

accidental donde se adhieren por una conexión más íntima (1).

Ya hemos hablado de las adherencias que se establecen entre los labios uterinos y las paredes de la vagina; es evidente que, cuando sobreviene este fenómeno, la extensión de la enfermedad á las paredes vaginales es casi cierta. Este es un hecho de observación, que la pared anterior de la vagina y de la vejiga se hallan con mucha más frecuencia invadidas por el cáncer que su pared posterior y el recto. Se ha tratado de explicar esta circunstancia diciendo que el cáncer ataca más frecuentemente el labio anterior que el labio posterior del útero. Pero la íntima conexión que existe entre el cuello de la matriz y la vejiga, partes separadas solamente por un repliegue de la fascia pelviana, mientras que por detrás el peritoneo mismo desciende por debajo del origen de la porción vaginal, explica mucho mejor por qué la infiltración cancerosa se efectúa más rápidamente hácia delante que hácia atrás del órgano (2).

Aunque quizá no sea estrictamente éste el lugar donde debamos añadir algunas palabras más relativas á la afección de la vejiga en los casos de cáncer uterino, no obstante, me parece muy conveniente. No es raro, independiente de todo depósito canceroso en este órgano, encontrar una congestión intensa con coloración roja sombría de la membrana vesical, algunas veces verdadera flogosis, una ulceración purulenta de sus repliegues y el engrosamiento de todas sus tunicas; lesiones que prueban que la disuria, tan frecuente durante la vida de las enfermas, es un signo de simpatía estrecha entre la vejiga y el útero. Esta alteración anatómica de la vejiga no se produce siguiendo un modo uniforme. Algunas veces la lesión parece efectuarse de fuera adentro, y entónces, en el punto en donde la vagina y la vejiga están estrechamente unidas, la membrana vesical está cubierta de un moco viscoso. Por el tacto se comprueba que está reblandecida, y si se la comprime con una sonda se la deprime, porque el de-

(1) Todos los casos de quistes del útero descritos por Huguier en su importante *Ensayo*, vol. I de las *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, cap. II, páginas 295 y 325, y láminas IV y V, dichos quistes eran sub-peritoneales. Los que yo he observado en los dos casos descritos más arriba eran parecidos á los quistes presentados por Boivin y Dugès en las láminas XIV y XXXII, fig. 1.ª de su *Atlas*, pero que no han dado ninguna descripción especial de ellos.

(2) Wagner, *Op. cit.*, págs. 49 y 60, da la proporción siguiente: 38 por 100 en el primer caso y 3 por 100 en el segundo. Pero su estadística pone en evidencia un hecho al cual yo no me atenia, y es la frecuencia mayor de la fístula recto-vaginal que la fístula vésico-vaginal como resultado de la enfermedad cancerosa. Así, que de 83 enfermas atacadas de enfermedad cancerosa de la vejiga, no ha habido más que 28 casos de fístula vésico-vaginal; mientras que de 33 casos en que el cáncer había invadido el recto hubo 24 fístulas recto-vaginales.

pósito canceroso ha destruido sucesivamente todos los tejidos intermedios, y serian suficientes algunos días para que se produjese una abertura fistulosa. En otros casos la enfermedad ataca á la vejiga de una manera secundaria, es verdad, pero independientemente de una simple extensión por continuidad de tejido. El cáncer se deposita entónces por debajo de la mucosa vesical, bajo la forma de pequeños tubérculos planos y blanquizcos; no se limita á los puntos en donde la vejiga y el útero están en contacto inmediato, por más que, por lo general, se encuentren allí en mayor abundancia. Estos tubérculos se ensanchan un poco, pero sin unirse, no obstante, y destruyen la membrana que les cubre. El resto del órgano está inflamado, engrosado, y algunas veces aún ulcerado. Cuando se forma una abertura fistulosa, la vejiga sufre todos los cambios consecutivos á la fístula vésico-vaginal, cualquiera que sea su modo de origen, pero estos cambios se agravan por los progresos constantes de la enfermedad que ha ocasionado la fístula.

