínica. (Figuras 26 y 27).

La tradición arrastra en Medicina, como en todas las Ciencias, hechos que hoy, con nuestro modo de pensar y medios admirables de investigación, no tienen manera de existir.

Así, en vez de admitir la división de cánceres del cuerpo y del cuello, yo adopto la siguiente: *cánceres de la mucosa uterina* y *cánceres de la mucosa vaginal*.

CÁNCERES DE LA MUCOSA VAGINAL.

Estos cánceres están esencialmente limitados al cuello uterino. Se desarrollan sobre la mucosa vaginal que le cubre exteriormente, y en rigor podrían admitirse como verdaderos cánceres vaginales.

Están caracterizados por su constitución especial, originaria del epitelium pavimentoso. Pueden iniciarse en cualquier punto de la mucosa peri-cervical y no es extraño verlos desarrollarse

sobre pólipos ó neoformaciones cervicales, siempre que se cubran del epitelium vaginal.

Es realmente curiosa la circunstancia de que estas producciones epiteliales pavimentosas suelen respetar los elementos epiteliales glandulares y mucosos del endometrio.

Los tumores epiteliales de esta región obedecen en su desarrollo á dos variedades principales: *la papilar*, constituida por salientes irregulares, mamiladas, en forma de yemas suaves, sangrantes y fácilmente ulcerables; y *la intersticial*, en cuyo caso las neoformaciones tienden á invadir las profundidades del órgano.

Todo cáncer tiende á crecer y á invadir los tejidos que le rodean.

La vagina es en estas circunstancias, uno de los primeros caminos que sigue el cáncer en su propagación. De elemento en elemento, por emigración de las celdillas neogénicas, se hace la infiltración cancerosa en la vagina sin dificultad ni línea de invasión sensible. De la vagina, la invasión cunde al tejido peri-métrico, á la vejiga, al recto y al tejido conjuntivo de la pelvis.

El epitelium cilíndrico intra-cervical resiste mucho al neoplasma.

La septicidad piogénica de todos los gérmenes que acuden á completar la escena de destrucción, invade rápidamente el endometrio: las lesiones inflamatorias y supurativas se muestran en la cavidad uterina; pero el neoplasma epitelial pavimentoso no invade el endometrio sino muy tardíamente, cuando los elementos cilíndricos han sido destruidos por los gérmenes piogénicos, ó por lo menos heridos profundamente en su actividad vital.

Los vasos linfáticos son, por el contrario, víctimas precoces del proceso neoplásico. Los ganglios pélvicos, los lombares y aun los inguinales, son frecuentemente el sitio de metastasis específicas.

Todo el tejido celular pélvico se infiltra de elementos epiteliales. El útero parece ahogado en medio de masas neoplásicas, y pierde rápidamente su movilidad. Los nervios son comprimidos, desorganizados, y diseminadas sus fibras en el neurilema completamente degenerado.

Los vasos sanguíneos sufren compresiones y aun algunas veces perforaciones que ocasionan no solamente hemorragias formidables, sino embolias cancerosas en otros órganos.

Los uréteres, rodeados por masas cancerosas, se aplastan y ocasionan ectasis urinarias en ellos mismos y en los riñones: de aquí todas las lesiones de las *urétero-pielo-nefritis* y aun las de la uremia.

El tabique vésico-uterino no escapa: el neoplasma destruye la vejiga estableciendo fístulas vésico-uterinas y vésico-vaginales, é infecta la mucosa vesical, trayendo la formación de cistitis sépticas graves.

El recto resiste bastante bien: pero su calibre se estrecha y los signos de constipación son precoces. Sin embargo, suele ulcerarse y constituir junto con la vejiga abierta, una cloaca repugnante por donde salen orina, materias fecales, pus, detritus neoplásicos gangrenados, etc., etc., exhalando un olor horriblemente fétido.

La generalización es rara en el carcinoma epitelial pavimentoso: aquí, como en cualquier otra región, es muy tardía, y salvo embolias ó metastasis por perforaciones venosas ó linfáticas, las complicaciones sépticas ó funcionales orgánicas terminan con el enfermo, antes de la época siempre remota de la generalización.

CÁNCERES DE LA MUCOSA UTERINA.

Están caracterizados por la presencia del tejido epitelial cilíndrico.

Parece fuera de duda que el proceso se inicia en el epitelium glandular, y que el mucoso de revestimiento, no sufre alteraciones sino consecutivas.

Puede nacer en cualquier punto de la mucosa intra-uterina, sea en la región del cuello, sea en la del cuerpo.

Sus tendencias invasoras se hacen principalmente hácia el tejido propio del útero. Difiere en este sentido notablemente del cáncer vaginal, pues mientras este se dirige á la vagina y tejido celular pélvico de preferencia, aquél lleva sus lesiones sobre el útero mismo.

Bajo el punto de vista macroscópico, los cánceres del endometrio pueden presentar tres formas principales.

O son yemas fungosas polipiformes que llenan la cavidad y que pueden hasta asomarse por el orificio cervical, ó son ulceraciones profundas que atacan el músculo uterino, ó infiltraciones nodulares difusas en todo el tejido del órgano.

Los anexos sufren comunmente en esta clase de cánceres rápido eco. Las trompas y el ovario se dejan invadir fácilmente al través del *ostium uterinum*.

La red linfática de los ligamentos anchos, gruesa, dura, y carcinomatosa, lleva la propagación maligna á los ganglios profundos de la pelvis.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

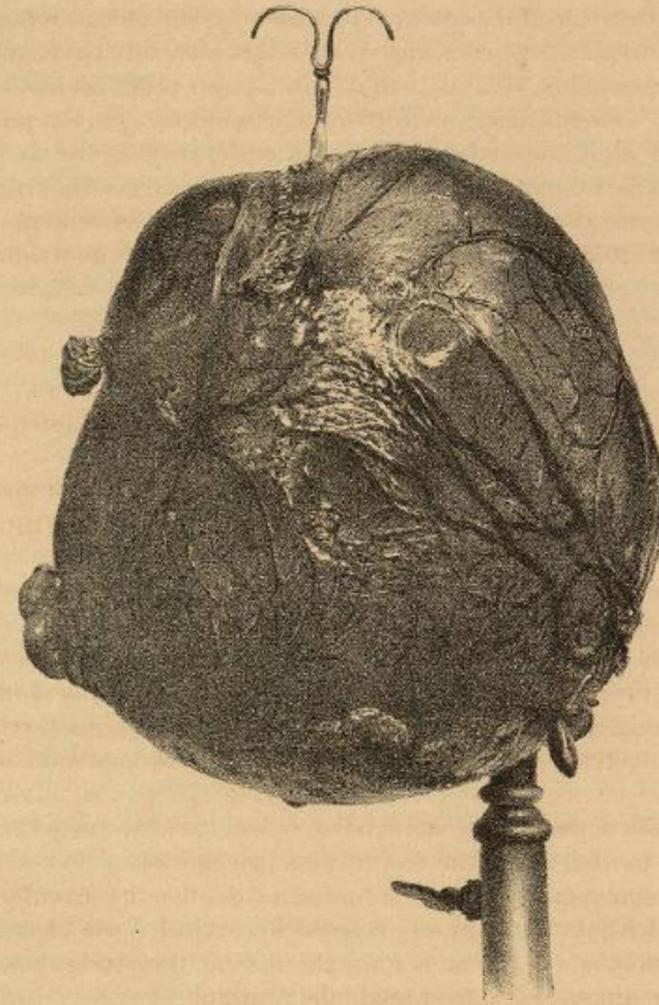


Fig. 23.—Gran quiste del ovario, coincidiendo con pequeños fibro-miomas uterinos.

