

profesor Dubois hizo referencia del caso en su clase y habló de la necesidad casi cierta de incindir el cuello uterino en el momento del parto; sin embargo, en contrario á esta opinion, el orificio se dilató muy pronto y suficientemente ancho para que permitiese el paso de la criatura, y el parto no duró más que algunas horas. Tambien he observado lo mismo en otro caso; una parte relativamente poco extensa del segmento inferior de la matriz, que no habia sido invadida por el cáncer, se dilató más que lo que se hubiera podido sospechar, y en despecho de la resistencia del cuello permitió salir la criatura. Pero desde el momento que el trabajo del parto está bastante avanzado para no dejar ninguna duda sobre la necesidad de obrar y para indicar la direccion y la extension que es menester dar á las incisiones, un retardo más prolongado podria aumentar el peligro de las enfermas, sin ser compensado por ninguna ventaja.

Si se nos pregunta, si en los casos en que la enfermedad es muy extensa, el obstáculo al paso de la criatura considerable, y el empleo de los instrumentos para su extraccion absoluta, no habria alguna ventaja en practicar la operacion cesárea? El doctor Oldham (1) es, segun creo, el único que ha puesto en práctica esta idea con un resultado favorable, al ménos en lo que concierne á la terminacion del parto, lo que prueba la sabiduría de su determinacion. Pero es preciso convenir que el estado de una enferma ha de ser bien desesperado cuando de dos alternativas la operacion cesárea parece la ménos peligrosa.

Ahora que hemos estudiado las indicaciones que es preciso llenar en la gran mayoría de los casos de cáncer uterino, así como la mejor manera de cumplirlas, examinemos los diferentes procedimientos que se han propuesto, ya para la extirpacion del órgano enfermo, ó para la ablacion de la parte afecta, ó bien para contener localmente los rápidos progresos de la enfermedad.

Ocupémonos desde luego de la *ablacion de todo el útero*. A pesar de los dos ó tres éxitos temporales, esta operacion es unánimemente considerada como temeraria y desechada del cuadro de las operaciones quirúrgicas clásicas.

Yo no conozco más que un caso en que la extirpacion de todo el útero haya ido seguida de una curacion completa. Esta es la de Langenbeck, que extirpó la matriz de una mujer que estaba hacia mucho tiempo en procidencia, y que no tuvo despues ninguna enfermedad durante veintiseis años (2). En primer lugar

(1) Guy s'Hospital, *Reports*, 1851, segunda serie, vol. XI, pág. 426.

(2) Los detalles de este hecho, así como los grabados despues de la muerte y todas las particularidades importantes de la operacion se hallaran en la disertacion inaugural del actual profesor Langenbeck. *De totius utere extirpatione*, en 4.º, Gætingæ, 1842.

no es cierto que la induracion y la ulceracion fuesen debidas á otra causa más que á la irritacion resultante de estar expuestas las partes á las violencias exteriores y aunque así no fuese, es preciso no olvidar que la sensibilidad uterina se hallaba embotada á consecuencia de la larga permanencia del órgano fuera de la pélvis, de manera, que teniendo en cuenta esta circunstancia, no se puede concluir que los resultados hubieran sido los mismos si el órgano hubiese ocupado su posicion normal. De modo que el caso de Langenbeck presentaba una rara reunion de cualidades que facilitaban la enucleacion del órgano fuera del peritoneo; así que, bajo este punto de vista se encontrarán pocos ejemplos tan favorables (1).

Se han hecho, pero con poco éxito, tentativas para reproducir artificialmente el estado de prolapso uterino y colocar los órganos en condiciones que hiciesen la extirpacion favorable, como en el caso de Langenbeck. Otros cirujanos han extirpado el órgano por la vagina, sin haber modificado previamente su posicion. En un caso ha sido abierta la cavidad abdominal y extirpada la matriz á traves de la incision. No tendria necesidad de criticar largamente estos procedimientos operatorios, porque ya he dicho, que de 25 casos, 22 terminaron fatalmente á consecuencia de la operacion, y que dos meses, cuatro, y aún un año fueron los respectivos períodos que vivieron las pacientes.