Pero volviendo al estudio especial del cáncer de la matriz, que es el que nos ocupa actualmente, haremos observar que la descripción de la enfermedad que acabamos de dar se aplica á casi todas las formas de cáncer uterino, aunque existen *algunas variedades de la afección* que pueden ser el tipo ordinario. Regla general: el cáncer principia por el cuello de la matriz; éste es un hecho también establecido como el asiento casi exclusivo de los tumores fibrosos en el cuerpo del órgano. Sin embargo, en ciento setenta casos de cáncer uterino, tres veces ocupaba la enfermedad el *cuerpo del órgano*, y recorrió todos sus períodos hasta la terminación fatal sin que sobreviniese ninguna ulceración del orificio uterino ó cualquiera otro cambio que pudiera hacer sospechar durante la vida la existencia de una enfermedad maligna; en la autopsia se comprobó una infiltración cancerosa de la sustancia de la matriz.

En todos estos casos el aumento de volumen del útero era considerable; en el uno medía cinco pulgadas de longitud, en el otro seis, y en el tercero tenia casi el grosor de una cabeza de un adulto. Este aumento de volumen era debido, en dos casos, al extremo engrosamiento de las paredes uterinas, producido por la infiltración del depósito canceroso. En uno de estos dos casos todo el órgano se había convertido en una masa blanda, casi uniforme, sin estructura fibrosa aparente, de un gris blanquizco, imbibido de un suero sucio, y que se desgarraba muy fácilmente en el sentido longitudinal del órgano. No existía ningun vestigio de membrana mucosa, ni había más que una pulgada y media de cavidad uterina á partir del orificio de la matriz, que era pequeño, circular y sin vestigio alguno de alteración. En el otro caso, las paredes uterinas eran gruesas también, pero en menor grado;

la cavidad uterina no estaba obliterada; una masa de cáncer medular, blanduzca, del volúmen de una nuez, se proyectaba en su interior, que tenia su punto de partida un poco por encima del orificio interno del útero. Exteriormente, los labios del orificio uterino estaban sanos, y su superficie perfectamente lisa y de color rosado. Esta apariencia normal se continuaba en el interior del cuello, pero la membrana mucosa poco á poco se volvía rugosa, roja, y dejando ver por transparencia por debajo de ella depósitos blanquizcos de materia cancerosa (1). En el tercer caso, el orificio estaba igualmente sano, y el útero media cinco pulgadas de longitud. Además se hallaba rodeado de una masa de materia cancerosa blanda que no había invadido sus paredes. El aumento de volúmen de la matriz era debido á la dilatación de su cavidad; su superficie interna presentaba un aspecto muy notable, sembrada de pequeñas excrecencias verrugosas é irregulares, entre las que dos ó tres más voluminosas que las otras no excedían, sin embargo, de las dimensiones de un guisante. Estas granulaciones estaban casi sentadas, y la superficie que ocupaban se parecía más á una vejiga crónicamente ulcerada que á una parte atacada de cáncer. En estas granulaciones no se encontraba ninguna célula cancerosa distinta, pero hacía el fondo del útero, en donde las paredes eran delgadas, había una vía de comunicación que permitía al dedo encajarse entre la matriz y la masa carcinomatosa que la rodeaba. Sobre este punto, las paredes uterinas se hallaban reblandecidas, desorganizadas, y parecían infiltradas de materia cancerosa.

Además de estos casos hay otros dos sobre el total de los ciento setenta que ofrecían predominio marcado de la enfermedad en el interior de la matriz, aunque los labios uterinos no estaban perfectamente sanos. En estos dos casos era evidente que el mal, en contrario á la regla general, había marchado de dentro afuera. Yo me inclino á creer que el principio del cáncer tiene lugar en el interior del cuerpo del útero más á menudo que lo que se presume.

Como complemento á los casos en que el orificio uterino queda intacto ó no se afecta sino secundariamente, es menester mencionar los ejemplos, por lo demás raros, de *pólipos malignos* que nacen en el interior de la matriz, sin ninguna afección anterior del cuello. Ya hemos hecho alusión á la frecuencia de estas excrecencias polipóides de mala naturaleza, durante la evolución

(1) Una breve descripción, pero interesante, de muchos casos análogos ha dado el Dr. Simpson en sus *Obstetric Memoirs*, etc., vol. 1, pág. 193. También se encontrarán en Wagner, *Op. cit.*, págs. 122 y 123, otros más ó menos detallados y recogidos en diferentes obras.