(Operado por el Dr. NICOLÁS MENDIOLA, de Orizaba)

CURACION.

ETIOLOGÍA.

La causa directa de todos los cánceres queda absolutamente desconocida.

Hoy parece predominar la génesis parasitaria y se describen diversidades de protozoarios como causa eficiente de los neoplasmas carcinomatosos.

¿Será el carcinoma un proceso crónico de infección celular? ¿Las neoformaciones epiteliales reconocerán como causa, perturbaciones vitales esenciales, ó son la manifestación de la resistencia de los tejidos al ataque de gérmenes desconocidos?

El hecho es que aun nada cierto se demuestra, que sobre presunciones en Patología son nulos los juicios, y que debemos esperar los estudios nuevos, aun cuando la mayoría de los cirujanos reconozcan en el fondo de su pensamiento la naturaleza microbiana de los carcinomas.

La carcinosis uterina es sumamente frecuente. Mucho se ha debatido la herencia, como causa predisponente de los carcinomas: algunos autores han negado su influencia; pero entre nosotros está perfectamente aceptada, en cualquiera región que se encuentre el cáncer.

Conozco alguna familia en la que todas las mujeres, excepto una, han muerto de cáncer uterino ó mamilar, durante dos generaciones.

El cáncer uterino es casi desconocido antes de la pubertad, sumamente raro durante ella, frecuente en la mujer adulta y muy frecuente de los cuarenta años en adelante. De las estadísticas europeas, la principal es la de GUSSEROW, que comprende 3,385 casos, recogidos en la práctica de los ginecólogos más distinguidos, y dan su máximum de frecuencia entre los cuarenta y los cincuenta años.

Al decir de los autores norteamericanos, las negras sufrirían menos frecuentemente de carcinomas uterinos que las blancas. Lo contrario sucedería con los fibro-miomas.

Se han incriminado: la frecuencia en los partos, las desgarraduras del cuello uterino, las endo-metritis crónicas, etc. En general, toda causa de irritación celular constante predispone á los epitelomas.

La degeneración epitelial de los neoplasmas del útero, llamados benignos, es un hecho. Yo conozco un caso perfectamente de-

mostrativo: un pólipo fibro-miomatoso del cuello, arrancado y tratado el pedículo por la raspa con la cucharilla, se reprodujo como un epiteloma, que mató á la enferma.

Llama la atención la rareza relativa con que se observa el carcinoma uterino en las asiladas del Hospital Morelos.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA.

El cáncer, durante largo tiempo, ejecuta su formidable tarea en el sigilo más absoluto. Las mujeres no se aperciben del desarrollo traidor de tan tremendo mal y, por desgracia, cuando los primeros signos aparecen, la enfermedad ha avanzado demasiado.

A lo sumo ligeras molestias, trastornos poco perceptibles, señalan la existencia de tan temible huésped en el útero.

Cuando el neoplasma se ulcera, son las *hemorragias* y el *escurrimiento sero-sanguíneo fétido*, los síntomas que señalan su presencia.

Los dolores tienen el más triste pronóstico: los carcinomas meramente uterinos son indoloros. Cuando la infiltración epitelial gana el tejido celular peri-uterino, los dolores se presentan.

La hemorragia es comunmente el primer signo que despierta alarma en la mujer. Casi siempre pequeña al principio, se presenta después de una fatiga, durante el coito ó durante los esfuerzos de la defecación. Cuando la mujer ha llegado á la menopausa, toma estas hemorragias como retornos de la menstruación.

Suele suceder que las hemorragias no reconozcan como origen la ulceración del neoplasma. La metritis concomitante y la fluxión vascular irritativa, son causas suficientes para producir las.

La *leucorrea* puede preceder á la hidrorrea fétida, sin presentar, por lo demás, ningún carácter peculiar.

No se podría hacer el diagnóstico sin recurrir al examen local del útero.

Clínicamente, el carcinoma uterino reconoce tres formas principales: *vegetante ó papilar, ulcerosa ó cavitaria, é intersticial ó parenquimatosa.*

FORMA VEGETANTE.—Comienza en la parte vaginal del cuello é invade rápidamente la vagina y el tejido celular peri-uterino. (Figura 28.)

El labio invadido se cubre de pequeñas eminencias papiliformes de color rojo subido ó gris blanquecino; suaves, fácilmente desgarrables y cubiertas por depósitos coagulados de sangre.

Estas pequeñas eminencias se transforman rápidamente en una especie de hongo, blando, sangriento, sembrado de pequeños tubérculos que secretan líquidos sanguinolentos y fétidos.

La exploración suele ser dificultosa, pues el roce con el dedo ó con el espejo, ocasiona hemorragias abundantes que llenan la vagina de sangre.

En épocas más avanzadas, el hongo crece y ocupa todo el fondo vaginal; los fondos útero-vaginales están llenos por esta masa sangrienta y fétida, que ofrece contornos desiguales, reblandecidos y gangrenosos, y que se deja hundir y desgarrar muy fácilmente con el dedo que explora. (Figura 30.)

FORMA ULCEROSA Ó CAVITARIA.—Es una escoriación, una ulceración ligera, la que inicia esta variedad de epitelomas. Por lo común se desarrollan sobre la mucosa uterina y constituyen el tipo esencial del carcinoma de epitelium glandular. (Figura 29.)

Avanzando lentamente en profundidad y precedido de una zona de infiltración neoplásica, no tarda mucho en formarse en el útero excavaciones algunas veces enormes. El cuello, el cuerpo, todo está invadido y destruido.

Esta variedad de cáncer suele ser muy engañosa, pues que no obstante el proceso profundo de destrucción, la cavidad consecutiva se llena de vegetaciones neoplásicas que ocultan la extensión de la zona destruida. Solamente la raspa exploradora de estas fungosidades permite reconocer la profundidad del mal, que no pocas veces ocasiona lamentables sorpresas. (Figura 32.)

FORMA INTERSTICIAL Ó PARENQUIMATOSA.—Es la más oscura y difícil de todas. El cuerpo del útero está crecido, engruesado. Multitud de núcleos carcinomatosos invaden el músculo uterino y las lesiones anexiales son casi reglamentarias. Los signos metrítricos y los dolores, son muy precoces; las hemorragias, abundantes y frecuentes.

Sea cual fuere la forma clínica, vegetante, ulcerosa ó intersticial, las hemorragias tienen un puesto principal en la sintomatología.

La anemia es rápida: la pérdida constante de sangre agrega su fatal influencia á la septicidad y á los desórdenes generales del neoplasma.

No obstante su abundancia y frecuencia, estas hemorragias no son casi nunca mortales.

Junto con ellas, se presenta un escurrimiento sero-sanguinolento fétido, casi característico de las neoplasias malignas uterinas.

Límpido y transparente al principio, este escurrimiento no tarda en hacerse sanguinolento, icoroso, nauseabundo. Suele arrastrar fragmentos neoplásicos gangrenados y su fetidez es incomparable. Los antiguos médicos, que daban tanta importancia á los olores, describen escrupulosamente la fetidez cancerosa.