El cuadro adjunto, yo creo, que da una estadística fiel de todos los casos de extirpacion total del útero practicada en el cáncer.

CASOS FELICES.

OPERADOR.	BIBLIOGRAFÍA.	Período durante el cual han sobrevivido las enfermas.
Recamier....	<i>Recherches sur le traitement du cancer</i> , 1829, vol. I, pág. 519.....	2 meses.
Sauter.....	<i>Die gänzliche Estirpation d. Carc. Gebärmutter</i> , 1822.....	4 meses.
Blundel.....	<i>Lancet</i> , Octubre, 1828. <i>Med. Gazette</i> , volumen II, pág. 29; y vol. III, pág. 37, y M. S. nota at commencement of his Researches, etc., in <i>Royal College of Surgeons</i>	1 año menos algunos días.

(1) Se encuentra un ejemplo de extirpacion del útero seguida de éxito y practicada en un caso de pretendido cáncer, con la ligadura y el cuchillo, en el año de 1783, por Marschall, de Strasbourg (*Salzb. Med. Zeitung*, 1794, vol. I, página 135). Existe uno más reciente de Bellini en *Omodei Annali universali*, 1828, vol. XLVIII, pág. 355. En el último caso la ablacion del útero no fue más que parcial. En el de Paletta, la enferma murió al tercer día (*Omo-*

En los 22 casos fatales la muerte sobrevino cuatro veces en seis horas, y cuatro más en veinticuatro, siete en dos días, dos en tres días, dos en cuatro, uno en pocos días, uno en diez, y en uno no se menciona la duración de la vida, aunque se dice que la enferma murió de los efectos de la operación.

En 21 casos se señala la causa de la muerte, que fue en 8 el dolor ó conmoción de la operación, la hemorragia en 3, hemorragia y conmoción en 2, peritonitis en 6, peritonitis y conmoción en 1, y en el último una pretendida fiebre nerviosa.

CASOS DESFAVORABLES.

OPERADORES.	BIBLIOGRAFÍA.	Fecha de la muerte después de la operación.	Causa supuesta de la muerte.
Blundel.....	<i>Lancet</i> , nov. 1828, vol. xi, pág. 225.	2 1/2 horas..	Conmoción.
»	<i>Ibid</i>	9 » ..	»
»	<i>Ibid</i>	39 » ..	»
Langenbeck.	Langenbeck, Jun, <i>Dissertation</i> , página 52.....	24 » ..	Peritonitis.
»	<i>Ibid</i> , pág. 55.....	2 días.....	»
»	<i>Ibid</i> , pág. 58.....	10 ».....	Fiebre nerv.
Holscher.....	<i>Graefe u. Walter's Journal</i> , volumen vi, pág. 638.....	24 horas...	Conmoción.
Wolff.....	<i>Ibid</i> , vol. vii, pág. 478.....	2 días.....	Peritonitis.
Siebold.....	<i>Journal f. Geburtshülfe</i> , vol. iv, página 507.....	65 horas...	»
»	<i>Ibid</i> , vol. vii, pág. 600.....	2 días.....	»
Banner.....	<i>Lancet</i> , Octubre, 11, 1828, vol. xv, página 57.....	4 »	»
Lizars.....	<i>Ibid</i> , Noviembre, 29, 1828, volumen xv, pág. 269.....	32 horas...	Hemorragia.
Roux.....	<i>Archives Gen. de Médecine</i> , Octubre, 1829, pág. 238.....	33 »	Conmoción.
»	<i>Ibid</i> , pág. 241.....	24 »	Hemorg. dol.
Recamier....	<i>Journal Hebdom.</i> , vol. vi, página 120.....	2 días.....	Conmoción.
Dubled.....	<i>Ibid</i> , vol. viii, pág. 123.....	22 horas...	Hemorragia.
Dieffenbach.	<i>Operative Chirurgie</i> , vol. ii, página 800.....	4 días.....	Peritonitis y
Delpech.....	Boivin y Dugés, <i>Maladies de l'utero</i> , vol. ii, pág. 85.....	3 »	conmoción.
V. Walther..	Kilian's <i>Operations lehre</i> , etc., vol. iii, segunda edición, página 261, nota.....	Inmediata.	Dolor.
Warren.....	<i>Am. Journal of Med. Sciences</i> , 1829, vol. iv, pág. 536.....	3 días.....	Conmoción.
Bodenstab...	<i>Neue Zeitschrift, f. Geburtshülfe</i> , vol. xviii, pág. 232.....	Inmediata.	Hemorragia.
Fabri.....	Floriep's <i>Notizen</i> , vol. xii, número 20, pág. 319.....		Conmoción.
		Ninguna reseña.	