de la enfermedad cancerosa del útero. Pueden alcanzar un volumen considerable, y, sin embargo, no constituir más que una pequeña porción en el conjunto de las partes afectadas; desaparecen con los progresos de la enfermedad cancerosa. De tiempo en tiempo, en el momento en que los labios del orificio están todavía intactos, una excrecencia de tejido canceroso, por lo general que pertenece á la especie medular, emerge del interior de la matriz y desciende á la vagina. El punto de origen de estos pólipos malignos es por lo común la parte inferior de la cavidad del útero algunas veces el canal cervical, rara vez el fondo del órgano. Un ejemplo muy notable de este último caso se encuentra en Boivin y Dugès, y yo he observado uno hace algunos años en Middlesex Hospital, en una mujer que vino á morir allí de ascitis, á lo que se creía. Nuestra atención se había fijado en un flujo vaginal abundante é infecto; descubrimos en la vagina un pólipo más voluminoso que el puño. En la autopsia se encontró, además de los depósitos cancerosos situados en diversas vísceras abdominales, las paredes uterinas engrosadas por una infiltración de materia medular, y la cavidad del órgano distendida por un pólipo cuyo pedículo, grueso como la mitad del puño, que se insertaba sobre el fondo de la matriz. Su estructura era blanda y muy vascular; además he observado otro caso de pólipo canceroso. La excrecencia era mucho menos voluminosa, y, tanto como se podía asegurar, parecía provenir de la parte inferior del útero. No se proyectaba sino á una pequeña distancia en la vagina; los labios uterinos parecían sanos, salvo el posterior, que estaba un poco grueso é indurado. Por más que la formación de un pólipo maligno parezca proceder en apariencia de la afección cancerosa uterina, yo creo, sin embargo, que el cáncer invade previamente las paredes del órgano; no conozco ejemplo de tumor maligno implantado sobre un útero perfectamente sano.

Creo que he encontrado dos veces el cáncer *alveolar de la matriz*, pero no he podido confirmar más que una vez mi diagnóstico por la autopsia. En este caso los labios del orificio uterino estaban casi destruidos, y una capa de cáncer medular densa formaba la base de donde se proyectaban numerosas granulaciones verrugosas semitransparentes, que ocupan todo el interior de la matriz, llenas de esa materia gelatinosa semitransparente que Lebert (1), que la ha observado muchas veces, considera como característica.

El *cáncer epitelial* del útero se presenta bajo dos formas: ó bien tiene el carácter de excrecencias granuladas que tienen su asiento sobre los labios uterinos, ó bien es una úlcera corrosiva

(1) *Traité des maladies cancéreuses*; 8.º, Paris, 1851, pág. 217.

que ocupa su superficie. La primera variedad, cuando es muy aguda, no es otra cosa que la *excrecencia en coliflor* del doctor John y de Sir Charles Clarke. Se observan más á menudo casos que, sensiblemente de la misma naturaleza, se aproximan, sin embargo, al cáncer medular ordinario (1).

En su primer período, el cáncer epitelial de la matriz no se ha presentado más que dos veces á mi observacion; los síntomas insignificantes á los cuales da lugar en esta época, rara vez llama la atencion de las enfermas. En un caso en que he podido ver la enfermedad uterina en su principio, era secundario á la misma afeccion sobrevénida en la vagina; pero en el otro caso, la vagina estaba perfectamente sana. En el primer ejemplo existia sobre el labio posterior del útero una placa del grandor de un chelling, elevándose por encima de la superficie circunvecina, de un color rojo vivo, pronto á sangrar, y de una estructura papilar tan fina que parecia al terciopelo rojo. En el segundo, la enfermedad ocupaba la parte anterior del labio anterior, cuyo borde externo parecia cortado en pico y ranversado; el espéculum nos manifestaba una pequeña arborizacion suave y vellosa al tacto, que parecia rodeada de pequeñas granulaciones sentadas. En los otros casos que yo he observado, la enfermedad estaba más adelantada; el cuello de la matriz habia aumentado ya de volúmen; el orificio no se hallaba todavía entreabierto, pero sus labios tumefactos se proyectaban de una á dos líneas por la circunferencia del cuello, mientras que su superficie era rugosa y granulosa al tacto. Cuando se introducía el espéculum, se veía que estas rugosidades provenian de una reunion de numerosas granulaciones ó papilas aplastadas, rojas, semitransparentes, que sangraban con facilidad. Algunas veces estas granulaciones persisten durante meses enteros sin aumentar de volúmen y sin cambiar de carácter. Despues se forma sobre uno ú otro labio una ulceracion irregular de bordes cortados en pico, en una palabra, tal como si se la viesse por primera vez ó no se pudiera sospechar ser de otra naturaleza que el cáncer comun. No obstante, las pequeñas papilas sentadas aumentan á menudo de volúmen y forman sobre todo en la superficie del cuello una excrecencia distinta del grosor de un huevo, de una manzana ó aún más voluminosas. Estas excrecencias están divididas por profundas fisuras ó lóbulos, de