La verdad es que estas infelices enfermas, abatidas, desmoralizadas, aniquiladas por tan constante cuanto cruel padecimiento, se ocupan poco del aseo de su persona y de su cama, y no pocas veces la primera prescripción facultativa es agua y jabón.

La recámara de una cancerosa uterina es insoportable. Todas las precauciones son pocas para evitar la producción de tan repugnante olor.

Los grandes dolores cancerosos son tardíos. Se deben á la invasión del tejido celular pélvico y á la compresión de las raíces y troncos nerviosos, por las masas neoplásicas.

Estos dolores invaden la pelvis, las piernas, la cintura, los riñones, é irradian en todo el tronco.

Son constantes: día y noche las enfermas se ven agobiadas por estos dolores que, exacerbándose con frecuencia, les recuerdan á toda hora la incesante marcha de su padecimiento.

La tortura es constante. No es remoto que pequeños accesos de peritonitis aumenten lo aflictivo de esta situación.

El insomnio es de regla: las enfermas no encuentran alivio y los narcóticos, salvo la morfina, son enteramente ineficaces.

Las funciones de la vejiga y del recto se comprometen muy seriamente. Ya son signos de cistitis aguda, ya hematurias imprevisas, ya accidentes de uremia crónica ó aguda, ó perforaciones y fístulas vesicales, los que dominan la escena; pero es un hecho que el aparato urinario sufre fatalmente la influencia de los carcinomas uterinos.

La constipación es segura: las masas del tumor comprimen el recto y ocasionan accidentes de obstrucción crónica.

La exploración digital por el recto, permite apreciar el volumen y la dureza de las masas que lo comprimen.

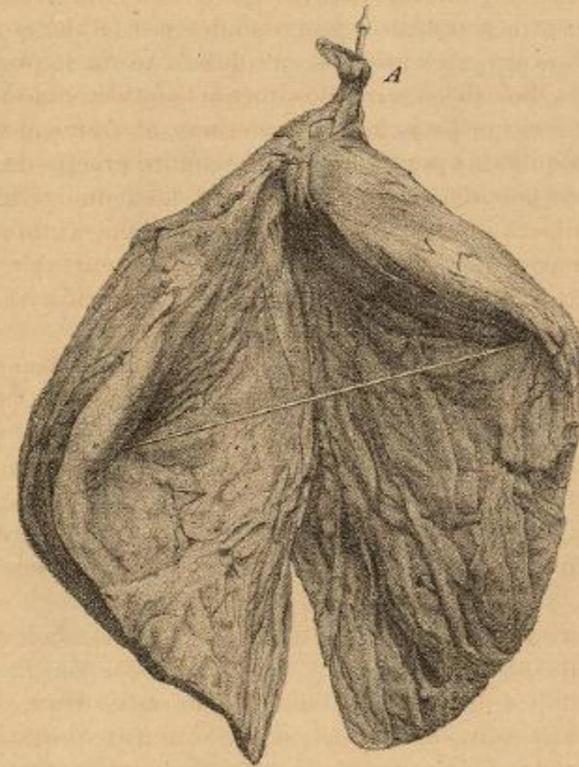


Fig. 24.—Fibro-sarcoma uterino extirpado por la histerectomía abdominal, habiendo sido menester reseca un fragmento de la vejiga y hacer el vaciamiento de la pelvis. A.—Prolongamiento dirigido al periosteo de la fosa iliaca.
CURACION.

La perforación rectal, aun cuando no es frecuente, se ha observado. La vesical es más constante.

La compresión de los vasos sanguíneos iliacos ocasiona edemas en las piernas, y con frecuencia las lesiones de flebitis designadas por *flegmasia alba dolens*.

La caquexia se presenta rápidamente: el apetito se pierde, el sueño huye, el adelgazamiento es extremo, el edema se acentúa, y los dolores constantes y la esperanza en la curación perdida, hunden á estas infelices enfermas en la desesperación más horrosa y en el sufrimiento más acerbo.

La muerte, el único lenitivo para semejante martirio, suele hacerse esperar mucho. La duración de un cáncer uterino es incalculable. Mi distinguido amigo el Dr. JOSÉ T. BARRIGA, trata, hace más de dos años, una señora con cáncer de la matriz, inoperable: tiene sesenta años de edad; durante estos dos últimos años no ha abandonado la cama, y en plena caquexia parece agonizar un día, para revivir al siguiente.

El Dr. JOSÉ ANTONIO GAMBOA lucha con una señora que sufre hace tres años de un adeno-carcinoma, y que para su vida, llena de tortura, no ha encontrado un consuelo definitivo.

Yo he atendido en Veracruz una señora, en junta con los Dres. CARLOS MANUEL GARCIA y MANUEL M. MACÍAS, que duró solamente dos meses y murió por generalización carcinomatosa.

Verdaderamente, salvo complicación, el carcinoma uterino es una enfermedad desesperante y de pronóstico variable, en la que la muerte puede hacerse esperar mucho tiempo ó sobrevenir inesperadamente.

La *uremia* es una complicación feliz: el coma, la anestesia, el sueño no interrumpido, y en medio de él la muerte aliviando para siempre de su martirio á la infeliz enferma, á quien la intoxicación aguda arranca de la cronicidad de sus desdichas.

La *peritonitis*, por perforación ó propagación; la *carcinosis aguda*, las *embolias graves*, el *síncope* en medio del marasmo, son otros tantos modos de terminación del carcinoma uterino.

Yo he podido observar, bajo la indicación de mi maestro el Dr. RAMÓN MACÍAS, una infeliz asilada en el Hospital Morelos que, portadora de un carcinoma del útero, tuvo una serie de embolias que la privaron de la vida, no sin haber sufrido antes la gangrena completa del pie izquierdo y de toda la pierna derecha.

DIAGNÓSTICO.

La enumeración de sus padecimientos por la enferma, hace casi siempre nacer en la mente del Cirujano la idea de un cáncer uterino. Sin embargo, el diagnóstico no podrá basarse sin el recurso del examen local.

El tacto es importante elemento de diagnóstico: como casi siempre se observan estas enfermedades en períodos avanzados, se encuentran multitud de datos útiles.

El dedo alcanza masas fungosas, frágiles, suaves y que desgarrándose fácilmente, no obstante todas las precauciones que se tomen, sangran con abundancia. Esta sensación de masas penetrables por el dedo, es clásica.

Si el examen es un poco cuidadoso, se notará que abajo de la zona blanda se encuentra una superficie de infiltración, dura y resistente.

Algunas veces todo el fondo vaginal está ocupado por un enorme hongo que impide reconocer el punto de implantación del tumor.

En ciertas formas de carcinomas infiltrados, el dedo siente una superficie ulcerosa, blanda y atacable con la uña, que difiere ostensiblemente de las ulceraciones metrícticas inflamatorias.

Cuando el tumor invade el endometrio y el cuello se deja fácilmente atravesar por el dedo, se alcanza, si se tiene la precaución de abatir el útero con una pinza, la superficie ulcerosa y endurecida del neoplasma.

Otras veces el cuello está estrecho, y sin recurrir á su dilatación previa, sería imposible reconocer las profundas lesiones de la cavidad.