dei Annali, 1822, vol. xxiv, pág. 43), no se puede comprender este caso entre los que preceden, tanto más cuanto que la ablación del útero fue hecha sin intención, puesto que se trataba, no de un cáncer, sino de un grueso tumor fibroso que había arraistrado el útero fuera de las partes externas de la generación. Recamier, *Archives de Med.*, vol. xxii, ha extirpado un útero canceroso en prócidencia por medio de la ligadura. La enferma curó de la operación, pero al cabo de tres meses murió de disentería.

Pero miéntras los hechos justifican ampliamente la condenación pronunciada por los cirujanos contra la extirpación total de la matriz cancerosa, no es lo mismo cuando se trata de curar la enfermedad en sus primeras fases por medio de una operación ménos peligrosa, que se limita á separar las partes afectas. Sin entrar en investigaciones históricas inútiles, diremos que la clasificación de la *amputación del cuello canceroso* de la matriz entre las operaciones quirúrgicas data de 1802, época en la que fue ejecutada felizmente por el profesor Osiander (de Göttinge). Desde esta época hasta el año de 1816, Osiander amputó el cuello de la matriz veintitres veces (1), y una innovación tan sorprendente excitó de una manera extraordinaria la atención de los cirujanos alemanes. No obstante, Osiander no encontró muchos imitadores entre sus compatriotas: las hemorragias, con frecuencia formidables, y algunas veces fatales; que acompañan á la operación, ocasionan un terror bastante natural, y además se alegaba que, áun entre las manos del inventor, los casos desgraciados eran más frecuentes que los felices. La malignidad estimulaba también la actividad de la crítica; de todas las maneras, hasta los últimos tiempos habia pocos casos en que la amputación de la matriz se practicase en Alemania. Pero en Francia, que no existían las mismas causas de hostilidad, la operación encontró numerosos defensores, y fue sancionada por Dupuytren, que la ejecutó muchas veces. Los notables resultados obtenidos por Lisfranc, que pretendía haberla practicado 99 veces y haber obtenido 84 resultados favorables, adquirieron una gran notoriedad, en razón del proceder mismo, y también á causa del cirujano que se hizo el ruidoso campeón de ella. Poco tiempo después desaparecieron las dudas demasiado fundadas sobre la exactitud de las estadísticas de Lisfranc, y su antiguo discípulo M. Pauly publicó un libro en que afirmaba, y su aserción no ha sido nunca desmentida (2), que habia sobrepasado el número de las operaciones ejecutadas y falsificado sus resultados, y además, que en muchos casos de ablación del cuello la enfermedad no era un cáncer, sino una simple induración de esta parte de la matriz.

Aunque esta operación no hubiese sido completamente abandonada, tanto en Francia como en Inglaterra, donde se practicaba de tiempo en tiempo, sin embargo, habia caído en des-

(1) Se encuentran estas indicaciones en Langenbeck, *Op. cit.*, pág. 26, nota 5.

(2) Aquellos que quieran leer los detalles de esta querrela, poco honrosa para los dos, sobre todo para Lisfranc, los encontrarán en Pauly, *Maladies de l'uterus*, en 8.º, Paris, 1836, págs. 427 y 481, y en Lisfranc, *Clinique chirurgicale*, en 8.º, Paris, 1843, vol. iii, págs. 633 y 657. La débil defensa de Lisfranc es casi una confesión de culpabilidad.

uso, hasta que recientemente un conocimiento más profundo del objeto, una apreciación más exacta de los hechos en que está bien indicada, y á los cuales es preciso hacer honor, han sido totalmente aclarados.