(1) He conservado el termino de *cáncer* para aplicarle á esas variedades de enfermedades malignas del útero, porque no me creo en estado de decidir un punto sobre el cual se dividen las autoridades médicas más competentes, y tambien porque la tendencia general de la enfermedad epitelial y canceróide es asociarse en su curso á el cáncer medular, á pesar que uno y otro pierden sus caracteres distintos para confundirse en el carcinoma ordinario del útero.

grandor variable, que parecen reunidas por su base. A pesar de la profundidad de las fisuras, su direccion es tan variada, que es difícil algunas veces distinguir las claramente del mismo orificio uterino; las dimensiones de estas excrecencias no son las mismas en todas sus partes; por lo regular nacen sobre la superficie del cuello uterino por un pedículo corto y grueso, proyectándose como las ramificaciones de una *coliflor*, y de aquí de donde se deriva su nombre (fig. 64). El exámen, aún practicado con las mayores precauciones, aplasta algunos fragmentos de estos tumores y produce la hemorragia. Si á pesar de este flujo se empuja el dedo

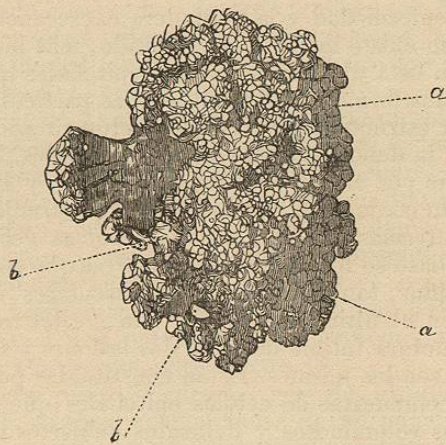


Fig. 64.—Coliflor del útero.

casi sobre la base, se la encontrará más consistente y dotada de una sensibilidad que, aunque obtusa, es mayor que sobre los otros puntos de la excrecencia. Algunas veces dicha excrecencia queda limitada á uno de los labios donde puede alcanzar un volúmen considerable ántes que haya invadido el otro (1). Esta localizacion tiene lugar más á menudo para el labio posterior que para el anterior; la razon es que la concavidad del sacro ofrece más lugar al desarrollo del tumor, que la mitad anterior de la pélvis, que está aplastada y limitada por las dos ramas del púbis.

Aunque la vagina participe casi siempre de la enfermedad, y que sus paredes sean papilares y granulosas, su lesion no es fatal en todo el tiempo que la enfermedad conserve sus caracteres primitivos, teniendo mucha ménos tendencia que el cáncer ordi-

(1) Hay un grabado característico en el Atlas de Boivin y Dugès, lámina xxiv.

nario á invadir las partes adyacentes. Pero su disposicion á degenerar en cáncer medular ó asociarse con él es muy grande, y entónces pasa por esas alternativas de muerte parcial y de reproduccion, como hemos notado en otras formas de la enfermedad maligna. Habitualmente la excrecencia desaparece en parte; el orificio cortado en pico, de donde se eleva, parece desde luego granuloso y desigual; más tarde se engruesa, se pone nudoso y toma por grados todos los caracteres de la parte que desde el principio ha sido el asiento de un cáncer medular; al mismo tiempo las paredes del órgano y su interior sufren los mismos cambios.

Entre esta enfermedad y la verdadera excrecencia en coliflor, la diferencia no existe más que en el grado, más bien que en su naturaleza. En esta última, las células epiteliales que la constituyen, tienen una forma cilíndrica; pero las particularidades más salientes de su estructura resultan del volúmen considerable de los vasos y de la delicadeza mayor de sus paredes. No están cubiertas más que por un poco de tejido celular y ligadas entre sí por un tejido conjuntivo apretado formando franjas análogas á las hidátides uterinas (1). En las excrecencias verdaderamente cancerosas la base se forma pronto, miéntras que en estas excrecencias en coliflor, tan delicadas y tan vasculares, no se producen más que en el último período y aun no del todo. Sin embargo, la estructura íntima de estas dos lesiones y sus elementos microscópicos son los mismos. Están constituidas por papilas hipertrofiadas, compuestas de células epiteliales que contienen en su centro vasos voluminosos y delicados cubiertos de una capa espesa de epitelium. Las enormes franjas capilares de las excrecencias en coliflor explican las abundantes y profusas hemorragias, así como los flujos serosos que la acompañan. Por otra parte, la ausencia de esa estructura sólida que se encuentra en otras formas de cáncer epitelial, dan cuenta de los resultados favorables que se obtienen por la extirpacion, y tambien del hecho que no queda despues de la operacion más que algunas capas delgadas de lo que parecia un tumor tan voluminoso y tan sólido.