Cuando el neoplasma ha destruído el cuello, el dedo nota la continuidad perfecta de las cavidades vaginal y uterina.

De cualquier modo que sea, el neoplasma, una vez ulcerado, el diagnóstico es fácil.

Las *vegetaciones* formadas por *papilomas benignos* no podrán confundirse con las vegetaciones de *epitelioma*: ni su resistencia, ni la dureza de su tejido, ni el abundante escurrimiento purulento, admitirían una vacilación de diagnóstico.

Las *erosiones* que se verifican sobre cuellos hipertrofiados con folículos quísticos, podrían oscurecer el juicio; pero la hipertrofia cervical folicular forma una masa dura, que no se deja desgarrar por el dedo y que presenta pequeñas nudosidades extremadamente duras y sensiblemente esféricas, que corresponden á los quistes glandulares. El escurrimiento leucorreico no presenta ningún olor, y la forma del cuello está sensiblemente conservada, mientras el carcinoma la modifica rápidamente.

Los *pequeños fibro-miomas* podrían simular núcleos cancerosos, á pesar de que en ellos la zona de infiltración periférica hace falta y la mucosa uterina no ofrece adherencias profundas.

Cuando el cáncer uterino comienza por la mucosa del orificio cervical, podría tomarse por un *ectropión sencillo de la mucosa*; pero la hernia mucosa es suave, lisa, no sangra ni es desgarrable.

Si en el ectropión hay pequeños pólipos mucosos, podrán confundirse con el *epitelioma papilar*, si no fuera por la facilidad de su destrucción y por los escurrimientos sanguíneos que el *epitelioma* provoca.

Los *epiteliomas* cilíndricos intra-uterinos pueden tomar cierta apariencia poliposa, que á semejanza de los *fibro-miomas submucosos*, darían signos oscuros y equívocos. El examen con la cucharilla exploradora y el reconocimiento histo-patológico de los fragmentos, aclararían las dudas.

Los *fibro-miomas gangrenados*, con sus hemorragias y su escurrimiento fétido, despiertan en la mente rápidamente la idea de un carcinoma. Solamente el examen local evitaría la duda, y en la más pequeña vacilación el microscopio prestaría importantes servicios.

Es muy particularmente, al comenzar el desarrollo del neoplasma, antes que se ulcere, cuando el diagnóstico ofrece mayores dificultades.

Las mujeres que vienen á la consulta, no manifiestan otros signos que los de una metritis catarral.

Excepcionalmente se encuentra una nudosidad dura y bien circunscrita, en el cuello, que al examen del espejo se manifiesta como una saliente violada, rojiza é inmóvil.

En algunos casos la infiltración neoplásica no hace más que

aumentar el volumen del cuello, simulando completamente la *hipertrofia cervical simple*.

El diagnóstico es muy difícil en estos casos, y aun más dificultades hay en reconocer si el neoplasma es intra-uterino ó cervical.

Más sencillo es apreciar las lesiones de las cercanías, en los cánceres bien acentuados. La invasión de la vagina es siempre fácil de notar. El tacto rectal facilitará mucho el examen del perimetrium.

El reconocimiento de la vejiga es casi siempre fácil. Si el útero está inmóvil, si no se puede desalojar haciendo tracciones sobre el cuello con una pinza, es casi seguro que los fondos, véscico-uterino y recto-uterino, están invadidos ya. Los dolores tienen en este sentido una significación bien triste.

TRATAMIENTO.

¡Tratar un cáncer. . . ! No hay Cirujano, avezado ó novel que sea, que ante semejante proyecto no sienta su esfuerzo vacilar.

Durante las épocas quirúrgicas pasadas, cuando el dolor y la desesperación no se velaban con la anestesia; cuando la sangre surgía en poderosos chorros y la forcipresión no estaba ahí, el Cirujano que acometía un cáncer, obtenía, por lo menos, la satisfacción de su hazaña operatoria. Amputar el útero, reseca un maxilar ó vaciar el cuello en las regiones peligrosas, eran verdaderas proezas de habilidad, sangre fría y genio quirúrgicos.

Pero hoy con el cloroforno y el éter que anestesian, con las pinzas de forcipresión que isquémian, y con el arsenal quirúrgico moderno que facilita todas las maniobras, operar un cáncer es una sencilla tarea, asemejándose la operación á un acto operatorio sobre cadáveres: algunas veces la comparación es enteramente exacta.

En materia de la Cirugía de los cánceres, soy profundamente escéptico. No pretendo decir con esto que les niego el derecho de ser operados, sino que no recuerdo haber emprendido jamás la operación de los *malignomas* — nombre genérico de AUVARD para las neoplasias malignas — con alguna esperanza de curación radical.

He operado muchísimos cánceres, desde la ligera ulceración hasta las formidables neoformaciones vegetantes; he visto su-

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)



Fig. 25.—Fibro-mioma uterino, extirpado por miomectomía abdominal.
CURACION.

cumbir bajo mi bisturi enfermos á quienes practicaba intrépidas resecciones de cánceres extensos, y he observado innumerables pseudo-curaciones, asistiendo siempre impasible á las vivísimas manifestaciones de mis operados, que se creían para siempre libres de sus tumores. Jamás me he dejado sugestionar por la esperanza: siempre he predicho y hallado al fin, la única, la constante evolución de los malignomas: la reproducción, la caquexia y la muerte.

Imperecedero en mi memoria existirá el recuerdo de una de mis operaciones de cáncer, cuyas circunstancias la hacen de excepcional enseñanza.

Era un señor de ancianidad avanzada, 80 años, el señor Pedro R., del Estado de Guanajuato. Tenía un carcinoma de la glándula sub-maxilar izquierda, de tal manera avanzado que la deglutición era imposible, la fonación dificultosa, la respiración comprometida y los ganglios carotideos, cervicales anteriores y supra-claviculares, grandes como habas. El aparato vascular profundamente alterado por la calcificación arterial. El corazón arrítmico: de cada cinco pulsaciones faltaba una.

No obstante este cuadro tremendo de muerte próxima, yo emprendí la operación del Sr. R. La extirpación del tumor fué completa, la de los ganglios también, y no obstante las peripecias azarosas de la operación — parálisis de la lengua, síncope respiratorios frecuentes, ruptura tres veces consecutivas de la carótida externa ateromatosa, etc. — y lo difícil y grave del período post-operatorio — asfixia, colapsus, etc. — la extensa herida reunió por primera intención, excepto en un punto de la medianía de ella. Tres meses transcurrieron, todo parecía ofrecer la más brillante curación, cuando un nuevo foco neoplásico se presentó en la base de la lengua, invadió rápidamente los órganos del cuello y terminó con la vida del Sr. R.

Este caso, tipo de campaña quirúrgica, es la norma de todos los cánceres: el gasto intelectual, el padecimiento físico y el peligro de la reputación del Cirujano, se estrellan ante la tremenda resistencia y la aptitud reproductora de los elementos de la carcinosis.

Hay otro escollo que hace aun más escabrosa la Cirugía de los cánceres, y que aun cuando de orden meramente personal, el Cirujano debe siempre tenerle presente: hago referencia á *la clientela*.