No es dudoso que otras veces, en muchos casos, en que se amputaba el cuello de la matriz, no existía ninguna afección cancerosa, y yo mismo he visto escindir un cuello uterino, y exponer á la enferma á los peligros inmediatos de la hemorragia, y á las consecuencias de una inflamación uterina en una simple inducción del órgano. Por otra parte, la escisión del cuello de la matriz ha sido hecha, sobre todo, en casos de cáncer fungóides, y como esta forma de la enfermedad ha hecho ya grandes progresos en el seno de los tejidos, donde principia ántes de alcanzar su superficie y revelar su presencia por síntomas positivos, toda tentativa de extirpación es siempre demasiado tardía, y, por consecuencia, al ménos improcedente.

Estos son los errores que han desacreditado la operación; unos practicándola cuando no era necesaria, y los otros cuando se hacia inútil. He descrito una variedad de enfermedad maligna en donde está indicada, y ha sido seguida de felices resultados. Hace mucho tiempo que se citan casos en que la extirpación de las excrecencias uterinas en coliflor ha producido excelentes efectos; pero hay también otras formas de la enfermedad que, con una textura más firme y ménos vascularizada, comienza también sobre la superficie del orificio uterino, y no se propaga sino lentamente á la profundidad de los tejidos. Estas son de una manera indudable esos cánceres epiteliales del útero que han sido curados por la ablación de las partes afectas, y á éstos, según mi opinión, es para quienes se debe reservar la operación. Lo que se debe temer es, que las condiciones que aún en esta forma de la enfermedad deben exigirse para que se ejecute dicha operación, no se encuentran sino rara vez. Aunque he investigado con cuidado los casos favorables, no he encontrado aún más que dos en donde se podía operar sin desconfianza. Una de estas enfermas fue operada por M. Arnott, en Middlesex Hospital. En este caso la movilidad del útero era perfecta, así, que sin trabajo se podía tirar del órgano afuera de las partes externas; por otra parte, el cuello de la matriz era bastante largo para permitir hacer incisiones en los tejidos sanos, á fin de separar completamente los enfermos. La hemorragia fue formidable á causa de la sección de un tronco arterial voluminoso. No se pudo contener más que por medio del cauterio actual, y después, durante la eliminación de la escara, una segunda hemorragia hizo necesario el taponamiento de la vagina. Contenidos estos peligros, la enferma se curó rápidamente, tomó carnes y fuerzas, y durante cerca de seis meses gozó de una salud perfecta. Pero entónces reapareció

con los síntomas de su enfermedad, y al cabo de dos meses murió, es decir, ocho meses después de la operación. Seis meses de vida, de esperanza, de ausencia de dolor, de salud y de felicidad, no se compran demasiado caro por medio de la operación que, con el socorro del cloroformo, es poco dolorosa y cuyo principal peligro, la hemorragia, se la puede contener y prevenir por medio del taponamiento. El segundo caso fue aún más feliz, porque la vida se prolongó más de un año, y la muerte fue á consecuencia de un ataque de bronquítis. Ningún síntoma indicaba que la enfermedad se hubiese de reproducir, y el empleo del *ecraseur* habia impedido la hemorragia tan temible en el primer ejemplo.

La operación ha sido ejecutada en varios tiempos, ya bajando el útero con ganchos, hasta que la parte enferma saliese fuera de la vulva, como en la excisión de los pólipos, ó bien sin dislocar el órgano y con ó sin espéculum. Después se dirige sobre las partes enfermas un bisturí curvo, unas tijeras ó un instrumento especial, tal como el histerotomo de Colombat (1), que es el mejor para todos los casos. No sé si un espéculum podría abrazar la totalidad del cuello, y dejar al mismo tiempo bastante espacio para manejar bien un bisturí ó un par de tijeras. Todos los instrumentos complicados, tales como el de Colombat, están en la práctica sujetos á objeciones que su inventor no habia previsto, y á pesar de las ventajas que se deben á su destino único y especial, prefiero bajar el útero ántes de dividir el cuello, siempre que se pueda hacer sin grandes dificultades y sin violencia (2). Para ello se sirve de pinzas que terminan por su punta en una especie de gancho, que se introducen en el cuello como cuando se quiere extirpar un pólipo; se dividen los tejidos por medio de las tijeras de puntas romas, encorvadas en el sentido de las hojas y no de los bordes cortantes, tales como las de Osiander, que es el que se ha servido mucho de ellas para esta operación. La posición que debe adoptar la enferma, es la misma que se usa para la litotomía; no obstante, el Dr. Simpson (3) recomienda que se acueste sobre el vientre con los muslos fuera de la cama, como cuando se trata de operar los hemorroides. La