Existen divergencias de opinion relativamente á la naturaleza exacta de estas ulceraciones incurables del cuello del útero, que

(1) Esta comparacion ha sido hecha por Virchow en su descripcion micrográfrica de estos tumores (*Verhandl. der Phys. Med. Gesellschaftein Würzburg*, vol. 1, pág. 110). Es exacta y concuerda con las observaciones anteriores que vienen á confirmarla. El aspecto general de estas excrecencias ha sido muy fielmente representado por Sir C. Clarke en el vol. 11, lámina 1 de su obra sobre *Diseases of Women*, por el Dr. Simpson, págs. 165 y 166 de su obra sobre *Diseases of Women*, por el Dr. Mayer, vol. iv del *Verhandl. der. Ges. f. Geburtsh en Berlin*, que contiene tambien un grabado del exámen micrográfico.

yo he creido deber, de acuerdo con los autores más autorizados en tal materia, referir al cáncer epitelial, pero que algunos observadores eminentes consideran como de naturaleza tuberculosa. Al hablar del tubérculo uterino he hecho mencion de esos numerosos depósitos de color amarillo que se encuentran algunas veces sobre la superficie del orificio de la matriz, y que si se les punciona ó se abren espontáneamente, dejan tras de sí ligeras excavaciones ulceradas. Su carácter tuberculoso no me ha parecido sólidamente establecido, puesto que no he observado que su fusion tuviese por consecuencia destruir el tejido del cuello. Sin embargo, Lisfranc (1) describe esta lesion que yo no he visto, pero que ha sido observada y descrita tambien por M. Robert (2), Pichard (3) y otros, llevando en apoyo de su opinion hechos donde se produce el reblandecimiento de los depósitos tuberculosos situados en el espesor del cuello.

«Las ulceraciones tuberculosas del cuello uterino, dice M. Robert (4), se reconocen en su base excavada, de color gris, y la presencia de una materia caseosa en medio del flujo mucoso-purulento que proviene del interior del cuello. Se distinguen tambien por la presencia en dicho cuello de tumores de volúmen variado, redondos, duros al principio y sin cambio de coloracion; más tarde blandos, blanquizcos, que ceden á la presion del dedo y dando una confusa sensacion de fluctuacion. Estos tumores están formados por una materia tuberculosa todavía en estado de crudeza ó en via de reblandecimiento.

«Es menester observar ademas, que estas ulceraciones escrofulosas van casi siempre acompañadas de un infarto considerable del cuello uterino, que es debido, sea á una infiltracion tuberculosa persistente, ó bien, en fin, á esa especie de proceso inflamatorio que acompaña al reblandecimiento y la eliminacion del producto morboso. Esta última circunstancia puede oscurecer el diagnóstico y llevar á creer que los infartos y las ulceraciones son de naturaleza maligna, error que Lisfranc confiesa haber cometido muchas veces.»

Sin embargo, estos tumores reciben una interpretacion diferente cuando el microscopio viene en ayuda de nuestras investigaciones. Se encuentra que la materia reblandecida no está constituida por los elementos del tubérculo, sino por células epiteliales semejantes á las de la membrana mucosa uterina, miéntras que la sustancia indurada que sirve de base á la ulceracion está for-

(1) *Clinique chirurgicale*, etc., vol. 11, págs. 548 y 553.

(2) *Des affections*, etc., *du col de l'uterus*, en 8.º, Paris, 1848.

(3) *Des abus de la cauterisation dans les maladies de la matrice*, in 8.º, Paris, 1846, págs. 121 y 132.