Los clientes de poco criterio, los de inteligencia escasa ó de ins-

trucción ruda—y es increíble cómo abundan éstos—tienen una tendencia acentuada para imputar al operador responsabilidades que atañen única y directamente á la naturaleza del padecimiento.

Partiendo irreflexivamente del *post hoc, ergo propter hoc*, acusan al acto operatorio como el responsable de las nuevas fases que va presentando el tumor en su evolución.

Inútil es la taréa del Cirujano prediciendo las recidivas; inútil es tratar de exponer á ciertas personas la serie de procesos que en un tumor maligno terminan, como epifenómeno, en la reproducción y en la propagación; siempre tendrán algo que aducir contra la mejor argumentación, siempre encontrarán oportunidad para lanzar conceptos ofensivos á la buena reputación del Cirujano, y sean cuales hayan sido los sacrificios y esfuerzos de éste, su recompensa será constantemente entre esta gente vulgar, la más injusta de las persecuciones.

Para el estudio del tratamiento del cáncer uterino, se hace indispensable clasificarlo en dos grandes divisiones: *el tratamiento paliativo y el tratamiento curativo ó radical*.

El primero, puede pertenecer tanto á los recursos de la terapéutica médica como á los de la quirúrgica; el segundo, es hasta hoy exclusivamente quirúrgico.

1.—Tratamiento paliativo.

A.—Tratamiento paliativo médico.

Se reduce á llenar tres indicaciones de importancia:

- a.—Calmar los sufrimientos de la enferma.
- b.—Procurar el buen funcionamiento del tubo digestivo.
- c.—Sostener el buen estado general.

Estudiemos aisladamente la manera de llenar estas tres indicaciones, que son la base del tratamiento médico, tanto del carcinoma como de todos los tumores malignos del útero:

a.—Calmar los sufrimientos de la enferma.

Para cumplir debidamente con este enunciado, se necesitan una atención sostenida y una paciencia infatigable. El dolor nunca se logrará hacer desaparecer; pero hay que esforzarse por disminuir las angustias y torturas de un estado que no tiene más alivio que el de la muerte.

Larga es la serie de los narcóticos aconsejados para suavizar los padecimientos del cáncer; su enumeración sería penosa, y sobre todo inútil, pues solamente dos medicamentos ofrecen reales ventajas: la *morfina* y el *hidrato de cloral*. Algunas veces la extrema susceptibilidad de la superficie ulcerada se calma rápidamente con la aplicación de tapones embebidos en una solución de *cocaina* ó de *ortoforno*.

Las corrientes de gas *ac. carbónico*, sobre las yemas cancerosas, que tanto parecían ofrecer en su principio, son inconstantes en su acción y pueden agravar los dolores.

Los narcóticos no se ahorrarán á estas desdichadas, y en los últimos períodos del cáncer se les administrará la *morfina*, sin detenerse sino en las dosis que pudiesen ser tóxicas, dado su estado avanzado de caquexia.

Llama la atención la tolerancia que tienen estas enfermas para las altas cantidades de morfina.

b.—Procurar el buen funcionamiento del tubo intestinal.

Los laxantes suaves, entre los cuales el aceite de ricino ocupa buen rango, están constantemente indicados. Las lavativas no siempre obtienen éxito, pues su aplicación puede ser muy dolorosa en ciertas circunstancias. La constipación en algunos casos es muy tenaz y reclama el empleo de purgantes más enérgicos.

Las alteraciones del apetito y de la digestión se pueden combatir, durante algún tiempo, con las preparaciones de *quina*, de *colombo* ó con eupépticos, tales como el *ac. clorhídrico*, la *pepsina*, *pancreatina*, etc., etc.

La antiseptia intestinal está señalada desde temprano, y el empleo del *salol*, del *salicilato de magnesia* ó de los *naftoles*, puede ofrecer ventajas efectivas.

c.—Sostener el buen estado general.

Los tónicos, entre los que descuellan los compuestos *ferruginosos* y las inyecciones de *suero artificial* y de *estricnina*, no deben nunca abandonarse.

La *alimentación* de la enferma será objeto de la atención constante del Cirujano, procurando que llene bien las circunstancias de ser vigorosa, fácilmente digerible y poco tóxica.

El *régimen de vida* se sujetará á la higiene más rigurosa, variando con los diversos estados de la lesión cancerosa. Al principio se aconsejarán los paseos pequeños en lugares amplios y bien ventilados, con vegetación abundante, de preferencia; se prohibirán estrictamente las relaciones conyugales; se recomendarán vestidos ligeros y poco ceñidos, etc., etc. Después, durante el tercer período, se prescribirá el reposo en la cama, el aseo corporal y de la habitación, la elevación y constancia de la temperatura, etc., etc.

B.—*Tratamiento paliativo quirúrgico*: Comprende, á su vez, otras tres indicaciones principales:

- a.—Las curaciones uterinas.
- b.—La cauterización.
- c.—El *curage* ó raspa del útero y del tumor.

a.—Curaciones uterinas.

Comprenden las inyecciones vaginales y las aplicaciones directas de tópicos sobre la matriz. Estos últimos tienen el defecto de requerir el empleo frecuente de instrumentos, que en ciertas enfermas producen dolor y pequeñas hemorragias.

Cuando el *especulum* no produce trastornos y lo tolera bien la enferma, se harán curaciones directas cada veinticuatro horas, con sustancias fuertemente antisépticas y que no sean cáusticas ó tóxicas, tales como el *yodoformo*, el *salol*, el *benjuí*, el *salicilato de magnesia* ó de *bismuto*. El empleo de polvos absorbentes puede indicarse, y el *carbón de Belloc*, el *carbonato de magnesia*, el *polvo fino de quina*, etc., prestarán servicios.

La aplicación de estos medicamentos se hace, por lo común, sobre tiras de gasa yodoformada, suavemente introducidas en la vagina.

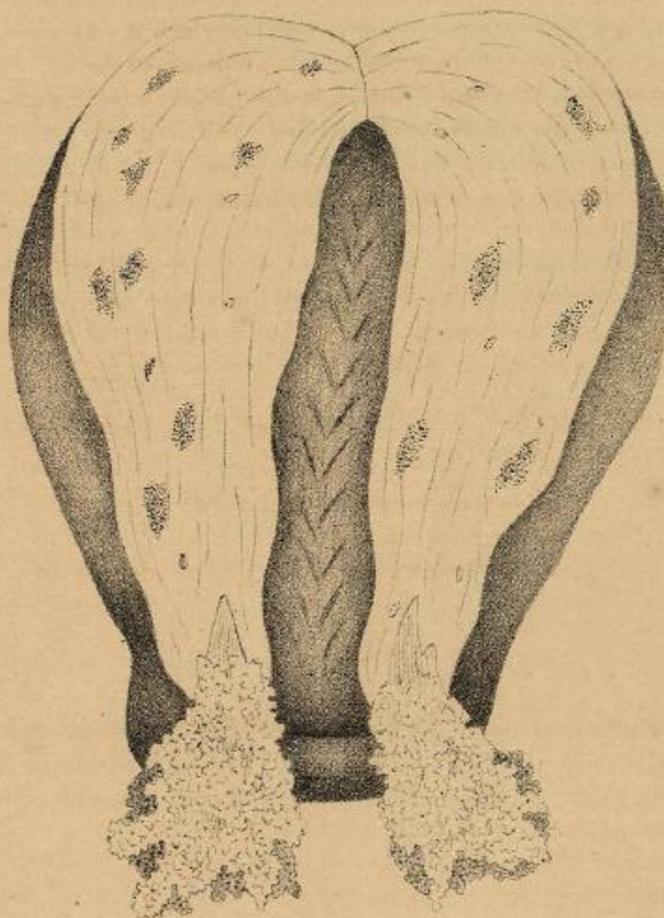


Fig. 26.—Cancroide del cuello limitado al labio posterior, con invasión intraparenquimatosa, extirpado por histerectomía vaginal total. (PAUL PETIT y S. BONNET).