(1) Para la descripción y el grabado del instrumento, véase la traducción de la obra de Colombat sobre *Diseases of Women*, en 8.º, Philadelphia, 1845, página 351.

(2) Se deben tomar muchas precauciones para bajar el útero, porque así como establece Scanzoni, *Op. cit.*, pág. 254, no es raro que las adherencias á consecuencia de la peritonitis unan el útero á las partes adyacentes desde los primeros períodos de la enfermedad cancerosa. Si estas adherencias fuesen desgarradas ó violentamente distendidas, una inflamación aguda no tardaría en manifestarse; Scanzoni refiere un caso en que la desgarradura del peritoneo detras del útero, en una longitud de dos pulgadas, se produjo durante los esfuerzos de tracción para bajar el útero ántes de amputar su cuello

(3) *Obstetric Memoirs*, pág. 180.

razon que da es de algun peso, y probablemente es la misma por la que Lisfranc hacia la incision de atras adelante (1), á saber, que como el peritoneo desciende más abajo por la parte posterior del cuello que por la anterior, hay ménos riesgo de herirle cuando se hace la incision de la manera indicada, que cuando se hace en sentido opuesto. Yo creo, sin embargo, que si se tiene presente este peligro, no será difícil evitarle sin colocar á la enferma en una actitud forzada que, entre otros inconvenientes, tiene el de impedir dar con libertad el cloroformo.

Aunque la hemorragia despues de la operacion es algunas veces muy formidable, y aún cuando se haya visto en muchos casos que ha sido fatal, estoy dispuesto á creer que se ha exagerado el riesgo de la vida por la pérdida de la sangre, y que en realidad el verdadero peligro es el de la flebitis ó la inflamacion del peritoneo, que son mucho más serias. La gravedad de la hemorragia es menester atribuirle en parte á la imperfeccion con la cual se practica demasiado á menudo el taponamiento de la vagina. Excepto durante el parto, no se puede hacer por completo como no sea por medio del espéculum. La estrechez relativa de la vulva hace difícil la introduccion de la hila ó del algodon en la parte inferior del canal vaginal, que está lleno, y la porcion superior mucho más ancha y más extensible, apénas se halla distendida. De aquí resulta un vasto espacio que deja acumularse allí la sangre entre el útero y el tapon, hasta que al cabo del tiempo un esfuerzo para vomitar ó cualquiera otro movimiento violento, expulsando á la vez el coágulo y el tapon, permiten que se reproduzca la hemorragia.

Sin embargo, la cuestion no es de saber si la escision del cuello de la matriz en este caso va ó no acompañada inmediatamente de hemorragia, sino si el peligro de este accidente es mayor á consecuencia de esta operacion que por efecto de cualquiera otra practicada con el mismo fin. El temor de la hemorragia, que ha hecho preferir á algunos prácticos la ligadura á la incision en la ablacion de los pólipos, les ha impedido tambien practicar la escision del cuello, y les ha conducido á recurrir á ligadura, que es muy ventajosa en estas formas benignas de cáncer epitelial con excrecencia en coliflor. Yo empleo la ligadura con ventaja, y sin que me haya ocurrido ningun síntoma alarmante, no para curar la enfermedad, sino para separar una masa enorme de cáncer epitelial que, saliendo del orificio del cuello, ocupaba y distendia todo el canal vaginal. En otro caso

(1) Pauly, *Op. cit.*, pág. 473, asegura que la hemorragia fue fatal tres veces en las veinticuatro horas, y tres veces en los nueve casos en que asistió de ayudante de Lisfranc. Esta proporcion no concuerda con los resultados obtenidos por otros observadores.