(4) *Op. cit.*, pág. 48.

mada de una mezcla de tejido fibro-plástico y de materiales epidermoideos. En resumen, dice M. Robin (1), esta especie de ulceracion es al útero lo que el lupus ó las úlceras canceróides son á la cara; sus principales diferencias resultan de que estas últimas estan constantemente expuestas al aire libre, mientras que las primeras están siempre en contacto con las secreciones mucosas ademas de las de la vagina.

Nos queda que hablar todavía de una afeccion que estará bien colocada aquí, aunque se halla más estrictamente al lado de los cánceres que de la enfermedad maligna que acabamos de estudiar. El difunto Dr. John Clarke fue el primero en describir con el nombre de *úlcerá corrosiva* (fig. 65) una forma particular de

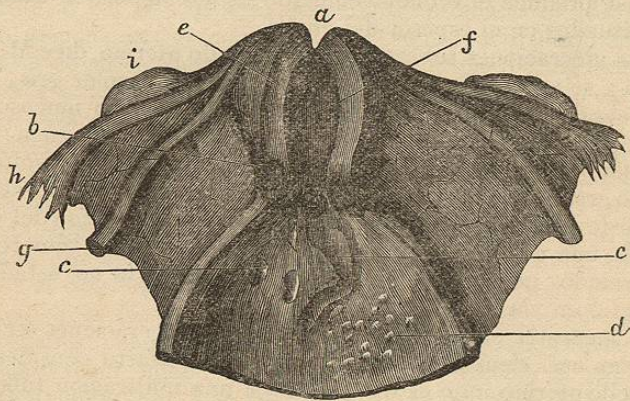


Fig. 65.—Úlcerá corrosiva ó canceróide ulceroso del útero en una paciente en quien se había hecho la escision del cuello.

ulceracion del orificio y del cuello uterino, que principia sobre la mucosa, abrazando toda la circunferencia del orificio y acabando por destruirla, así como las partes subyacentes, pero difiriendo del carcinoma por la ausencia de todo engrosamiento, de toda induracion y en sus inmediaciones del depósito de los materiales heterogéneos. Es inútil detenernos en algunas diferencias que existen entre sus síntomas y los de la ulceracion carcinomatosa;

(1) La conformidad en la manera de ver de Robin, *Archives de medecine*, Agosto 1848, págs. 408 y 414; Lebert, *Maladies cancerieuses*, pág. 218, y de Hanover, *Dans Epithelioma*, en 8.º, Leipzig, 1852, pág. 126, debe parecer decisiva sobre este punto. Yo me inclino á creer que el hecho del Dr. Gibb, de una pretendida ulceracion del útero y de la vejiga, descrito pág. 269, vol. VI, en las *transactions of the Pathological Society*, debe colocarse más bien en esta categoría.

el hecho de que la úlcera corrosiva puede persistir durante muchos años sin producir ningun accidente terrible, mientras que la muerte es pronta é inevitable á consecuencia de la ulceracion cancerosa, establece entre las dos enfermedades una distincion capital.

Las opiniones divergen mucho relativamente á la naturaleza real de la afeccion, y su rareza se opone á que se pueda dilucidar completamente la cuestion. No obstante, no se puede dudar de que debe clasificársela entre las úlceras rodens. Esto es lo que han hecho por lo demas todos los micrógrafos modernos; todo habla en favor de esta manera de ver: el aspecto exterior, el proceso que difiere tanto de el del cáncer, y, en fin, la ausencia en el seno de los tejidos adyacentes de las células cancerosas y epiteliales (1).

No nos queda que mencionar más que un punto de anatomía patológica del cáncer uterino, á saber: *la frecuencia de la afeccion carcinomatosa en los otros órganos* durante el curso de la enfermedad. Con mucho sentimiento debemos confesar que es muy raro no ver ántes de la muerte propagarse el cáncer por continuidad de tejidos del útero á algunas partes inmediatamente adyacentes. Así, por ejemplo, sucede pocas veces que en una enferma muerta de cáncer uterino no exista un poco de infiltracion cancerosa en la parte superior de la vagina; y como veremos más adelante, la frecuencia de este hecho, aún en un período relativamente poco avanzado del cáncer medular, es una de las circunstancias que contraindican y comprometen más el éxito de toda operacion quirúrgica. Hay, sin embargo, bastantes razones para creer que el carcinoma uterino, en su principio, á menudo queda por mucho más tiempo confinado en la parte que ha invadido que cuando ocupa cualquiera otra region del cuerpo, aunque, sin embargo, no hay una diferencia tan grande bajo este punto de vista entre los cánceres, como queria suponer M. Lebert (2), cuando establece que la infeccion de todo el sistema que se manifiesta evidente por el depósito secundario de la materia cancerosa en otros órganos, no existia en cuarenta y cinco casos de cáncer uterino más que nueve veces, mientras se había verificado veinticuatro veces en treinta y cinco casos de cáncer de los pulmones; es decir, en las cinco sétimas partes de casos. Estos resultados son más favorables que los dados por el análisis del difunto profesor Kiwisch (3), quien de setenta y tres autopsias de cáncer uterino hechas en el hospital de Praga, encontró