Durante las hemorragias estarán indicados los medicamentos astringentes, tales como el *tanino*, el *alumbre*, etc., etc. Actualmente se elogia mucho el empleo de la *gelatina* como hemostático poderoso y la introducción de gasas antisépticas empapadas en una solución al 5 ó al 10% de *gelatina*—esta solución debe tener como vehículo, suero artificial esterilizado—parece un buen medio de combatir las metrorragias.

Las irrigaciones vaginales desinfectantes constituyen el mejor medio de curación uterina, á condición de que se hagan con suavidad y destreza para no herir el útero con la cánula del irrigador. Se practicarán tres ó cuatro veces al día con soluciones poderosamente desinfectantes, tales como las siguientes:

Solución:

Agua hervida	1,000 gramos.
Permanganato de potasa	0.50 centig.

Solución:

Acido salicílico	1 gramo.
Esencia de geranio	5 gramos.
Alcohol á 90°	300 „
Una cucharada por litro de agua . .	

Solución:

Agua común	1,000 gramos.
Lysol	20 „
Tintura de benjuí	15 „

Está recomendado unir á la desinfección de la vagina, la desinfección del aire de la pieza donde está la enferma, por medio de pulverizaciones con *ácido fénico*, *tymol*, *esencia de canela*, etc.

b.—Cauterización.

Cuando el tumor ofrece vegetaciones pequeñas, localizadas, y que secretan mucho líquido canceroso (*sania*), la cauterización de las vegetaciones ha sido recomendada por algunos autores.

Puede realizarse por medio de cáusticos *químicos* ó *físicos*. El mejor cáustico químico, entre los numerosos preconizados para este objeto, es la *pasta de Gaviño*. Esta pasta ideada y vul-

garizada por nuestro maestro, el Dr. ANGEL GABIÑO, se compone¹ de papel Berzelius, ácido nítrico y bicloruro de mercurio.

El cáustico aplicado directamente sobre la superficie vegetante, forma una zona de mortificación, que al desprenderse limpia la superficie cancerosa.

H. SCHULZ ha imaginado un nuevo procedimiento de tratamiento cauterizante del cáncer uterino, mediante las inyecciones intra-parenquimatosas de alcohol absoluto.

La enferma en la posición de SIMS, bien protegida su vulva y su vagina contra la acción cáustica del alcohol, recibe una ó dos inyecciones de cinco gramos de alcohol absoluto, en el espesor del tumor uterino. La mayor parte del alcohol inyectado, escurre, arrastrando una gran cantidad de detritus y de tejidos mortificados.

Estas inyecciones se practicarán, primero cada dos días; después, todos los días.

La cauterización física se realiza por medio del termo-cauterio. Esta reclama la anestesia general, y por lo común, se le asocia con la raspa uterina.

c.—Curage ó raspa uterina.

El valor de la raspa con la cucharilla, como tratamiento paliativo en los casos inoperables, está perfectamente demostrado. La cucharilla cortante, prudente y hábilmente manejada para no perforar la matriz, quita los tejidos gangrenados, arranca las vegetaciones y destruye la zona blanda de mortificación: el termo-cauterio termina tan enérgica desinfección.

No solamente es un buen recurso paliativo, sino que puede ser el preludio de una operación más seria y radical.

De la raspa uterina en el tratamiento del cáncer uterino, se ha abusado mucho: es el gran recurso de los ginecólogos improvisados.

Raspar bien la superficie del neoplasma y la cavidad uterina, cauterizar al termo las superficies raspadas, y curar con gasa yodoformada, son los tres tiempos que comprende el *curage* del útero canceroso.

¹ El Dr. ANGEL GABIÑO ha obtenido curaciones de epitelomas por medio de esta pasta, usada consecutivamente.

Esta operación verificada con las precauciones y suavidad indispensables, puede ofrecer á la paciente un alivio acentuado durante algún tiempo.

II.—Tratamiento curativo ó radical.

El tratamiento radical de un cáncer, no es verdaderamente lo que indica la palabra *tratamiento*: es la extirpación total del neoplasma y de sus dependencias. Tratar un cáncer, quirúrgicamente hablando, es sinónimo de mutilar enérgicamente.

En el cáncer uterino, hay tres modos de realizar este *tratamiento*:

- A.— La amputación del cuello uterino.
- B.— La extirpación total del útero.
- C.— El vaciamiento de la pelvis.

A.—Amputación supra-vaginal del cuello.

MÉTODO DE SCHRÖDER.—Se abate el cuello enfermo, por medio de pinzas de Museux, hasta la vulva, y se pasan al través de la vagina, en sus fondos laterales, asas de seda. Estas asas servirán tanto para comprimir los ramos inferiores de la arteria uterina, como para abatir el útero y facilitar las suturas del final. No son indispensables.

Sobre el cuello uterino, como á un centímetro arriba del límite del tumor, se hace la incisión circular de la vagina, hasta dividir el tejido celular peri-metrítico.

Se despegan del cuello, la vejiga hacia adelante, y el peritoneo hacia atrás, desgarrando con el dedo las conexiones celulares. Lateralmente se dividen las inserciones ligamentosas con tijeras: en estas inserciones hay arterias de importancia que se ligan.

Una vez bien aislado el cuello uterino, se secciona oblicuamente hacia el endometrio, y se reúnen la mucosa uterina, el corte uterino y la mucosa vaginal, por una corona de puntos de sutura en S.

Taponamiento uterino y vaginal con gasa yodoformada.

La resección de una faja de vagina, al ejemplo de RICHELLOT, es una práctica excelente, pues no hay que olvidar que la reproducción se hace comunmente en la vagina.

B.—Extirpación total del útero.

Histerectomía vaginal ó abdominal. Véase el capítulo *Manual Operatorio*.

C.—Vaciamiento de la pelvis.

Actualmente se da este nombre á la resección abdominal del útero canceroso, junto con todos los prolongamientos del neoplasma, viscerales ó ganglionares.

La enferma, en la posición de Trendelenburg, se abre el abdomen y se procede á libertar el útero de sus inserciones laterales; se desprende la vejiga hácia delante, y el recto hácia atrás, de la vagina: se corta ésta lo más próximo posible de la vulva. Si la vejiga y el recto están sanos, se suturan una con el otro; si están infiltrados por el neoplasma, se hacen las resecciones convenientes.

Los linfáticos se persiguen en los ligamentos anchos—cuidando mucho no herir los ureteres—y los ganglios se quitan, donde quiera que se perciba alguno.

Frente á esta tremenda mutilación ocurre preguntar: ¿hasta dónde un Cirujano está autorizado á cortar y á resecar, en la persecución de un neoplasma maligno?