de cáncer ménos extenso, en que la ligadura habia sido empleada con un fin curativo, la enferma murió de flebitis, y el Dr. E. Watson (1), que ha formado una estadística sobre un pequeño número de casos que poseemos sobre este punto, da los resultados siguientes: de siete enfermas operadas por la ligadura, una murió, despues de cuatro meses, de una inflamacion de la matriz que amenazaba ser inmediatamente fatal, y lo hubiera sido sin duda si no se hubiese quitado la ligadura seis dias despues de su aplicacion. En todos los demas casos, la enfermedad se reprodujo, y una se salvó por la escision de lo que quedaba del cuello, operacion que fué ejecutada por el Dr. Montgomery, de Dublin. De las nueve enfermas en las que se escindió el cuello del útero, no murió ninguna de las consecuencias inmediatas de la operacion; la enfermedad se reprodujo en tres; en cinco la curacion fue permanente, y el resultado fue dudoso en una enferma cuya historia no pasó del dia once. La escision de la parte me parece preferible, porque conviene á los casos en que no puede ser empleada la ligadura, y porque los peligros que ocasiona inmediatamente, no son mucho mayores que en el último proceder, y da muchas más probabilidades de una curacion permanente. Por lo demas, esta opinion es la más admitida, porque á mi conocimiento al ménos no ha llegado ningun nuevo caso de ligadura desde la publicacion de la estadística de Watson, miéntras que se cuentan muchos en que la escision del cuello ha sido practicada.

Desde la publicacion de la Memoria del Dr. Watson se ha tratado de combinar por medio del *ecraseur* las ventajas permanentes de la operacion por escision, y la seguridad por la ligadura inmediata. Pero parece que este nuevo proceder no hace más que sustituir nuevos peligros á los antiguos, y peligros tales que contrabalancean el salvaguardia de la hemorragia. En efecto, este instrumento ataca con su cadena partes que no abrazaban al principio de la operacion, resultando que muchas veces se ha presentado la peritonitis. Esta objecion ha sido hecha por el doctor Mayer en una sesion de la Sociedad de obstetricia de Berlin, al relatar un caso en que sobrevino este accidente en una enferma operada por el profesor Langenbeck. En la misma sesion, el Dr. Biefel dió á conocer otro caso en que sobrevino una herida mortal de la vejiga y del peritoneo ocasionada por este instrumento (2). Una herida de la vejiga, á traves de la cual formó hernia el intestino, ha sido referida tambien por el doctor Breslaw (3); felizmente la enferma no murió, como en otra que

(1) *Monthly Journal*, Noviembre, 1849, pág. 1183

(2) *Monatschr. f. Gebursk.*, Marzo, 1858, pág. 169.

(3) *Scanzon's Beiträge*, vol. III. Würzburg, 1858, pág. 80.

yo conocí, en la que una porcion del peritoneo retro-uterino fue extirpado con el cuello. Para evitar tales peligros, el Dr. Simon de Darmstadt (1) ha propuesto, siempre que el útero puede ser atraído afuera de las partes externas, introducir en el cuello de la matriz una ó dos agujas, por debajo de las cuales se aplicará el *ecraseur*. Pero desecha dicho instrumento absolutamente en todos los casos en que la dislocacion del útero es imposible, y acaso en tales ejemplos el hilo de hierro del *ecraseur* del doctor Braxton Hick ó el hilo galvanizado rojo de Middledorff podrian impedir la hemorragia, sin ocasionar nuevos peligros.