(1) HANOVER, *op. cit.*, pág. 128.

(2) *Op. cit.*, págs. 239, 310 y 394.

(3) *Op. cit.*, vol. I, pág. 511.

el cáncer de la vejiga 42 veces por 100; Lebert, 13 por 100 solamente; 19 veces el de los ovarios, y 7,5 por 100 el de los pulmones, y Lebert 4,4 por 100. Estas diferencias, que mi observación personal no me permite explicar, provienen de la frecuencia relativa de ciertas formas cancerosas de Paris y Praga. Acaso el cáncer epitelial sea más comun en Paris, y el cáncer medular en Praga. En los cuadros estadísticos que no demuestren suficientemente la infección cancerosa de la economía, será necesario referir los casos á diferentes categorías, según el carácter primitivo de la enfermedad. En atención al conocimiento del hecho de que una infección del sistema general sobreviene acaso ménos invariablemente, y con probabilidad más pronto en el cáncer de la matriz que en el de otros órganos, servirá para arrojar un débil rayo de esperanza sobre el sombrío cuadro que tenemos que estudiar todavía bajo otros puntos de vista (1).

(1) La comparación del cáncer del útero y del cáncer del estómago ha conducido á Wagner (*op. cit.*, pág. 100) á esta conclusión terrible: que la propagación de la enfermedad y los depósitos secundarios no son tan excepcionales como se supone en el carcinoma uterino, y que existe una notable similitud entre los cánceres de los órganos huecos, compuestos principalmente de fibras musculares orgánicas, como el estómago, el exófago y los intestinos con los del útero.

CAPITULO II.

ENFERMEDADES MALIGNAS Ó CANCEROSAS DEL ÚTERO.

Su frecuencia. — Causas favorables á la producción del cáncer. — Edad, estado de la menstruación, su modo de aparición, embarazo. — Influencia especial del embarazo. — Tendencia hereditaria.
 Síntomas del cáncer; su principio y primeros síntomas. — Dolor; su carácter y sus causas. — Hemorragia: su valor; sus causas y su frecuencia como primer síntoma. — Flujos; causas de su mal olor; variedades con respecto á este punto.
 Caquexia cancerosa; sus caracteres.
 Dos formas excepcionales del cáncer, el latente y el agudo.
 Influencia del cáncer sobre el parto.
 Diagnóstico del cáncer uterino.
 Duración de la enfermedad.

Una de las razones que he invocado al principio del último capítulo para justificar el tiempo que he creído necesario consagrar al carcinoma uterino, es su frecuencia. Nuestras tablas de mortandad no nos permiten apreciarle aún con rigurosa exactitud; pero nos suministran datos que se aproximan suficientemente á la realidad. La diez y siete relación del registro general nos demuestra que la mortandad por la enfermedad del cáncer se elevaba en toda Inglaterra en 1861 á 1.754 para los hombres y á 4.072 para las mujeres. Este excedente de la mortandad para las mujeres puede referirse con seguridad, ya al cáncer de la mama ó bien al de la matriz. Según los cuadros de Tanchon (1), basados sobre los registros mortuorios de Paris, el cáncer uterino es más frecuente que el de la mama en la proporción de 2.996 á 1.147, es decir, que es al segundo como 2,6 es á 1. Pero este resultado, ni su aserción de que el cáncer uterino ha sido la causa de 1,6 sobre 100 casos de muerte en las mujeres durante el período de diez años que abrazan sus cálculos, no se pueden considerar como absolutamente exactos, bien que yo esté convencido que ni lo uno ni lo otro se separe mucho de la verdad. Esta frecuencia, aunque no sea de todo punto rigurosa,

(1) *Recherches sur le traitement médicale des tumeurs cancéreuses du sein*, en 8.º, 1844, pág. 258.