Cada operador opina según su temperamento; pero desde el momento en que la persistencia de elementos neoplásicos hacen la operación infructuosa y los peligros del paciente sin provecho que los compense, yo creo *que siempre que haya esperanzas de quitar todos los tejidos degenerados*, el bisturí del Cirujano no debe retroceder ante nada, y cortará y amputará todo, absolutamente todo, lo infiltrado y lo que amenace infiltrarse.

Sólo una excepción hago á este precepto: *cuando los órganos por herir sean de tal importancia que sus funciones paralizadas ó entorpecidas produzcan necesariamente la muerte*.

SEROTERAPIA.

La seroterapia no constituye una verdadera modalidad en el tratamiento del cáncer uterino. Su colocación aquí, reviste el carácter de un paréntesis, con derecho á este lugar, por las promesas que hace al porvenir del cáncer.

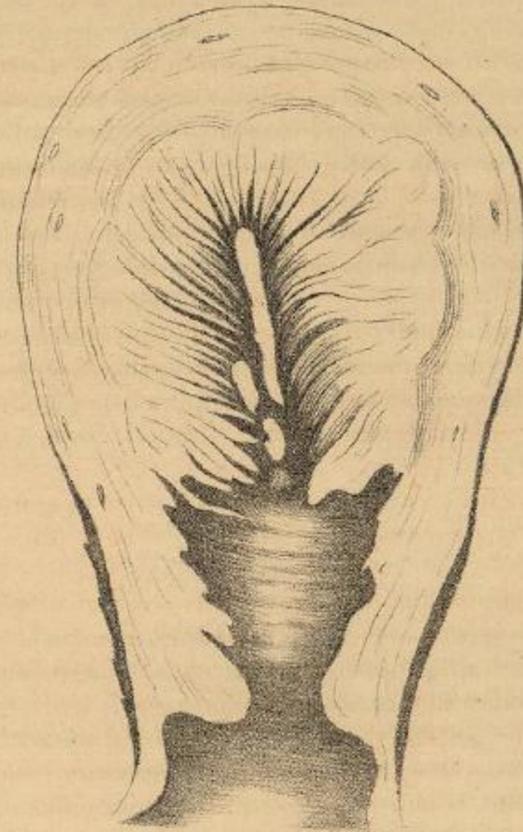


Fig. 27.—Epitelioma del cuerpo del útero, (según Schröder).

La existencia del suero anti-diftérico, del suero antistreptocócico, del suero anti-tetánico, hace sospechar la aparición del suero anti-canceroso.

Ciertamente que la naturaleza parasitaria del carcinoma no está demostrada y que el hundimiento de las *coccidias* y del *microbio de Schenerlen*, ha impresionado desfavorablemente la opinión; pero dejando á los anatomo-patologistas la discusión de la patogenia, los experimentadores se han lanzado valientemente en sus tentativas terapéuticas y la seroterapia en el cáncer, es uno de los asuntos de más actualidad en Terapéutica Quirúrgica.

Hasta hoy los resultados son inciertos ó poco favorables, pero el camino está trazado y el verdadero suero anti-canceroso no tardará en aparecer.

Y entonces la Terapéutica sangrienta cederá su puesto al nuevo sistema, con beneplácito de todos los cirujanos que hasta hoy no han obtenido grandes ventajas.

Los misterios de la infección celular neoplásica entregará pronto su secreto y la Cirugía y la humanidad ganarán, cuando se borre del catálogo de operaciones la palabra *cáncer*.

DISCUSIÓN CLÍNICA.

Por la exposición anterior hemos visto los recursos terapéuticos con que el cirujano cuenta actualmente para el tratamiento del cáncer uterino. Veamos ahora la manera de utilizarlos.

Nos encontramos frente á una enferma que tiene un padecimiento uterino, y este padecimiento por su historia, por su evolución, por sus caracteres clínicos y anatomo-patológicos, lo diagnosticamos cáncer del útero. ¿Qué le hacemos?

Desde luego nuestra intención será, indudablemente, recurrir á un *tratamiento radical*, procurando la curación definitiva y rápida de la enferma; ¿pero, es esto posible?

Comencemos por perfeccionar el diagnóstico, resolviendo las cuestiones siguientes:

¿El neoplasma canceroso ocupa el cuello, el cuerpo, ó todo el órgano?

¿Cómo se encuentra la vagina?

- ¿El útero está móvil ó enclavado?
- ¿Qué estado guardan la vejiga y el recto?
- ¿Los ganglios linfáticos han sufrido eco del neoplasma?
- ¿Cuál es el estado general de la paciente?

La primera cuestión suele ser sencilla de resolver por el examen directo del útero: la presencia de una ulceración bien limitada al orificio cervical, la suavidad de la mucosa vaginal del cuello y su aspecto sano y normal, la ausencia de dolores uterinos, el buen estado de la paciente, que no sufre trastornos de nutritivos, harán en el ánimo del clínico la impresión de un neoplasma limitado al cuello.

Los dolores uterinos, el engruesamiento del órgano, la profundidad de los fondos vaginales, acusando un descenso ligero del útero, la participación de los anexos en el cuadro sintomático, la exploración directa de la cavidad del endometrio, previa dilatación, y los resultados histológicos de la raspa exploradora de la mucosa uterina, permitirán diagnosticar un cáncer exclusivamente corporal.

La mezcla de todos estos signos, hará sospechar la invasión total del órgano por el neoplasma,

La segunda cuestión, es también fácil de resolver: tanto la exploración digital como el reconocimiento con el espéculo, muestran una vagina lisa, blanda, elástica, de coloración normal, ó una zona dura, despulida, ulcerosa ó vegetante. No siempre los caracteres clínicos de la invasión vaginal son fácilmente perceptibles, y en ciertas formas de infiltración discreta, apenas si se manifiesta un ligero estado apergaminado de la mucosa, ó una serie de nódulos notablemente pequeños.

Trátase de imprimir movimientos al útero con el dedo introducido en la vagina, ó procúrese abatirlo suavemente por medio de una pinza implantada en el cuello. ¿Se consigue mover con libertad al órgano? ¿No encuentra el dedo una atmósfera dura y renitente, que rodea y parece ahogar al útero? ¿Sobre las partes laterales del cuello se encuentran fajas gruesas y duras? La exploración bi-manual del útero acusa una inmovilidad absoluta, ó solamente limitada á ciertos movimientos? ¿El tacto rectal descubre una masa dura, desigual y difusa, en la cara posterior de la matriz? ¿Los fondos vaginales están ocupados por un rodete duro y grueso?

Esta exploración permitirá deducir de la movilidad ó enclavamiento del útero en la pelvis, el estado de los tejidos perimetriáticos, el de los ligamentos anchos y el de los anexos.

El estado de la vejiga y del recto, lo acusan estos órganos en su funcionamiento: la disuria, la pollakiuria, las hematurias, con ó sin sedimentos orgánicos, son las manifestaciones vesicales más frecuentes de la participación del órgano urinario al neoplasma uterino. Por parte del intestino, se observan constipación ó diarrea, mucosidades sanguinolentas, tenesmo, eliminación de colgajos mucosos ó de fracciones neoplásicas gangrenadas y hemorragias frecuentes.

Los fenómenos de intoxicación urémica ó intestinal no son raros, y la muerte, en ciertos casos, puede imputarse con derecho á estos envenenamientos agudos de la economía.