Los casos que se presentan á tales operaciones son relativamente raros y excepcionales, toda vez que las partes afectas no pueden ser extirpadas más que cuando la enfermedad está poco avanzada y en su primer período. No hay entónces otros recursos en estas circunstancias que vigilar diariamente los progresos de la enfermedad. No hay nada que hacer, si no para curar la enfermedad, al ménos para aliviar los padecimientos que causa y retardar algunas semanas ó algunos meses su inevitable resultado. El Dr. James Arnott (2), cuya ingenuidad debe ser imitado, portante por sus grandes invenciones en medicina y en cirugía, cree y prueba de una manera evidente que la *aplicacion metódica de una temperatura muy baja* á las partes afectas de cáncer disminuye el dolor de que es asiento, retarda los progresos de la enfermedad y mejora el estado de las superficies ulceradas. La dificultad de aplicar tan á menudo como seria necesario mezclas refrigerantes, ha impedido experimentar este tratamiento sobre una ancha escala en las salas del hospital, miéntras que por otra parte se ha desanimado un poco viendo que el frio era, salvo algunas excepciones, impotente para producir una anestesia bastante, áun en las operaciones más sencillas. No obstante, á pesar de la bondadosa carta explicatoria que el Dr. Arnott ha tenido la amabilidad de enviarme, yo he hallado muy grandes dificultades en el empleo de las mezclas frigoríferas en el carcinoma uterino. La necesidad de cambiar de cama, la incomodidad de la posicion, la casi imposibilidad de impedir que se moje la enferma, la sensibilidad de la vagina y de la vulva causada por la frecuente introduccion de un ancho espéculum, casi siempre incapaz, á pesar de sus dimensiones de abrazar completamente el cuello, todas estas circunstancias me han impedido experimentar sobre un número suficiente de casos para poder hablar de esta medicacion con alguna autoridad.

Otros agentes más activos y de una aplicacion más fácil, han

(1) *Monatschrift. f. Geburtskunde*, vol. XIII, págs. 418 y 431.

(2) *On the treatment of Cancer by the regulated application of an Anæsthetic temperature*, en 8.º, Lóndres, 1851.

sido ensayados en los casos de cáncer uterino, pero con resultados indecisos; así que las opiniones están todavía muy divididas relativamente á la eficacia de su empleo. Es preciso no perder de vista el fin que cada uno se propone cuando se recurre á ellos. Ya he dicho que una fuerte disolucion de nitrato de plata disminuye algunas veces en el cáncer de la matriz la fetidez de los flujos y apresura la eliminacion de las escaras, ayudando de esta manera á la curacion espontánea que aborta siempre, pero no por eso se deja de procurar á las enfermas un bienestar muy grande. Yo creo que una disolucion concentrada de dicho medicamento es mucho más útil que el nitrato de plata sólido, porque penetra más profundamente en los tejidos afectos. He empleado tambien el nitrato ácido de mercurio para reprimir esas granulaciones que bastante á menudo forman eminencia en el interior del cuello. En suma; créo que el *uso de los cáusticos* es ventajoso como medio paliativo, pero no como proceder curativo.

Hay algunas formas de carcinomas externos, en que el empleo del más poderoso escarótico, el cloruro de zinc, ha prestado grandes servicios, pero apénas hay necesidad de decir que estos agentes no obran con eficacia más que á condicion de destruir completamente los tejidos afectos, y, en general, la destruccion parcial no tiene otro efecto que el de producir un desarrollo más rápido de la enfermedad. Cuando se trata del útero, es claro que la aplicacion de una sustancia delicuescente no se puede ejecutar sino de una manera incompleta, á causa del peligro que se corre de comprometer las partes adyacentes, y en su consecuencia la enfermedad se agrava léjos de mejorarse. Entónces no nos queda otro recurso más que *el cauterio actual* para modificar el estado de las superficies afectas. La operacion parece más formidable que lo que es en realidad, porque ocasiona poco dolor, y ademas se puede emplear el cloroformo, y por la irradiacion del calor la lesion de las partes inmediatas se puede evitar sirviéndose de un espéculum de madera.

No he empleado ni visto emplear este medio suficiente número de veces para darme cuenta de una manera exacta del beneficio que se puede sacar; pero creo que debe ser poco peligroso, y que no tiende á empeorar el estado de las pacientes. En general calma de un modo cierto los padecimientos de las enfermas; es verdad que la mejoría no se prolonga más que hasta la caida de la escara. La fetidez y la abundancia del flujo disminuyen durante bastante espacio de tiempo. No puedo decir si la marcha de la enfermedad se retardará; este proceder no lo he experimentado con bastante frecuencia, ni le he empleado más que en los casos en que dicha enfermedad estaba muy avanzada. Creo, sin embargo, que como tratamiento curativo del