Diffícil, sino imposible, es averiguar en algunas circunstancias el estado del aparato linfático de la pelvis.

Algunas veces se perciben, por la palpación profunda abdominal, las masas ganglionares de las cadenas iliacas y sacras, y en la región inguinal pueden hallarse infartos también, sea directamente producidos por los vasos linfáticos de la mucosa uterina vaginal, sea indirectamente causados por la red vascular blanca del ligamento redondo.

Pero no siempre sucede así, y las más de las veces la exploración de los ganglios pélvicos es difícil y obscura.

Debe siempre sospecharse el infarto ganglionar desde que el neoplasma adquiere cierta extensión y que el período hemorrágico se inicia: la ruptura de la red capilar sanguínea, hace prever la desgarradura de la red linfática y la contaminación del aparato ganglionar.

El estudio del sistema de la circulación blanca de la pelvis, es de extrema importancia en el cáncer uterino y un foco abundante de indicaciones y contraindicaciones operatorias.

El estado general de la enferma debe ser observado con atención, por parte del Cirujano. Lo mismo que la presencia ó ausencia de fenómenos caquéticos, el estado de los riñones y la composición de la orina, la existencia de focos metastáticos cancerosos en otros órganos, etc. etc. Todas estas indicaciones son de vital interés para el juicio decisivo del Cirujano que estudia una enferma cancerosa del útero.

Por el examen anterior, hemos logrado adquirir todos los datos que nos interesan para plantear el tratamiento. El período de dudas y de conjeturas ha cesado: ahora tenemos en la imaginación el cuadro vivo, casi palpable, delestando patológico de aquella pelvis y de la resistencia de la enferma.

Nuestra resolución no estará basada sobre ninguna hipótesis: tenemos un grupo de hechos ciertos y de lesiones existentes que nos permitirán precisar mucho nuestra conducta terapéutica.

Para decidirnos por tal ó cual recurso de curación, debemos agrupar estos hechos y estas lesiones, en *cuatro categorías*, que podrán constituir cuatro cartabones fijos, para aplicar en las clínicas nuestra terapéutica anti-cancerosa.

PRIMERA CATEGORÍA.— El neoplasma está al principio, está francamente limitado al cuello; la vagina cervical restante está sana, el endometrio parece solamente sufrir lesiones inflamatorias, el útero está móvil, la vejiga y el recto perfectamente sanos, los ganglios linfáticos no se han infartado y el estado general de la paciente está aún bueno.

Es á la *amputación supra-vaginal del cuello*, á la que recurriremos en este caso. No faltan operadores que recurran inmediatamente á la extirpación total del órgano, desde que observan una ulceración cancerosa del cuello; pero con dificultad se someterá una mujer que no sufre, que no tiene hemorragias, que apenas siente ligero malestar en el vientre, á los peligros de una operación como la amputación del útero. Quitarles el útero por medio del engaño, como no falta quien lo proponga, es llevar demasiado lejos la misión del Cirujano.

Yo me siento inclinado¹ á substituir la *amputación supra-vaginal* por la *histerectomía*, en estos casos.

SEGUNDA CATEGORÍA.— El neoplasma está un poco más avanzado; el orificio cervical está profundamente destruido, la vagina cervical está dura y engruesada; pero los fondos están sanos. El endometrio secreta mucosidades, con pus ó sanguinolentas;

¹ Confieso que la histerectomía *vaginal* me causa la impresión de un recurso paliativo, en el tratamiento del cáncer uterino. Instintivamente rechazo como incompleta, infiel y difícil, la ablación genital, al través del conducto vaginal, estrecho, obscuro y lejano de las cadenas ganglionares pélvicas. La incisión abdominal amplia, en la posición de TRENDLENBURG, permite reconocer bien toda la pelvis y quitar todo, todo lo malo y lo que amenaza estarlo. La operación *predilecta* mía para los cánceres uterinos es la histerectomía abdominal y la extirpación de cuanto ganglio linfático puedo percibir en la pelvis.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

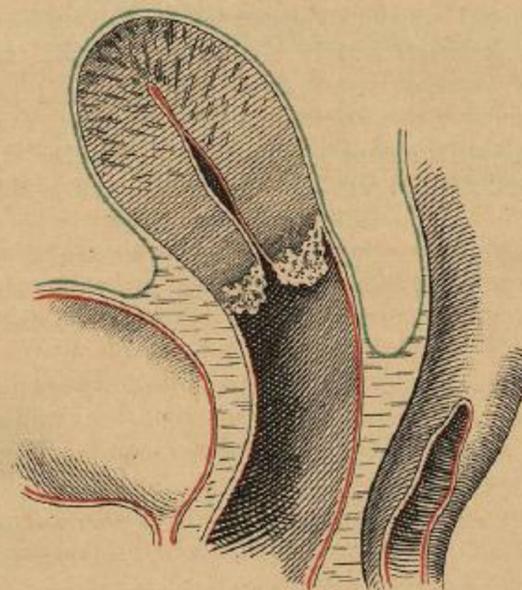


Fig. 28.—Carcinoma uterino. Forma canceroidal ó vegetante.

el útero está móvil, el resto de los órganos pélvicos se mantienen sanos. No hay dolores, y no obstante que se han presentado algunas hemorragias, el estado general se mantiene bueno.

En semejante caso yo recurriría sin vacilar á la *histerectomía abdominal*.

TERCERA CATEGORÍA.—El neoplasma está aun más avanzado; ha invadido una ligera zona de la vagina, hay lugar á suponer que cierta extensión del cuello y del endometrio han sufrido el ataque del neoplasma; pero el útero parece aún móvil, los ligamentos anchos están indemnes y la vejiga y el recto están libres del tumor. Por la exploración bimanual se sienten los anexos crecidos y dolorosos: algunos ganglios deslizan bajo los dedos durante la exploración. Las hemorragias comienzan á formarse: la enferma sufre algunos dolores, su salud se resiente; pierde el apetito, comienza á enflaquecer, y su cara manifiesta ya un principio de intoxicación séptica.

Sin pérdida de tiempo verificaría yo el *vaciamiento de la pelvis*. Sería el único modo de quitar todo lo enfermo y de destruir la simiente del mal.

CUARTA CATEGORÍA.—El útero está invadido en su totalidad; la vagina ofrece placas diseminadas con aspecto canceroso; el útero está inmóvil, en medio de tejidos duros, renitentes y dolorosos; la vejiga y el recto ofrecen signos de sufrimiento; el aparato linfático está perdido y el estado general malo, aun cuando no sea caquéctico.

En estas circunstancias, me abstengo de intervenir radicalmente: el caso es *inoperable*. Inoperable, bajo el punto de vista de la curabilidad, pues operable bajo el punto de vista mecánico, lo está aún.

Es este el momento de acudir á los métodos *paliativos*.

Desde entonces el Cirujano queda á su inspiración propia abandonado. Ya no curará, solamente procurará aliviar. Para esto todos sus recursos son buenos, y desgraciadamente serán pocos.

¿Qué porvenir le espera á una enferma operada radicalmente de cáncer uterino? Muy sombrío. Mi modo de pensar respecto á las recidivas neoplásicas, en estas circunstancias, se halla todo comprendido en esta frase: *la mujer que ha tenido cáncer uterino, lo tendrá.*